

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA “GONÇALO MUNIZ”  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SARA DE PINHO GONÇALVES ALMEIDA

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO**

Caminhos, caminhante, caminhada:

*Relatos da trajetória de uma enfermeira na residência em Saúde da Família*

DIAS D'ÁVILA

2019

SARA DE PINHO GONÇALVES ALMEIDA

## **MEMORIAL DE FORMAÇÃO**

Caminhos, caminhante, caminhada:

*Relatos da trajetória de uma enfermeira na residência em Saúde da Família*

Trabalho de Conclusão de  
Residência apresentado à  
Fundação Estatal Saúde da  
Família e Fundação Osvaldo Cruz  
Bahia – BA para certificação como  
Especialista em Saúde da Família  
Orientadora: Maiane França dos  
Santos  
Co-orientadora: Dhara Santana  
Teixeira

DIAS D'ÁVILA

2019

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2 DE ONDE EU VIM</b> .....	5
<b>3 ONDE CHEGUEI</b> .....	7
3.1 O início da nova trajetória .....	7
3.2 A chegada à unidade .....	9
<b>4 DURANTE O PERCURSO</b>	
4.1 Primeiras angústias .....	10
4.2 Percebendo-me no caminho certo .....	15
4.3 Algo inesperado no trajeto .....	18
<b>5 NOVOS ITINERÁRIOS</b> .....	19
5.1 Caminhando pela Rede Cegonha .....	21
5.2 Mais perto do fim: o estágio de gestão .....	24
<b>6 PARA ONDE VOU</b> .....	26
REFERÊNCIAS .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

*“O caminho muda, e muda o caminhante. É um caminho incerto, não um caminho errado. Eu, caminhante, quero o trajeto terminado. Mas, no caminho, mais importa o durante”* (Trecho da música “A partida e o Norte”, de Estêvão Queiroga).

Este é o meu Trabalho de Conclusão da Residência (TCR). E, se estou escrevendo um TCR, significa dizer que essa minha trajetória de residente está chegando ao fim. Por muitas vezes, já disse que queria que esta residência acabasse logo. Eu, caminhante ansiosa e impaciente, queria o trajeto terminado. Mas, como dizem as belas palavras de Estêvão Queiroga, destacadas no início desta seção, *“no caminho mais importa o durante”*. O durante é o percurso, a caminhada, é o *como* eu caminhei estes caminhos. E é justamente sobre isso de que se trata este TCR.

À minha turma foi dada a incumbência de escrever o TCR sob a forma de memorial de formação. Disto, surgiram muitos questionamentos imbricados de certa revolta: O que é um memorial de formação? Como fazê-lo? Por que só esta modalidade será aceita desta vez? Por que tomaram essa decisão de forma verticalizada, sem possibilidades de diálogo ou de outras opções? Alguns destes questionamentos permanecem até hoje sem maiores esclarecimentos. Não vou me ater a eles aqui.

O que sempre nos disseram a respeito do memorial, é que deveríamos construí-lo a partir de nossas postagens do portfolio individual, no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Isso sempre me pareceu difícil. Nunca tive uma boa experiência com AVA, nem antes nem durante a residência. No início, tentei utilizar a ferramenta como um diário de campo, tentava escrever toda semana o que eu estava sentindo a partir das experiências vividas. Mas, surgiram muitas dúvidas acerca de como a carga horária do AVA seria contabilizada, e não demorou que o ânimo inicial morresse e eu não conseguisse mais manter uma escrita ativa.

Eu sempre amei escrever. Nunca foi uma dificuldade para mim, muito pelo contrário. Atribuo ao fato de que eu também sempre gostei de ler, então, escrever era quase natural. Hoje, procuro fazer uma autoavaliação e identificar quais as possíveis causas que contribuíram para que meu desempenho com o portfolio individual tenha sido aquém do que eu esperava. Talvez, a rotina por vezes extenuante me desmotivou; talvez, faltaram avaliações de portfólio mais ativas e instigantes, que me estimulassem mais; talvez o que faltou foi pura e simples cobrança. Não sei também se a esta altura é importante saber.

Fato é que escrever um memorial era uma necessidade, e apesar do meu receio do portfolio ser insuficiente, alguns preceptores/apoiadores me diziam que eu tinha um bom material, e de conversas informais algumas ideias foram surgindo e amadurecendo.

Lembro-me de ter feito um memorial simples na graduação, no fim do estágio supervisionado na atenção básica. O objetivo era contarmos sobre a nossa experiência no curso, com foco na área de Saúde Coletiva. Fiz uma analogia da vida acadêmica com a subida de uma ladeira. Gostei do resultado, e acho até que obtive a nota máxima. Porém, como eu disse, foi um memorial simples, escrito em três laudas, sem nenhuma exigência metodológica ou de fundamentação teórica.

O memorial é um gênero acadêmico autobiográfico, que pode ser do tipo acadêmico – utilizado em concursos públicos, ingresso na carreira docente e ascensão profissional – ou de formação – escrito durante um período de formação, objetivando a obtenção de um título, configurando-se como um instrumento avaliativo diferente dos instrumentos convencionais de avaliação. Em particular, o memorial de formação pode ser compreendido como uma escrita reflexiva que permite um processo formativo, possibilitando o exercício da autorreflexão e da reflexão sobre a formação, da autoavaliação e da autoformação (NASCIMENTO, 2010).

No âmbito da academia, o grande desafio no momento da escrita do memorial é o de articular teoria estudada, formação e prática profissional. Esse se torna ainda mais desafiador pela exigência de autoregulações no próprio discurso. É preciso narrar refletindo, sequenciando fatos significativos de forma lógica e coesa, atentando para os aspectos que valorizem e enfatizem o percurso acadêmico e intelectual (NASCIMENTO, 2010, p.76).

Os memoriais constituem-se em uma atividade de recordação de experiências individuais que simbolizam nuances históricas, afetivas e socioculturais, construídas por uma carga de valores. O trabalho de recordação é marcado pela confluência de histórias pessoais, coletivas e sociais, onde o sujeito interpreta e dá significado ao mundo, construindo sua concepção individual, com sentimentos e emoções provenientes de seu contexto sociocultural (SILVA, 2010).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é expor um memorial a partir dos meus relatos enquanto enfermeira residente durante a trajetória na residência em saúde da família. Trajetória indica caminho, movimento, deslocamento. Deslocamento este que é tão falado e buscado ao longo deste programa de residência. Para isto, o trabalho está dividido em seções que contemplam minhas percepções de mim e do mundo, antes, durante e ao

final desta trajetória. Conto quais circunstâncias me levaram a graduar-me em enfermagem e a ingressar na residência; as expectativas que trazia comigo no início do programa; as angústias, os acertos, as conquistas e mudanças vividas ao longo do trajeto; e as percepções, ambições e planos que trago comigo ao fim da caminhada.

## 2 DE ONDE EU VIM

*“Quando eu parti, partiu-se em mim meu coração. Meus pés tremeram ao pisar em outro chão”* (Trecho da música “A partida e o Norte”, de Estêvão Queiroga).

Nasci e cresci na cidade de Feira de Santana-BA, e nunca fez parte dos meus sonhos sair daquele lugar tão cedo. Mas, em março de 2010, depois de saber que não havia passado no vestibular para Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e que precisaria me preparar para o próximo pleito, uma notícia mudou todos os planos: havia sido aprovada, através do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) para cursar o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Não era o curso que eu queria, mas sim o que dava pra passar com a nota adquirida. Enquanto o resultado não saía, pesquisei sobre aquela nova graduação, que tinha uma proposta diferente, e pensei: “por que não?”. Movida pela alegria da aprovação e apesar de todas as incertezas e inseguranças que preenchiam o futuro que se colocava a diante, fiz a matrícula e mudei para Santo Antonio de Jesus.

Sair de casa aos 17 anos pode ser o sonho de muitos, mas nunca havia sido o meu. E se já é difícil para aqueles que o desejam, pra mim foi um tanto pior. Apesar de passar todos os fins de semana em casa, a adaptação na nova cidade foi muito difícil. O curso não contemplou as minhas expectativas e eu me sentia completamente perdida, com frequentes pensamentos de desistir, voltar para casa e fazer cursinho pré-vestibular. Até que uma nova oportunidade surgiu: a transferência interna para o curso de enfermagem. Então, acordei comigo mesma que faria o processo seletivo de transferência e, se não passasse, trancaria a matrícula e estudaria para o vestibular da UEFS. Mas, eu passei. No fim do 1º semestre, eu recebi a notícia da aprovação, e no próximo semestre deveria começar a cursar enfermagem. Para muitos, aquele semestre foi um tempo perdido. Para mim, nada foi em vão, e cada dia serviu para que eu amadurecesse e aprendesse a persistir, inclusive os mais difíceis.

Iniciei, então, o curso de enfermagem. Muitas das dificuldades iniciais persistiram. Morar em outra cidade ainda era difícil, o curso era difícil. Mas, a diferença era que a minha vontade de continuar foi ficando maior do que a de desistir.

No 3º semestre do curso, as disciplinas profissionalizantes são introduzidas na grade curricular, e não muito diferente dos meus colegas, a Saúde Coletiva não me parecia tão atrativa, pois a ansiedade maior estava em torno do ambiente hospitalar. Além do que, as aulas teóricas eram densas e as primeiras práticas em Unidades de Saúde da Família (USF) consistiam mais em observação do que ação. Então, eu repeti ingenuamente, por algumas vezes, que não gostava de Saúde Coletiva, sem ao menos ter uma visão devidamente construída do que, de fato, a Saúde Coletiva se tratava. Foi no 6º semestre que ingressei em um projeto de pesquisa vinculado à Saúde Coletiva, e também cursei o componente curricular Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde I, daí comecei a olhar para as USF com outros olhos.

O Estágio Supervisionado I era o momento de maior imersão na Atenção Básica. Essa disciplina me provocou um turbilhão de emoções. Ora eu sentia como se aquele ambiente não fosse para mim, ora eu percebia que era completamente possível me adaptar a tudo. Não foram poucas as dificuldades que enfrentei, e aquele período parecia não acabar nunca. Mas cada passo dado, e cada fôlego empregado, foram cruciais para fortalecer o meu propósito de ser enfermeira. Ao terminar o estágio, pensava que talvez minha aptidão e paixão maiores fossem, de fato, pelo ambiente hospitalar. Mas, não descartava a possibilidade de me sentir feliz e realizada ao trabalhar numa USF. Apesar de não me sentir 100% pronta para assumir uma unidade, me sentia capaz de me adaptar a esta realidade e de dar o melhor de mim para desempenhar um bom trabalho.

O período pós-formatura foi marcado por ansiedade e temor. Queria fazer mestrado, mas sempre considerei que deveria fazer primeiro uma residência, pois desta forma iria adquirir experiência e ter um título de especialista. Concorri a uma vaga em um programa de residência de enfermagem em terapia intensiva. Paralelamente, concorri também a uma vaga de mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS. Não consegui nenhuma das vagas. Antes mesmo do fim do processo seletivo da residência em terapia intensiva, vi que estava aberto o edital do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF). Como não passei naquele primeiro processo, me inscrevi no processo da FESF, pensando que Saúde da Família nunca havia sido minha primeira opção, mas, era melhor do que continuar desempregada. Lembrei-me da experiência do estágio na graduação e concluí que poderia não apenas me adaptar, mas também gostar de trabalhar numa USF. E, dessa forma, sem saber ao certo onde e como chegaria, ingressei neste programa de residência.

### 3 ONDE CHEGUEI

#### 3.1 O início da nova trajetória

*"Sou apenas uma pessoa; ainda assim, sou uma pessoa. Não posso fazer tudo, mas posso fazer alguma coisa" (Helen Keller).*

Com essa frase iniciei a primeira postagem do meu portfólio. Naquela época, essas palavras me chamaram bastante atenção, e até hoje, guardo-as com carinho, pois refletem muito de mim e do que penso para minha jornada pessoal e profissional.

Primeiro, porque era quase como um alento à minha mente ansiosa e cheia de inseguranças diante do início de uma nova trajetória. Era como se eu tentasse dizer a mim mesma: *calma!* Tanto que escrevi no portfólio: *"Não poderei fazer tudo, mas poderei fazer muita coisa! Por mais que, às vezes, me sinta insegura e ansiosa devido à falta de experiência, sei que todos os profissionais um dia estiveram na posição em que estou. E que todos precisaram encarar os desafios e aprender a vencê-los neste processo de enfrentamento".*

Segundo, porque ela também me fez pensar no trabalho em equipe. Individualmente, somos, cada um, apenas uma pessoa. Cada um é uma pessoa. O residente é uma pessoa, o trabalhador é uma pessoa, o usuário é uma pessoa, o gestor é uma pessoa. E cada pessoa é importante, tem sua história, suas experiências pessoais, seus objetivos, seu modo de enxergar o mundo e viver a vida. Cada pessoa é um ser rico de subjetividade. E cada uma dessas pessoas, juntas, formam um coletivo muito potente. Não podemos fazer tudo, mas podemos fazer alguma coisa... E juntos podemos muita coisa! Podemos sempre fazer o que estiver ao nosso alcance para desempenhar um trabalho de qualidade e contribuir para a construção de um SUS mais forte.

Apesar de a residência em saúde da família não ter sido algo que sonhei desde a graduação, recebi a aprovação no processo seletivo como um presente. Decidi que encararia a residência com seriedade e dedicação, como tudo a que me proponho a fazer na vida. Minha mente se encheu das melhores expectativas, apesar de toda a apreensão que envolve enfrentar o medo do desconhecido e fazer algo novo.

As primeiras atividades foram realizadas em Salvador, e esse já era um grande desafio que eu precisava enfrentar. Apesar de ter nascido e crescido em uma cidade grande, sempre tive medo de Salvador, pois para mim a cidade estava associada à correria, trânsito intenso e, principalmente, violência. O acolhimento aos residentes foi realizado durante duas semanas no auditório do Hospital Geral Roberto Santos, e, já nesses poucos dias, enfrentei meus medos e dei passos que antes eu nem imaginava que daria um dia.



Uma das primeiras surpresas foi descobrir que nós residentes assumiríamos as equipes. Até então, eu achava que existiria a enfermeira da unidade e os residentes. A insegurança começou a ganhar espaço em minha mente. Mas, assumir a equipe fazia parte da proposta de metodologia ativa da residência.

Não me lembro de ter ouvido falar em metodologias ativas antes de entrar na residência. Até já tinha ouvido falar sobre o método Problem Based Learning (PBL), mas nunca havia tido contato. Durante os dias em que nos foi apresentado o programa, o que se falava era que através das metodologias ativas pretendia-se superar o modelo tradicional de ensino, colocando o residente como ator principal no seu processo de aprendizagem, processo esse que deveria acontecer no contexto da atuação.

Consta no Projeto Político Pedagógico deste programa, publicado em 2018:

O Programa Integrado de Residências Médica e Multiprofissional adotam como princípio a Pedagogia Problematizadora. Esta tem como base o reconhecimento de que a educação ocorre numa dada realidade, sendo esta o processo de transformação do sujeito enquanto ele atua sobre a realidade, ou seja, a aprendizagem acontece através da busca pelo conhecimento e transformação da realidade. Deste modo, o educador assume uma função de facilitador da aprendizagem do residente, abandonando a papel de detentor do saber, acompanhando-o durante seu processo de transformação. Cabe ao preceptor/apoiador/docente a função de mediação, com o objetivo de diminuir a discrepância entre a formação atual e a desejada, e favorecendo o desenvolvimento das competências definidas no projeto pedagógico (p. 10).

Para ser bem honesta, as semanas de acolhimento foram marcantes, mas, em um sentido negativo. Além da demora da definição do município em que cada residente atuaria, a forma com que abordaram a metodologia ativa nestes dias foi extremamente desgastante. Diversos temas ligados à Saúde da Família foram trabalhados ao longo das semanas, e sempre era solicitado que os residentes desenvolvessem alguma atividade prática em relação a isso. Quase sempre a atividade prática estava relacionada a uma tarefa “lúdica” ou “criativa”. Faça isso algumas vezes e será instigante. Faça isso duas vezes por dia, durante duas semanas, e será cansativo. A demora na definição dos municípios se deu devido à finalização dos contratos, e aqueles dias de acolhimento pareceram uma forma de nos segurar “fazendo alguma coisa” enquanto não podíamos começar as atividades em campo.

Considero a proposta da educação problematizadora muito interessante. Mas, o que pensei nos primeiros dias de acolhimento, e o que segui pensando durante toda a residência, é que o uso de uma abordagem não precisa extinguir a outra. A educação

tradicional tem diversas falhas, mas em muitos momentos usar de alguns de seus artifícios é necessário. Precisamos da teoria para aperfeiçoar a prática, e a avaliação que faço é que a parte pedagógica do nosso programa deixou a desejar nesse quesito.

Ao fim de duas – quase intermináveis – semanas, enfim, descobrimos onde cada um de nós passaria os próximos dois anos tornando-se especialista em saúde da família.

### 3.2 A chegada à unidade

A primeira semana em Dias d'Ávila havia sido dedicada para uma segunda parte do acolhimento, em que preceptoras e trabalhadoras do município nos receberam e nos apresentaram algumas questões relacionadas ao processo de trabalho e organização da rede de atenção. O dia de conhecer a unidade em que eu trabalharia na residência foi muito esperado por mim. Tinha receio de ter que começar os atendimentos assim que chegasse. Felizmente, isso não foi preciso. Iniciamos nossas atividades na USF Concórdia I com a territorialização.

Juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), percorremos o território e pudemos ouvi-las falando sobre ele, sobre a comunidade, sobre dificuldades enfrentadas naquele local. Ao ler novamente meu portfolio, revejo alguns pontos que me chamaram atenção naqueles dias: forte presença de instituições religiosas, com predomínio das igrejas evangélicas; áreas de vulnerabilidade social; acúmulo de lixo e esgoto a céu abertos em muitos locais; etc. Percebo que aquele momento foi importante para que eu entendesse a realidade daquela comunidade. Mas, percebo também que poderia ter aproveitado melhor algumas informações. Poderia ter acessado líderes religiosos para eventuais parcerias com o trabalho da equipe, poderia ter discutido possibilidades para a equipe intervir na questão do lixo, poderia ter incentivado mais a participação popular. Poucas vezes nos reunimos com a comunidade para conversar sobre assuntos em comum e para unir forças em prol da melhoria do acesso e qualidade da assistência.

Tais inquietações evidenciam para mim uma fragilidade no processo de territorialização e de efetivação do controle social, ferramentas fundamentais para planejamento das ações de saúde e de intervenções que reflitam no aumento da capacidade de resposta às necessidades da população adstrita (ARAUJO et al, 2017; LINO et al, 2017; ROTOLO; FERNANDES; MARTELLI, 2016).

Naqueles primeiros dias, me marcou também o forte vínculo que existia entre a comunidade e os profissionais que faziam parte da equipe anterior. Isso ficou bastante claro, por exemplo, num encontro do grupo de práticas corporais (que, mais tarde, foi intitulado “Amigos da Saúde”), em que o professor de educação física e uma das enfermeiras nos apresentaram como membros da nova equipe e despediram-se, pois estavam sendo

realocados para outra unidade. Senti, mais uma vez, o peso da responsabilidade que teríamos pela frente. Questionei-me se seria possível que nós também construíssemos aquele vínculo. Hoje, orgulho-me em dizer que sim.

A equipe havia nos acolhido com receptividade e demonstrando disponibilidade para o trabalho em equipe. Foi fácil perceber que as ACS eram bem articuladas, e não hesitaram em dizer que prezavam pelo trabalho bem desenvolvido e que cobriam isso de nós, deixando claro que também gostavam de ter seu trabalho acessado e reconhecido.

#### **4 DURANTE O PERCURSO**

*“Por sobre a estrada amanheceu e anoiteceu. E eu vi que os dias mais sombrios também são Teus”* (Trecho da música “A partida e o Norte”, de Estêvão Queiroga).

##### **4.1 Primeiras angústias**

Não demorou para que as primeiras dificuldades aparecessem no caminho. Logo nos primeiros dias, descobrimos que a agenda da enfermeira tinha agendamentos para os próximos 3 meses. A questão do único consultório de enfermagem para duas enfermeiras também era um entrave. Então, organizar a agenda era uma demanda urgente e parecia um “bicho de sete cabeças” para mim.

Iniciamos os atendimentos das consultas que já estavam agendadas, eu e a colega enfermeira, sem levar em consideração se eram ou não da nossa equipe, uma vez que tratavam-se de agendamentos feitos antes da residência começar. Dessa forma, foi possível passar por todos os tipos de consultas, ora com a colega, ora com a preceptora, o que serviu para que eu revisitasse os programas e identificasse em quais eu tinha mais dificuldade de atender sozinha, já que eu não tinha experiência profissional.

Pela configuração da residência, temos duas equipes atuando no espaço físico de uma. O que significa, entre outras coisas, que só temos um consultório de cada categoria profissional, então, as duas equipes não podem atender ao mesmo tempo. É fato e é consenso que saúde da família não se faz apenas no consultório. Existem outras demandas a cumprir, outros jeitos de se promover saúde, para além das consultas.

Pensando nisso, para tentar organizar a agenda – ou iniciar o processo, pois sentia que a residência chegaria ao fim e ainda não teríamos a agenda ideal... será a agenda ideal uma utopia? – tentamos fazer com que, enquanto um profissional de cada categoria estivesse atendendo, o outro estivesse desempenhando outra atividade (acolhimento,

atividades coletivas, grupos, visita domiciliar, ou atividades próprias da residência, como turno pedagógico e grupo diversidade).

Inicialmente, eu tinha pensado em construir uma agenda alternada, na qual em uma semana eu faria determinados atendimentos e a colega enfermeira os faria na semana seguinte. Porém, pensamos, eu, a colega enfermeira e as colegas médicas, que esse tipo de modelagem poderia facilmente causar uma confusão nas marcações. Então, sem saber como colocar minha ideia em prática, de maneira que fosse organizada e resolutive, aderi à sugestão das médicas de organizar uma agenda fixa. Para construí-la, preenchemos os turnos de atividades "extra-consultório", no que restaram 8 turnos de atendimento clínico, 4 para cada enfermeira.

Quanta angústia! Como colocar todos os programas atendidos em 4 turnos? "Desencaixotar" é um processo árduo. É difícil desconstruir essas coisas. Fui acostumada, no estágio da graduação, a marcar um turno para pré-natal de 1ª consulta, e um turno para pré-natal subsequente, por exemplo. Nessas circunstâncias, não dava para fazer assim. E o preventivo? Como não estabelecer um turno fixo pra essa atividade? Não dá, é mais lógico que seja fixo mesmo. Aí emerge uma questão desafiadora: a agenda por programas é um benefício para o usuário ou para o profissional e para a organização do serviço? Talvez seja principalmente para o profissional mesmo. Mas, se o profissional não consegue estabelecer um processo de trabalho organizado, ele conseguirá desempenhar um bom trabalho?

Uma boa agenda de trabalho é aquela que permite enfrentar os problemas de saúde da população, que satisfaça os usuários, mas que também faça com que a equipe se sinta confortável e se reconheça no seu trabalho. Afinal, se o trabalho das equipes tem a finalidade de produzir mais saúde para a população, necessitando por este motivo ter eficácia e efetividade, possui, também, a finalidade de proporcionar condições de trabalho adequadas aos trabalhadores (PINTO; COELHO, 2008, p. 314).

O Caderno de Atenção Básica nº 28 ressalta que o planejamento e a organização da agenda são importantes, bem como a necessidade de diminuir a espera do usuário pelo atendimento individual, pois, quanto maior este tempo de espera, mais aumentam as chances de que este usuário procure por outros serviços para resolução de suas demandas, e também, as taxas de absenteísmo às consultas agendadas tende a aumentar, o que agrava a questão do acesso. É importante, também, frisar que reservar um turno para determinado tipo de atendimento não deve necessariamente significar que apenas aquele grupo será atendido neste turno, pois isso gera burocracia no serviço e pode configurar-se como uma barreira de acesso (BRASIL, 2013).

Talvez minha dificuldade maior fosse o fato de estar focando mais do que deveria no atendimento clínico, confesso. Mas, também me angustiava o fato de que me parecia que esses apenas 4 turnos de atendimento prejudicariam a população. Era como se estivéssemos limitando o acesso, violando esse que é um direito básico da população e princípio do SUS. Certo que, com a parametrização da residência, a população coberta por cada equipe é menor, mas, ainda não estava convencida de que o acesso dos usuários não estaria prejudicado. De qualquer forma, não poderia ter certeza sem tentar, então estava disposta a buscar formas de contribuir com melhorias para o serviço, preservando o que estava dando certo e reparando o que precisasse ser corrigido.

Outro gigante que se colocou à minha frente ainda durante os meus primeiros passos atende pelo nome de ACOLHIMENTO. Esse foi um dos primeiros temas que marquei para meus estudos individuais, por pensar que a (re)construção da agenda requer a inclusão deste tipo de abordagem para que seja resolutiva, e de fato, produza mudanças significativas no fluxo de atendimento e no processo de trabalho.

Logo na primeira semana, percebemos um número significativo de demanda espontânea, e o estudo sobre acolhimento não poderia mesmo ser escanteado. Então, sentei para fazer a primeira leitura sobre a temática: Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 28 - volume I. Li numa sentada, mas sabia que seria necessário revisitá-lo outras tantas vezes, além de procurar outras fontes a respeito. Implantar o acolhimento à demanda espontânea na AB envolve muitos desafios. O primeiro deles, acredito eu que seja a compreensão diversa sobre o que é acolhimento. Porém, "o acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas" (BRASIL, 2013, p. 19). O acolhimento, ainda que nem sempre seja como uma prática institucionalizada, ocorre em todos os espaços. O que difere é que a forma como ele é realizado pode ser boa ou ruim, humanizada e resolutiva ou não. Então, importa muito mais se atentar para como se dá o acolhimento, como ele deve ser feito. Mas, aí reside um desafio ainda maior.

Bem, o que ocorria na USF Concórdia I quando chegamos: as marcações eram realizadas apenas às sextas-feiras; demanda espontânea geralmente era acolhida pela recepcionista, que encaminhava o usuário ao técnico de enfermagem, que, por sua vez, encaminhava para a enfermeira ou para a médica. Logo, percebemos que o acolhimento poderia ser mais objetivo que isto. O que pensamos: intercalar as agendas das duas equipes para assegurar que haja um profissional de cada equipe de referência do usuário no acolhimento e também no atendimento, que é o que se assemelha ao que o CAB 28 traz como modelagem de acolhimento misto. Os usuários seriam acolhidos, teriam suas queixas escutadas e a equipe do acolhimento avaliaria se a queixa apresentada exigiria um atendimento no dia ou uma marcação para consulta posterior.

Ao iniciar esse debate em reunião de equipe, surgiram algumas questões: o usuário que necessite de atendimento no dia seria atendido pelo profissional que estivesse no acolhimento, ainda que não fosse o profissional de sua equipe de referência? Garante-se o atendimento naquele momento, para ser resolutivo? Encaminha-se para o profissional da equipe de referência do usuário, para fortalecimento de vínculo? Discutir acolhimento é um disparador sem fim de questões e mais questões... Particularmente, me preocupava a questão da agenda, porque se pra mim ainda era confuso como faríamos para cumprir as marcações já feitas e adaptar uma nova agenda a partir da implantação do acolhimento, mais ainda para o usuário. Além da necessidade de cumprir as atividades extramuros, muito importantes para o desenvolvimento da saúde da família (p. ex. visitas domiciliares, Programa Saúde na Escola – PSE) e as atividades da residência (turno pedagógico, grupo diversidade). O que me deixava mais otimista era perceber que toda a equipe parecia disposta a tentar fazer isso dar certo e prezar pelo melhor para os usuários.

Esse foi um trabalho que fizemos aos poucos, ajustando o que víamos que precisava ser ajustado à medida que fazíamos. Construímos a escala de profissionais para o acolhimento, e, quando iniciamos, minha principal dificuldade era dar um encaminhamento devido à queixa do usuário, uma vez que a maioria desejava, de fato, ser atendida pela médica, e esta nem sempre era a conduta necessária, ou pelo menos não imediatamente. O modelo médico centrado é sempre uma barreira muito difícil de transpor, e se o é para nós profissionais, ainda mais para os usuários, tão acostumados a esse modelo. A Estratégia Saúde da Família é concebida como um modelo para enfrentamento ao modo tradicional de se fazer saúde, porém, o que se vê na prática é que a Atenção Básica tende a reproduzir o modelo biomédico dominante, o que demanda que esforços continuados e sistemáticos sejam empregados para reformular e romper com esse tipo de prática (CAMPOS et al, 2008).

Determinar um fluxo para o usuário que chegava à unidade, através do acolhimento, também foi difícil. O acolhimento estava sendo encarado não tanto como postura, e sim como um "dever", um "lugar" que o usuário deveria passar para ter sua demanda solucionada. Nesse sentido, todos na equipe possuem um papel determinante, e foi visto na prática, que se a linguagem a respeito do acolhimento não estivesse unificada em toda a equipe, o acolhimento falharia e seria cada vez mais difícil de ser implantado com eficácia. Modificamos o fluxo do acolhimento algumas vezes até sentirmos que conseguiríamos dar conta da demanda de forma fluida e resolutiva.

Realizar o acolhimento foi uma das experiências mais difíceis no início da residência. Primeiro porque é um caminho tortuoso encontrar qual a melhor forma de acolher a demanda espontânea na atenção básica. Ainda não estou certa de que seguimos o caminho correto na USF Concórdia I, mas sei que tentamos, e fizemos o nosso melhor, da maneira

que foi possível. Uns dias foram melhores que outros, mas em todos eu aprendi algo. Sei que ainda há muito a melhorar. É necessário realizar classificação de risco no acolhimento, qualificar as agendas, ampliar o cardápio de ofertas de serviços.

Outro ponto que tornou a experiência do acolhimento tão difícil se tratava de uma limitação minha, talvez. A minha falta de experiência no serviço não permitia que eu desse resolutividade à queixa do usuário, sem que antes eu precisasse procurar o apoio de outra pessoa. Não que pedir ajuda seja algo errado, muito pelo contrário. Acredito que procurar a forma certa de se fazer as coisas, reconhecendo as próprias limitações, é a maneira mais honesta de lidar com o outro. Significa que se quer fazer algo, que se valoriza as necessidades do outro e indica o desejo de aprender mais. Dentro dessa dificuldade, coloco também as limitações da minha categoria profissional. Existem coisas que não são da minha alçada enquanto enfermeira. Mas, no início era bem complicado distinguir o que eu podia ou não fazer. Não raramente tinha a sensação de não poder fazer nada, mas procurava aprender a lidar com isso, e aprender com cada situação.

Nessa perspectiva, considero válido contar uma experiência que me marcou. Certa vez, estava no acolhimento e recebi uma criança com queixa de dermatite em região íntima. Pensei que poderia ser algo causado pela fralda descartável e/ou uso de lenços umedecidos. Porém, não sabia qual conduta deveria ser adotada. Pensava que era algo exclusivamente médico. Tive a consciência de que aquele caso não demandava atendimento de urgência, mas sabia que era necessário uma consulta próxima. A médica da minha equipe não podia atender a criança no momento, então recorri à agenda dela. Lotada. A consulta da criança só ocorreria dali a muitos dias, não achei que seria o certo a se fazer. Nesse ínterim permeado por alguma angústia, minha preceptora esteve na unidade e, como costumava fazer, perguntou se estava tudo bem. Passei o caso para ela. Ela me sugeriu que eu avaliasse se minha agenda estava mais livre, para marcar a consulta da criança para mim. Durante a consulta, eu poderia solicitar o auxílio da médica e, juntas, chegaríamos a um consenso na conduta a ser tomada.

De início, não entendi que aquela era a melhor solução, mas acatei. Chegado o dia da consulta, falei para a médica que tinha agendado a consulta da criança para mim, e que no momento em que ela estivesse no consultório, a chamaria para fazermos a interconsulta. Juntas, colhemos informações do caso e pesquisamos referências sobre o tratamento. Demos resolutividade ao caso. Era mesmo o que eu estava pensando e eu havia aprendido como tratar. Contei para a preceptora e ela disse: "Agora, se você vir um caso semelhante, já saberá como agir. Se você passar tudo para a médica, sem participar ativamente da situação, não vai aprender." E, de fato, se eu tivesse apenas encaminhado a criança para a médica, provavelmente, não saberia a conduta tomada e perderia a oportunidade de aprender algo novo, e assim, poder dar resolutividade a casos posteriores.

Com essa experiência, pude, também, compreender de forma prática a potência da interconsulta, que configura-se como uma estratégia utilizada na prática interdisciplinar como um campo de inter-relação entre diferentes saberes necessários para o tratamento de um usuário. É um atendimento compartilhado que possibilita troca de conhecimento e coresponsabilização, e pode ter efeitos de integralidade, humanização, maior qualidade e resolubilidade, tanto para o paciente e seus familiares quanto para os profissionais de saúde, sendo imprescindível, que os participantes da equipe assumam uma postura interdisciplinar e valorizem o papel de cada integrante (BORTAGARAI et al, 2015).

Aos poucos, as angústias que inicialmente me assustavam, foram transformando-se em aprendizado. Mas, novas dificuldades passavam a me angustiar. O acolhimento sempre era uma caixa de surpresas. Passamos um período difícil sem médico na unidade. E tantos outros percalços, alguns maiores, outros menores, mas, o que todos tiveram em comum foi a capacidade não de me paralisar, mas de me mobilizar a aprender, a mudar. Experimentei momentos de frustração e de alegrias. De dúvidas e de busca do conhecimento. De vontade de desistir e de necessidade de resistir.

Apesar das dificuldades encontradas, me descobri capaz de enfrentá-las. Ao longo da jornada, fui vencendo o medo de não dar conta, fui aprendendo a dar resolutividade às demandas, fui marcando o meu lugar na equipe, desenvolvi uma boa relação com todos, me percebi referência para as ACS e para muitos usuários, que já chegavam à unidade à minha procura. Descobri em mim um grande potencial, e fui tomando gosto por aquilo que antes eu estava fazendo sem saber muito bem onde daria.

#### 4.2 Percebendo-me no caminho certo

Felizmente, nem só de angústias vivi nesta residência! Houve muitas experiências boas, que me fizeram sentir alívio e alegria por sentir que estava no caminho certo e que me fizeram colocar de lado as dificuldades e vislumbrar o quão bela é a minha profissão. Posso citar algumas destas experiências – e posso afirmar que a maioria delas estiveram ligadas ao pré-natal.

No início da residência, estávamos sem o aparelho Sonar Doppler na unidade, e pela falta de prática, não conseguia auscultar os batimentos cardíacos usando o estetoscópio de Pinard. Sempre era uma frustração não ouvir os batimentos do bebê, ou ouvi-los tão pouco a ponto de não conseguir medir a frequência. Quando recebemos o Sonar, finalmente, pude ouvir com clareza os BCF, e pude, então, oferecer àquelas mulheres a oportunidade de ouvir os corações de seus filhos batendo! Na mesma semana, encontrei duas puérperas que eu só tinha acompanhado em apenas uma consulta de pré-natal, com seus bebês recém-nascidos no colo. Senti satisfação por saber que, mesmo de maneira



sutil, eu fiz parte da história daquelas pessoas. E cada vez que eu realizei uma consulta puerperal, eu pude novamente experimentar dessa sensação de dever cumprido e de realização profissional.

A primeira vez que facilitei um grupo de gestantes também foi uma experiência mobilizadora. Para esse momento, optei por tratar de mitos e verdades sobre a gestação, considerando que esta é uma fase marcada por muitas mudanças e também por muitas dúvidas, crenças e tradições. Fizemos uma dinâmica na qual cada gestante pegava um balão que continha uma afirmação e o grupo deveria discutir se tal afirmação tratava-se de um mito ou de uma verdade. Cada uma expressava sua opinião e o que achava a respeito, e após alguns minutos de debate, explicávamos do que de fato se tratava e fazíamos algumas contribuições embasadas no conhecimento científico. Daí surgiam outras dúvidas e emergiam experiências próprias que enriqueceram a conversa. Tive a oportunidade de apresentar um relato dessa experiência na I Mostra de Saúde da Atenção Básica de Dias d'Ávila e no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro.

Espaços como esse são muito potentes por se configurarem como um ambiente de troca de conhecimentos. São mais dinâmicos do que as consultas e permitem uma metodologia mais descontraída, que deixa as usuárias mais à vontade de falarem sobre si e de perguntarem coisas que às vezes não questionariam dentro dos consultórios. Além de, também, auxiliarem no desenvolvimento e reforço do vínculo com a equipe de saúde.

O trabalho grupal deve ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a construção deste acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. A técnica de trabalho com grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania, de maneira geral os grupos são desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência das gestantes aos hábitos considerados mais adequados, diminuir a ansiedade e compreender de forma mais clara os sentimentos que surgem neste período, permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado além de contribuírem para o oferecimento de assistência humanizada (FRIGO et al, 2012).

Há ainda outra experiência que gostaria de compartilhar. Durante uma consulta de pré-natal (1ª consulta), uma usuária disse que "o pré-natal no postinho é mais detalhado do que o particular." Aquilo que me deixou satisfeita. Nem todas chegam a essa constatação. Nem todas têm a oportunidade de vivenciar as duas realidades. E, infelizmente, tem-se ainda a cultura de que a estratégia de saúde da família é para os pobres. Que a atenção

básica é precária. Muitas vezes até mesmo nós profissionais do SUS subestimamos o nosso serviço. Mas, olha aí: o pré-natal no postinho é mais detalhado do que no particular, me disseram. Oferecemos (com algumas dificuldades devido à fragilidade da rede de atenção à saúde, é verdade) acompanhamento mensal até as 28 semanas gestacionais, quinzenal até as 36 e semanal até a data do parto, além de uma consulta puerperal; oferecemos suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico, vacinas, testes rápidos, exames laboratoriais; fornecemos orientações valiosas e intervenções oportunas em cada consulta.

A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos" (NUNES et al, 2016, p. 253).

A assistência ao pré-natal está intimamente relacionada aos índices de morbimortalidade materna e infantil, e talvez por isso seja um dos carros-chefes da estratégia saúde da família, por assim dizer.

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas (BRASIL, 2012, p. 21).

Encontrei inúmeras dificuldades em relação aos exames das gestantes, disponibilidade de sulfato ferroso, e outras coisas mais. Cheguei recém-formada e esta foi minha primeira experiência de trabalho como enfermeira. Mas, tenho certeza que forneci à população um pré-natal de qualidade. Esforcei-me para oferecer às gestantes a melhor assistência possível. Percebi em minhas condutas que elas eram minha prioridade. Preocupava-me se faltavam. Estabelecemos vínculo. Enquanto enfermeira, faço parte da história daquela vida que está gerando outra vida, e daquela vida que está pra nascer. Não é o fato de ser considerada "melhor" ou "mais detalhada" que o particular que me motiva. É saber que toda e qualquer gestante que por mim for atendida receberá uma assistência de qualidade.

Não apenas a enfermagem me oportunizou viver esses momentos. A Atenção Básica fez isso. É o vínculo sendo tirado das portarias para ser colocado em prática. É o vivenciar

da saúde da família. Percebi que não só eu fazia parte da história delas, mas elas também faziam parte da minha. Faziam parte do meu processo de aprendizagem, mas, além disso, contribuíam diretamente para um processo de descobrimento e autoconhecimento da profissional que estava construindo em mim. Coisas assim fazem a nossa jornada diária ter sentido.

#### 4.3 Algo inesperado no trajeto

Mencionei diversas vezes na residência que a assistência ao pré-natal era o que mais gostava de fazer. Procurava ao máximo ser atenciosa em cada consulta, desenvolver vínculo, informar, orientar. Procurava saber o motivo de falta às consultas. E, como pontuei acima, ao final do pré-natal, quando visitava a puérpera e seu bebê, tinha a sensação de dever cumprido e me sentia realizada como enfermeira. Ver aquele bebezinho que eu cuidei desde tão cedo é uma das melhores sensações que minha profissão já me permitiu sentir. Afinal, eu o esperei junto com aquela mãe. Sinto-me parte daquela história. Sou co-responsável por aquelas vidas.

Mas, certa vez, descobri que nem sempre a sensação provocada pelo fim da gestação será feliz.

Uma paciente que eu acompanhei desde a primeira consulta (uma das primeiras consultas que fiz na residência) pariu um bebê natimorto no final de novembro de 2017. Dois dias antes do parto, ela tinha ido à consulta comigo. Não consegui auscultar BCF e pedi ajuda ao médico da unidade. Ele também não auscultou, e pediu que eu solicitasse uma nova USG, e questionou à paciente sobre os movimentos fetais. Ela disse que havia sentido o bebê mexer na madrugada daquele dia. O médico a orientou que se ela continuasse sem sentir os movimentos, deveria procurar a maternidade. Ele saiu da sala e eu continuei a examiná-la, e antes que terminasse o exame físico ela disse "aí Sara, ele mexeu". Fiquei mais tranquila. Porém, o que ela entendeu como o bebê mexendo era, provavelmente, o início das contrações de seu útero tentando expulsar um feto que já estava sem vida. No dia do parto, ela foi para a maternidade após algumas horas sentido contrações intensas e rítmicas em casa. Mas, não levou seu bebê para casa. Ela e o marido relatam que o obstetra os informou que o bebê tinha hidrocefalia e que mesmo que tivesse nascido vivo, morreria logo em seguida.

Há estimativas de que ocorram 2,6 milhões de óbitos fetais por ano, sendo que a maioria desses óbitos ocorre em países em desenvolvimento. No Brasil, esses também ocorrem em frequência elevada, podendo até ultrapassar os números de óbitos neonatais. A redução dos óbitos infantis configura-se como prioridade nas políticas públicas de diversos países, porém, a mortalidade fetal ainda não obteve tal reconhecimento na agenda da saúde

mundial. É um problema ainda pouco investigado, apesar de compartilhar as mesmas etiologias que a mortalidade neonatal precoce e de também permitir avaliar as condições de vida de uma população e qualidade da assistência a ela ofertada (LIMA et al, 2017).

A notícia desse óbito fetal me deixou sem chão. Eu tinha desenvolvido um vínculo forte com a paciente. Conversávamos bastante e sabia que ela confiava em mim. Chorei, me senti culpada. E se eu tivesse encaminhado para a maternidade? E se eu tivesse enfatizado a necessidade de ela repetir a USG com urgência? E se eu pudesse ter evitado esse desfecho trágico? E se eu deixei passar alguma informação importante e não ofereci a ela a assistência de que ela e seu bebê precisavam? Eram questionamentos que passavam pela minha cabeça. Comecei a relembrar os detalhes das suas consultas. Ela havia passado pelo pré-natal de alto risco devido seu Rh negativo. A obstetra viu todos os seus exames e não apontou nenhuma alteração. Fiz uma visita após sua alta do hospital, peguei todas as USGs e não havia nada que sugerisse algum problema com o bebê. Ela teve um número maior de consultas do que o preconizado pelo MS. Na sua fala, deixou claro que se sentia satisfeita com a assistência que recebeu. Encontrou apoio na família, amigos e em sua fé em Deus, para enfrentar esse momento difícil.

Toda perda perinatal gera uma experiência dolorosa à família, e de difícil compreensão, pois a chegada de um bebê está associada ao início da vida, e não ao fim dela. Tal experiência não deixa indiferentes os profissionais, que não sabem como agir diante da situação, nem como assistir adequadamente a mulher e seu companheiro, após sofrerem uma perda. Para os profissionais, a morte também provoca sentimentos negativos, como frustração, decepção, derrota e tristeza (MONTERO et al, 2011).

Eu e o médico da unidade conversamos a respeito do caso e entendi que não havia nada que eu pudesse fazer para alterar esse fim triste. O que era meu dever foi feito. Aos poucos, o sentimento de culpa deu lugar à consciência de que meu trabalho havia sido feito da melhor maneira possível. Conteí este relato no portfolio no dia em que realizei a investigação do óbito, o que, em teoria, encerrava o caso. Porém, nunca vou esquecer-me dele. Marcou-me como profissional, e também como pessoa. Sofri com aquela mãe, senti a necessidade de apoiá-la e de deixar claro que ela podia contar comigo. Abracei-a e chorei com ela. E seguirei buscando sempre desempenhar meu trabalho de forma correta, prestar uma assistência de qualidade, e fazendo o que estiver ao meu alcance para não mais vivenciar uma situação como esta.

## **5 NOVOS ITINERÁRIOS**

O fim do primeiro ano de residência marcou o fim de um período repleto de anseios e novidades. Não que o segundo ano não tenha também os seus anseios e novidades.

Porém, avalio que no início do programa eu era uma pessoa muito diferente do que um ano depois. Entrei na residência sem nenhuma experiência profissional. Tudo era novo, e cheio de expectativas. Muitas dúvidas, angústias, medos. Aos poucos, fui me apoderando e empoderando do processo de trabalho que me cabia, e fui deslocando dentro do contexto do programa. Portanto, ao ingressar no R2, tinha várias expectativas, mas me sentia mais segura do que um ano antes.

Apesar de tantas inseguranças, fui me desenvolvendo melhor aos poucos, tomando as responsabilidades de enfermeira, criando vínculo com os pacientes, buscando compreender como poderia melhorar o serviço na unidade, como ser útil à equipe e à comunidade. Não foi fácil. Muitas vezes pensei que não conseguiria dar conta de tantas demandas, me sentia despreparada. Senti que o serviço nos "engoliu" e que muitas coisas poderiam ter sido feitas de uma maneira melhor. Fiquei com dificuldade de realizar atividades educativas, o que tentei suprir no segundo ano. Sei que poderia ter me debruçado mais no gerenciamento de enfermagem, sala de vacina, procedimentos como curativos/avaliação de feridas. Percebo que um ano foi pouco para vivenciar e aprender tudo. O fato de esta ser a primeira turma de residência em Dias d'Ávila explica um pouco dessa dificuldade. Outro ponto dificultoso, na minha opinião, foi o fato de a preceptora assumir também uma parte da equipe, fazendo com que ela tivesse uma agenda para dar conta, além de tantas programações fora da unidade que compõem a parte pedagógica da residência, principalmente quando os preceptores ainda estavam na especialização.

Diante de todas as experiências vividas, finalizei meu primeiro ano de residência ciente que não era mais a mesma, pois nesta jornada me (re) descobri uma enfermeira melhor a cada novo passo dado. E sabia que ainda tinha muito a avançar, pois, apesar de um ano ser pouco para vivenciar tudo, é período suficiente para muitas oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional.

A expectativa para o segundo ano de residência era grande. Estava ansiosa por conhecer outros caminhos e aprender por novas rotas. A chegada dos novos residentes já contribuiu com algumas mudanças na rotina. Passamos os primeiros dias acompanhando as R1 em suas atividades, compartilhando informações da unidade, do território e dos usuários, fazendo o possível para que a transição fosse feita da forma positiva e qualificada. Esse período foi importante, também, para começarmos a desenvolver a iniciação à preceptoria. Após pouco mais de um mês dessa transição, começamos os estágios optativos. Iniciei meu estágio na Rede Cegonha, linha de cuidado que escolhi devido às experiências marcantes que tive no primeiro ano da residência.

Não demorou para que a expectativa em torno do estágio se convertesse em angústia e frustração. Passamos um período sem apoiadora pedagógica matricial (APM). A referência técnica no município era a coordenadora de enfermagem do hospital e da

maternidade, e ela não parecia compreender a proposta do R2 – era difícil até para mim mesma – além do fato de que ela tinha muitas atribuições para além da maternidade. Por exemplo, no início do estágio o hospital estava recebendo o mutirão de cirurgias eletivas do estado, e todas as atenções estavam voltadas para essa questão. O diretor técnico do hospital, apesar de não ter sido colocado como referência, estava sempre junto com a coordenadora, e fazia entender que queria que tivéssemos sempre um preceptor nos acompanhando na maternidade. Ninguém parecia compreender que o foco do estágio era conhecer a rede em suas potencialidades e fragilidades, para colaborar com estratégias de fortalecê-la, e que as ações não deveriam estar concentradas na maternidade.

Apesar de que tudo que eu vivi no R1 era novidade pra mim, tinha atribuições muito bem definidas, tinha noção do que precisava fazer e qual o caminho para chegar à realização das tarefas. No R2, porém, tudo era novidade pra todo mundo. Ninguém nunca teve R2 no município. O desenho era novo para a própria FESF. Percebi que muitos profissionais não tinham total compreensão sobre linha de cuidado ou redes de atenção à saúde. Conseguia visualizar inúmeros problemas, mas não fazia ideia de por onde ou como começar a agir. Não tinha ninguém pra dizer o que fazer. Não tinha roteiro, manual do Ministério da Saúde, protocolo, norma, rotina, nada! Estávamos desbravando um mundo que ninguém conhecia muito bem.

### 5.1 Caminhando pela Rede Cegonha

A chegada da APM contribuiu para minimizar a ansiedade gerada por não ter um direcionamento, e pudemos então iniciar discussões em torno dos possíveis produtos que poderíamos trabalhar. Uma dos primeiros temas pensados foi o fortalecimento da vinculação das gestantes à maternidade, pois, a coordenação da maternidade já havia sinalizado uma baixa frequência nas visitas de vinculação, e esta atividade constava também na Programação Anual de Saúde (PAS) do município.

O conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência é um direito da gestante assegurado pela Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007, e reforçado na Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha propõe ações na melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada à mulher e à criança, entre elas a vinculação da gestante à maternidade de referência, objetivando a redução da peregrinação de mulheres no momento da admissão em trabalho de parto. Ainda assim, nos dias atuais, persistem desigualdades de acesso a um cuidado adequado (SAMPAIO et al, 2018, p.5).

Foi possível trabalhar a temática da vinculação com as equipes de saúde da família durante o primeiro encontro do Acolhimento Pedagógico sobre Rede Cegonha. Após a coordenadora da maternidade explicar sobre o modo como as visitas de vinculação eram feitas no serviço, fizemos uma atividade em que as equipes deveriam discutir entre si alguns aspectos, que depois foram compartilhados com as demais, a saber: forma de encaminhamento das gestantes para a visita de vinculação; potencialidades e fragilidades da vinculação no município; e estratégias para o seu fortalecimento. A discussão foi bastante rica, e foi possível observar algumas dificuldades que traziam impacto na adesão das gestantes à visita, como por exemplo, o deslocamento das gestantes da zona rural até a maternidade. Fizemos um consolidado de todas as informações colhidas e apresentamos em uma reunião do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, onde foi possível que as dificuldades relatadas pelas equipes ganhassem visibilidade e fossem pensados encaminhamentos oportunos.

O Grupo Condutor foi um dos espaços mais interessantes durante a jornada pela Rede Cegonha. Foi criado ainda no começo do estágio, então foi possível acompanhar o andamento de muitas coisas, contribuir com as discussões e encaminhamentos, apresentar estratégias e trabalhos realizados. Um dos trabalhos que realizamos após pactuação no grupo foi uma pesquisa com mulheres que pariram fora de Dias d'Ávila, com o objetivo de entender os motivos que levaram à migração na hora do parto. Essa pesquisa foi realizada nas unidades da residência (USF Concórdia e USF Entroncamento) e na USF Centro, tendo 6 entrevistadas.

Pensamos nessa pesquisa, pois, muitas equipes, durante a atividade realizada sobre vinculação no Acolhimento Pedagógico, atribuíram à baixa adesão das gestantes às visitas, o fato de haver muitos relatos negativos sobre a assistência na maternidade. Porém, foi possível observar que as experiências vividas pelas próprias mulheres, e consideradas ruins por elas, pesaram mais na migração no momento do parto, do que relatos de outras mulheres. Duas mulheres migraram por não ter obstetra na maternidade. Outro fator importante na migração foi ter algum tipo de apoio familiar em outro local. Quatro mulheres que procuraram atendimento na maternidade de Dias d'Ávila para o parto, antes de irem a outro município, não citaram esta maternidade como opção para um parto futuro.

Esta apresentação causou desconforto entre os profissionais da coordenação da maternidade. Essa foi uma situação constrangedora, pois, nosso objetivo não era colocar em pauta o trabalho das pessoas responsáveis pela maternidade, porém, eles questionaram e desqualificaram a metodologia do nosso trabalho, e dessa forma, essa pesquisa não gerou maiores desdobramentos. Apesar disso, ouvir essas mulheres foi muito importante, da mesma forma que foi importante tentar dar voz às experiências que elas contaram, afinal, o

momento do parto é único na vida da mulher que o vivencia, devendo ser valorizado não apenas em sua dimensão física, mas também social e emocional, uma vez que traz à tona diversos sentimentos, como ansiedade, medo, prazer e empoderamento. O fenômeno da migração no local de parto mostra-se alarmante, pois evidencia falta de integração entre os serviços de pré-natal e parto, baixa cobertura na assistência, demanda desordenada, e, principalmente, peregrinação da gestante, que, pode estar relacionada a piores desfechos (MOREIRA et al, 2017).

Outro espaço importante no contexto do estágio foi o Grupo de Trabalho da Sala de Situação, no qual contribuimos ativamente para a escolha de indicadores relevantes para a Rede Cegonha, bem como qualificação e cálculo destes indicadores. Foi possível identificar fragilidades nos sistemas de informação do município, e também, pensar estratégias que propiciem a melhoria dos indicadores. E, para além de espaços municipais de discussão da Rede Cegonha, foi possível participar de espaços regionais: o Fórum da Rede Cegonha (região metropolitana de Salvador) e do Observatório de Maternidades promovido pelo Ministério Público, que permitiram um contato com experiências, facilidades e dificuldades de outros municípios da região, além de promover uma discussão de temas relevantes para a saúde materno-infantil.

Ao final do estágio, apresentamos, também, um instrumento para avaliação e qualificação do pré-natal, com a proposta de que o instrumento fosse utilizado pelas apoiadoras institucionais no espaço das reuniões de equipe, no intuito de identificar lacunas na assistência prestada e fomentar a discussão entre os trabalhadores, e, assim, possibilitar que a equipe dispare encaminhamentos que promovam a reorientação no processo de trabalho e qualificação da assistência ofertada.

Em relação às ações de apoio matricial à minha equipe, confesso que foram muito incipientes, porém, percebi que os colegas me viam como referência da Rede Cegonha, e sempre me acessavam quando precisavam resolver situações ou sanar dúvidas, o que de certo modo também é apoio matricial. Antes de finalizar o estágio, fiz um levantamento dos testes do pezinho realizados na unidade, e identifiquei que a maior parte deles vinha sendo feito fora do período oportuno (3º ao 5º dia de vida). Isso também estava sendo trabalhado como indicador na Sala de Situação. Fiz uma atividade de educação permanente com a equipe, mostrando a proporção de testes do pezinho realizado em tempo oportuno na nossa unidade, bem como no município no ano 2017, que havia sido calculado na Sala de Situação, e incentivei que a equipe pensasse em estratégias que melhorassem o indicador, e definisse uma meta própria para o final do ano. Essa atividade foi bastante produtiva, e com ela pude também tentar estimular a equipe a trabalhar com os dados que ela mesmo produz.



Finalizei o estágio amargando uma sensação de que deveria ter feito mais, deveria ter pensado tais ações mais cedo, deveria ter aproveitado melhor esses meses. Porém, sabia também que as experiências vivenciadas foram muito importantes para minha trajetória na residência e para além dela, pois, tenho certeza que, retornando um dia a atuar na assistência, faria muita coisa diferente. E, não é esse o propósito de se fazer uma residência? Qualificar o meu trabalho como enfermeira? De certo que sim, e que estou seguindo esse caminho.

## 5.2 Mais perto do fim: o estágio de gestão

Para o estágio em gestão, quando pude escolher em que setor desejaria ficar, sempre pensei na coordenação da Atenção Básica, com o intuito de conhecer o fazer Atenção Básica na outra ponta. Nunca encarei como algo fácil, sempre pensei que seria algo difícil, com muitas demandas e responsabilidades.

Próximo ao fim do estágio anterior, ouvi que se teria uma proposta de que eu continuasse apoiando a Rede Cegonha no estágio de gestão. Inicialmente, fiquei contente, pois continuaria atuando em algo que eu tomei gosto, já estava familiarizada e num processo de apropriação de conteúdos iniciado, além de poder continuar participando de espaços que gostei muito de estar, como o fórum da Rede Cegonha, o observatório de Maternidades, e conhecer mais o Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica (COCAB), que eu tive oportunidade de participar apenas uma vez. Porém, tive também receio de que meu estágio na gestão se tornasse uma extensão do estágio na Rede Cegonha. Nessa perspectiva, fiz um rascunho de plano de estágio a partir de demandas apontadas pela gerente de atenção à saúde e pela coordenadora da atenção básica, em relação à análise da planilha de monitoramento do pré-natal, o que possibilitaria apoiar as equipes da AB em fragilidades evidenciadas pela planilha.

Porém...

As expectativas mudaram e houve uma proposta de que eu trabalhasse com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A proposta apresentada pareceu ótima, mas me senti desesperada ao pensar no curto tempo que é destinado ao estágio da gestão. Minha sensação era de que não sabia nada sobre RAPS. Desde o final do R1, quando começaram a surgir as possibilidades de estágio para o R2, uma certeza eu tinha e repetia: “não quero ficar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), não quero ficar com Saúde Mental!”. Sentia que me apropriar desses conteúdos me custaria um tempo que não tinha. Sentia que os turnos que tinha na gestão seriam poucos para me apropriar desses conteúdos e operacionalizar o plano de estágio (que eu nem sabia por onde começar), e que desse modo não conseguiria alcançar a minha expectativa de entender como funciona a lógica de

gerir a Atenção Básica! Talvez estivesse me prendendo à minha zona de conforto, o novo é assustador, e mesmo que não devesse ser assim, RAPS é um mundo novo pra mim, e por isso, não me sentia qualificada para discuti-la ou capaz de fortalecê-la. Não sabia como dar o primeiro passo.

Até que as propostas foram mudadas novamente, e, voltando à expectativa anterior, meu plano de estágio tomou o formato de apoio à Rede Cegonha. Eu e a colega que estava naquele momento fazendo o estágio da Rede Cegonha, utilizamos o instrumento de avaliação e qualificação do pré-natal criado anteriormente, para fazer um levantamento de informações sobre como as equipes organizavam seu processo de trabalho para esse tipo de assistência.

Fizemos um cronograma de visitas às unidades, e, acompanhadas das apoiadoras institucionais, participamos das reuniões de equipe, onde aplicávamos o instrumento para colher as informações desejadas, e tentávamos fomentar alguma discussão sobre o pré-natal nas equipes. Em algumas foi mais fácil que outras, porém, foi uma boa experiência conhecer as demais unidades e rotinas das equipes. Além disso, acredito que foi uma tarefa importante para o município. Apresentamos a síntese das informações numa reunião do Grupo Condutor e disponibilizamos um documento com maiores detalhes dos dados coletados e com sugestões de estratégias para enfrentamento de algumas dificuldades. A análise destas informações permitiu visualizar diferenças entre as equipes de Dias d'Ávila em relação à organização da assistência ao pré-natal e puerpério nas unidades, o que possibilita desenvolver ações de apoio orientadas pelas necessidades reais das equipes, com vistas à qualificação do processo de trabalho. Sendo a Atenção Básica coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, entende-se que é no pré-natal que concentram-se importantes práticas para melhoria e qualificação do acesso à assistência materno-infantil, e a partir disso, caminhar para o fortalecimento e consolidação da Rede Cegonha no município.

Por um lado, foi bom dar continuidade a algumas atividades que eu já vinha desempenhando. Por outro lado, sinto que fiquei muito presa a um produto que tomou muito tempo, e não tive oportunidade de vivenciar as atribuições da coordenadora da AB. Entendo também que o produto muitas vezes protege o residente de se tornar um mero tarefeiro dentro do campo do estágio. Acredito que na configuração que a GEASA se encontrava, isso poderia facilmente ocorrer. Mas, acho que é preciso repensar uma forma de o residente estar na GEASA e tirar um proveito maior desse espaço.

Na unidade, senti que meu tempo foi mais bem aproveitado devido articulação das ações para a gestão e para a equipe. Pactuei com a preceptora acessar no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) local, a lista de crianças faltosas para vacinação. Realizei essa busca no sistema e me reuni com as ACS da minha equipe

para que elas pudessem efetuar a busca ativa. Algumas delas, munidas dos cartões espelhos das crianças, prontamente verificaram quais delas estavam de fato com vacinas atrasadas, e quais haviam atualizado cartão em outra unidade. Outras, levaram a lista para conferir com seu material posteriormente. Conversei com a técnica de enfermagem sobre a possibilidade de registrarmos no sistema essas doses aplicadas em outras unidades, mas ela havia me dito que isso não seria possível, para que a dose não ficasse duplicada. Recentemente, numa reunião da Sala de Situação, aprendi a forma de registrar doses anteriores no sistema evitando esse problema da duplicação, e repassei essa informação à colega.

Uma das atividades assistenciais que continuei desempenhando na unidade foi a vacinação, já que no R1 tive pouca vivência na sala de vacina. Recentemente, tive necessidade de assumir a sala de vacina, e apesar de algumas dificuldades e até um pouco de receio de errar, percebi o meu deslocamento nesse processo e fiquei feliz comigo mesma.

Outro ponto positivo foi o compartilhamento de experiências com as outras colegas que estavam na gestão. À medida que as colegas contavam de suas vivências pude compreender melhor o painel de indicadores da sala de situação, o processo de construção dos relatórios de gestão e PAS, e o andamento das questões ligadas à RAPS. Ao fim do estágio, continuei enxergando a gestão como algo difícil e cheio de responsabilidades, e tinha cada vez mais vontade de retornar à assistência, não só pelas dificuldades percebidas, mas, pela oportunidade de fazer muitas coisas diferentes. Não apenas esse estágio, mas todo o R2, ampliou minha visão sobre o trabalho na saúde da família, e acredito que se um dia a oportunidade de trabalhar na ponta for novamente a mim concedida, serei uma enfermeira melhor. Só posso acreditar que o caminho que tomei ao iniciar essa residência foi o mais certo possível.

## **6 PARA ONDE VOU**

*“O homem que eu parti de casa se perdeu. E a caminhada fabricou um novo eu.”* (Trecho da música “A partida e o Norte”, de Estêvão Queiroga).

Planejei por muito tempo como seria quando a residência chegasse ao fim. Programei meu eletivo para ser a última atividade da residência e escolhi realizá-lo em Feira de Santana, minha cidade natal. Era o plano perfeito, apesar das angústias que me acompanhavam ao pensar que ao fim da residência eu estaria desempregada.

Mas, as rotas que traçamos nem sempre são aquelas por onde, de fato, seguimos.

Dois dias depois de retornar à minha cidade, recebi uma proposta de compor o Apoio Institucional de Dias d’Ávila. Era necessário, portanto, retornar para realizar o meu estágio

eletivo. Não tinha como recusar. Voltei, com a alegria de ter sido reconhecida, e o desejo de aprender mais e continuar desempenhando um bom trabalho.

Finalizando a residência, faço uma retrospectiva, e vejo que a experiência que tive aqui foi incrível, e me tornou a profissional que sou hoje. Sei que a caminhada ainda não acabou; está apenas começando. Sei, também, que terei muito a oferecer, e ainda a aprender, por onde quer que eu caminhe. E desejo ter novas oportunidades de trabalhar na assistência à saúde da família. Após o fim da residência, vejo que poderia fazer inúmeras coisas diferentes, e levo essa vontade de fazer um SUS cada vez melhor onde eu estiver. Quando estava iniciando o R2, disse que cheguei aqui apenas graduada em enfermagem, estava me tornando enfermeira, e daqui sairia especialista em saúde da família. Acho que meu objetivo foi cumprido.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G.B. et al. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. Sobral: **Sanare**, v. 16, n. 1, p. 124-129, 2017.
- BORTAGARAI, F.M. et al. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. São Paulo: **Distúrbios da Comunicação**, v. 27, n. 2, p. 392-400, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, n.28, v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, n.32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, G.W.S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. In.: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: **Editora Hucitec**, 1.ed., 2008.

- FRIGO, L.F. et al. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. Santa Cruz do Sul: **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 2, n. 3, p. 113-114, 2012.
- LIMA, K.J. et al. Análise da situação em saúde: a mortalidade fetal na 10ª região de saúde do Ceará. Fortaleza: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 37, p. 30-37, 2017.
- LINO, M.R.B. et al. Territorialização como ferramenta norteadora das práticas de residentes em saúde da família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. supl. 9, p. 715-720, 2017.
- MONTERO, S.N.P. et al. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, 8 telas, 2011.
- MOREIRA, M.A. et al. “Eu quis parir aqui”: motivos que levaram parturientes à migração quanto ao local de parto. Recife: **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 121-129, 2017.
- NASCIMENTO, G.L.S. Memorial de formação: *um dispositivo de pesquisa-ação-formação*. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte [dissertação]**. Natal, 2010, 166f.
- NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n.2, p. 252-261, 2016.
- PINTO, C.A.G.; COELHO, I.B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In.: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: **Editora Hucitec**, 1.ed., 2008.
- ROTOLO, RM.; FRENANDES, G.F.; MARTELLI, P. O controle social em nível local do SUS e as possibilidades de transformação da cultura política no Brasil. Florianópolis: **Saúde & Transformação Social**, v.6, n.1, p. 31-42, 2016.
- SAMPAIO, L. M. et al. Rede Cegonha: *acompanhamento pré-natal e vinculação de gestantes à maternidade de referência*. Maringá: **Ciência, cuidado e saúde**, v. 17, n.1, 2018.
- SILVA, J.Q.G. O memorial no espaço da formação acadêmica: *(re)construção do vivido e da identidade*. Florianópolis: **Perspectiva**, v.28, n.2, 2010.