

## **PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA BEATRIZ BARROS FERREIRA DA SILVA

### **O PERCURSO FORMATIVO DE UMA ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA E A APROXIMAÇÃO COM A SAÚDE DA MULHER**

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

Orientadora: Gabrielle Ferraz Rodrigues

BAHIA  
2020

*“Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. (Constituição Federal de 1988)*

SILVA, Ana Beatriz Barros Ferreira da. O percurso formativo de uma enfermeira na Saúde da Família e a aproximação com a saúde da mulher [Trabalho de Conclusão de Residência]. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Bahia: Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

## RESUMO

Trata-se do Memorial de Formação de uma residente em Saúde da Família, cujo objetivo geral foi descrever e refletir sobre as principais vivências enquanto enfermeira na Saúde da Família e identificar como elas contribuíram para o processo formativo. Como objetivos específicos, destaca-se: Mostrar aos leitores como as experiências com mulheres e gestantes contribuíram no caminhar na saúde da família; Reconhecer a educação em saúde para gestantes como parte do atendimento a ela prestado e como complementação do pré-natal; Reiterar a minha identificação e desejo de atuação profissional na área da Saúde da Família. Para a construção deste memorial foram utilizadas as postagens realizadas pela residente no Ambiente Virtual de Aprendizagem e os registros referentes à sua participação no Grupo Maternagem (como o livro de atividades coletivas da unidade, os livros de acompanhamento das gestantes, fotos, vídeos, entre outros recursos). Retratar a trajetória de vida e de formação, principalmente, dentro do programa de residência. O pensar sobre a educação em saúde e o quanto ela pode ser potente dentro do SUS me deixa motivada e me estimula a pensar em alternativas que potencializem o acesso dos usuários à estas propostas alternativas do fazer saúde. O público feminino me motivou e pude perceber os resultados e os impactos da assistência que realizei durante o pré-natal. A Residência reforçou as escolhas iniciadas na graduação e ampliou o querer fazer mais pelo Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Formação; Enfermagem; Saúde da Mulher; Saúde da Família;

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem  
DO – Declaração de Óbito  
EEUFBA – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FESFSUS - Fundação Estatal Saúde da Família  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ISC – Instituto de Saúde Coletiva  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
MIF – Mulher em Idade Fértil  
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNAR – Pré-natal de Alto Risco  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RN – Recém-nascido  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SIAPARTO – Simpósio Internacional de Assistência ao Parto  
SUS - Sistema Único de Saúde  
USF - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>7</b>
<b>3. TODAS AS TRILHAS CAMINHAM PRA GENTE SE ACHAR .....</b>	<b>8</b>
3.1 Ideologias .....	9
3.2 Os meus sonhos dependem de mim .....	10
<b>4. APROXIMAÇÃO COM O PÚBLICO FEMININO .....</b>	<b>11</b>
<b>5. O GRUPO DE GESTANTES .....</b>	<b>16</b>
5.1 Educação em Saúde para gestantes: conhecendo o público e as propostas metodológicas .....	17
5.2 Impactos do Grupo Maternagem para a experiência da mulher sobre a gestação e o parto .....	25
<b>6. ENFERMEIRA DA SAÚDE DA FAMÍLIA OU ENFERMEIRA OBSTETRA? .....</b>	<b>27</b>
6.1 Desfecho obstétrico de uma das gestantes acompanhadas no pré-natal .....	28
6.2 O comitê de Vigilância do óbito materno e infantil .....	30
6.3 Em busca de novos conhecimentos e habilidades .....	32
6.4 A decisão pela Saúde da Família como primeira opção .....	34
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

“Cada dia um degrau, cada degrau uma luta e cada luta um aprendizado” (Autor Desconhecido). Início esse trabalho mostrando esta frase que, para mim, reflete muito o que se vive no mundo acadêmico. A cada aprendizado somado a nossa existência, nos transformamos, espera-se que, em seres humanos melhores.

Trata-se do Memorial de Formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESFSUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), turma 2018-2020, campo de prática no município de Camaçari.

O município de Camaçari, onde desenvolvi minhas atividades enquanto residente, fica situado no Estado da Bahia, na Região Metropolitana de Salvador, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conta com uma população estimada em 299.132 pessoas para o ano de 2019, que lhe confere o título de 4ª cidade mais populosa do estado.

A Unidade de Saúde da Família (USF) onde estive lotada durante os dois anos da residência é composta por uma equipe multiprofissional, subdividida em duas equipes, que atendem dois bairros. No território de abrangência da unidade, observamos a co-existência de realidades distintas no que se refere as condições socioeconômicos e, conseqüentemente, ao acesso aos sistema e aos serviços de saúde. Tal distinção pode ser observada através das condições de moradia, entre outros aspectos.

Parte das memórias que serão relatadas neste memorial vieram das minhas postagens no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde me propus a refletir sobre as vivências que mais me (co)moveram nestes intensos momentos proporcionados pela residência. Apresentarei aos leitores um pouco da minha trajetória de vida e acadêmica (se é que podemos separá-las) e como me aproximei dos temas relacionados à Saúde da Mulher dentro da Residência. Dessa forma, narrarei aqui a minha aproximação com o cuidado da enfermeira ao público feminino, principalmente às gestantes.

O objetivo geral deste memorial é descrever e refletir sobre as minhas principais vivências enquanto enfermeira na Saúde da Família e identificar como elas contribuíram para o meu processo formativo. Como objetivos específicos, destaco: Mostrar aos leitores como as experiências com mulheres e gestantes contribuíram no meu caminhar; Reconhecer a educação em saúde para gestantes como parte do atendimento a ela prestado e como

complementação do pré-natal; Reiterar a minha identificação e desejo de atuação profissional na área da Saúde da Família.

Cada lugar que passei, cada caminho que trilhei, por escolha ou por vontade do destino, me moldaram e transformaram minha forma de pensar e de agir. Assim como, influenciaram diretamente nas minhas escolhas dentro da profissão. O desejo de atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na Saúde da Família, são exemplos disso.

## **2. METODOLOGIA**

O presente Trabalho de Conclusão de Residência foi desenvolvido no formato de Memorial de Formação.

“O memorial é uma narrativa autobiográfica, um texto em que o autor faz um relato de sua própria vida, procurando apresentar acontecimentos a que confere o status de mais importantes, ou interessantes, no âmbito de sua existência [...] Dessa perspectiva, pode-se trazer elementos da formação humana que ‘entram’ na formação profissional: as reflexões que tiveram lugar a partir do curso do qual se participa/participou – e as mudanças decorrentes – representam os pontos mais significativos a serem abordados. É importante explicitar a relação entre formação humana e profissional e, estando já na profissão, o que contribuiu para as transformações que foram acontecendo” (PRADO e SOLIGO, 2005).

A partir dessa metodologia de escrita, retrato meu percurso durante a residência, sendo uma autobiografia, onde descrevo, analiso e critico os acontecimentos sobre a minha trajetória pessoal, acadêmico-profissional, assim como vivências e descobertas que promoveram mudanças na minha prática profissional.

A experiência, que é centro das histórias aqui narradas, ocorreu durante o período de Março/2018 a Março/2020 durante o curso dos Programas Integrados de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS em parceria com a Fiocruz-BA.

Para a escrita, utilizei como ferramenta 30 postagens que realizei no Portfólio Virtual do Curso (AVA) e as referências bibliográficas de autores relacionados ao conteúdo descrito. Apesar de ter abordado diversos assuntos, aqueles relacionados às vivências com as gestantes foram os que mais me motivaram a escrever. Dentre essas vivências, destaco a participação no Grupo Maternagem como sendo de fundamental importância na minha formação enquanto enfermeira residente em saúde da família.

A seleção dos nomes dos capítulos deste memorial foi feita a partir de trechos de músicas, pois tal arte teve grande influência e importância na minha vida. Dessa forma, apelidei o primeiro capítulo por **“COMO CHEGUEI ATÉ AQUI – TODAS AS TRILHAS CAMINHAM PRA GENTE SE ACHAR”**. Este abordará sobre os caminhos que percorri – antes, durante e após a graduação e durante a residência – e como estes contribuíram para as minhas escolhas e formação dentro da profissão, dando enfoque à minha aproximação com a Estratégia de Saúde da Família.

A partir do segundo capítulo, começo a aprofundar nas reflexões sobre como me aproximei do público feminino, na graduação e na residência, destacando como essas vivências influenciaram na minha prática dentro da atividade coletiva realizada com gestantes na Unidade de Saúde da Família. Para isso, intitulei-o como **“A APROXIMAÇÃO COM O PÚBLICO FEMININO”**.

No **“GRUPO MATERNAGEM”**, trarei ao conhecimento dos leitores, memórias dos encontros do grupo, das participantes, das atividades realizadas, do vínculo estabelecido e os desafios enfrentados. Para construção desse capítulo utilizarei como principais documentos o livro de registro das atividades coletivas da unidade para a caracterização das participantes do grupo, e o livro de acompanhamento das Gestantes das Equipes 1 e 2. Também foram utilizados os arquivos de fotos e vídeos registrados das atividades no grupo.

Por fim, abordarei sobre a inquietude que o laço com as gestantes provocou no “meu eu enfermeira”, me estimulando a aprofundar nos temas relacionados ao pré-natal, gestação e puerpério, através da participação em cursos e congressos que foram um divisor de águas na minha carreira profissional. Pois, em um dado momento, me vi na dúvida sobre o próximo caminho que trilharia após o final desta residência. Para elucidar esses questionamentos, escrevi o último capítulo deste trabalho, que chamei de **“ENFERMEIRA DA SAÚDE DA FAMÍLIA OU ENFERMEIRA OBSTETRA”**.

### **3. TODAS AS TRILHAS CAMINHAM PRA GENTE SE ACHAR**

Como toda adolescente, eu também senti dificuldade em decidir meu futuro profissional com apenas 17 anos. Apesar de ter feito uma escolha um tanto quanto aleatória, costumo dizer que encontrei o meu lugar na enfermagem. No decorrer do texto, os leitores poderão entender o porquê digo isto.



### 3.1 Ideologias

Logo na semana de calouros da universidade, tive o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) e ao entendimento da saúde como direito garantido na constituição federal. Percepções que, até então, eram totalmente distantes da minha compreensão, pois tinha uma visão biomédica da enfermagem. E só pude ter esse discernimento quando conheci a saúde coletiva e, junto a ela, o conceito ampliado de saúde e a importância dos condicionantes e determinantes para o processo saúde-doença-cuidado.

Enquanto algumas colegas estavam ansiosas para o início dos componentes curriculares biologicistas (anatomia, fisiologia, etc), eu me encantei com a saúde coletiva, desde o primeiro contato, principalmente no componente de vigilância em Saúde e epidemiologia.

No primeiro semestre da graduação, foi solicitado a construção de um artigo científico, cujo tema era livre, e eu escolhi falar sobre a estratégia de saúde da família. As primeiras atividades práticas da graduação foram desenvolvidas em unidades de saúde da família (USF). Descobri, então, o meu desejo de trabalhar na saúde da família e passei a dedicar boa parte dos meus estudos às leituras sobre o SUS e a saúde coletiva.

Outra vivência imprescindível para a minha formação foi o componente curricular de Educação em Saúde, onde tínhamos como referência, a educação dialógica e a quebra do paradigma da educação bancária (MACIEL, 2009). Filha de professores, sempre acreditei no poder da educação para transformar o mundo e reconheci na educação em saúde, um potencial transformador de sujeitos e de realidades, a partir do empoderamento e da corresponsabilização dos mesmos.

Este modelo de educação passou a fazer parte do meu cotidiano nas práticas de todos os componentes curriculares, principalmente daquelas realizadas nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, evidenciando o potencial educador/transformador da Atenção Básica, preocupação esta que não percebia na atenção hospitalar.

Algo que sempre chamava a minha atenção (na graduação), era quando chegávamos nos estágios em hospitais e unidades de saúde do SUS com o desejo de que tudo acontecesse como estava na teoria e nos deparávamos com situações que iam de encontro aos princípios do sistema único de saúde. Estas situações provocavam indagações em mim, como: "por que o SUS não dá certo?", "será que podemos fazer alguma coisa?" e fui

ensinada a dar o melhor, independente das circunstâncias, afinal, estava lidando com vidas humanas.

Como disciplina optativa, cursei políticas de saúde I, ofertada pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e, mais uma vez, firmei a minha certeza e desejo em trabalhar no SUS e na atenção Básica. Foi nesse período, meados do ano de 2015, que passei a ouvir, dentro da Universidade, sobre os programas de residência em saúde como forma de especialização e passei a cultivar o desejo de ingressar em um programa de residência em Saúde da Família.

Alcansei meu objetivo, e ser residente em Saúde da Família me possibilitou um crescimento pessoal e profissional inigualável e motivação para dar o meu melhor por aquilo que acredito. Sempre foi um desejo trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Coletiva e ser militante de um sistema de saúde que garante os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, assim como promova a participação popular.

### 3.2 Os meus sonhos dependem de mim

A chegada à residência trouxe à tona responsabilidades diferentes daquelas que tinha na graduação. Afinal, agora sou enfermeira, apesar de ainda estudante, não mais estudante da graduação em enfermagem. Experimentei sensações indescritíveis ao ser a enfermeira de referência da equipe e ao assumir papéis de maiores responsabilidades quando comparados àqueles de quando era estudante.

Ainda enquanto estudante da graduação, ficava me perguntando como seria quando fosse enfermeira e tivesse que assumir responsabilidades a mais do que aquelas que assumia durante as atividades práticas desenvolvidas no contexto da universidade. Mesmo imaginando, nada se compara ao sentimento que desenvolvi quando, de fato, me tornei profissional de saúde atuando em um serviço.

É gratificante fazer parte da vida de tantas pessoas e de uma forma tão positiva compartilhar com elas o cuidado sobre suas vidas. É aprender constantemente com pessoas que te ensinam tanto, mesmo que de forma involuntária, com uma palavra qualquer ou um sorriso.

Um dos principais desafios foi “ocupar” o lugar de uma pessoa que foi tão querida como enfermeira da equipe. Mas, isso me estimulou a querer ser cada vez melhor como pessoa e como profissional, para que os usuários me enxergassem como a enfermeira de referência da equipe e aos poucos, fui conquistando meu espaço.

Durante a primeira Visita Domiciliar, enquanto caminhávamos pelas ruas, sem pretensão, conhecíamos o território de abrangência e ouvia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) as histórias daqueles lugares e das famílias que residem na área. Estes momentos memoráveis tem um potencial de desenvolver a escuta qualificada, a visão crítica, a empatia pelas pessoas e pelas histórias de vida delas. Também pude perceber o quanto é importante a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde para o vínculo com a comunidade e na concretização da Saúde da Família.

O ACS é um trabalhador que possui características diferenciadas, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, o que torna mais forte a relação entre trabalho e vida social. É responsável por um trabalho que toma por base de suas ações a vinculação e o conhecimento dos modos e hábitos da população, com ação prática de adentrar no espaço íntimo da família e de identificar naquele espaço os riscos e as necessidades de saúde (FILGUEIRAS, et al, 2011).

Ao longo desses dois anos, pude adentrar nas partes mais profundas do produzir cuidado dentro da lógica da saúde da família. Desse modo, eu me propus a conhecer melhor as pessoas que buscavam acolhimento/atendimento na unidade, pensando no conceito ampliado de saúde e nos determinantes e condicionantes da mesma.

Quando a saúde da família deixou de ser Programa e passar a ser considerada uma estratégia, dentro da Política Nacional de Atenção Básica mostrou o papel fundamental para consolidação da Atenção Básica dentro de um modelo de atenção à saúde alternativo ao modelo hegemônico e médico-centrado. Um serviço capaz de ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a garantir um dos princípios do SUS, a integralidade (ANDRADE, 2012).

Atualmente, Camaçari conta com 42 Unidades de Atenção Básica e, aproximadamente, 80% de cobertura de Saúde da Família, segundo a Programação Anual de Saúde (2019) do referido município. Apesar de dispor de um grande número de equipamentos/serviços de saúde, a rede ainda é construída com linhas frágeis, fazendo com que não se consiga garantir a integralidade do cuidado dos usuários, causando insatisfações e queixas frequentes aos serviços ofertados pelo SUS.

#### **4. A APROXIMAÇÃO COM O PÚBLICO FEMININO**

De repente estava envolvida pelo atendimento às mulheres na Atenção Básica, principalmente, durante a gestação. Os sentimentos de sororidade e de empatia acabaram

me aproximando deste público, por compartilhar dos mesmos anseios, e por fazer parte de um grupo historicamente marginalizado, com uma singularidade a ser valorizada: a “capacidade” de gestar e parir (GUIMARÃES e PEDROZA, 2015).

Como citei anteriormente, a maioria das minhas postagens no AVA tiveram a saúde da mulher como tema principal. Isso reflete muito das minhas vivências na unidade e da forma como interferiram no meu processo de aprendizagem, na maioria das vezes, positivamente, me estimulando a escrever sobre esses momentos e a refletir sobre eles.

Na graduação, tive a oportunidade de participar de um projeto de extensão, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que foi instituído através da portaria interministerial nº 421 de 03 de março de 2010. O PET, tem como objetivo principal, “estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico...” (BRASIL, 2010).

A ênfase deste projeto era na Rede Cegonha e tinha como ação a realização de atividades de educação em saúde em duas maternidades públicas do município de Salvador.

“A Rede Cegonha foi instituída através da portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 que consiste numa rede de cuidados que visa garantir e assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

Foi a primeira aproximação que tive com o público que era, majoritariamente, feminino e me possibilitou o contato com mulheres em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, já que atuávamos desde o ambulatório até os alojamentos conjuntos e espaços de convivência. Conseguíamos envolver, também, os parceiros e acompanhantes nas atividades de educação em saúde para que participassem ativamente junto às gestantes.

Vale destacar que foi a primeira vez que tive contato com uma equipe multiprofissional (além das estudantes de enfermagem, tínhamos estudantes de psicologia, fonoaudiologia e medicina), sendo uma experiência enriquecedora para o processo formativo, pois os temas e metodologias utilizadas para o desenvolvimento das atividades não se restringiam, apenas, ao conhecimento cultivado dentro da EEUFBA, dando um enfoque mais abrangente aos temas abordados.

Como a característica do serviço não nos permitia estabelecer vínculo com a maioria daquelas mulheres, devido, principalmente, à dinâmica e à mudança de gestantes e puérperas nos setores, os temas eram pensados de acordo com as impressões e inferências

da equipe e das estudantes. Mas, sempre levando em consideração as peculiaridades do público atendido em cada maternidade.

De acordo com alguns autores, a educação em saúde:

“... requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG et al., 2014).

Por termos sido formados seguindo a lógica da educação em saúde com o potencial de transformação de sujeitos e coletivos. Ou seja, utilizávamos de um tema estabelecido anteriormente para provocar reflexões nas formas de pensar e agir das pessoas que participavam das atividades.

Para isso, quando pensávamos em uma atividade a ser realizada, era feito o planejamento da mesma, seguindo respectivamente a sequência de seis etapas: tema; objetivo; metodologia; materiais necessários; resultados esperados e avaliação. A organização através dessas etapas não nos impedia de realizar alterações e de valorizar a opinião e o conhecimento do público que participava das atividades.

Ao final do programa, o trabalho realizado pelo grupo nos 2 anos de programa foi compilados em uma cartilha intitulada “Educação em Saúde para Mulheres: como realizar atividades de grupo”.

Na residência, a aproximação com o público feminino se iniciou durante os atendimentos individuais e essa autonomia fez com que eu me sentisse valorizada, pois a maior resolutividade das demandas de saúde dessas mulheres, favorecia o estabelecimento de vínculo e confiança.

Algo que sempre me encanta ao trabalhar com a saúde da mulher dentro da Atenção Primária à Saúde é a autonomia que a profissional enfermeira encontra dentro dos serviços públicos ao atender esse público. Tal autonomia é influenciada pela existência de Protocolos Terapêuticos de âmbito nacional ou municipal, que favorecem um melhor acompanhamento.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), as mulheres representam mais de 50% da população brasileira e são as principais usuárias do SUS.

“A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade

e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004).

Para garantir essa integralidade, os serviços de saúde devem estar preparados para atender as mulheres em todas as etapas da vida, considerando as singularidades atreladas a cada uma delas.

Percebe-se que as mulheres que procuram o serviço, em sua grande maioria, buscam por atendimentos referentes aos assuntos específicos, como: Planejamento Sexual e Reprodutivo, Pré-natal, Coleta de Citopatológico do Colo do Útero (Preventivo) e Abordagem Síndrômica de Infecções Urogenitais e/ou possíveis Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O quadro abaixo apresenta as definições desses tipos de atendimento.

**Quadro 1 - Definição dos Atendimentos mais buscados pela mulher na Atenção Básica**

TIPO DE ATENDIMENTO	DEFINIÇÃO
<b>Planejamento Sexual e Reprodutivo</b>	O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. (BRASIL, 2013)
<b>Pré-natal</b>	O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2012)
<b>Coleta de Citopatológico do Colo do Útero</b>	Está dentro das medidas de prevenção ao câncer do colo do útero e se caracteriza pelo recrutamento de mulheres dentro da faixa etária recomendada para a realização da coleta de material citopatológico do colo do útero a ser, posteriormente, avaliado e dados os encaminhamentos cabíveis (BRASIL, 2013).
<b>Abordagem síndrômica</b>	Essa abordagem consiste na identificação de um grupo de sinais e sintomas comuns a determinadas DST e no tratamento simultâneo de todas elas. Dessa forma, por meio de fluxogramas de conduta, o diagnóstico e o tratamento das DST se tornam mais rápidos e eficazes. (BRASIL, 2013)

Fonte - Autora do trabalho.

Dessa forma, a maioria dos atendimentos prestados ao público feminino se enquadravam nos atendimentos citados acima, o que me possibilitou aproximação com mulheres de forma geral, não só as gestantes acompanhadas no pré-natal e/ou no grupo de gestantes. Mais uma vez, destaco a importância dos protocolos e Cadernos de Atenção

Básica criados para guiar a prática profissional e que qualifica o atendimento prestado pela enfermeira.

No planejamento sexual e reprodutivo, a busca era por métodos contraceptivos hormonais eram mais procurados por mulheres e os métodos cirúrgicos e irreversíveis eram mais procurados por homens. A obrigatoriedade pela renovação da receita do método e a necessidade de acompanhamento era um dos principais motivos para as mulheres comparecerem com mais frequência à Unidade de Saúde.

O fato de se sentirem acolhidas em uma consulta inicial fazia com que as mulheres retornassem para outros tipos de atendimentos/procedimentos ou acompanhasse outras mulheres. Ou seja, um atendimento levava à outro e, assim, a relação e o vínculo eram construídos.

Se, por um lado, muitas mulheres têm resistência em realizar a coleta para o exame citopatológico com uma enfermeira, devido ao entendimento social do referido procedimento ser realizado só por médico, por outro lado, o pré-natal realizado por esta profissional é muito valorizado, por ser um atendimento mais humanizado, como traz o trecho a seguir:

No âmbito da saúde da mulher, o enfermeiro exerce um papel importante no que concerne à humanização da assistência, tendo em vista que o processo gestatório e o período pós-parto sejam permeados por sentimentos de medo e insegurança. Na maioria das vezes, esses sentimentos, aliados à desinformação e assistência pré-natal inadequada, são responsáveis pela opção da mulher pela cesárea (GUERREIRO et al, 2012)

Durante esses dois anos, pude observar de perto essa realidade: mulheres que preferiam realizar preventivo com outro profissional e no serviço privado; e mulheres que, apesar de realizar o pré-natal com obstetra, valorizavam o meu acompanhamento na USF.

Um dos problemas que me deparei na assistência às gestantes é a vinculação com a maternidade indicada para o parto. O município de Camaçari não dispõe de maternidade. Dessa forma, a orientação é indicar as gestantes do pré-natal de risco habitual e algumas do pré-natal de alto risco (PNAR) para o Hospital Geral de Camaçari. Porém, diante dos relatos negativos das experiências de algumas mulheres e gestantes, tive que lidar com o desafio de discutir os temas relacionados a assistência ao parto e a escolha do tipo de parto.

Um fator que poderia mudar esse cenário seria a visita de vinculação, instituída pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que assegura a toda gestante assistida pelo SUS o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto e a maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007). Direito este, não garantido às gestantes atendidas pelo SUS no município em questão,

principalmente no ano de 2019, quando o serviço de atenção ao parto citado anteriormente estava com baixo quantitativo de obstetras nos plantões, devido à problemas estruturais e de repasse de recursos financeiros, conforme relato das próprias gestantes.

Apesar de todos os problemas que o pré-natal da Atenção Básica enfrentou nestes últimos anos, ainda tínhamos a capacidade de estabelecer um vínculo que considero de extrema importância tanto para o profissional quanto para a gestante e familiares. Destaco a aproximação com as gestantes porque, diante do caráter de cuidado continuado e diante do conhecimento sobre a importância do pré-natal para o bem estar do binômio mãe-bebê, foi o grupo de mulheres que mais conquistei a confiança.

## **5. O GRUPO MATERNAGEM**

Quando cheguei à Unidade, sabia que teria que participar de alguma atividade coletiva daquelas que eram realizadas. Diante da afinidade com grupos e com a realização das atividades de educação em saúde, principalmente com gestantes, fiquei muito feliz após a escolha da preceptoría, por me deixar seguir os passos da minha Residente do segundo ano e participar do Grupo Maternagem.

Diante das afinidades estabelecidas com as gestantes ao longo da minha formação, fazer parte desse grupo era uma oportunidade de colocar tudo que havia aprendido no PET Rede Cegonha e no Estágio Curricular II.

A gestação é uma fase de intensas transformações e experiências na vida de uma mulher e das pessoas que a cercam. É estimulada por fatores socioculturais, econômicos, psicológicos e fisiológicos, o que requer uma atenção especial neste momento da vida, não só o atendimento por profissionais de saúde, mas como a atenção e o suporte da rede de apoio (COSTA et al., 2013).

Lidar com mulheres grávidas é tão acolhedor. Cada encontro, durante consultas de pré-natal, nos corredores da unidade, no grupo, é contagiante. Acompanhar o crescimento de uma criança desde o ventre da mãe enche meu coração de alegria. E esse contato mais próximo com elas através do grupo, me trouxe uma sensação de leveza e senti que devia me dedicar ao máximo a estar naquele momento com elas de corpo e alma.

Quando estava entre as mulheres grávidas, tão sensíveis e necessitando de escuta, descobri o quanto aquele cenário me mobilizava e a potência que eu enxergava no grupo, como um espaço de compartilhamento entre diferentes pessoas e diferentes saberes; como



promoção da saúde; como ambiente propício para o estímulo ao autocuidado e ao empoderamento das gestantes sobre o seu ciclo gravídico-puerperal.

Nesse espaço onde convivem pessoas diferentes podem acontecer ricas discussões. E, como dizia Paulo Freire: "Não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes". Esse é um dos raciocínios a serem feitos por um profissional no momento que se dispõe a realizar atividades de educação em saúde, seja qual for o público e para a qual ação se destina.

Ao adentrar o grupo, percebi que era muito bem conduzido e que as atividades desenvolvidas se aproximavam muito da visão que tenho da educação em saúde - como espaço para promoção da saúde, de formação de sujeitos crítico-reflexivos, empoderados e capazes de serem corresponsáveis por seu processo saúde-doença - e da importância de criar espaços como esse e que não apenas escutem "toneladas" de informações despejadas por profissionais de saúde, como se houvesse um saber verticalizado.

O grupo Maternagem veio como uma excelente oportunidade de me aproximar da população adscrita e conseguir estabelecer vínculo com as gestantes, complementando aquele formado durante os atendimentos individuais, público que ocupava grande parte da agenda semanal das enfermeiras e que estavam cotidianamente sob nossos cuidados.

Há relatos de que havia um grupo de gestantes na Unidade desde o ano de 2016. Porém, o grupo Maternagem (com este nome, com os temas e objetivos estabelecidos) surgiu no ano de 2017, como forma de fortalecer o empoderamento das gestantes, possibilitando a troca de conhecimentos científicos e vivências, permitindo ações que auxiliem a autonomia dessas mulheres nessa fase tão marcante de sua vida (PIRES et al., 2017). Tal atividade era direcionada às gestantes que realizavam o pré-natal na Unidade em questão, com a justificativa de que as consultas individuais não conseguiam dar conta das dimensões previstas no pré-natal.

### 5.1 Educação em saúde para gestantes: Conhecendo o público e as propostas metodológicas

A educação em saúde se insere como um processo contínuo de indagação, reflexão, questionamento e, principalmente, de construção coletiva, articulada e compartilhada sobre a saúde. Isso a torna, portanto, um elemento primordial para o desenvolvimento dos

territórios de atuação e para a efetivação do sistema público de saúde (MOISÉS, 2003; OLIVEIRA, 2005).

Nas minhas primeiras participações no grupo, fui apresentada a um projeto desenvolvido pela enfermeira, cujos objetivos eram: incentivar e encorajar as mulheres para o parto natural humanizado; realizar ações educativas voltadas para a promoção da saúde e empoderamento das gestantes. Nele estavam descritas todas as atividades a serem realizadas num bloco com 7 encontros com temas diferentes, já pré-estabelecidos, sendo eles:

1. Descobrir a gestação/ Alterações anatomo-fisiológicas e sociais da gestação;
2. Direitos da gestante e parceiro;
3. Tipos de parto, reconhecendo o trabalho de parto. Qual a hora certa de ir à maternidade?
4. Parto Humanizado x Violência Obstétrica;
5. Preparando o acompanhante;
6. Puerpério imediato;
7. Puerpério real (PIRES et al, 2017).

Apesar de já existir uma proposta e temas pré-definidos, me senti à vontade para fazer pequenas modificações no que se refere a temática e a ordem, assim como a metodologia. É como se, aos poucos, fosse dando o meu toque particular e das gestantes do grupo nas atividades. Passamos a propor, a cada encontro, que as gestantes decidissem ou, ao menos, opinassem sobre os temas subsequentes, com o intuito de dar voz às dúvidas e anseios que as cercavam neste período de mudanças, inquietações e dúvidas.

Foi um momento ímpar para que eu desenvolvesse habilidades onde percebia e ainda percebo que residem as minhas maiores fragilidades, principalmente no que se refere ao exercício da fala (me sentia muito insegura para falar em público). Pude perceber que passei a organizar melhor as atividades a serem desenvolvidas, através da descrição das metodologias e da construção do material necessário para o incremento das mesmas. E, diante das dificuldades enfrentadas, como a pouca adesão das gestantes ao grupo, aprendi a adaptar as minhas ações e reações de acordo com a realidade encontrada.

Nessa nova fase do grupo, após a troca do grupo de residentes e, conseqüentemente, dos profissionais de referência para a execução do mesmo, embarcaram comigo uma dentista e, em alguns encontros, os colegas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), que participavam desde o planejamento até o desenvolvimento das atividades.

Os encontros aconteciam às quintas-feiras, no turno da manhã, pois era o turno onde eram realizadas as consultas médicas de pré-natal e, conseqüentemente, conseguíamos captar mais gestantes. O convite para os encontros do Grupo Maternagem acontecia através dos atendimentos individuais (enfermagem, medicina e odontologia) e na sala de espera, convidadas pelos ACS ou por cartaz exposto no mural da recepção.

O quadro 2 apresenta informações sobre as gestantes que frequentaram o grupo durante entre abril de 2018 e março de 2019.

**Quadro 2 – Caracterização das gestantes que participaram do Grupo Maternagem, Camaçari-BA, abril de 2018 a março de 2019.**

<b>Variáveis</b>	<b>N(%)*</b>
<b>Idade (anos)</b>	
15-19	2(10,5%)
20- 24	3(15,8 %)
25- 29	6(31,6%)
30-34	5 (26,3%)
>35	3 (15,8%)
<b>Período gestacional</b>	
1º trimestre	5(26,3%)
2º trimestre	5(26,3%)
3º trimestre	9(47,4%)
<b>Tipo de parto</b>	
Vaginal	8(42,1%)
Cesariana	9(47,4%)
Desconhecido	2(10,5%)

\*n número, % percentual

Fonte: Autora do Trabalho

Participaram do grupo um total de 19 gestantes sendo que 08 (42,1%%) eram acompanhadas pela Equipe 1 e 11(57.9%) eram da Equipe 02. Destas, a faixa etária predominante era 19 a 39 anos, sendo que a maior concentração de gestantes estavam no 3º trimestre de gestação.

Durante as atividades percebi que as gestantes que estavam na primeira gestação, apesar de não terem a experiência do parto, participavam atentas ao relatos das que já passaram pela experiência e sempre tirando suas principais dúvidas.

No decorrer do ano 2(10,5%) gestantes, mudaram de residência e concluíram o pré-natal em outro serviço, sendo então descrito como outro desfecho.

O início precoce da atividade sexual tem aumentado o número de adolescentes grávidas, mesmo diante dos esforços em melhorar o acesso ao planejamento sexual e reprodutivo e aos métodos contraceptivos (PNAISM, 2004). Apesar do número elevado de grávidas com menos de 18 anos e das mesmas procurarem a unidade para realização do pré-natal, não tivemos adolescentes participando do grupo.

Na caracterização do desfechos obstétricos, que refere à conclusão da gestação, conclui-se que 47,4% das gestantes tiveram parto por via cesariana, sendo o tipo de parto o mais frequente entre as participantes. Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, já evidenciava um alto número de cesarianas no Brasil. Enquanto a taxa mundial estava em 15%, a taxa brasileira estava em torno dos 36,7%.

Em 2006, um estudo realizado por Leão et al. (2013), encontrou uma taxa parecida, onde 44% dos partos foram cirúrgicos. Ainda, segundo estas autoras, a taxa de cesariana irá variar ao longo do tempo e entre as diferentes populações de acordo com as circunstâncias individuais, locais e sociais.

A cada atividade as gestantes eram estimuladas ao diálogo sobre os tipos de parto e sobre a humanização no parto, porém os relatos e vivências eram bem diferentes, o que demandava do grupo um cuidado nas orientações e na discussão sobre as diferentes concepções relacionadas ao tema.

Por mais que nos esforçássemos para oferecer um pré-natal de qualidade e promover um atendimento humanizado durante a gestação, a inexistência de uma maternidade municipal e a ausência de parceria entre o município e a única maternidade pública da cidade não favorecia para melhorar a experiência do parto das gestantes de Camaçari.

A medida que conheci as participantes, pude perceber que, por estarem em períodos gestacionais distintos, a sequência de temas pré-estabelecidos não estava adequada, dificultando a interação delas com as atividades propostas. Outra observação foi referente ao interesse delas por participar dos encontros.

A partir dessa realidade, o grupo optou por alterar a ordem dos temas e dar oportunidade para que elas escolhessem. Notamos que, ao permitir que elas participassem da escolha dos temas, estávamos valorizando a opinião delas e isso favoreceu para que o grupo ganhasse características de grupo, passando a ter as mesmas gestantes em todos os encontros.

As técnicas utilizadas eram pensadas como uma forma de estimular as discussões, a participação, o empoderamento e o aprendizado. No entanto, por mais que tivéssemos o desejo e o empenho em melhorar a metodologia e atrelar ao envolvimento e adesão das mulheres ao grupo, tínhamos poucos recursos materiais para proporcionar um espaço mais acolhedor e mais atrativo.

Sendo assim, utilizávamos dos recursos que estavam ao nosso alcance. Para isso, no Quadro 3, está descrito a metodologia nos encontros, sendo que a mais utilizada é a roda de conversa.

Figueirêdo e Queiroz (2013) retratam a Roda de Conversa como a construção de uma prática dialógica, que possibilita o pensar compartilhado, sendo possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro.

**Quadro 3 – Descrição das atividades realizadas no Grupo Maternagem, abril de 2018 a março de 2019.**

<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas facilitadoras</b>
<b>Tipos de parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir sobre os tipos de parto;</li> <li>- Trocar experiências sobre partos anteriores e/ou relatos de outras mulheres;</li> <li>- Orientar as gestantes sobre a hora certa de ir para a maternidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Roda de conversa;</li> <li>- Vídeos.</li> </ul>
<b>Parto Humanizado x Violência Obstétrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar as gestantes a reconhecer sinais de violência obstétrica;</li> <li>- Trocar experiências sobre partos anteriores e/ou relatos de outras mulheres;</li> <li>- Refletir sobre o parto humanizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Roda de conversa;</li> <li>- Vídeos.</li> </ul>
<b>Book da Gestante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exaltar a beleza da mulher na gestação;</li> <li>- Estabelecer vínculo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotografar as gestantes juntamente com os familiares interessados.</li> </ul>
<b>Dia das Mães</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizar as gestantes que frequentam o grupo e as mulheres/mães que frequentam a unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição das fotos do book (com autorização das gestantes envolvidas) no mural da Unidade;</li> <li>- Café da manhã;</li> <li>- Lembrancinhas;</li> <li>- Mensagem.</li> </ul>
<b>Amamentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir sobre os mitos e verdades sobre amamentação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmica de apresentação;</li> <li>- Bate-papo sobre amamentação.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os benefícios para o bebê e para a mãe;</li> <li>- Esclarecer dúvidas.</li> </ul>	
<b>Saúde Bucal da Gestante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscientizar as gestantes sobre a importância de realizar o pré-natal odontológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Roda de conversa;</li> <li>- Demonstração de escovação;</li> <li>- Vídeo.</li> </ul>
<b>Primeiros Cuidados com o RN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elucidar dúvidas (mitos e verdades) sobre os cuidados com o recém-nascido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração pelas gestantes sobre como cuidar dos RN;</li> <li>- Discussão sobre cada demonstração.</li> </ul>
<b>Oficina de Shantala</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular práticas alternativas no estabelecimento do vínculo da mãe/pai com o bebê.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmica de apresentação;</li> <li>- Dinâmica de integração com música;</li> <li>- Técnica da Shantala com mães e bebês.</li> </ul>
<b>Autoestima e Autocuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o autocuidado;</li> <li>- Proporcionar troca de experiências sobre práticas de autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmica do espelho;</li> <li>- Oficina de cuidado com a pele e automaquiagem.</li> </ul>
<b>Direitos da Gestante e do Parceiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofertar conhecimento às gestantes sobre seus direitos durante a gestação e parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmica da caixa com mitos e verdades sobre os direitos das gestantes e dos parceiros.</li> <li>- Roda de conversa.</li> </ul>
<b>Encontro de mães e bebês do Grupo Maternagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar as memórias de parto das mulheres que frequentaram o grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Roda de Conversa;</li> <li>- Apresentação dos bebês;</li> <li>- Relatos de parto.</li> </ul>

Fonte: Livro de registro.

Outros autores trazem a roda de conversa como metodologia participativa que tem por objetivo a constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, de sua relação com o mundo, buscando superar seus próprios medos e entraves (AFONSO e ABADE, 2008).

Diante dos conceitos de educação em saúde apresentados anteriormente, as rodas de conversa surgem como metodologia que se adequa totalmente ao que é proposto na atividade de grupo. Oportuniza uma relação horizontal, onde todos tem saberes e experiências a serem compartilhados e, nesta roda, todos estes são valorizados, independentemente de ser um saber profissional ou do “senso comum”.

A partir dos temas trabalhados no grupo e a análise de alguns autores evidencia-se a relevância e as implicações (teóricas e práticas) de cada temática abordada, conforme consta no quadro a seguir:

**Quadro 4 – Análise das implicações dos temas abordados no grupo segundo os autores.**

Tema	Implicação
<b>Tipos de parto</b>	A parturição pode ser vivida como uma experiência prazerosa ou traumática, sendo que esta vivência é influenciada pelo grau de maturidade da mulher, pelas experiências pessoais e familiares anteriores, assim como pela assistência recebida durante o pré-natal e o parto (NASCIMENTO et al, 2010 in PINHEIRO e BITTAR, 2012). Por isso, a discussão deste tema se concentrou em apresentar e conversar sobre os tipos de parto e, apesar de ter como objetivo o encorajamento para o parto normal, elas não eram pressionadas a optar por este tipo de parto, mas que fossem capazes de fazer uma escolha consciente.
<b>Parto humanizado x Violência obstétrica</b>	O movimento pela humanização do parto, proposto pela Política de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), tem como foco principal o resgate da dignidade (que foi se perdendo ao longo do tempo e da medicalização do parto/nascimento) durante o processo parturitivo, bem como a transformação da assistência durante a gestação, parto e puerpério, priorizando o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas desnecessárias, tornando assim, o momento do parto um processo mais ativo por parte da mulher (PINHEIRO e BITTAR, 2012). Proporcionando à gestante o reconhecimento do verdadeiro significado de humanizar o parto e nascimento – indo além de um parto domiciliar e na banheira, onde se concentra o imaginário social – proporcionando o reconhecimento de intervenções desnecessárias que se enquadram na violência obstétrica.
<b>Amamentação</b>	A importância da amamentação natural tem sido abordada, principalmente sob o ponto de vista nutricional, imunológico e psicossocial; portanto, é um assunto de interesse multiprofissional (ANTUNES et al, 2008). Além disso, é onde reside muitas das dúvidas e receios no pós-parto imediato, principalmente no que se refere ao “não conseguir ou não ser capaz de amamentar”.
<b>Saúde bucal da gestante</b>	Mesmo diante das atuais políticas de saúde bucal vigentes, ainda não existe um atendimento odontológico pré-natal integral como sugere a promoção de saúde. Crenças e mitos de que o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do filho ainda acompanham mulheres gestantes e contribuem para dificultar o cuidado com a saúde bucal neste período (REIS et al, 2010).
<b>Primeiros cuidados com o RN</b>	A capacitação dos pais e familiares, através de práticas educativas seguindo o modelo dialógico, é fundamental, para que se tornem autônomos e responsáveis pelos cuidados com o seu recém-nascido, no contexto familiar, proporcionando aos pais o empoderamento sobre o saber cuidar de seu bebê (GOMES et al, 2015).
<b>Oficina de Shantala</b>	[...] a sequência de Shantala é composta por dezenove exercícios. Cada um beneficia uma parte do corpo, e a série completa traz equilíbrio, eixo e harmonia para o bebê

	(SOUZA et al, 2011). A ideia da oficina surgiu a partir do encontro sobre cuidados com o RN, como uma forma de complementar as discussões e sugerir formas alternativas de cuidado e vínculo com o bebê.
<b>Book da gestante Autoestima e autocuidado</b>	O fato de estar grávida pode ser visto como motivo de alegria e orgulho para algumas mulheres, principalmente quando há o desejo de engravidar. No entanto, as modificações ocorridas durante a gestação ocasionam, muitas vezes, certo desconforto entre as mulheres, principalmente, em relação a aparência (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2016). Em alguns relatos percebíamos a necessidade de se trabalhar com o “eu” de cada mulher que, apesar da gestação, não deixa de ser mulher.
<b>Direitos da gestante e do parceiro</b>	A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher garante à gestante o direito à saúde na gravidez com a realização de pré-natal, parto e pós parto de qualidade [...] também são reservados direitos trabalhistas e sociais [...] (PASCHOAL et al, 2013). Muitas vezes, por desconhecer dos seus direitos, acabam passando por situações constrangedoras e desrespeitosas, sendo papel dos profissionais de saúde, também, fazer orientações a esse respeito.

Fonte: Autora do trabalho.

Lutar por espaços como esse é importante para levar à população um atendimento diferenciado, fazendo com que percebam a saúde para além de uma consulta, de um exame, ou uma pessoa de jaleco. É uma nova visão do conceito de saúde (conceito ampliado de saúde) dentro do SUS, que é onde esse conceito se concretiza, através de ações que valorizam muito mais do que a patologia. É um Sistema de Saúde que entende que saúde é mais do que ausência de doenças e, ao menos, tenta oferecer dentro dos seus serviços, atividades de promoção da saúde.

A educação em saúde deve favorecer aos cidadãos conhecimentos que permitam não só cuidar de sua saúde/doença, compreendendo suas causas e soluções, mas também fomentar a avaliação crítica sobre a qualidade das ações desenvolvidas (SABÓIA, 2003). No entanto, percebo que as práticas de educação em saúde ainda não são priorizadas pela gestão.

A falta de apoio às ações de educação demonstra ser um problema presente no processos de trabalho em saúde, como aborda o trecho abaixo:

As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (FALKENBERG et al, 2014).



Durante o percurso senti-me em alguns momentos frustrada, devido a alguns obstáculos, como a pouca adesão das gestantes, pois planejava os encontros e, em algumas situações houve a falta de participantes. Foi nesse momento de “crise” que planejei com os colegas reunir algumas mãe e bebês que participaram do grupo para compartilhar a experiência de parto das mulheres.

Segundo Moreira et al., (2007), “após ensinamentos, práticas, dinâmicas, exercícios e troca de experiências, essa estratégia deve gerar algum impacto na vida das participantes para que seja considerada eficaz”.

## 5.2 Impactos do grupo maternagem para a experiência da mulher sobre a gestação e o parto

Dentro da lógica de impacto (ato ou efeito de impactar) e eficácia (virtude de produzir determinado efeito), cujos significados constam em dicionário online, algumas puérperas relataram as suas experiências com o parto e destacaram como a participação no grupo ajudou no processo.

As falas das participantes denominadas Girassol e Orquídea, para preservação do sigilo das mesmas, fazem parte de dois vídeos que foram gravados no grupo e apresentadas em uma mesa redonda, no evento promovido pela prefeitura de Camaçari intitulado “Gerir saudável, parir seguro”, em agosto de 2018. O Grupo Maternagem foi reconhecido como uma experiência exitosa de educação em saúde para gestantes.

Na fala da Girassol, é possível observar o conhecimento e a confiança na decisão sobre qual conduta tomar diante dos primeiros sinais de dor:

*Girassol – “[...] eu tava sozinha em casa, eu e minhas duas meninas. Quando eu comecei a sentir a dor ficaram desesperada, aí eu peguei “não, eu quero andar”, aí as menina “não, vou chamar um Uber, vou ligar pra minha avó, pra não sei quem” aí eu falei “não liga pra ninguém agora, vou andar aqui”. Aí eu peguei um banco, botei no banheiro, embaixo do chuveiro, sentei, lavei o cabelo, e a dor “comento no centro” [...] e eu tomei um chá de camomila, aí fiquei andando pra lá e pra cá [...]*

Percebe-se a utilização dos conhecimentos adquiridos em um dos temas abordados acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. Neste caso o uso do banho de aspersão quente, método não invasivo, eficaz no alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto (BARBIERI, et al 2013).

A dor decorrente do trabalho de parto é uma das mais temidas pelas mulheres, muitas dizem ser a pior dor já experimentada. Segundo Medeiros et al. (2015) estes métodos

alternativos fazem parte do movimento de humanização do parto e objetivam a desmedicalização.

Em outra fala de Girassol verifica-se a prática da deambulação, o banho e o uso de chá, que aprendeu durante a participação no grupo e que, segundo ela, ajudou a lidar com a dor durante o processo do trabalho de parto.

*Girassol - Então... quando eu cheguei lá, cheguei vomitada, mas conversava, por causa da dor, que a dor tava muito intensa... e era aquela coisa que eu tava tranquila [...] não me desesperei em tempo nenhum [...] Cheguei duas horas da tarde no hospital pra ter... fui ter às seis e trinta e seis da noite, mas foi tudo normal e graças as meninas aqui meu parto foi excelente, porque eu aprendi muito com massagens, como lidar na hora da dor... então, você se acalma... você chega num ambiente que, por mais estressante que ele seja, você fica calma”.*

O conhecimento sobre o seu corpo e sobre o parto ofereceu segurança à Girassol. A informação adquirida contribui para o empoderamento de mulheres para vivenciar o processo do trabalho de parto e para uma avaliação positiva da experiência de parto.

A partir do relato de Orquídea é possível verificar como a participação no grupo e os conhecimentos adquiridos contribuíram como ponto de apoio e fortalecimento para enfrentamento aos desafios do período gravídico.

*Orquídea – “Quando eu vim morar em Camaçari, foi bem complicado no início da gestação porque eu passava a semana inteira dentro de casa sozinha.[...] Tudo que eu sentia, cheia de coisas que eu queria falar. Quando meu marido chegava do trabalho, já tava cheio e eu queria falar... queria falar.. Então o grupo, pra mim, serviu como um apoio, porque tipo...[...] eu tirava as dúvidas, eu trazia coisas pra gente debater... eu pesquisava muito, eu leio muito e eu ficava cheia de informações e tinha coisas que eu queria discutir, “mas por que isso? Por que dessa forma e não dessa?” e eu ficava em casa desesperada. O grupo me ajudou a caminhar no processo de gestação e eu não consigo me imaginar gestante sem o grupo... eu não consigo imaginar como seria, sem o acompanhamento do grupo... as conversas...”*

Os relatos expostos traduz o impacto do grupo na vida das participantes, pois retratam como os encontros ajudaram na desconstrução dos medos e na construção da própria experiência de cada uma delas. Segundo as gestantes, o grupo proporcionou a possibilidade de expressar as dúvidas referentes ao período e desenvolver o sentimento de confiança e autonomia sobre o processo do parto, além de aprenderem a lidar com a dor e, conseqüentemente, se sentirem mais seguras no momento do parto, independente de ser um parto vaginal ou cesárea.

No estudo realizado por Teixeira et al. (2007), onde, de acordo com as gestantes, o grupo foi uma estratégia benéfica e eficiente, que impactou na vida delas pois as tornou mais seguras devido às informações [...], diminuição das dores nos músculos mais afetados pela gravidez [...].

Ouvir esses relatos me impulsionaram a busca por promover conhecimento para qualificar a escuta as gestantes visando esclarecer as dúvidas, mesmo que isso seja feito dentro dos próprios atendimentos individuais, já que, nem todas, conseguiam estar na unidade às quintas-feiras pela manhã para participar do Grupo Maternagem.

Percebi que, apesar do espaço da atividade coletiva ser muito potente, diante da impossibilidade de realiza-lo, principalmente pela dificuldade de adesão, a educação em saúde não pode deixar de existir durante o acompanhamento pré-natal. Apesar do curto tempo disponibilizado para o atendimento, o caráter continuado permite que a cada consulta seja abordado um tema diferente, de forma individualizada e direcionada à realidade de cada mulher e sua família. Afinal, a educação em saúde é parte indissociável do cuidar da enfermeira.

## **6. ENFERMEIRA DA SAÚDE DA FAMÍLIA OU ENFERMEIRA OBSTETRA?**

No início de 2019, mais conhecido como final do primeiro ano da residência, acompanhada à perda de alguns espaços (atendimentos individuais, participação nas atividades coletivas) dentro da Unidade de Saúde para os novos residentes, com os atendimentos, a participação nas atividades coletivas e à rotina do residente do segundo ano, vieram as inseguranças, o receio pelo futuro e sobre a carreira profissional que seguiria após a residência. E comigo não foi diferente.

Sempre traço um paralelo com a graduação, pois foram as experiências que tive antes da residência e que, como falei no primeiro capítulo, me trouxeram até aqui. Até então, tinha a certeza de que estava confortável, apesar dos desafios, como enfermeira da saúde da família. Sempre ouvi que o objeto de trabalho da enfermeira é o cuidar em saúde e as diversas formas de fazê-lo tornam a profissão com um nível alto de complexidade.

Diante de todos os campos de atuação vivenciei ao longo do percurso na Universidade, pude me encantar com a Saúde Coletiva e escolher atuar na Saúde da Família. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido utilizada como uma forma de reorganizar as práticas de saúde indo de encontro ao modelo historicamente hegemônico que trata a saúde, apenas, como ausência de doenças.

Neste novo cenário do SUS, vem se constituindo o trabalho da enfermeira, dentro da proposta do novo modelo de atenção à saúde, que não está centrado na clínica e na cura, mas sim, na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, prevenção de doenças, na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA et al, 2017).

Quando trago sobre os desafios de ser enfermeira na ESF, estou me referindo à complexidade do cuidar em saúde nessa lógica pautada na atenção integral e centrada nos fatores de risco e determinantes sociais. E ao elenco de atribuições desempenhadas por esse profissional, dentre elas o atendimento individual e domiciliar, a gerência, a supervisão dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e é a principal responsável pelas ações de educação dentro da unidade.

Neste mesmo estudo, Ferreira (2017) traz que a APS é um campo muito vasto e o enfermeiro precisa dominar diversas habilidades e é onde coexistem dois tipos de perfis profissionais: o generalista e o especialista. E a enfermeira da ESF precisa ser um pouco dos dois, sendo outro fator que se constitui para ser um trabalho complexo e desafiador.

No âmbito da saúde da mulher, o enfermeiro exerce um papel importante no que se refere à humanização da assistência, prestando um atendimento diferenciado, que valoriza todas as vivências e saberes prévios e que auxilia na melhor maneira da mulher vivenciar sua saúde reprodutiva e sexual e no preparo para a transformação do tornar-se a mulher mãe, envolvendo também a família como rede de apoio.

Minha proximidade com as gestantes, puérperas e outras mulheres, cujo vínculo foi estabelecido durante os atendimentos individuais e as atividades de grupo, me trouxeram algumas reflexões sobre meus próximos passos dentro da enfermagem: “será que o sentimento despertado no cuidado a esse grupo específico não era um sinal para que eu fizesse a especialização em Enfermagem Obstétrica?”.

Depois de um ano intenso, de muitos aprendizados, inquietações e de vários sentimentos e desafios diferentes rondando o dia a dia dentro do serviço, o que fez com que nos uníssemos (eu e os demais residentes da turma de 2018 da minha Unidade), vieram as dúvidas.

#### 6.1 Desfecho obstétrico de uma das gestantes acompanhadas no pré-natal

Conheci muitas pessoas (crianças, adultos, gestantes, idosos, etc...) e muitas famílias. Destes, alguns casos me chamaram mais atenção que outros, devido às

vulnerabilidades sociais que visualizamos - pelo menos parte delas, durante os atendimentos prestados dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Em meados de agosto de 2018, me deparei com uma primeira consulta de pré-natal um pouco diferente das que tinha realizado até o momento. Tratava-se de uma jovem de 20 anos e que estava na sua 3ª gestação. O endereço dela já nos dizia muito sobre a sua situação socioeconômica e sua vulnerabilidade social. Morava em uma rua de Camaçari que, historicamente, é conhecida por ser uma das áreas mais pobres e, ao mesmo tempo, mais violentas da cidade.

Apesar de estar na 3ª gestação, ela tinha dúvidas sobre a gestação e não se sentia totalmente segura. Aproveitávamos nossos encontros para conversar, pelo menos um pouco, já que M.S.N. pouco falava (ela era muito tímida).

Quando estava nas consultas semanais, ela faltou a uma consulta, o que nunca tinha acontecido antes. Percebi que algo estava estranho. Ao entrar em contato por telefone, uma familiar me informou que ela estava no hospital, pois a sua criança já havia nascido, após algo inesperado acontecer: o parto aconteceu em casa.

Após o início das contrações, rapidamente entrou em trabalho de parto ativo e pariu com a ajuda do parceiro e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A filha de M.S.N. chegou ao mundo com muita saúde.

Apesar do início tardio do pré-natal e de ter sido uma gravidez indesejada, o amor e carinho que sua a gestante demonstrava para com o bebê ainda no seu ventre e os outros filhos é renovador. Achei importante relatar este caso, já que no Brasil, a maioria dos partos são programados para acontecer num ambiente hospitalar, os partos domiciliares ocorrem, principalmente, pelas mulheres dos dois extremos sociais - na população rural ou mais carente e na população com um poder aquisitivo maior. Diante do cenário dos partos hospitalares, o parto domiciliar acidental começou a aparecer no cenário brasileiro (SILVA e ALMEIDA, 2012).

A literatura identifica alguns padrões de repetição, como: maior frequência de mães sem companheiros; baixa escolaridade; assistência pré-natal ausente ou insuficiente e elevada paridade.

Ao perguntar o motivo de não ter ido ao hospital, a puérpera me relatou que foi algo inesperado, onde o parto evoluiu rapidamente e que não foi por falta de orientação no pré-natal ou inexperiência, apenas uma fatalidade. Contudo, identifiquei nas estatísticas trazidas pelas autoras, comecei a pensar se esse desfecho não programado poderia ou não ter relação com a qualidade da assistência do pré-natal que estava ofertando àquelas mulheres.

Segundo Costa et al (2013) o pré-natal é uma etapa fundamental para o sucesso da gestação, parto e puerpério, que objetiva monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal.

Apesar do desfecho obstétrico favorável para M.S.N., a realidade nem sempre é a mesma para todas as mulheres que passam por situações parecidas, por não frequentarem o pré-natal ou por não ter uma assistência que atenda às suas necessidades. Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (TOMASI et al, 2017).

Mas, diante das minhas possibilidades, o que eu precisava fazer para qualificar a assistência pré-natal oferecida às gestantes da comunidade adscrita? Era preciso uma especialização em enfermagem obstétrica para que eu conseguisse atingir o meu objetivo? E, no decorrer do ano de 2019, fui buscando estratégias que ajudassem a elucidar essas questões.

## 6.2 O Comitê de Vigilância de óbito materno e infantil

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a investigação das mortes maternas, fetais e infantis são uma importante estratégia de redução da mortalidade, que dá visibilidade às elevadas taxas no País. Contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

Neste sentido, o estágio optativo na Vigilância Epidemiológica me abriu as portas para uma nova experiência e uma nova visão. Na graduação, tive a oportunidade de me aproximar da investigação de óbito de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos fetais e infantis, quando fiz estágio no Distrito Sanitário Cabula-Beiru, em Salvador.

Lembro-me que, na época, a experiência foi inquietadora, pois apesar de entender o fluxo e o motivo pelo qual as investigações deveriam ser feitas, o papel de investigador era desconfortável, pois abordava uma família enlutada para responder perguntas difíceis por fazer lembrar a perda familiar e que não trariam o ente de volta à vida.

Após participar da reunião da Câmara Técnica de Vigilância do Óbito e da discussão dos casos de óbito fetal e infantil, passei a ter uma visão diferente, pois percebi dentro de um espaço que me propiciou muitos conhecimentos, principalmente no que se refere ao pré-natal.

Entender como foi o atendimento da mulher na gestação, o parto e o atendimento ao RN ajudam a desvendar as possíveis causas evitáveis e inevitáveis que podem estar relacionadas a causa da morte do feto ou da criança. Desse modo, é possível perceber as fragilidades dentro do itinerário da gestante e RN na rede e as possíveis formas de evitar que mais mães percam seus filhos.

A redução da mortalidade infantil é um das metas do desenvolvimento do milênio, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), em busca de um país mais digno. A vigilância do óbito é uma das formas de potencializar a atenção do Estado para tais problemas, pois permite que, a partir das fichas de investigação - hospitalar, ambulatorial e domiciliar, seja feita uma análise de fatores e nexos causais, a fim de publicar recomendações para a qualificação da atenção à saúde deste grupo dentro do serviço de saúde.

Fazer recomendações e tomar medidas de prevenção de doenças e agravos é uma das atividades da Vigilância Epidemiológica. Segundo a Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004, que preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna” e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”.

Dessa forma, o município de Camaçari tem tentado se organizar para realizar a investigação dos óbitos em tempo oportuno, encerrar os casos e gerar as recomendações para os serviços de saúde que prestaram atendimento aos envolvidos. Ainda assim, as dificuldades são inúmeras, o que impedem que a vigilância do óbito alcance as condições ideais e atinja as metas.

Os problemas mais comuns do município é encontrar a pessoa no endereço mencionado na Declaração de Óbito (DO) e realizar a investigação hospitalar, que nem todos se sentem pertencentes ao processo de investigação e acabam não se corresponsabilizando. Essa situação também pude observar durante meu estágio no município de Salvador, no ano de 2016.

Na Atenção Básica, a vigilância dos óbitos poderia contribuir para a operacionalização da avaliação no serviço, componente fundamental na qualificação do desempenho das equipes de saúde da família (TILLVITZ et al., 2014). Porém, na realidade, os dados referente as taxas de mortalidade são subutilizados pelas equipes e as investigações ambulatoriais e domiciliares são deixados à segundo plano.

O exercício da construção das recomendações, durante as participações no comitê, me permitiu reflexões sobre a qualidade da assistência pré-natal e a qualidade da assistência

ao parto das mulheres que eram assistidas no município; como as falhas estruturação da rede cegonha interferiam nos indicadores; e como os profissionais da atenção básica, especialmente as enfermeiras, poderiam contribuir para melhorar os números encontrados, bem como o relato sobre as experiências relacionadas a assistência recebida e o itinerário das gestantes.

Esse novo olhar sobre o processo a partir da vivência em outra instância da investigação me fez refletir e levantar a hipótese de que, talvez, se os profissionais das unidades envolvidas participassem do processo de forma mais ativa, não só preenchendo a ficha (entrevista) e recebessem o retorno da vigilância Epidemiológica de forma mais frequente, passassem a reconhecer a investigação de óbito como importante para melhoria da atenção à saúde e dos indicadores de mortalidade.

### 6.3 Em busca de novos conhecimentos e habilidades

Apesar dos receios e de sentir a necessidade de desenvolver novas habilidades relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, me sentia realizada nas consultas de pré-natal, pois é uma dos atendimentos ofertados pela enfermeira, que observa-se maior autonomia na solicitação de exames, prescrição de medicamentos através de protocolo municipal, bem como as possíveis condutas e encaminhamentos.

Tal autonomia pode ser verificada tanto no cenário pré-natal, quanto no parto e no pós parto. Este cenário favorável, me fez querer participar de espaços que pudessem acrescentar e fomentar ainda mais a minha prática.

Assim, fazer o curso direcionado a formação de Doula surgiu como uma oportunidade de adentrar um pouco mais nesse universo e de conseguir me entender nele, pois já estava em dúvida se deveria tentar a residência para enfermagem obstétrica.

Participar do curso me permitiu aguçar em algumas reflexões, como: “talvez, quando os profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao pré-natal e parto aprenderem que os partos não são feitos, são assistidos e que a cirurgia cesariana é importante para salvar vidas e não para coloca-las em risco, o cenário do parto e do nascimento seja bem diferente do que temos hoje”. “Que a sociedade entenda que o parto e nascimento são fenômenos fisiológicos, que a mulher pode e deve escolher a forma que quer parir, as posições para que o bebê venha, e aprendam a respeitar as escolhas alheias”.

A Doula pode ser considerada uma das ferramentas para potencializar a humanização do parto e nascimento, tão necessária nos dias atuais, onde o processo de



gestar e parir está sendo deixando de ser fisiológico e está passando por intensas intervenções, nem sempre necessárias.

Neste contexto, a figura da doula – palavra de origem grega que significa [...] “aquela que serve” – ganha espaço como profissional sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a mulher na gestação, no parto e no pós-parto. Entre as funções que esta profissional desempenha na hora do parto destacam-se: segurar a mão da mulher, ajudar a parturiente a respirar, conversar com ela e prover-lhe encorajamento e tranquilidade. Através de um ambiente aconchegante, emitir mensagens positivas e promover a adoção de medidas alternativas de alívio da dor, como massagens, musicoterapia e aromaterapia (SILVA et al. 2018 apud NOLAN, 1995).

Descobri que ser doula "é respeitar e, ao mesmo tempo, orientar. É carinho, parceria, cumplicidade; é saber fazer parte, de forma singular, em um momento tão significativo na vida de uma mulher e de sua família; é proporcionar um ambiente mais humano possível para a chegada de um novo ser ao mundo; é celebrar junto a família a vida e o amor que se intensificam com o parto e nascimento. Além de favorecer a rede de apoio à mulher após o parto e o puerpério.

E por fim, ser doula é formar um vínculo tão especial que é capaz de transformar esse momento tão cheio de dúvidas em uma única certeza: tudo terminará bem!

Durante o curso de formação de doulas, muito ouvi falar sobre a medicina baseada em evidências e/ou as evidências científicas associadas ao ciclo gravídico-puerperal. Todas as informações mais recentes, referente a este tema, vêm de estudos epidemiológicos. Muitas das colegas que participavam da formação também eram profissionais de saúde e comentavam muito sobre os congressos na área da obstetrícia.

Neste momento, comecei a avaliar a possibilidade de ir ao VI Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), famoso neste cenário que agora tentava adentrar. Então, fui à São Paulo para participar do SIAPARTO, buscando participar de palestras direcionadas aos profissionais pré-natalistas, onde pude me aproximar das evidências científicas mais recentes.

A análise sobre tais informações permitiu que a comunidade científica divulgasse no evento, as principais pesquisas realizadas e confirmasse sua aplicabilidade no cenário da gestação, parto e puerpério. O que tornam as evidências mais confiáveis, garantindo segurança aos profissionais que atuam na assistência.

#### 6.4 A decisão pela Saúde da Família como primeira opção

A participação no SIAPARTO aliada às experiências na residência foram importantes para a conclusão pessoal sobre o meu futuro profissional.

Apesar de me sentir mais sensível e ter mais aptidão nos atendimentos às mulheres e às gestantes, comecei a perceber que não precisaria me tornar uma enfermeira obstetra para desenvolver tais habilidades e desempenhar este papel dentro do cuidado à saúde da mulher.

A Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, responsável por revisar as diretrizes da Atenção Básica, traz como uma das competências da enfermeira da Saúde da Família a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicações conforme protocolos [...]. Quando aplicadas à PNAISM e à Rede Cegonha, a enfermeira consegue exercer um papel muito importante no cuidado à mulher, principalmente, no ciclo gravídico-puerperal.

Desta forma, os atendimentos prestados por mim à este público me mostrou um leque de possibilidades de fazer a diferença para as mulheres que procuram pelo atendimento da enfermeira na Saúde da Família. Me fez perceber que, para colocar em práticas as habilidades que busquei no decorrer do ano de 2019 (Curso de Formação de Doulas, SIAPARTO, etc.), não precisaria, necessariamente, cursar outra especialização.

Encarei estas novas experiências como embasamento teórico e prático para qualificação dos meus atendimentos e do meu fazer/promover saúde dentro da atenção básica. Afinal, o desenvolvimento de novas competências, habilidades e atitudes, como prevê o programa de residências, nunca é demais favorecerem o meu processo formativo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes dois anos foram marcados por intensas experiências e por transformações pessoais e profissionais que considero de extrema importância para o meu processo formativo dentro do SUS. Os desafios enfrentados foram responsáveis por me fortalecer enquanto profissional que luta por um sistema de saúde de acesso universal com qualidade.

A construção deste memorial me permitiu reviver momentos que considero importantes. Percorri, descrevi e refleti sobre a minha prática e, principalmente, sobre os momentos de mudanças. Afinal, os obstáculos são responsáveis por nos tornar mais fortes e, nada teria sido possível sem meus colegas de caminhada e apoio da preceptoria. Mergulhamos nas possibilidades ofertadas pela residência e fomos atores e personagens de uma história muito importante para a nossa formação. Me perceber dentro desta história aqui narrada é muito gratificante.

Novamente, o pensar sobre a educação em saúde e o quanto ela pode ser potente dentro do SUS me deixa motivada e me estimula a pensar em alternativas que potencializem o acesso dos usuários à estas propostas alternativas do fazer saúde. Afinal, o conceito ampliado de saúde e a mudança do modelo de atenção nos propõem a pensar e a fazer diferente.

A atenção e o cuidado à saúde da mulher ofertado através das políticas citadas no decorrer deste memorial, foram imprescindíveis para diminuição da morbimortalidade por fatores maternos. É um público que me motiva e que pude perceber os resultados e os impactos da assistência que realizo durante o pré-natal.

A Saúde da Família é a grande proposta de inovação do SUS e é um espaço de destaque para a profissional enfermeira, pois disponibiliza diversas opções de atuação dentro de um mesmo serviço. Isto me encanta e me motiva a querer continuar atuando, apesar das dificuldades de lidar com o cotidiano do SUS. A Residência, de fato, reforçou as escolhas que iniciei na graduação e ampliou o meu querer fazer mais pelo Sistema Único de Saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos**. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008. Disponível em < [https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapip/PARA\\_REINVENTAR\\_AS\\_RODAS.pdf](https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapip/PARA_REINVENTAR_AS_RODAS.pdf)>. Acesso em 30 de janeiro de 2020.

ANTUNES, Leonardo dos Santos; ANTUNES, Livia Azeredo Alves; CORVINO, Marcos Paulo Fonseca; MAIA, Lucianne Cople. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf>>. Acesso em 5 de fevereiro de 2020.

BARBIERI M, HENRIQUE, AJ, CHORS, FM. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**. 2013,26(5):478-84. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a12v26n5.pdf>>. Acesso em 5 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (PNAISM). Brasília, 2004. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em 1 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. – Brasília, 2009. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_obito\\_infantil\\_fetal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf). Acesso em 22 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 01 de março de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres / ministério da saúde**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf)>. Acesso em 01 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde,

2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf)>. Acesso em 01 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007** [online]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017** [online]. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em 15 de março de 2020.

COSTA, Christina Souto Cavalcante; VILA, Vanessa da Silva Carvalho; RODRIGUES, Flávia Melo; MARTINS, Cleusa Alves; PINHO, Lícia Maria Oliveira. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Abr/jun;15(2):516-22. 2013. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>>. Acesso em 23 de dezembro de 2019.

EVANGELISTA, Railene Pires; TRINDADE, Edvanda; SOUZA, Ramon Andrade de. **Proposta de Implantação do Grupo de Gestantes da Unidade de Saúde da Família Piaçaveira**. Camaçari, 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ver. Ciência & Saúde Coletiva**. 19 (03) Mar 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em 30 de janeiro de 2020.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet]. 2018;71(supl1):752-7. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf)>. Acesso em 01 de março de 2020.

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de; QUEIROZ, Tacinara Nogueira de. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2012. Disponível em: <[http://www.fg2013.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/old\\_20/1384186533\\_A\\_RQUIVO\\_AlessandraAniceto.pdf](http://www.fg2013.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/old_20/1384186533_A_RQUIVO_AlessandraAniceto.pdf)>. Acesso em 02 de março de 2020.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis** [online]. 2011, vol.21, n.3, pp.899-916.

Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

GUERREIRO, Eryjocy Marculino; RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; LUCENA, Nájori Bárbara Ferreira de. O cuidado pré-natal na Atenção Básica sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. de Enferm.** 16(3): 315-323, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em 02 de março de 2020.

GOMES, Ana Leticia Monteiro; ROCHA, Cristiane Rodrigues da; HENRIQUE, Danielle de Mendonça; SANTOS, Mirza Almeida; SILVA, Leira Rangel da. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 16, núm. 2, pp. 258-265, março-abril, 2015. Disponível em <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2722/2106>>. Acesso em 06 de março de 2020.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, 27(2), 256-266. 2015. Disponível em <<https://submission3.scielo.br/index.php/psoc/article/view/132163>>. Acesso em 06 de março de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Camaçari. **Cidades**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>. Acesso em 01 de março de 2020.

LEÃO, Miriam Rêgo de Castro; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; SCHNECK, Camilla Alexandra; ANGELO, Margareth. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2395-2400, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/24.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2020.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**. Out/Dez; (14(4):773-6. 2009. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16399/10878>>. Acesso em 30 de janeiro de 2020.

MEDEIROS, Juliana; HAMAD, Graziela Brito Neves Zboralski; COSTA, Raphael Ranieri de Oliveira; CHAVES, Ana Elisa Pereira; MEDEIROS, Soraya Maria de. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 16, n. 2, p. 37-44. Londrina, abr/jun. 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=771441&indexSearch=ID>>. Acesso em 06 de março de 2020.

MOISÉS, Márcia. A Educação em Saúde, a Comunicação em Saúde e a Mobilização Social na Vigilância e Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano. **Jornal do Movimento Popular de Saúde/MOPS**, 2003.

OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspect. Ciênc. Inf.**, Belo Horizonte, n. especial, p. 22-45, jul./dez., 2003. Disponível

em: < <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/649/436>>. Acesso em 01 de março de 2020.

PASCHOAL, Aline; SILVA, Lucia Cristina Florentino Pereira da; SANTINON, Evelyn Priscila; *et al.* Direitos no período gravídico-puerperal: conhecimento das gestantes. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, RS, v. 16, n. ju 2013. Disponível em: < [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13325&revista\\_caderno=14](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13325&revista_caderno=14) >. Acesso em 4 de março de 2020.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**. 37, p.212-227, jan/abr, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>>. Acesso em 07 de março de 2020.

PRADO, G; SOLIGO, R. Memorial de formação: quando as memórias narram a história da formação.... In: PRADO, Guilherme; SOLIGO, Rosaura (Org.). **Porque escrever é fazer história: revelações, subversões, superações**. Campinas, SP: Graf, 2005.

REIS, Deise Moreira; PITTA, Daniela Rocha; FERREIRA, Helena Maria Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de; MORAES, Mari Eli Leonelli de; SOARES, Milton Gonçalves. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a32v15n1.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2020.

SABÓIA, Vera Maria. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.

SILVA, Lorena Carla Cardoso; CORRÊA-CUNHA, Elza Francisca; KAPPLER, Stella Rabello. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. **Psic. Rev. São Paulo**, volume 27, n. 2, 357-376, 2018. Disponível em <<http://ken.pucsp.br/psicorevista/article/view/34156/27259>>. Acesso em 13 de março de 2020.

SOUZA, Nilzemar Ribeiro de; LAU, Nathália da Cunha; CARMO, Tânia Maria Delfraro. Shantala Massagem para bebês: experiência materna e familiar. **Ciência et Praxis** v. 4, n. 7, (2011). Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2208>>. Acesso em 07 de março de 2020.

TEIXEIRA, Camila Moreira; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; BECKER, Samélia Léa Menezes. Educação em Saúde a gestantes utilizando a estratégia de grupo. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**. vol. 8, núm. 3, p. 107-116. Fortaleza, 2007. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027960014.pdf>>. Acesso em 02 de março de 2020.

TILLVITZ, Luciana Regina; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; CARVALHO, Brígida Gimenez; KASAI, Maria Luiza Hiromi Iwakura; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; JUNIOR, Luiz Cordon. Uso do sistema de informações na vigilância dos óbitos pelas Equipes de Saúde da Família em Londrina, PR. **Cad. Saúde Colet.** 18 (3): 355-60. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_3/artigos/CSCv18n3\\_pag355-60.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag355-60.pdf)>. Acesso em 30 de março de 2020.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri; BORDIGNON, Simoni Saraiva; COSTA, Cesar Francisco Silva da; COSTA, Carla de Oliveira da; BARLEM, Edison Luiz Devos.

Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento. **Enferm. Foco**. 7 (2): 83-86. 2016. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326>>. Acesso em 02 de março de 2020.