



FIOCRUZ



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS



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

TAYANE DE JESUS FREITAS

**MEMÓRIAS DE UMA NUTRICIONISTA RESIDENTE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA (NASF)**

Salvador, BA

2019

TAYANE DE JESUS FREITAS

**MEMÓRIAS DE UMA NUTRICIONISTA RESIDENTE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA (NASF)**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado ao Programa de Residência  
Integrado Multiprofissional em Saúde da  
Família – FESF/FIOCRUZ.

Orientadora: Edneia Carla Passos dos  
Santos.

Salvador, BA

2019

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO .....  | 5  |
| CAPÍTULO 1 – Trajetória: do nascimento à graduação .....                      | 7  |
| CAPÍTULO 2 – Minha relação com a alimentação.....                             | 10 |
| CAPÍTULO 3 – A Residência Multiprofissional .....                             | 13 |
| 3.1 O campo de prática.....   | 14 |
| CAPÍTULO 4 – Processo de implantação de uma Unidade de Saúde da Família ..... | 16 |
| 4.1 Primeiros passos no território.....                                       | 16 |
| 4.2 Territorialização .....   | 16 |
| 4.3 Análise da situação de saúde .....  | 18 |
| 4.4 Planejamento das ações.....   | 19 |
| 4.5 Organização do processo de trabalho.....                                  | 19 |
| 4.6 Construção das agendas de trabalho.....                                   | 20 |
| CAPÍTULO 5 – O nutricionista na Atenção Básica .....                          | 21 |
| 5.1 Alimentação e nutrição na Atenção Básica .....                            | 21 |
| 5.2 Minha atuação na Atenção Básica.....                                      | 23 |
| CAPÍTULO 6 – Memórias de uma nutricionista no NASF .....                      | 28 |
| 6.1 Cadastramento .....   | 28 |
| 6.2 Acolhimento .....   | 28 |
| 6.3 Sala de espera.....   | 29 |
| 6.4 Atendimento individual.....   | 30 |
| 6.5 Atendimento compartilhado .....   | 31 |
| 6.6 Visita domiciliar .....   | 31 |
| 6.7 Trabalho com grupos .....   | 32 |
| 6.8 Reuniões de equipe .....  | 32 |
| 6.9 Reunião de unidade.....   | 33 |
| 6.10 Programa Saúde na Escola .....   | 33 |
| 6.11 Programa Bolsa Família.....  | 33 |
| 6.12 Datas comemorativas .....  | 34 |
| 6.12.1 Dia das crianças.....  | 34 |
| 6.12.2 Outubro Rosa.....  | 34 |

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 6.12.3 Novembro Azul.....  | 35 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... | 37 |
| REFERÊNCIAS.....           | 38 |

## INTRODUÇÃO

No cenário mundial, a emergência do campo da Nutrição, seja como ciência, política social e/ou profissão, é um fenômeno relativamente recente, característico do início do século XX. No Brasil, segundo apontam alguns estudos, a Nutrição teria emergido no decorrer dos anos 1930-1940, como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista ou Estado Novo (governo Vargas), cujo contexto histórico delimitou a implantação das bases para a consolidação de uma sociedade capitalista urbano-industrial no país (VASCONCELOS, 2002).

Em 1939 foram criados os cursos técnicos de nível médio para formação de nutricionistas-dietistas, os quais seriam os embriões dos atuais cursos de graduação em nutrição. Porém, o reconhecimento da profissão como de nível superior só ocorreu vinte e três anos depois da criação destes dois primeiros cursos técnicos, quando o então Conselho Federal de Educação (CFE), órgão do Ministério da Educação, emitiu o Parecer nº 265, de 19 de outubro de 1962. O referido parecer reconhecia os cursos de nutricionistas como de nível superior, estabelecia o primeiro currículo mínimo e fixava a duração de três anos para a formação de nutricionistas no país (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

A prática do nutricionista, na sua origem, foi estruturada a partir da dietética, como parte de uma prática da enfermagem nos cuidados do paciente. Entretanto, deve-se ressaltar que a emergência e o desenvolvimento da profissão no Brasil esteve, desde o seu nascimento, vinculada às políticas do Estado, entre as quais, destacam-se, respectivamente, duas que marcaram o processo de criação e consolidação da profissão: a criação, em 1940, do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), e a implantação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), em 1976 (TOLOZA, 2003).

As políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro, cujo objeto envolve as dimensões múltiplas da alimentação e nutrição, ganharam novo direcionamento a partir da Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN), em 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Como uma das políticas que convergem para o alcance da segurança alimentar e nutricional, foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada no final dos anos 90, como elo potencial entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o SISAN (RECINE; VASCONCELLOS, 2011).

Em relação às áreas de atuação profissional, nas últimas décadas, têm sido observadas intensas diversificação e ampliação, fato que pode estar associado ao processo de grande elevação do número de cursos e profissionais no Brasil. Atualmente, o Conselho Federal de Nutricionistas reconhece a existência de sete grandes áreas de atuação

profissional do nutricionista: nutrição clínica, alimentação coletiva, saúde coletiva, ensino (docência), nutrição esportiva, indústria de alimentos e marketing em alimentação e nutrição (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

A crescente presença de nutricionistas atuantes nos segmentos da sociedade, abordando sobre alimentação e a saúde humana, foram delineando a construção da identidade profissional. As associações profissionais surgiram na medida em que floresceu a profissão. As atuações somadas aos poucos estudos científicos disponíveis no campo da alimentação e nutrição, contribuíram para a afirmação da categoria em sociedade. A regulamentação da profissão também favoreceu o reconhecimento dos espaços sociais a serem ocupados pelo nutricionista, bem como do campo do saber científico que tangencia o conjunto de conhecimentos peculiares à ciência da Nutrição (NEGRI; AMESTOY; HECK, 2017).

## **CAPÍTULO 1 – Trajetória: do nascimento à graduação**

Eu não poderia iniciar a escrita do meu Memorial de Formação se não falando de como se passou a minha infância. Foram muitos momentos de alegria, diversão e aprendizado, que foram compartilhados com familiares e amigos. E como nem tudo são flores, momentos de angústias e tristeza também se fizeram presentes.

Aos 26 anos minha mãe engravidou da minha irmã e quatro anos depois ela engravidou de mim. Numa noite de terça-feira, no dia 10 de setembro de 1991, na cidade de Salvador, eu cheguei a esse mundão e meus pais decidiram me presentear com o nome de *Tayane*, que eles haviam encontrado naquelas revistas de nomes de bebês que eram vendidas antigamente.

Com sete meses eu comecei a engatinhar e a balbuciar as minhas primeiras palavras e depois de completar 01 ano comecei a dar os primeiros passinhos. Aos 03 anos de idade eu entrei na escola, onde cursei o maternal no turno vespertino. Inicialmente eu chorava quando chegava na escola, mas logo me acostumei. Minha mãe fala que eu gostava de ir à escola para ir pro parque brincar com meus coleguinhas.

Neste mesmo ano um episódio marcou a minha infância, que foi o falecimento do meu pai (acometido por um câncer no intestino). Acredito que como eu era bem novinha nesta época não guardei nenhuma recordação dele. Às vezes eu fico na dúvida se essa lembrança que tenho dele na memória, principalmente a fisionomia, foi decorrente das fotos que eu via ou se realmente são reais. Eu não consigo me recordar de nenhum momento vivido ao lado dele, nem aniversário, nem festinha na escola, nem viagem e nem reunião de família.

Depois desse ocorrido passamos a viver juntas apenas eu, minha irmã e minha mãe. Minha mãe foi quem ocupou esse lugar de “pai” e, mesmo passando por todas as dificuldades que foram surgindo, tenho a certeza de que ela não nos deixou faltar nada.

Minha infância foi uma fase muito deliciosa (quem dera se eu pudesse voltar no tempo!), em que pude compartilhar a maior parte dos momentos com minha irmã, primos, tios e tia e avó. Eu gostava muito de brincar de boneca, de colecionar álbum de figurinhas, de assistir desenho, de ir à praia e ao clube, de jogar videogame e de brincar na rua com os vizinhos. Gostava também de ler revistas e de escrever no diário. As férias escolares já tinham o destino certo: casa da avó no bairro de Stella Maris. Lá, eu e minha irmã, nos encontrávamos com nossos primos e a diversão era garantida, mas claro que também aconteciam aquelas briguinhas de criança.

Em relação aos estudos, nunca dei trabalho a minha mãe. Fazia meus deveres de casa sozinha, estudava para as provas e gostava de fazer os trabalhos, mas não de

apresenta-los, pois sempre fui muito tímida. Nessa época a matéria que eu mais gostava era matemática e a que eu menos tinha afinidade era ciências.

Na adolescência eu comecei a fazer novas amizades e a sair mais com meus amigos. Passei a me interessar mais por músicas, fotos e de navegar na internet. E, ao contrário de muitas meninas, não quis comemorar o tão sonhado 15 anos, já que nunca gostei de ser o centro das atenções.

No ano de 2006 tive que tomar minha primeira grande decisão: iria fazer a seleção para cursar o ensino médio integrado ao curso técnico (no antigo CEFET) e tinha que optar por qual seria esse curso técnico. Entre as opções que eu tinha, a que eu imaginei que teria mais afinidade foi com Análise Química. E, assim, fiz a prova e fui aprovada. Foram quatro anos de muitos estudos, experiências, amizades e desafios. Um fato que me marcou bastante nesse período (lembro-me que chorei muito) foi a primeira recuperação que fiz na vida, sendo esta na disciplina de física.

Em 2010 eu tive que tomar a minha segunda, e talvez a maior, decisão: qual curso escolher para realizar minha graduação. Como eu fui uma criança/adolescente que não demonstrei desejo por nenhuma profissão, tive mais trabalho para decidir. Foi assistindo ao programa Globo Repórter, despretensiosamente, que me interessei pela química dos alimentos. A partir disso comecei a pesquisar sobre o curso de Nutrição e defini que seria para esse curso que iria prestar o vestibular. E foi assim que eu entrei no mundo encantado da Nutrição.

Foram 06 anos bastante intensos na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde pude adquirir muitos conhecimentos, compartilhar aprendizados, fazer novos ciclos de amizade e me encantar cada vez mais pela profissão. Tive a oportunidade de desenvolver projetos e de também auxiliar os colegas me colocando no lugar de monitora. Dias cansativos, noites mal dormidas, frio na barriga, mas tudo valeu a pena, pois hoje eu sou grata por todas as etapas que vivi até me tornar essa profissional que sou hoje.

Quando ingressei na UFBA eu sabia que não seria um percurso fácil, mas entrei com a disposição de me dedicar o máximo que eu conseguisse. E para isso tive que abdicar de algumas festas, reuniões de família, visita aos amigos e passeios. Mas por outro lado, a rede de amigos que eu fiz e os professores que pude conviver me deram um suporte bem importante nessa caminhada. Também tive a oportunidade de participar de dois projetos de pesquisa na área de ciência e tecnologia de alimentos, que foram fundamentais para que eu pudesse desenvolver habilidades como pesquisadora.

E depois desse longo período dentro da faculdade, é que chega à reta final: a tão esperada formatura. Assumo que esse foi um momento que me provocou várias inquietações, porque enquanto eu era estudante me sentia numa posição confortável,

protegida pelos “muros” da universidade, e quando me formei, tive que encarar todas as cobranças que começaram a surgir, como: *“E aí, vai fazer o que agora?”*, *“Está enviando currículo?”*, *“Já tem alguma vaga de emprego em vista?”*, *“Vai fazer pós?”*, *“Vai fazer mestrado?”*, *“Vai fazer residência?”*. E a partir daí iniciei a busca pelo primeiro emprego.

## **CAPÍTULO 2 – Minha relação com a alimentação**

A minha história alimentar se iniciou nos meus primeiros minutos de vida e o meu primeiro alimento ingerido foi o leite materno. Na fase inicial da vida, o leite materno é indiscutivelmente o alimento que agrega as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004).

Minha mãe me amamentou exclusivamente até os seis meses de idade e o primeiro alimento que ela me ofereceu foi maçã ralada, e eu gostei bastante. A partir disso fui sendo apresentada à outras frutas e também aos legumes, folhas e verduras e minha mãe conta que eu não gostei de espinafre, de caju e nem de quiabo. E, assim, foi dado seguimento a todo o meu processo de introdução alimentar, momento importante para a construção do meu paladar e para o conhecimento de novos sabores e texturas.

Durante a infância, os pais, além de prover os alimentos, moldam as experiências infantis e exercem influência como modelo, especialmente para as crianças mais novas. Na fase escolar, outros adultos ganham importância na formação das práticas alimentares e, assim, a escola passa a desempenhar um papel de destaque na formação de novos hábitos e na manutenção da saúde da criança (CORRÊA et al., 2017).

Na fase pré-escolar minha alimentação era mais equilibrada. Comia diferentes frutas e verduras, gostava de almoçar, bebia bastante suco da fruta e levava lanchinho para a escola. Boa parte desses meus hábitos eram reflexo do que eu via dentro de casa, tendo como exemplos minha mãe e minha irmã.

A medida que eu fui crescendo minha alimentação foi passando por algumas mudanças. Diminui o consumo de frutas e comecei a comer salgadinhos e biscoitos recheados e a beber suco industrializado e refrigerante. Essa mudança foi influenciada pelo padrão de lanches que eu passei a ver na escola e também pelos alimentos que minha mãe passou a comprar para dentro de casa. Lembro-me que entre os meus 5 a 8 anos tive um sério problema de constipação, em que tive que fazer tratamento com laxante, e tenho a certeza de que esse problema estava associado à minha alimentação.

A constipação intestinal é um dos distúrbios intestinais mais frequentes na infância e, na maioria das crianças, sua origem é funcional, em que provavelmente o problema se inicia com a introdução de alimentos sólidos com baixo teor de fibras associado à baixa ingestão de água. Sendo assim, a má alimentação é uma das principais causas da constipação intestinal, observando-se, nesses indivíduos, o consumo de alimentos industrializados e

refinados, ocasionando incapacidade progressiva do intestino grosso deslocar os resíduos fecais para sua expulsão (FERREIRA et al., 2013).

No ano de 2003, após comer cachorro-quente diariamente na escola durante um mês, eu apresentei um quadro de síndrome nefrítica (distúrbio que acomete os glomérulos renais, estruturas responsáveis pela filtração do sangue), que foi justificada pela alta ingestão dos condimentos presentes na salsicha, no molho e no ketchup, o que sobrecarregou os meus rins. Meu quadro clínico foi caracterizado por edema generalizado e aumento do colesterol. Como tratamento, tive que fazer uso de corticoides e fazer uma dieta totalmente isenta de sal. Esse foi o primeiro momento em que eu tive uma mudança radical na alimentação. Foi um período bem difícil pra mim, em que fiquei sem ir para a escola, perdi bastante peso e tive muitas restrições na dieta, mas que no final deu tudo certo.

Durante a adolescência novos alimentos começaram a também fazer parte da minha alimentação quando saía para passear: os fast-foods. Outro fato que me recordo é que na grande maioria dos dias levava biscoito recheado e suco de caixinha para a escola, e esse hábito não era apenas meu, pois as minhas amigas consumiam esses mesmos lanches. Ademais, lembro-me que não tinha muito interesse pelos lanches da cantina da escola e preferia levar de casa. Inclusive, nessa fase eu não pensava muito a respeito dos alimentos que eu consumia, simplesmente comia para “matar” a fome.

Na adolescência, tendem a ocorrer mudanças no comportamento alimentar, principalmente devido às modificações fisiológicas e à importância que o ambiente social ganha para o adolescente. Aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais são potenciais determinantes na escolha dos alimentos nesse período, interferindo diretamente na formação dos hábitos alimentares. Assim, a combinação de alimentos consumidos reflete preferências individuais que são moduladas por determinantes genéticos, culturais, sociais, ambientais, econômicos e de saúde (CORRÊA et al., 2017).

Nessa mesma época iniciei meu interesse pela cozinha, mas o que eu gostava de preparar eram as sobremesas. Fazia pavê, sorvetes e alguns tipos de bolo. Muitas das receitas eu aprendia com a minha avó.

A partir do momento que eu ingressei na graduação foi que comecei a adquirir consciência alimentar e a me reeducar. Passei a dar mais valor aos alimentos, à forma de preparo e a variar minha alimentação. Com o decorrer dos semestres, mais aprendizados foram conquistados e mais sentido fazia eu ter uma alimentação mais equilibrada. E esse momento de transição foi bem importante pra mim, porque iniciei um processo de experimentação e introdução de alimentos que eu não comia e daqueles que por algum motivo eu tinha deixado de comer. Passei a fracionar mais as refeições e a valorizar a comida preparada em casa.

Apesar de eu ter algum conhecimento acerca da composição e qualidade de determinados alimentos, não excluí definitivamente nenhum deles da minha alimentação. Eu reduzi a ingestão de alguns e passei a fazer substituições mais conscientes. Com isso, melhorei da constipação e comecei a me sentir melhor.

Se me perguntarem qual alimento me acompanhou desde a infância até os dias de hoje eu digo que foi o leite (e também os seus derivados), mesmo no Brasil existindo uma aparente tendência de redução no seu consumo pela população. O leite e seus derivados são fontes de proteínas, vitaminas e cálcio, nutriente fundamental para a formação e manutenção da massa óssea. O consumo desse grupo de alimentos é importante em todas as fases do curso da vida, particularmente na infância, na adolescência, na gestação e para adultos jovens (BRASIL, 2006). Poucos foram os dias em que eu não bebi um copo de leite, puro ou misturado com alguma outra coisa, no meu café da manhã ou jantar.

Ressalto também a memória afetiva que eu tenho dos cheiros, cores e sabores dos alimentos que já comi até hoje. Lembro-me dos “chambinhos” (queijo tipo petit suisse sabor morango) que eu comia enquanto assistia desenho; das salsichas congeladas que eu comia junto com minha irmã; do leite em pó puro que eu comia escondido da minha mãe; do cheiro de bolo que eu sentia quando estava na casa da minha avó passando as férias; do queijinho coalho que comia na praia; e dos geladinhos que minha tia vendia e que os sobrinhos pegavam sem pagar.

Outro aspecto bem relevante que envolve a minha história com a alimentação é a questão da sociabilidade da comida, aquele costume de reunir a família e/ou os amigos para celebrar, comemorar, se reencontrar em volta de uma mesa. A comida tem esse poder de agregar as pessoas e também assume uma posição universal, que não escolhe idade, gênero, cor ou classe social. Desde a minha infância que minha família tem o hábito de se reunir aos domingos para almoçar e de comemorar os aniversários com bolo, docinhos e salgadinhos. E até os dias de hoje eu carrego esse costume comigo, pois sempre que reencontro meus amigos, a comida se faz presente, seja em restaurante ou preparada por nós mesmos.

### **CAPÍTULO 3 – A Residência Multiprofissional**

Após me formar surgiram as dúvidas de qual caminho eu iria seguir: enfrentar o mercado de trabalho, escrever um projeto de mestrado, ingressar em um programa de pós-graduação ou fazer a seleção para residência.

Durante o transcorrer do curso, dentre as áreas de atuação da nutrição, eu fui me identificando mais pela área da alimentação coletiva, mesmo o currículo da UFBA sendo mais voltado para a área da clínica. E, por esse motivo, eu comecei a pesquisar oportunidades de emprego neste campo, mas não estava sendo fácil de encontrar.

Em relação ao mestrado, eu sempre tive em mente que seria uma boa opção para quem almejava a carreira de docência, e como eu não me via como docente, não pensei em tentar. Muito desse “não me enxergar como professora” é fruto da minha dificuldade em ensinar, em transmitir algum conteúdo, pois desde a época da escola que eu sempre tive a facilidade de aprender, mas nunca fui muito boa em explicar para os meus colegas. E, sendo essa capacidade de lecionar com clareza, fácil entendimento e dinâmica que eu mais admiro em um professor, que eu deixei como última opção.

Uma pós-graduação na área de gestão de unidades de alimentação e nutrição me despertava o interesse, mas como ainda não tinha renda para investir, preferi adiar.

E, diante do cenário, a próxima alternativa que me surgiu foi fazer a seleção da residência. Primeiramente foi lançado o edital dos programas de residência da SESAB, mas, por ter coincido com o meu processo de mudança de residência e adaptação ao novo local, não me senti estimulada a estudar. Após um curto período abriram-se as vagas para a seleção do programa de residência multiprofissional da FESF-SUS e, por incentivo de minha mãe, eu me inscrevi. Tive uma certa dificuldade na organização do tempo para estudo, mas por fim eu consegui. Enquanto que se eu fizesse a seleção da SESAB eu iria tentar o programa de nutrição clínica, na seleção da FESF-SUS a opção do programa era de especialização em saúde da família.

Durante os seis anos da graduação eu praticamente não tive contato com a saúde pública (atenção básica, principalmente), se refletindo em uma grande lacuna no meu aprendizado. Porém, essa atenção insuficiente dada aos conhecimentos referentes ao SUS e a sua organização no cuidado à saúde não é uma particularidade apenas da minha universidade ou do meu curso, e sim uma característica geral das matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde pelo país. Isso reverbera na formação de profissionais com pouca empatia e credibilidade pelo trabalho no SUS, o que nos mostra que precisamos avançar muito nesse assunto para produzir uma saúde cada vez melhor para a população. Contudo, mesmo diante dessa situação, decidi encarar o desafio, porque levei em

consideração que toda experiência é válida e que o conhecimento adquirido seria importante. E, por surpresa minha, eu alcancei a aprovação.

Ao iniciar a residência eu comecei a ter um melhor esclarecimento de algumas temáticas que eu havia estudado para a prova, como Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Clínica Ampliada e Apoio Matricial, territorialização, agente comunitário de saúde, entre outros.

E justamente pelo fato de não ter aproximação com a saúde da família (SF) que, inicialmente, o meu trabalho como NASF me provocou um certo estranhamento, porque eu me sentia muito distante do meu núcleo de formação e também tinha a sensação de que não estava produzindo o cuidado necessário aos usuários. Contudo, mesmo com todas as minhas inquietações e falta de motivação, em nenhum momento eu pensei em desisti.

No decorrer dos dias e do desenvolvimento das atividades eu fui conquistando alguns espaços e passei a me sentir pertencente àquele meio. O reconhecimento do meu trabalho, tanto por parte dos usuários quanto por parte dos outros profissionais, me estimulou a dar o meu máximo nesse processo.

### **3.1 O campo de prática**

Ao iniciarmos o processo da residência tivemos o conhecimento de que o campo de prática da mesma iria ser em três municípios da região metropolitana de Salvador: Lauro de Freitas, Camaçari e Dias D'Ávila. A escolha dos municípios foi feita de acordo com a ordem de classificação no processo seletivo.

Juntamente comigo, outros 13 profissionais foram alocados em Lauro de Freitas: três médicos, quatro enfermeiras, dois dentistas, uma sanitarista, dois fisioterapeutas e uma profissional de educação física.

Como a unidade de saúde da família que iria nos receber estava em processo de inauguração, já que o serviço tinha sido realocado para outro espaço físico que comportaria mais equipes de saúde da família, passamos treze dias em trabalho interno, revezando entre o espaço da Fiocruz e o do Hospital Geral Roberto Santos.

Durante esse período nos debruçamos em planejar os objetivos para nossa chegada ao município e as atividades que começaríamos a desenvolver. Tivemos a oportunidade de conhecer parte da equipe da unidade, em que nos foram apresentados a antiga estrutura e como que iria ser a atual, o mapa do território adscrito, o número de habitantes e os recursos humanos disponíveis. Também trabalhamos em cima de problemas e/ou realidades que achávamos que iríamos nos deparar quando chegássemos no campo,

classificando-os em prioridade alta, média e baixa (nas cores vermelha, amarela e verde, respectivamente) e propondo metas para saná-los.

Esse período de planejamento foi bem importante, porque nossas discussões me ajudaram a esclarecer várias dúvidas que eu tinha a respeito da Saúde da Família e favoreceram que as coisas começassem a se encaixar e a fazerem sentido para mim.

Contudo, esse tempo que ficamos em planejamento não foi suficiente para a unidade de saúde da família (USF) ficar pronta. Mesmo assim, fizemos um pedido a coordenação de que gostaríamos de ir para a unidade, para que a gente conhecesse o restante da equipe e já pudéssemos ir sentindo o território e identificando as possíveis demandas. E assim foi feito!

## **CAPÍTULO 4 – Processo de implantação de uma Unidade de Saúde da Família**

Nesse tocante entendo que o processo de implantação de uma USF envolve o reconhecimento do território de abrangência, a análise de situação de saúde da comunidade, o planejamento das ações e a organização do processo de trabalho juntamente com a construção das agendas.

### **4.1 Primeiros passos no território**

Enfim chegamos à Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu e, como havíamos planejado, o nosso primeiro dia seria dedicado às apresentações e integração da equipe.

Neste dia eu já saí de casa bastante ansiosa para o encontro. Assim que cheguei, consegui observar que todos estavam felizes por aquele momento, e isso foi muito bom. A sensação que eu tive foi que todos nós estávamos com boas expectativas para o trabalho, sendo que, no meu caso, estas só aumentaram depois de ouvir as falas dos agentes comunitários de saúde (ACS). Foi visível no semblante deles a empolgação de querer fazer o possível para prestar o melhor serviço para a comunidade. Ao meio de alguns depoimentos eu me arrepiava só de ouvir o jeito que eles falavam. Foi muito emocionante! Deu para perceber que a equipe era constituída de ótimas pessoas que estavam dispostas a desenvolverem atividades para promover saúde para os usuários.

A partir de então, enquanto a unidade não era inaugurada, começamos a nos encontrar diariamente para construirmos juntos a equipe São Judas Tadeu. Iniciamos discussões sobre territorialização, acolhimento, agenda, Equipe de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros, e fizemos educação permanente para alguns temas.

### **4.2 Territorialização**

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada. Também é vista como um processo de reconhecimento e esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de dados

demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A apreensão e a compreensão do território permitem a avaliação dos reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando, ou efetivamente abrindo, espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o lugar da vida cotidiana das pessoas (SANTOS, 2008).

Assim, o processo contínuo de territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território. Entre essas dinâmicas, estão, por exemplo, a chegada de novos processos produtivos e tecnológicos – os quais, ainda que atendam a determinados interesses sociais, são portadores e viabilizadores de numerosas possibilidades de geração de riscos e de ampliação de vulnerabilidades. Nesses contextos, além da ocorrência de danos e agravos à saúde humana, há também prejuízos aos ecossistemas prestadores de serviços ambientais relevantes para toda a comunidade de vida local (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Logo, a territorialização é uma ação primordial, pois dela decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema (PESSOA et al., 2013).

Uma das primeiras atividades que começamos a desenvolver no território foi justamente o processo de territorialização. Na companhia dos agentes comunitários percorremos algumas ruas que fazem parte da área adscrita da USF São Judas Tadeu.

Foi possível sentir o clima daquelas pessoas que habitam aquela região. Pude tirar algumas percepções, como: especificamente na parte do território em que caminhei, notei que a condição socioeconômica das famílias não era homogênea, apresentando casas mais simples e outras mais bem estruturadas. Também foi possível identificar algumas características da comunidade, como: escolas, bares, igrejas, espaços de lazer, pontos de encontro de alcoolistas, condições de saneamento básico, acúmulo de lixo, entre outros.

Outro ponto que chamou a minha atenção foi ver os usuários nos parando para falar do tempo que eles estavam desassistidos pela unidade e para perguntar quando o serviço iria reabrir. Diante disso, pudemos ter uma noção de que a partir do momento que o posto for inaugurado, a procura vai ser bastante grande, já que existia uma demanda reprimida de mais ou menos uns oito meses.

Essa proposta de visitar o território, além de nos ter permitido conhecê-lo estruturalmente, me possibilitou conhecer também um pouco do perfil dos usuários e ter uma ideia de quais seriam as nossas demandas. Ao fazer isso, torna-se mais fácil traçar metas e ofertar os serviços necessários para melhor atender a população de cada micro área.

### **4.3 Análise da situação de saúde**

Segundo Teixeira (2010), a análise da situação de saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma população, com o objetivo de identificar necessidades sociais e determinar prioridades de ação. A identificação de problemas e necessidades de saúde exige que se caracterize a população de acordo com variáveis demográficas (sexo, idade), socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.), culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.) e políticas (desejos, interesses, problemas, necessidades e demandas).

No período em que ficamos desenvolvendo as atividades internamente na USF chegamos a conversar com os agentes comunitários de saúde e iniciamos o processo de identificação e priorização dos problemas que a comunidade enfrenta. Porém, não nos debruçamos em dar continuidade aos demais passos da análise de situação.

Entretanto, passado uns meses após a inauguração, sentimos a necessidade de conhecer de fato as reais necessidades da comunidade e então retomamos o levantamento, descrição e explicação dos problemas e suas possíveis formas de resolutividade.

#### **4.4 Planejamento das ações**

Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010). Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais para que se chegue à condição definida como desejável. Pode-se afirmar também que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade (VILASBÔAS, 2004).

Nos dois meses em que ficamos aguardando a USF inaugurar começamos a planejar nossas ações a partir dos problemas levantados em conjunto com os agentes comunitários. Ao contrário do planejamento que fizemos antes de chegar na unidade, esse planejamento a partir do território foi mais eficiente, já que foi possível visualizar as condições da comunidade e até mesmo conversar com os usuários nas ruas.

Um aliado importante nesse processo de planejamento foi a população do território. O estímulo à participação popular é de fundamental importância, pois tem o efeito de ampliar as fontes de identificação das reais demandas e necessidades locais, entender melhor a dinâmica e o contexto comunitário e favorecer o estabelecimento de vínculo e defesa dos interesses coletivos. A comunidade tem que se sentir como parte desse processo, tendo o direito de participar das decisões do funcionamento da USF, de sugerir mudanças no processo de trabalho e de trazer suas demandas e expectativas. Por isso que realizamos uma reunião com a participação deles antes mesmo da unidade iniciar o funcionamento, para que eles se sentissem pertencentes do processo desde o início.

#### **4.5 Organização do processo de trabalho**

O processo de trabalho das equipes de saúde da família é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Como o trabalho em equipe é uma das características do processo, vimos a necessidade de que todos compreendessem as atribuições previstas para cada membro da equipe. Para isso, cada categoria profissional apresentou as atividades que lhes competem.

Dessa forma, tivemos a possibilidade de organizar a distribuição das atividades entre os membros da equipe, que devem ir além daquelas consideradas exclusivas de sua categoria profissional, e a realização das atividades administrativas, que consistem na arrumação dos consultórios, na ordenação dos prontuários e na sistematização dos formulários de preenchimento. Também conseguimos estruturar os livros de registros das atividades e pensar qual a melhor forma para organizar os prontuários das famílias.

É fundamental que o processo de trabalho das equipes seja sempre discutido, a fim de mediar possíveis conflitos que apareçam e, do mesmo modo, ajustar as lacunas que venham a surgir no processo de assistência à saúde-doença dos usuários.

#### **4.6 Construção das agendas de trabalho**

O arranjo das agendas foi um ponto chave para o funcionamento da unidade, já que, inicialmente, quatro equipes de saúde da família iriam dividir o mesmo espaço.

A ideia de organização da agenda deve visar sempre o melhor tanto para o paciente quanto para os profissionais, na tentativa de evitar a sobrecarga devido à demanda, que pode ser programada ou espontânea. A demanda programada (agendados) considera aqueles usuários que necessitam de controle regular para avaliação de adesão ao tratamento, resposta ao tratamento, investigação e prevenção de complicações e renovação de receitas. Já a demanda espontânea considera aqueles pacientes que comparecem à unidade necessitando de um atendimento mais rápido (SAVASSI, 2013).

No momento da sua construção nos atentamos em garantir algumas atividades que são previstas na saúde da família, como: atendimento a todos os ciclos de vida (de ambos os sexos), reunião de equipe, visita domiciliar, trabalho em grupos e acolhimento à demanda espontânea. Optamos por não mais trabalhar na lógica de distribuição de senhas e também não marcar horário para a consulta, organizando os pacientes por ordem de chegada.

Por conta do número insuficiente de consultórios, estes tiveram que ser revezados entre todos os profissionais e os turnos de atividades na agenda tiveram que ser encaixados entre as quatro equipes, com o objetivo de ter sempre um consultório livre para os profissionais que estariam em atendimento.

## **CAPÍTULO 5 – O nutricionista na Atenção Básica**

Como disse anteriormente, o meu contato com a Atenção Básica (AB), durante a graduação, foi a mínima possível, e, por conta disso, eu não tinha muita experiência nem com a própria AB e nem com a atuação do nutricionista nesta área, tendo que buscar textos que me ajudassem a entender.

Quando eu ouvia falar da AB só conseguia pensar naqueles postos de saúde que eu via quando passava por alguns bairros, nas enormes filas de espera que as mídias mostravam e nos longos meses que as pessoas diziam aguardar para realizar uma consulta. Lembrava também que era um local onde eu frequentava para tomar algumas vacinas. Eu não fazia ideia de quais serviços eram ofertados, de como era a dinâmica de marcação e atendimento e de quais profissionais trabalhavam.

A Atenção Básica é o primeiro nível do sistema, sendo considerada porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É desenvolvida com base territorial e população definida (adscrita), onde os indivíduos, família e coletividade têm acesso a equipes multiprofissionais que, desenvolverão suas ações seguindo os princípios e diretrizes do SUS. As ações da AB são de caráter longitudinal, em que os indivíduos devem ser acompanhados em todo o seu ciclo de vida (BRASIL, 2017).

De acordo com o exposto em Cervato-Mancuso et al. (2012), a AB no SUS deve garantir o acesso universal aos serviços de saúde para toda a população. Dessa forma, dependendo de sua capacidade resolutiva, a AB pode, por meio de suas ações, resolver grande parte dos problemas e necessidades de saúde da população. No âmbito deste nível de atenção, a Estratégia Saúde da Família, que iniciou suas atividades em 1994, pretende desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na unidade de saúde.

### **5.1 Alimentação e nutrição na Atenção Básica**

Relevantes mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas ocorreram nos últimos 50 anos, com consequentes transformações nas relações de trabalho, nas formas de oferta e procura pelos serviços públicos, na atividade física e no gasto energético, no lazer e em outros aspectos. Mudanças ainda mais drásticas ocorreram nas formas de se produzir, comercializar, transformar, industrializar e preparar os alimentos. Essas transformações resultaram em alterações significativas no perfil de morbidade e mortalidade e nos padrões do consumo alimentar e do estilo de vida da população,

determinando os fenômenos das denominadas transições demográfica, epidemiológica e nutricional (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

Entende-se a transição nutricional como a alteração dos padrões alimentares, em que coexistem, paralelamente, a desnutrição expressa por déficit de crescimento e carências nutricionais de micronutrientes e o aumento da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), condições agravadas pela queda na qualidade do repertório alimentar. Esses problemas de saúde e nutrição implicam uma mobilização de recursos econômicos, financeiros, políticos e sociais que poderiam ser evitados a partir de ações de promoção e prevenção, reduzindo também os custos no sistema de saúde (MATTOS; NEVES, 2009).

Considerando o papel da alimentação como fator de proteção, ou de risco, para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades. Sendo esse nível de atenção o primeiro contato da população dentro do sistema de saúde, os profissionais devem incorporar uma visão ampla que considere as próprias condições de vida dos sujeitos e comunidades e, ainda, o contexto social de manifestação do processo saúde-doença (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

As ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica visam a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial às doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis constitui-se em um item importante em todas as fases da vida. Assim, socializar o conhecimento sobre os alimentos e realizar ações que promovam a segurança alimentar e nutricional torna-se essencial à população (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Segundo Coutinho, Gentil e Toral (2008), promover uma alimentação saudável implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, revendo hábitos alimentares considerados pouco saudáveis, num contexto em que a globalização e a urbanização caracterizam-se como movimentos incessantes e contínuos, altamente dificultadores do estabelecimento de práticas alimentares saudáveis, e que impactam interesses econômicos contrários à saúde pública.

Algumas ações de alimentação e nutrição, no âmbito municipal, já fazem parte da agenda programática da atenção básica em saúde, embora ainda implementadas de maneira fragmentada e não universal. Dentre essas ações, estão incluídos o incentivo, o apoio e a proteção ao aleitamento materno; a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN);

programas de suplementação medicamentosa de micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A); o cuidado nutricional em programas de saúde para grupos populacionais específicos (risco nutricional, hipertensos, diabéticos, entre outros) e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

A presença do nutricionista na AB fortalece e qualifica as ações de atenção nutricional, previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Com a perspectiva de atuação em rede, as ações de assistência nutricional junto à ESF têm como foco: promoção de ações integrativas e intersetoriais de educação em saúde e nutrição, realização do cuidado nutricional em todas as fases do curso da vida, desenvolvimento de planos terapêuticos para DCNT e deficiências nutricionais e estímulo à produção e ao consumo de alimentos saudáveis, ações garantidas pela PNAN, afirmadas pelo SUS e reafirmadas pela proposta da agenda única da nutrição (BORELLI et al., 2015).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição marca uma etapa importante para a configuração da área no campo da saúde, evidenciando as transições epidemiológica, nutricional e demográfica, citadas anteriormente. A PNAN projeta um modelo de segurança alimentar e nutricional fundamentado no direito humano à alimentação, destacando a alimentação e a nutrição como requisitos de promoção e proteção da saúde (RECINE; VASCONCELLOS, 2011). A política articula sete diretrizes, que orientam a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição, sendo elas: organização da atenção nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional, gestão das ações de alimentação e nutrição, participação e controle social, qualificação da força de trabalho, controle e regulação dos alimentos, pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição e cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional.

## **5.2 Minha atuação na Atenção Básica**

Durante o meu curso, o que eu mais aprendi nas minhas aulas práticas foi fazer atendimento individual. Nesses atendimentos eu recebia o paciente em uma sala/consultório e fazia algumas perguntas relacionadas a sua história de vida, sua história clínica e seus hábitos alimentares, além de realizar as medidas de peso, altura, circunferências e pregas cutâneas.

Ao iniciar o trabalho na AB, mais precisamente na unidade de saúde da família, uma das primeiras informações que tomei conhecimento foi que não haveria um consultório disponível diariamente para eu realizar os meus atendimentos. Essa notícia me provocou

uma angustia e logo tive o seguinte pensamento: se eu não terei um consultório para atender os pacientes, o que eu irei fazer nessa unidade?

E foi a partir desse momento que entrei em um processo de desconstrução daquele modelo basicamente assistencial que aprendi na universidade e passei a conhecer as diversas possibilidades de atividades que posso desenvolver, como nutricionista, com os usuários do território. Primeiramente, descobri que iria integrar o NASF, que, até então, eu sabia pouco a respeito da sua dinâmica de trabalho.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de saúde da família e das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na AB, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2011).

Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: o que é ser uma nutricionista no NASF?

De acordo com Recine, Carvalho e Leão (2015), a importância da presença do nutricionista nos NASF está relacionada com: a atuação direta junto aos indivíduos, famílias e comunidade; a participação nas ações de educação continuada de profissionais de saúde; e a articulação de estratégias de ação com os equipamentos sociais de seu território de atuação, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional.

Comecei a entender que o meu papel de nutricionista no NASF não iria se resumir apenas aos atendimentos individuais (que também são previstos na agenda do NASF). Porém, ao mesmo tempo, tive muita dificuldade de compreender como se daria o meu trabalho nesse núcleo e de me sentir pertencente a ele.

A realidade de NASF que vivenciei foi diferente do que se costuma ver, dado que a gente apoiava cinco equipes de saúde da família que estavam alocadas dentro do mesmo espaço físico da USF, ou seja, ficávamos diariamente dentro da mesma unidade. Percebo que isso atrapalhou um pouco o nosso trabalho, porque as equipes acabavam nos enxergando como uma equipe ampliada e não como profissionais que estavam ali disponíveis para dar um apoio/suporte na resolução dos problemas.

Outro aspecto relevante é que o meu NASF era composto por profissionais que nunca tinham tido experiência na perspectiva desse “lugar”, e isso demandou um tempo para que nos compreendêssemos como esse núcleo. Simultaneamente, tínhamos que nos

fazer sermos entendidos, acerca do nosso papel na saúde da família, pelos demais profissionais, já que grande parte também não tinha tido a vivência junto ao NASF. E essa técnica de conscientização com os demais profissionais era um trabalho que volta e meia tínhamos que está recapitulando.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Aplicado à AB, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de saúde da família envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB (BRASIL, 2014).

O apoio matricial, também conhecido como matriciamento, é uma proposta de atuação em que as competências compartilhadas em diferentes níveis de atenção promovem integração das ações de saúde, de modo a desenvolver apoio assistencial e técnico-pedagógico às equipes de saúde da família. Ao NASF cabe o apoio, a ampliação e o aperfeiçoamento da atenção e da gestão da saúde na AB, de forma a qualificar a assistência e complementar competências a partir do conceito de núcleo e campo (BORELLI et al., 2015).

Esses conceitos de núcleo e campo também me demandaram um tempo para compreender. Era difícil pra mim dissociar as minhas ações enquanto “núcleo” das minhas ações enquanto “campo”. Porém, com a própria vivência eu pude ir percebendo que muitas das minhas ações poderiam se encaixar em ambos os conceitos, só mudando a perspectiva.

A integração entre os profissionais do NASF e os demais profissionais da SF deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de atenção básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das unidades de saúde da família, bem como para auxiliar a articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários. Esses objetivos do apoio matricial do NASF se materializam por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de AB e dos diferentes profissionais do NASF (BRASIL, 2014).

Apoio matricial/matriciamento foi uma nova ferramenta de trabalho que me foi apresentada, já que durante o meu curso eu ainda não tinha ouvido falar dessa expressão. Após iniciar a prática, consegui compreender que o apoio matricial está relacionado ao

trabalho compartilhado e traz a potencialidade de reduzir a fragmentação da atenção ao sujeito e de promover a construção de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde. O matriciamento também pode ser entendido como um arranjo organizacional em que as pessoas envolvidas devem estar disponíveis para os encontros e para as comunicações necessárias entre as equipes. O matriciamento não se esgota em apenas um encontro, sendo importante que os profissionais incluam essa prática na sua rotina.

Se eu disser que foi fácil me adaptar ao matriciamento, estarei fingindo. No meu pensamento, eu achava que as demandas relacionadas a alguma questão nutricional deveriam ser tratadas com o nutricionista, e não com os outros profissionais da equipe. Foi difícil pra mim compartilhar condutas, orientações e dicas nutricionais e realizar trocas de conhecimentos com os meus colegas, porque eu sentia que assim eu estaria “perdendo” o meu lugar de nutricionista dentro da unidade, já que qualquer outro profissional estaria em condições de orientar os usuários. Mas, aos poucos eu fui entendendo que ao matriciar as equipes de saúde da família eu estaria conseguindo aumentar o alcance do cuidado aos sujeitos, o que, provavelmente, eu não daria conta sozinha.

De acordo com essa lógica do apoio matricial, que constitui a base do trabalho do NASF, também devem ser evitados encaminhamentos diretos, sem pactuação prévia, aos profissionais deste núcleo e fortalecida a discussão e a estruturação dos casos e as pactuações necessárias para o cuidado do usuário, de maneira conjunta com as equipes de saúde da família.

Vivi no meu cotidiano esses encaminhamentos diretos, em que os médicos da unidade preenchiam requisição solicitando consulta com nutricionista e orientavam os pacientes a se dirigirem à recepção para marcar. Esse movimento era feito sem nenhuma discussão prévia a respeito do caso do paciente, e sua real necessidade daquele atendimento, e isso repercutia em pacientes que chagavam à consulta sem saber o motivo deles estarem ali. Por sua vez, essa situação reverberava em baixa adesão às mudanças de hábitos que eram orientadas e absenteísmo nas consultas seguintes.

Outra realidade que vivenciei foi o fato de terem duas nutricionistas no NASF, sendo eu residente e a outra contratada pelo município, que tinham suas agendas gerenciadas de formas diferentes, e que gerava questionamentos por parte de outros profissionais. Enquanto que a agenda dela ficava sob a responsabilidade da recepção, que agendava qualquer paciente que apresentasse o encaminhamento, a minha ficava sob a minha gerência, em que eu dava a prioridade em agendar os pacientes que foram discutidos comigo previamente.

E em meio a todo esse processo veio também a ideia de “borramento” dos núcleos de formação, em que, diante de um trabalho multiprofissional, nos cabe nos permitir sermos tocados pelos conhecimentos do outro. Confesso que, inicialmente, foi bem estranho pra mim essa proposta de extrapolar a “caixinha” da nutrição e me relacionar com temáticas da enfermagem, odontologia, medicina, fisioterapia e educação física. Mas hoje eu consigo reconhecer que isso foi fundamental para o meu crescimento durante a residência.

A partir do trabalho multiprofissional que consegui desenvolver conjuntamente com meus colegas, passei a enxergar o usuário de uma forma mais integral. O paciente não apresenta apenas questões alimentares, ele também possui demandas clínicas, odontológicas, psicológicas, sociais, entre outras, que devem ser consideradas no seu processo de cuidado. A técnica de desfragmentar o paciente, e considerá-lo na sua totalidade, favorece uma melhor resolutividade das suas questões.

Tentando fazer uma articulação entre a minha vivência na AB e as diretrizes que são propostas na PNAN, percebo o quão desafiador é trabalhar com essas questões de alimentação e nutrição dentro de um território com múltiplas variações no seu padrão de consumo alimentar. Outro aspecto que me chamou a atenção foi de ver como essa política tem a capacidade de perpassar sobre outras políticas de saúde, pois, se pararmos para pensar, a temática da alimentação está envolvida: na grande maioria dos problemas de saúde-doença dos indivíduos, nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário), e nas diversas linhas de cuidado (rede cegonha, saúde mental, vigilância em saúde), demandando mais atenção para essa política tão importante. A PNAN também reflete o seu potencial de intersectorialidade, visto que ela tem condições de se transversalizar por entre diferentes setores do SUS.

Diante disso, consigo extrair que meu trabalho na atenção básica irá precisar de constantes renovações para englobar, na sua totalidade, os mais diversos fenômenos da alimentação e nutrição.

## **CAPÍTULO 6 – Memórias de uma nutricionista no NASF**

Nesses dez meses que fiquei na atenção básica integrando o NASF, pude vivenciar uma realidade de um Sistema Único de Saúde que eu ainda não tinha tido a oportunidade de desfrutar. Consegui aprender e desempenhar novas atividades, desenvolver novas habilidades, aprimorar algumas técnicas, superar algumas dificuldades, compartilhar aprendizados e ser uma profissional melhor. Foram diversas experiências vividas, mas tiveram aquelas que ficaram mais marcadas na memória.

### **6.1 Cadastramento**

Nas primeiras semanas em que chegamos à unidade tive a oportunidade de acompanhar os agentes comunitários de saúde no cadastramento das famílias.

Inicialmente, toda a equipe da USF São Judas Tadeu (recepcionistas, técnicas de enfermagem, ACS e residentes) foi dividida em dois grandes grupos, em que estes iriam iniciar o cadastramento por duas áreas do território que já são cobertas pela unidade. Meu grupo ficou na companhia de dois agentes e o fluxo foi o seguinte: eles nos apresentavam nos domicílios e nós ficávamos responsáveis pelo preenchimento das fichas de cadastro domiciliar e o individual. De forma geral fomos bem recebidos em todas as residências que entramos para fazer o cadastramento.

Essa experiência foi bem inovadora visto que, mesmo estando previsto na PNAB que o cadastramento das famílias é atribuição de todos os membros da equipe da AB, comumente é realizada apenas pelos agentes comunitários de saúde.

### **6.2 Acolhimento**

Este foi um tema bastante explorado por toda a equipe da unidade, pois o acolhimento não se restringe a simplesmente uma triagem, como muitos pensavam. Trata-se de uma escuta qualificada das queixas/demandas trazidas pelos usuários. Acolher é tomar uma postura de responsabilização pela resolução da demanda do outro; é fazer um encaminhamento seguro, seja para atendimento na própria unidade ou em outros locais da rede; e é também apenas escutar e aconselhar. Além disso, não existe um profissional específico para fazê-lo e não necessariamente precisa ter hora e local específico para realizá-lo.

A adesão à prática do acolhimento foi uma ferramenta fundamental para pôr um fim às filas que os antigos profissionais disseram que se formavam na frente da unidade antes

mesmo dela abrir. Na ausência da entrega das fichas para atendimento, todos os usuários passaram a ter a garantia de que seriam escutados. Outro ponto importante foi a adoção da classificação de risco, em que aqueles que tivessem sinais ou sintomas de maior gravidade ou maiores chances de ter o seu quadro agravado teriam prioridade no atendimento.

Por conta disso, todos os profissionais da unidade, independentemente de ter ensino superior ou não, foram capacitados para estarem aptos a acolher qualquer usuário que chegasse à USF. Inicialmente, eu fiquei acompanhando as enfermeiras para poder ter noção de como abordar o usuário no momento de acolhimento e dos encaminhamentos que poderiam ser feitos, como: solicitar segunda escuta (seja ela médica, odontológica, da enfermagem ou do próprio NASF), encaminhar para atendimento prioritário no dia ou orientar a marcação de consulta na recepção. Após algumas semanas, quando eu já me senti mais segura, comecei a realizar o acolhimento sozinha.

Foram muitos turnos de acolhimentos, com as mais variadas demandas. Houveram aqueles mais tranquilos e outros mais complexos, em que tive que pedir auxílio aos meus colegas. Hoje eu consigo compreender a importância desse acolhimento com classificação de risco para o bom funcionamento da unidade e para os usuários do serviço, que têm suas queixas escutadas e encaminhadas. Consegui perceber que nosso acolhimento era bastante resolutivo, já que houveram indivíduos que conseguiram solucionar o seu problema de imediato, e que algumas vezes nem precisávamos entrar no consultório, uma vez que o acolhimento se inicia a partir do momento que o usuário adentra o serviço.

Além disso, foi fundamental conversar com a comunidade e informá-la sobre o real objetivo do acolhimento, já que muitos achavam que se tratava de uma consulta rápida. E, de fato, a comunidade recebeu bem essa proposta de escuta, porque eles se sentiam privilegiados em chegar à USF, em qualquer horário, e sempre ter alguém disponível para escutá-los. E, muitas vezes, era apenas isso que os pacientes queriam: ser escutados.

Outro aspecto relevante do acolhimento era o fato daquele espaço poder ser considerado como um momento privilegiado de aprendizado, já que a cada turno eram várias histórias de vida que eram compartilhadas conosco.

### **6.3 Sala de espera**

A sala de espera pode ser considerada um espaço, dentro do serviço, favorável para a aproximação entre profissionais e usuários, em que podem ser feitos informes, convites, educação permanente, momento de troca de experiências, etc.

Por eu ter uma certa dificuldade de comunicação em público, esse local nunca foi confortável para mim. Por conta disso, eu evitava me colocar à disposição para desenvolver

atividades neste espaço. Porém, foi chegado um momento em que percebi que eu precisava viver essa experiência para superar esse bloqueio de me colocar perante um número maior de pessoas.

Foi então que surgiu a oportunidade de realizar uma sala de espera em comemoração ao Dia Nacional da Nutrição. Juntamente com uma das equipes, preparamos uma dinâmica de mitos e verdades sobre a nutrição.

Na companhia de outros profissionais iniciamos a atividade proposta. O início foi mais difícil, mas depois que comecei a sentir o interesse das pessoas pelo que estava sendo dito, foi mais fácil de continuar. Acredito que a atividade planejada foi fundamental para garantir a participação/interação dos usuários e também foi importante para que eu ficasse mais confortável.

Eu avalio esse momento como positivo pra mim, pois eu pude experimentar e ver que não se trata de algo tão difícil de ser feito. Porém, penso que o fato de ter sido uma atividade voltada para a temática do meu núcleo e também por ter sido escolhida essa metodologia com um caráter mais dinâmico, me permitiu ficar mais à vontade.

A partir dessa experiência, percebo que tenho a capacidade de vivenciar novamente a sala de espera quando se tratar de temas que eu me sinta confiante para conversar, não restringindo apenas a assuntos relacionados com a nutrição.

#### **6.4 Atendimento individual**

O atendimento individual era a atividade que eu ficava mais à vontade para desempenhar, visto que durante o curso foi o que eu mais fiz na prática. Por mim, eu teria mais turnos para atender, mas tive que me adaptar à realidade do NASF, em que essa prática faz parte do escopo de atividades desenvolvidas, mas não de forma isolada e sim através de práticas interdisciplinares e multidisciplinares.

Justamente por isso, eu aproveitava ao máximo desse meu momento com o paciente. Conversava sobre a vida, o trabalho, a família, os hábitos, incluindo a alimentação, e também deixava livre para que ele falasse algo que estivesse o incomodando. Fazia questão de recebê-los da melhor forma, aplicar todo o aprendizado que adquiri nos meus seis longos anos de graduação e, muitas vezes, desconstruir algumas condutas e aprender junto com ele. Aquele era um espaço só meu e do usuário e, por isso, não queria que ele saísse apenas com a sensação de que teve ou não as suas questões resolvidas, mas de bem consigo mesmo e satisfeito com a sua própria vida. Eu me esforçava para enxergar além da alimentação, visto que vários outros fatores influenciam no processo saúde-doença do indivíduo.

## **6.5 Atendimento compartilhado**

Compartilhar o atendimento à um paciente com um profissional de outra categoria foi uma das ações mais diferentes que realizei nesse período. Considero que esse foi um momento bastante rico, em que tive a possibilidade de conhecer a atuação do outro e aprender junto com ele.

Claro que nem todos os atendimentos compartilhados foram de fato “compartilhado”. Alguns puderam ser considerados como dois atendimentos separados realizados no mesmo consultório, mas outros foram realmente divididos entre os dois profissionais, no qual tive a chance de construir o plano terapêutico do indivíduo juntamente com o meu colega.

Nessa proposta de atendimento todos os envolvidos saem ganhando, visto que os profissionais agregam mais conhecimento e técnica e os usuários têm o seu cuidado integral compartilhado.

## **6.6 Visita domiciliar**

A visita domiciliar foi uma atividade que tomei conhecimento apenas quando cheguei na atenção básica. Durante a graduação sempre trabalhei na lógica dos pacientes se deslocando para me encontrar no consultório. Porém, ainda não tinha parado pra pensar naqueles indivíduos que necessitam de algum cuidado, mas que não estão em condições de sair das suas casas.

Essa modalidade de assistência está prevista para aqueles usuários que se encontram acamados, domiciliados ou com alguma outra questão que os impedem de se locomoverem até o serviço e pode ser realizada por qualquer profissional da unidade, sendo recomendada a presença do agente comunitário, que é quem conhece e sabe caminhar pelo território.

As visitas que realizei foram tranquilas e os usuários se mostravam bem receptivos. Eles ficavam bastante agradecidos, parecendo até que estávamos fazendo um favor a eles, sendo que não estávamos fazendo nada mais do que nossa atribuição. Lembro que visitei uma senhora bem idosa, acamada e que deu trabalho de sair do domicílio dela, pois como ela ficava muito sozinha, queria companhia para conversar.

A visita domiciliar, além de ser útil para prestar cuidados a quem precisa, também era uma oportunidade de conhecermos: o contexto de vida e familiar dentro do domicílio, as condições econômicas e de higiene, as relações interpessoais, a vizinhança e os equipamentos sociais que existiam nas proximidades. Esses fatores nos ajudavam a traçar o plano terapêutico que mais se adequava à realidade daquele indivíduo/família.

## **6.7 Trabalho com grupos**

Trabalhar com grupos nunca foi algo que me atraiu, mas que eu aprendi a gostar depois que me dei a oportunidade de experimentar.

A partir dos atendimentos que estavam sendo realizados na unidade e da escuta qualificada desenvolvida no acolhimento foi possível traçar os perfis dos usuários que mais frequentavam a USF e identificar as demandas mais recorrentes. Com base nisso foi que as propostas de trabalhos em grupo foram surgindo para atender à comunidade. Fizemos grupo de caminhada, grupo de artesanato, grupo de convivência e grupo de gestantes.

Ao mesmo tempo em que era prazeroso nos reunir com os usuários todas as semanas, naquele mesmo dia e horário, era também desafiador, pois nós tínhamos que estar sempre renovando a oferta de atividades para podermos agradar a todos os participantes.

Hoje eu consigo ver que o trabalho em grupo tem um grande potencial na formação de vínculo, na integração, na socialização e no compartilhamento de saberes. Aprendi muito com os usuários que participaram dos grupos em que tive a oportunidade de conduzir. Inicialmente eu tive dificuldades em prender a atenção deles, inserir na discussão aquele usuário mais tímido e calado, controlar as conversas paralelas e organizar as falas. Mas com o tempo fui ficando mais à vontade nos grupos e conduzindo-os de uma melhor forma.

## **6.8 Reuniões de equipe**

Como a unidade era constituída por cinco equipes de saúde da família, e não daria para todos os profissionais do NASF participar de todas as reuniões, pactuamos que cada profissional ficaria responsável por acompanhar as reuniões de uma das equipes.

À princípio eu fiquei com muita dúvida de como o NASF iria se inserir dentro do espaço da reunião, mas fui percebendo que nossa participação era bastante significativa. Foi possível constatar que a reunião de equipe era um dispositivo importante para discussão de casos, estruturação, organização e alinhamento do processo de trabalho, repasse de informações, tomada de decisões, elaboração de projetos terapêuticos, levantamento de casos para visita domiciliar, planejamento de ações, educação permanente e para a efetiva construção do trabalho em equipe.

O mesmo era feito entre a equipe do NASF, em que tínhamos um turno semanal de reunião, que, seguia basicamente a mesma estrutura da reunião das outras equipes, além de haver o repasse das demandas de cada uma destas.

## **6.9 Reunião de unidade**

A reunião geral de unidade também foi outra experiência que vivenciei. Este era um espaço onde todos os profissionais se encontravam, mensalmente, para discutir questões que influenciavam no processo de trabalho das equipes e planejar atividades a serem ofertadas à comunidade. Este também era um momento importante para a integração e socialização dos trabalhadores.

Porém, por se tratar de uma grande equipe, percebia que muitos profissionais, inclusive eu, não se sentiam à vontade para falar dos assuntos de seu interesse, guardando-os para a reunião de equipe, visto que o ambiente era mais reservado.

Mesmo assim, acredito que a reunião geral tem um grande potencial, visto que, quando os profissionais de uma unidade estão alinhados e dispostos a fazer o melhor, o trabalho de todos flui mais facilmente e a comunidade é quem sai ganhando.

## **6.10 Programa Saúde na Escola**

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi uma oportunidade bastante interessante e, como eu sempre gostei de trabalhar com crianças, não pensei duas vezes em me disponibilizar a acompanhar as equipes até às escolas.

Por ter sido a minha primeira vez, fui confiante de que tudo iria dar certo. Contudo, eu e a colega tivemos dificuldades em conseguir manter as turmas em silêncio enquanto nós desenvolvíamos as atividades, mas, mesmo diante disso, alcançamos o nosso objetivo, que foi levar o tema da saúde para aquelas crianças.

Dois aspectos que foram bem relevantes pra mim foram: o trabalho lúdico com as crianças, que, ao mesmo tempo que tinha que ser divertido, descontraído e atrativo para eles, também tinha que ter um caráter educativo; e o trabalho multidisciplinar que pude desenvolver quando auxiliei a minha colega dentista a orientar sobre a higienização bucal.

## **6.11 Programa Bolsa Família**

Antes da residência, o meu contato com o Programa Bolsa Família foi o mínimo possível, em que eu sabia apenas que se tratava de um programa do governo para transferência de renda para as famílias de baixa renda. Não tinha conhecimento dos pré-requisitos necessários para ser beneficiário e nem das condicionalidades que deveriam ser acompanhadas.

Chegando na atenção básica, tive a ciência de que havia a condicionalidade da saúde, que deveria ser assistida duas vezes ao ano e que se tratava do acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos e da realização das consultas de pré-natal pelas gestantes.

Dessa forma, as famílias se dirigiam à unidade e o profissional que estivesse escalado, fazia as medidas de peso e altura e conferia o cartão de vacina. Os dias em que fiquei responsável por esse acompanhamento, aproveitei para investigar como era a alimentação da família, principalmente quando tinha alguma criança com baixo peso ou acima do peso. Percebi que como nutricionista eu posso usufruir desse momento para coletar dados a fim de realizar o diagnóstico e acompanhamento nutricional e a vigilância do consumo alimentar e estimular a alimentação saudável nas diversas fases do curso da vida e a prevenção das carências nutricionais.

## **6.12 Datas comemorativas**

As datas comemorativas eram ocasiões em que toda a equipe se unia e planejava atividades para oferecer à comunidade. Arrecadávamos dinheiro, ornamentávamos a unidade e nos empenhávamos em convidar os usuários e lhes proporcionar um momento agradável. Também tínhamos o cuidado de chamar os próprios moradores do território para nos auxiliar na oferta dos serviços.

### **6.12.1 Dia das crianças**

A presença de crianças na USF faz parte da rotina do serviço, mas é sabido que a unidade não é um local tão atrativo para elas. Pensando nisso, programamos uma manhã exclusiva para esses pequenos, em que foram feitas brincadeiras, contação de história, pintura de rosto, lanche coletivo e distribuição de brindes.

O espaço da unidade ficou repleto de crianças brincando, dançando e se divertindo e esse momento acabou sendo bom pra gente também, porque pudemos entrar na fantasia deles e nos divertir juntos.

### **6.12.2 Outubro Rosa**

No decorrer do ano, o mês de outubro costuma ser lembrado como o mês de combate ao câncer de mama, sendo, por isso, chamado de Outubro Rosa. Considerando que, no geral, as mulheres são as que mais frequentam as unidades de saúde, seja para

buscar atendimento para elas ou para a família, nos planejamos em preparar um mês dedicado a elas. Entre as atividades planejadas tivemos o Dia da Beleza, em que foram ofertados serviços de massagem, pintura de unhas, corte de cabelo, automaquiagem e limpeza facial.

Este foi um dia bem gratificante pra mim, pois eu via nos rostos daquelas mulheres a felicidade que elas estavam em ter um dia destinado só para elas. Muitas se dedicam tanto no cuidado aos filhos, marido e casa que acabam negligenciando seu próprio cuidado. Era muito comum vermos elas sempre se colocando em segundo plano quando tratava-se de mudanças no estilo de vida para a sua melhora pessoal.

E esse sentimento de satisfação que senti foi recíproco, pois elas se mostraram muito gratas a toda a equipe. Elas relataram que se sentiram privilegiadas e que gostariam que mais momentos como esse fossem repetidos.

### **6.12.3 Novembro Azul**

No cenário da USF São Judas Tadeu, observei que os homens ainda têm frequentado pouco a unidade, sendo que alguns deles vão apenas acompanhando suas esposas às consultas. Comum também é a presença desses homens somente quando já estão com algum agravo instalado, não se preocupando em fazer/procurar as medidas preventivas.

No momento do acolhimento era comum a presença de homens que buscavam resolução para suas queixas imediatas, sendo muito difícil acolher algum deles que queriam uma consulta de rotina, por exemplo. Mas também notei que aqueles que chegavam ao serviço com a pressão arterial alterada, com algum sintoma ou com algum resultado de exame alterado muitas vezes se mostravam mais preocupados do que algumas mulheres.

Um fator importante que acredito que influencie na ida dos homens às unidades de saúde é o machismo, pois como eles se consideram fortes e viris, acham que não precisam se cuidar e associam a busca por cuidado como uma fraqueza.

Pensando nessas questões e aproveitando o Novembro Azul (mês de combate ao câncer de próstata), foi promovida uma atividade de educação em saúde fora dos muros da unidade com o objetivo de alcançar esses homens que não frequentam o serviço. A atividade foi realizada no Largo do Sossego, praça bastante frequentada predominantemente por homens, que diariamente se encontram nesse local e que com frequência fazem uso de álcool. As atividades desenvolvidas foram: roda de conversa sobre a importância da prevenção da saúde e prevenção relacionada ao câncer de próstata e vinculação de homens aos serviços de saúde, saúde bucal e acolhimento na USF. Além

disso, foi realizada atividade de alongamento, distribuição de escovas de dente, distribuição de preservativos, aferição de pressão arterial e glicemia e lanche comunitário.

Gostei bastante de ter participado dessa ação, porque pude ver o interesse deles em vencer essas barreiras de acesso e chegar até a unidade. Eles foram bem participativos e ficaram bem à vontade para tirar as suas dúvidas. A atividade foi importante para estreitar vínculo com esses homens, além de identificar àqueles que estão em maior situação de vulnerabilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família me possibilitou vivenciar um SUS que eu ainda não tinha tido a oportunidade de experimentar e a enxergar os sujeitos de uma forma mais completa. Os programas de residência permitem que os residentes se qualifiquem, por meio de um campo prático e reflexivo, e assumam uma conduta de caráter mais humanizada e abrangente, a partir do compartilhamento efetivo dos conhecimentos específicos de cada área e a participação nas atividades de saúde.

A minha inserção como nutricionista na atenção básica acabou sendo a minha primeira experiência profissional e me proporcionou muito aprendizado. Esse processo foi fundamental para que eu refletisse a respeito de todo o conhecimento que trouxe da graduação, e ampliasse as minhas possibilidades de assistência aos usuários.

O NASF me fez enxergar para além das paredes do consultório e viabilizou que eu vivesse situações jamais esperadas durante o curso. Existem muitas coisas que podem ser realizadas em outros espaços e que devem ser exploradas por nós, visto que irão agregar benefícios para os usuários e para a gente também.

Das competências gerais que eu tive que desenvolver ao longo desses dois anos, resalto aquelas que fizeram mais sentido para mim, como: atentar-se aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dos indivíduos, conhecer as principais características e equipamentos sociais do território de abrangência, desenvolver ações de cuidado específicas por ciclos de vida, realizar atenção domiciliar a partir da necessidade identificada pela equipe, trabalhar em equipe, conhecer a história de vida e do processo saúde-doença-cuidado do indivíduo, exercitar o acolhimento com classificação de risco e articular a Rede de Atenção à Saúde. O que senti que poderia ter ganhado mais atenção (e que gerou uma lacuna no meu aprendizado) foi a iniciação à preceptoria, que não tive muita oportunidade para aprimorar, já que, por circunstâncias do desenho da residência no segundo ano em Lauro de Freitas, não dispus de tempo suficiente para encontrar com os residentes do primeiro ano.

Diante de toda essa vivência, que foi única e bastante rica, percebo que agora consigo pensar na integralidade do sujeito e propor, através de um trabalho multiprofissional e intersetorial, alternativas para a solução do seu problema.

## REFERÊNCIAS

BORELLI, M. et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9):2765-2778, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

CERVATO-MANCUSO, A.M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3289-3300, 2012.

CORRÊA, R.S. et al. Padrões alimentares de escolares: existem diferenças entre crianças e adolescentes? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 553-562, 2017.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C. TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008.

FERREIRA, J.S. et al. Hábitos alimentares e ocorrência de constipação intestinal em crianças de 3 a 6 anos de uma escola pública do município de Itaperuna (RJ). Revista Científica da Faminas, v. 9, n. 2, mai./ago., 2013.

MARQUES, R.F.S.V.; LOPEZ, F.A.; BRAGA, J.A.P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 2, 2004.

MATTOS, P.F.; NEVES, A.S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. Revista Práxis, ano I, nº 2 - agosto 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

NEGRI, S.T.; AMESTOY, S.C.; HECK, R.M. Reflexões sobre a história da nutrição: do florescimento da profissão ao contexto atual da formação. Revista Contexto & Saúde, Editora Unijuí, v. 17, n. 32, p. 75, 2017.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 mar-abril; -abril; 62(2): 265-71.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1):73-79, 2011.

RECINE, E.; CARVALHO, M.F.; LEÃO, M. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. 3.ed. - Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

SANTOS, A.L. A comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais do Programa de

Saúde da Família (PSF). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2008.

SAVASSI, F.M. Organização da agenda dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Caetano Laranjeiras – Betim. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, Minas Gerais, 2013.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. EDUFBA, Salvador, 2010. 161 p.

TOLOZA, D.C. Nutricionista: um histórico da profissão até os dias atuais. Monografia (especialização) – Universidade de Brasília. Centro de Excelência em Turismo. Brasília, 2003.

VASCONCELOS, F.A.G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. Rev. Nutr., Campinas, 15(2):127-138, maio/ago., 2002.

VASCONCELOS, F.A.G.; CALADO, C.L.A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. Rev. Nutr., Campinas, 24(4):605-617, jul./ago., 2011.

VILASBÔAS, A.L.Q. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. p. 68.