



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

**IVONE DE MELO GONÇALVES**

**A TRANSFORMAÇÃO DE UMA NUTRICIONISTA ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA:  
CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E O CUIDADO INTEGRAL NO SUS**

DIAS D'ÁVILA

2020

**IVONE DE MELO GONÇALVES**

**A TRANSFORMAÇÃO DE UMA NUTRICIONISTA ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA:  
CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E O CUIDADO INTEGRAL NO SUS**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo Cruz, como requisito obrigatório para obtenção da certificação de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Edneia Carla Passos dos Santos.

DIAS D'ÁVILA

2020

## RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é um programa estratégico que propicia formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico - científico para atuarem no campo da Atenção Primária à Saúde e Redes de Atenção à Saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS e das Políticas Nacional e Estadual da Atenção Básica, a partir das demandas locais e loco regionais. Adota metodologias e dispositivos da gestão da Clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção e no cuidado integral dos indivíduos, através do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (Projeto Político Pedagógico; 2018).

Este trabalho de conclusão de residência promoverá ao leitor o conhecimento de uma linha do tempo compreendida entre março de 2018 a março de 2020 de uma nutricionista que permitiu-se vivenciar todas as oportunidades dentro da residência e na Atenção Primária a Saúde (APS), as quais a transformaram em uma profissional de saúde com várias facetas para promover o cuidado integral dos indivíduos, além de uma militante do SUS (Sistema Único de Saúde).

**Palavras-chave:** Estratégia em Saúde da Família, Atenção Primária a Saúde, Clínica Ampliada, Nutricionista, Sistema Único de Saúde.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

SUS - Sistema único de Saúde

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

APS - Atenção Primária a Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção a Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

IPERBA – Instituto de Perinatologia da Bahia

HGE – Hospital Geral do Estado

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

PSE – Programa Saúde na Escola

PICs – Práticas Integrativas Complementares

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção a Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

GEASA – Gerência de Atenção a Saúde

SEMAM – Secretaria do Meio Ambiente

## SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO .....	6
APRESENTAÇÃO .....	8
1.0 Ampliação do conhecimento através da residência: cuidado integral no SUS .....	10
2.0 Matriciamento: um novo olhar e a construção do saber através da ludicidade .....	11
3.0 Grupos: construção de vínculo e escuta qualificada .....	14
4.0 Atendimentos Individualizados: a descoberta das pactuações .....	16
5.0 Programa Saúde na Escola: olhar ampliado de cuidado a saúde no âmbito escolar .....	18
6.0 Auriculoterapia: ampliação das ferramentas de cuidado-----	20
7.0 Rede de Atenção Psicossocial: construção de vínculo através das diferenças-----	22
8.0 Projeto Horta Comunitária na USF: do entusiasmo a concretização-----	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	30
REFERÊNCIAS-----	31

## INTRODUÇÃO

Em 1976, foi criada no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Sua proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. Dois anos depois, a Residência do Murialdo se torna multiprofissional. No ano seguinte, em 1977, o Decreto nº 80.281, cria a Residência Médica (BRASIL, 2006)

Em 1993 é criado o Programa de Saúde da Família, a partir do sucesso da atuação dos agentes comunitários de saúde, e o sistema vai se estruturando pela atenção básica, as prefeituras passam a demandar este novo profissional, e vão se evidenciando as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde (BRASIL, 2006).

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) é uma empresa pública de direito privado, criada em 2009 com o intuito de desenvolver e incorporar inovações na gestão do trabalho e na educação permanente em saúde, em gestão compartilhada com os municípios, e promover importantes mudanças nas práticas de saúde, qualificando o cuidado e melhorando as condições de saúde da população assistida pelos serviços prestados. No planejamento estratégico para 2014-2017, a FESF-SUS redefiniu sua missão, implantação de programas de residência integrados: médica e multiprofissional em saúde da família. O objetivo da instituição, é garantir a articulação ensino-serviço através da formação por meio de uma especialização *lato sensu* em Saúde da Família. No ano de 2017 na Bahia, a residência multiprofissional da FESF-SUS foi instituída em Lauro de Freitas, Camaçari e Dias D'Ávila com as seguintes graduações: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, educação Física e Sanitarista. (Fundação Estatal Saúde da Família. (Projeto Político Pedagógico; 2018)

Este memorial visa resgatar a trajetória de uma nutricionista na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no período de março de 2018 a março de 2020, a qual a proporcionou aprendizados e construção de conhecimentos, elementos que contribuíram para a transformação profissional e o cuidado integral no SUS.

## APRESENTAÇÃO

Em 04 de abril de 2001 chegava a capital Salvador – Ba, uma jovem de 22 anos de idade vinda do interior da Bahia (Paulo Afonso) para trabalhar e cursar faculdade. Na época eu atuava como auxiliar de enfermagem e vim transferida do hospital em que trabalhava para o Hospital Geral da Ilha de Itaparica. Nos primeiros dias e meses foi muito difícil, a saudade da família era imensa, principalmente dos meus pais, a solidão angustiante chegava a doer profundamente, nunca havia sentido um sentimento como este, chorava todos os dias e a tristeza foi me consumindo, fiquei muito magra, perdi quase 10kg. Minha mãe me pedia para voltar, já que não queria me vê sofrendo sozinha em uma cidade que não conhecia ninguém. Mas não desistir, não queria fraquejar, se consegui a transferência do trabalho era por que algo de bom estava por vir, precisava ser forte e confiar em Deus, pois sabia que venceria, sempre tive muita força de vontade em tudo que almejava para minha vida.

Assim, os anos foram se passando, e eu me acostumando a viver sem a minha família, a saudade continuava, agora com menos intensidade. Nesse período, trabalhava e também fazia cursinho pré-vestibular. Em 2003 passei no vestibular no curso de Nutrição pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC). Essa fase foi muito difícil, precisei trabalhar e estudar ao mesmo tempo, conciliar as duas coisas não foi fácil, aliás, as coisas nunca foram fáceis para mim, tenho certeza que as dificuldades da vida tornaram - se pontes para que eu me tornasse uma pessoa forte e persistente em tudo que almejo e foi através da minha persistência e resistência que consegui em 2007 concluir a graduação em nutrição.

Ainda em 2007, consegui o meu primeiro emprego como nutricionista no município de laçu – Ba, fui contratada para ser responsável técnica da alimentação escolar do município, viajava 2 vezes por semana para desenvolver meu trabalho. Nesse mesmo período fui contratada para trabalhar na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) em uma das áreas da Petrobras por uma empresa terceirizada, foi através desta experiência que percebi o quão era desafiador e muitas vezes frustrante pra um nutricionista atuar em UAN, principalmente por que querer fazer o trabalho com qualidade, colocando em prática todo aprendizado adquirido na graduação no que diz respeito a qualidade sanitária do alimento, daí chega a empresa e coloca todo seu conhecimento a prova de fogo, por conta de custos. Como sempre fui muito decidida em tudo que faço e prezo muito pelo meu profissionalismo, ao completar 4 meses pedi demissão. Logo em seguida fui contratada para o Hospital Geral do Estado (HGE) como nutricionista de produção, no turno da noite, também por empresa terceirizada, nesse mesmo período passei pelo hospital Ana Nery e pelo Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA). Esse período durou de 2008 a 2011.



Em 2008 iniciei a Pós-Graduação Latu Sensu - Especialização em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul e em 2010 conclui. Nas horas vagas realizava consultoria em restaurantes e fazia atendimento a domicílio com o intuito de não ficar fora da atuação da assistência clínica

Em 2011 fui contratada para atuar como nutricionista de planejamento e gestão da UAN da Maternidade Tsylla Balbino. Essa foi a minha primeira experiência como gestora de unidade, precisei aprender tudo em questões de dias, já que quando fui contratada nunca tinha trabalhado nessa área, mas mesmo sem ter experiência aceitei o desafio. Essa experiência foi muito enriquecedora e também muito desgastante, pois a empresa não me dava condições de trabalho, todos os dias tinha que “mata um leão”. Não queria de forma alguma essa vida para mim. Fiquei sabendo que havia uma vaga no meu interior para gerenciar a cozinha comunitária do município, fui atrás dessa vaga e passei na seleção. Não pensei duas vezes, pedi demissão, fiquei gerenciando a Maternidade Tsylla Balbino por apenas 4 meses.

Ainda em 2011, volto à minha cidade natal, agora trabalhando no meu interior e perto da minha família era uma felicidade só, porém havia deixado para traz um namorado, a distância fez com que pedisse transferência para Salvador. Que hilário, eu que quis tanto voltar para o meu interior! Fiz isso por que sabia que era por uma pessoa que valeria muito apenas. Permaneci apenas 5 meses no meu interior. A empresa me transferiu para uma das UANs que administrava na capital baiana.

Em 2014, tivemos o nosso primeiro e único filho, precisei dar uma pausa no trabalho para cuidar dele. Quando ele estava com 2 anos e 8 meses voltei para o mercado de trabalho. Em 2016 fui trabalhar novamente no HGE como nutricionista de produção e posteriormente, em 2017 no IPERBA como gestora/planejamento dessa unidade. Desde que me formei sempre trabalhei em UAN, foram 10 anos nesta área. A área de atuação do nutricionista é muito ampla, mas a que mais emprega é a área de produção em UAN. Sempre tive paixão pela saúde coletiva, desde a graduação, era uma das disciplinas que mais gostava, mas nunca tive a oportunidade de trabalhar nesta área. Foi através da residência que vi a oportunidade de ingressar nesse campo.

Em 2018 fiz a prova da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela FESF-SUS/FIOCRUZ. Quis muito ser aprovada e prometi a mim mesma que caso passasse na seleção viveria intensamente a residência. Graças a Deus e aos meus esforços o que mais queria aconteceu, fui aprovada. Fiquei radiante de felicidades.

Iniciei a residência em março/2018. Lembro que tive uma semana de acolhimento com os demais residentes promovido pela FESF e nas atividades realizadas, foi feita uma pergunta: Qual a sua expectativa para residência? A minha resposta foi adquirir conhecimentos através da troca de saberes com outros profissionais e assim levar comigo uma “bagagem farta” para minha vida profissional e pessoal, além de atuar como nutricionista. Naquele momento não imaginei que a residência me propiciaria muito mais do que atuar como nutricionista, a residência contribuiria na construção do conhecimento me transformando em um profissional de saúde para além da nutrição.

### **1.0 Ampliação do conhecimento através da residência: cuidado integral no SUS**

A Residência Multiprofissional em Saúde da família é um espaço potente de experiências e aprendizados que contribuem para transformação do profissional de saúde em um ser humano mais empático com o usuário e com as causas sensíveis enfrentadas no cotidiano do serviço, além de uma visão ampliada de cuidado no SUS. Ao longo desses dois anos de formação, foram várias experiências vividas que contribuíram para a minha formação.

Durante a formação do residente, os usuários, a participação popular, a equipe da unidade, as escolas, enfim, todos os envolvidos são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde e qualidade de vida. Essas vivências demonstram o quão produtivos os espaços podem se tornar quando devidamente explorados. São pessoas que pensam o cuidado como algo grandioso e possível de ser realizado com integralidade, que demonstram como se tem trabalhado de forma dinâmica na prática dos serviços para promover a solução dos problemas de saúde de forma transdisciplinar e intersetorial, levando em consideração às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas (Alves et al, 2016).

A abordagem alimentar e nutricional tem grande relevância e está relacionada à melhoria do perfil epidemiológico das pessoas, podendo diminuir os cofres públicos com gastos com saúde. Isso indica a necessidade de ampliar a formação para o cuidado alimentar e nutricional da população. Pensando assim, Santos et al, 2015 perceberam que a experiência de inserção do nutricionista por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família oportuniza vivências práticas, aumentando conhecimentos, habilidades e atitudes suficientes para atuar na diversidade das demandas sociais, econômicas, políticas e educativas no contexto das comunidades e do SUS.

Acredita-se ainda, a potencialidade da Residência Multiprofissional em Saúde para quebrar com os paradigmas existentes em relação à formação de profissionais para o SUS,

bem como em contribuir para qualificar a atenção que os serviços de saúde locais necessitam ofertar às suas comunidades. Essa necessidade tem sido referenciada recentemente na área de nutrição em estudo desenvolvido por Aguiar & Costa, 2015 com nutricionistas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família do estado de Goiás. Os profissionais manifestaram que sua formação acadêmica não os preparou para esse tipo de atuação. Entretanto, ainda que sejam implementadas as necessárias mudanças curriculares nas graduações em saúde, há que se considerar a Residência em Saúde como uma oportunidade de formação continuada.

Ao longo desses dois anos de formação, foram várias experiências vividas que contribuíram para a minha formação. A seguir relatarei as minhas vivências dentro da residência que foram pontes para que eu me tornasse a profissional de saúde que hoje sou.

## **2.0 Matriciamento: um novo olhar e a construção do saber através da ludicidade**

O Matriciamento, uma ferramenta de Saúde nova, que passou a fazer parte do meu cotidiano. Compartilhar os meus conhecimentos, saberes com outros profissionais para que pudessem orientar melhor os usuários, era algo estranho para mim, pois tinha a concepção que o conhecimento era privativo de cada núcleo e assim cada profissional orientaria o seu paciente do que era da sua área. Ao estudar melhor sobre essa ferramenta e ao colocar em prática, pude perceber o quão essa ferramenta é importante para construção do saber, através do compartilhamento de conhecimentos tornando o profissional de saúde cada vez mais habilitado ao cuidado integral do indivíduo.

Como o matriciamento é uma das ferramentas que faz parte do trabalho do Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF), o qual foi o meu *loco* de atuação durante toda a residência, eu e os especialistas do NASF atuamos em alguns momentos nas Unidades de Saúde da Família (USFs) da residência como matriciadores das equipes, sempre ao percebermos a necessidade de trabalhar alguma temática com os profissionais de forma a contribuir com o conhecimento e assim proporcionar o cuidado integral dos pacientes. O matriciamento também é um espaço potente de compartilhamentos de angústias, sofrimento mental, desafeto pessoal e profissional, pois alguns profissionais se sentem à vontade para expor o que estão vivendo no momento e precisamos estar atentos e preparados para acolher essas pessoas quando for preciso.

O Apoio Matricial, também chamado de matriciamento, é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar. Na Atenção Básica em Saúde (ABS) / Atenção

Primária em Saúde (APS) ele pode se conformar através da relação entre equipes de Saúde da Família (equipes de SF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), configurando-se de diferentes formas através de suas duas dimensões: técnico-pedagógico e assistencial. Na dimensão técnico-pedagógica, estão incluídas as ações conjuntas entre profissionais do NASF e das equipes vinculadas, considerando-se as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade em questão e as possibilidades de integração. Tais ações são importantes estratégias para a educação permanente das equipes de SF, uma vez que o compartilhamento de saberes e práticas promove o “aprender no fazer em conjunto (Brasil, 2015).

Foi pensando em um espaço lúdico que descobri o gosto pelo teatro, pois tive a ideia de apresentar nos nossos matriciamentos encenações voltadas para a temática trabalhada, com o intuito de facilitar o aprendizado, deixar o ambiente mais descontraído, leve, que atraísse risadas, chamasse atenção das pessoas e evitasse a dispersão. Confesso que foi uma experiência incrível como atriz, até então nunca tinha encenado, e algo novo desenvolvido em espaço de matriciamento, pois nunca havia sido realizado em nenhuma unidade de saúde do município atividade com teatro.

A palavra teatro tem sua origem no vocábulo grego *theatron*, que denota "*local de onde se vê*" - plateia. Significa em estratégia facilitadora para o ensino-aprendizado de temas relacionados à educação em saúde, ao abrir espaço para novas perspectivas pedagógicas, com base em uma abordagem lúdica e inovadora (SOARES et al, 2011).

Enquanto estratégia lúdica o teatro humaniza a prática, pois contempla os sentimentos, as sensações e a intuição, tanto quanto a razão. Considera, também, o imaginário, os desejos e os sonhos das pessoas, superando potencialmente as tradicionais fronteiras estabelecidas entre as disciplinas e permitindo a busca para a formação da cidadania, com a participação de todos os envolvidos como sujeitos da história (SOARES et al, 2011).

Assim, expandi a ferramenta do teatro para a sala de espera, feiras de saúde e grupos de convivência. Sempre que possível, convidava usuárias do serviço de saúde para criarmos histórias e apresentarmos em espaços de saúde e confraternização. Construir um vínculo muito forte com essas pessoas.

O lúdico é considerado elemento estruturador da vida e unidade estrutural do ser humano, o *homo ludens*. Possibilita experimentar a troca e a dinamicidade das relações nas presenças compartilhadas e na superação das rotinas, transcendendo os determinismos para

retomar o jogo da vida, da fantasia que nutre o ser/estar no universo das relações (SOARES et al, 2011).

A prática educativa em saúde atua como um processo de aprendizagem e reflexão, estabelecendo estreito contato com as situações do cotidiano, em seus intrincados aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos. Ao considerar a contínua interação entre homem e mundo, permite construir coletivamente o conhecimento, capacitando as pessoas a assumirem criticamente a solução dos problemas de saúde-doença (SOARES et al, 2011).

Pela relevância que assumem as ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças no contexto da Atenção Primária à Saúde, as atividades educativas adquirem relevante papel para se atingir a integralidade do cuidado, constituindo-se em uma das atribuições básicas de todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família (SOARES et al, 2011).

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. (BARROS e SIMÕES, 2011).

Diante da complexidade do processo saúde-doença, além do reconhecimento da cidadania como fundamental no enfrentamento da realidade socioeconômica e sanitária, ressaltamos a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde. Acreditamos que esta deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES, PEREIRA, BITTENCOURT; 2014).

### **3.0 Grupos: construção de vínculo e escuta qualificada**

Para que os nossos colegas Professores de Educação Física não ficassem sozinhos com a responsabilidade de assumir os grupos de práticas corporais das unidades, e também, como forma de ampliar o processo formativo e expansão das ferramentas de cuidado, foi sugerido que todos do NASF, assim como os residentes e os outros profissionais que fazem parte da equipe mínima assumissem os grupos também. Como assim? Quem deveria assumir não é o professor de educação física? Esses foram os questionamentos que ouvi e escuto até hoje dos colegas. No início também achei estranho, mas em nenhum momento questioneei, como falei, entrei na residência na certeza que vivenciaria coisas novas.

No início, pedia orientações aos meus colegas Professores de Educação Física sobre atividades que poderia realizar nos grupos de práticas corporais ou procurava referências que me desse suporte para conduzir o grupo, como por exemplo: ginástica aeróbica, zumba, dança com bastão, atividades com jogos, entre outras. Percebi que os usuários queriam se movimentar, era o que mais ouvíamos deles, então realizava atividades que promovesse movimento corporal, alinhada a essas práticas, também desenvolvia Educação em Saúde com temas variados. O grupo de práticas corporais também era de convivência, pois era nesse espaço em que os usuários construía vínculos e amizades, além de melhorar a autoestima, promover saúde e prevenir doenças. Participava intensamente com os usuários, não fazia o grupo somente para eles e sim para mim também, acho que esse talvez fosse o meu diferencial de todos os profissionais.

Em 2013, o Programa Academia da Saúde teve sua normativa revista e seus objetivos ampliados para favorecer a Promoção da Saúde (PS) e a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população através de Práticas Corporais (PC) e Atividade Física (AF) alimentação saudável, da ampliação da autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida saudáveis; do aumento do nível de atividade física da população, entre outros:

Em 2016, os dez anos da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), um marco na institucionalização das práticas corporais e atividade física na Atenção Básica, e o exponencial crescimento da oferta desta forma de cuidado no cotidiano dos serviços justificam a reflexão crítica sobre o processo de institucionalização e implementação das PC e AF como ações de PS na Atenção Básica (FORTUNATO e DEVIDÉ, 2016).

Além de atividade física realizada no grupo, o qual traz um benefício enorme para a saúde das pessoas, a exemplo de bem-estar, auto estima entre outros, nos divertíamos bastante, presenciar aquelas pessoas sorrindo, dando risadas com as minhas palhaçadas,

pois é a assim que muitas vezes me sinto, para mim era o mais importante, por que muitos deles vinham para o grupo para esquecer os problemas pessoais e depois saíam daquele espaço mais leves, felizes. Sabemos que o sofrimento mental por algum problema pessoal causa uma série de doenças e potencializa outras já existentes. Era muito comum pacientes diabéticos e hipertensos chegarem no grupo apresentando pressão arterial e glicemia elevadas por problemas pessoais. Ao final da atividade, reuníamos os usuários que apresentaram na triagem descompensação pressórica e glicêmica para uma roda de conversa, afim de identificarmos possíveis causas. Na maioria das vezes a causa era problemas familiares mesmo. Para mim, uma satisfação muito grande quando eles demonstravam confiança, ao ponto de me contar questões pessoais que estavam o afligindo. Tentava de alguma forma acolhê-lo na perspectiva de aliviar pelo menos naquele momento um pouco do seu sofrimento.

Na relação usuário e profissional de saúde há compartilhamentos de experiências e estabelecem relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2004).

Mediava também outros grupos com a equipe, como o de gestante, doenças crônicas, etilista, tabagista, hiper dia. Cada um desses espaços trouxe aprendizados e conhecimentos que contribuíram para a minha formação, pois cada grupo tinham demandas diferenciadas, cada indivíduo com a sua singularidade e isso foi de uma riqueza imensurável para a minha construção em quanto profissional de saúde.

Quando percebíamos a ausência de alguém nesses espaços, isso era um indicador importante para avaliarmos sobre a nossa atuação. O grupo de etilista era o que mais tinha evasão dos usuários, as vezes não comparecia ninguém. Precisávamos criar estratégias que fizessem com que esses homens frequentassem o grupo. Então foi através dessa inquietação que em um dos nossos encontros, perguntamos a eles o que faziam em momentos de lazer. Todos disseram que o lazer era beber e que gostavam de jogar, sempre se reuniam no bar para jogar dominó, baralho e a bebida estava presente. Preparamos para o próximo encontro um momento de lazer, onde confeccionamos alguns jogos didáticos, como tabuleiro com

algumas perguntas voltadas para o cuidado com a saúde, além de um café da manhã para recepcioná-lo, todos foram convidados através de convites, os quais foram entregues nos bares que frequentavam. Para nossa surpresa, no dia marcado, não compareceu ninguém, ficamos um pouco chateados com a situação, porém não desistimos. Tivemos a ideia de realizar busca ativa, fomos de bar em bar a procura desses homens. Percorremos quatro bares, mas não encontramos nenhum deles, quando estávamos para desistir, encontramos uns três dos participantes do grupo, juntos com outros homens, sentados na calçada do bar alcoolizados. Quando nos viram ficaram surpresos, disseram que haviam esquecido. Tentamos convencê-los a ir à unidade, já que tínhamos preparados um dia legal para eles. Porém só um resolveu ir, mesmo assim conseguimos fazer com que essa pessoa participasse dos jogos, se divertisse e percebesse que é possível estar em um ambiente de lazer sem presença da bebida. Enfim, apesar da ausência dos demais, conseguimos proporcionar um momento de lazer, ainda que apenas para um deles.

Durante a busca ativa é possível interagir não só com o usuário, de maneira isolada, mas com o mundo que o cerca, seu espaço e território. Entender e conhecer as relações que o usuário cria com a sua moradia, familiares, e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos. Devemos fazer busca ativa sempre que percebermos ausência do usuário na unidade. Isso nos possibilita estar sempre informado do que está acontecendo com ele, e assim melhorar e ou aumentar o vínculo. Infelizmente temos pouca adesão desses homens ao grupo e muita evasão, o que é comum em pacientes que usam substâncias psicoativas, principalmente o abandono ao tratamento.

Este grupo me trouxe várias reflexões: Como pode homens tão jovens na idade, mas com o aspecto de velhos? Homens sem nenhuma perspectiva de vida, de trabalho, todos os dias acordam e a primeira coisa que fazem é ir ao bar. Que vida é essa!? E o sofrimento da família, esse é imensurável, principalmente para os pais que vivem adoecidos com a situação.

#### **4.0 atendimentos Individualizados: a descoberta das pactuações**

Os atendimentos individuais, as interconsultas, as consultas compartilhadas eram sempre um grande aprendizado, principalmente por compartilhar saberes com os colegas e também por conhecer histórias, muitas delas comoventes, pessoas que mal tinham dinheiro para comprar o alimento. Ficava pensando como traçar um plano alimentar para melhorar a saúde daquele indivíduo que mal tinha do que comer. Outras vezes, precisei deixar em segundo plano a minha conduta em quanto nutricionista, pois em algumas situações precisei referenciar para outros serviços, a exemplo do Centro de Referência de Assistência Social



(CRAS), pois existiam questões de vulnerabilidade social que precisariam serem intervindas, que iam muito além de uma conduta nutricional naquele momento.

Nas consultas individuais, aplicava anamnese, colhia todas as informações, precisava conhecê-lo para que o cuidado fosse integral, não tratava apenas a queixa, procurava conhecer o que estava causando o problema para poder intervir. No início, todos os usuários que atendia recebiam um plano alimentar. Para construção desse plano, levava em consideração principalmente as condições sócio econômicas, questões culturais, entre outras, para que o paciente pudesse aderir, e assim promover saúde e ou prevenir doenças. O paciente já saía com a data do retorno.

Ao retornar, percebia que nem sempre o usuário seguia o plano alimentar, mas de alguma forma ou de outra conseguia melhorar a alimentação. Sabemos que não é fácil para um indivíduo que sempre teve a liberdade de comer o que quisesse, na hora que bem entendesse ter que seguir uma rotina alimentar estabelecida por um nutricionista. Foi entendendo sobre essa fragilidade que resolvi junto com minha apoiadora de núcleo trabalhar com as pactuações e metas, em cima do que era percebido de inadequação na alimentação das pessoas atendidas e assim tudo era pactuado com o paciente. Gente, e não é que deu certo. Agora com uma nova ferramenta de cuidado no que diz respeito a alimentação, percebia o quanto os usuários aderiram as pactuações com muito mais facilidade, pois não precisava seguir um plano alimentar e sim apenas adequar o que consome, principalmente o modo de preparo dos alimentos, este último traz um benefício incrível, principalmente no controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs).

Na avaliação do consumo alimentar, o profissional de Saúde precisa estar alerta para a identificação de alimentos que, quando consumidos em excesso, podem contribuir para o surgimento de agravos à saúde do indivíduo, principalmente quando se trata de pessoas com doenças crônicas. (BRASIL,2014)

A orientação alimentar é uma ferramenta útil tanto para a promoção de hábitos alimentares saudáveis quanto para a manutenção do peso desejável e um padrão alimentar adequado. As orientações precisam ser pautadas na incorporação de uma alimentação saudável, culturalmente aceitável e dentro das possibilidades financeiras dos indivíduos e seus hábitos culturais, além do resgate e reforço de práticas desejáveis. A atenção aos aspectos socioeconômicos, culturais, familiares e à motivação para mudanças no estilo de vida é fundamental para adesão à orientação (BRASIL, 2006).

Ao orientar mudanças no consumo de alimentos com vistas à alimentação saudável, o profissional de saúde tem o desafio de transcender os seus valores e preferências pessoais

e de respeitar a singularidade e as preferências de cada indivíduo, sem fazer juízo de valor. Para a orientação e o acompanhamento das mudanças relacionadas aos hábitos alimentares, é fundamental a utilização de tecnologias apropriadas, como o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Entrevista Motivacional, que avalia o grau de motivação para mudança de hábito e sugere estratégias adequadas a cada etapa de motivação.

Outras referências são indicadas sugerindo diferentes abordagens. É fundamental no processo de educação em Saúde que as metas, as atividades e os prazos sejam factíveis e estabelecidos em conjunto com a pessoa, pois ela precisa definir com apoio do profissional como alcançar o peso adequado ou adotar hábitos alimentares saudáveis para o controle glicêmico ou pressórico. O profissional que apoia o processo de autocuidado tem o papel de auxiliar na identificação e na reflexão sobre as dificuldades e potencialidades para realizar modificações no estilo de vida. A avaliação das metas pelo profissional de Saúde, em conjunto com o usuário, é fundamental para verificar se há dificuldades em seguir o plano terapêutico, se precisa ser modificado, assim como se as medidas não medicamentosas e de adesão ao tratamento estão sendo efetivas. O acompanhamento do processo de mudança nos hábitos alimentares para o controle adequado do peso, da glicemia e da pressão arterial deverá ser realizado até o momento em que a pessoa alcança a meta final pactuada. Esse processo de acompanhamento poderá ocorrer em consultas individuais, coletivas ou em grupos operativos, de acordo com a realidade do serviço de Saúde e das necessidades da pessoa (BRASIL, 2014).

## **5.0 Programa Saúde na Escola: olhar ampliado de cuidado a saúde no âmbito escolar**

O Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. Fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público (BRASIL, 2011).

Esse Programa tem como objetivo contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos

educandos. A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola. No âmbito do SUS, considera-se a Saúde da Família como estratégia essencial para a reorganização da atenção básica. A Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê um investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território (BRASIL, 2011)

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais, pois se trata de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores (BRASIL, 2011).

Realizar o PSE, contribui para uma visão mais ampliada de cuidado aos adolescentes, crianças e docentes, pois foi nesse espaço que me deparei com auto índice de mutilação, jovens envolvidos em facções criminosas, professores extremamente estressados, adoecidos, desrespeito entre alunos e alunos, aluno e professor, adolescentes e ou crianças adoecidos psicologicamente por sofrerem bullying, alunos desestimulados, desinteressados.

Algumas situações ficaram marcadas pra mim, como: o aluno dizer que a sua perspectiva para o futuro seria ser assaltante de banco, realizar atividade sobre bullying e no momento da atividade presenciar o próprio o bullying, aluno xingando professor, professor perdendo o total controle ao chamar atenção do aluno, por que ele não queria participar da nossa atividade, aluno dizer que não tem medo de nada, exceto quando a polícia chega pra o prender, adolescentes com marcas profundas no braço por que se auto mutilam, devido traumas que viveram ou vivem. Estamos falando de crianças e adolescentes desmotivadas, envolvidas no tráfico de drogas, quase sempre os pais são ausentes, jovens que não vê na escola uma perspectiva para o futuro, o aluno faz que aprende e o professor faz que ensina, é desta forma que vejo.

Os nossos governantes precisam ter um olhar mais ampliado para a Educação do nosso País, fazer investimento maior e correto, a começar melhorando o salário dos professores, criando estratégias para motivar os alunos a estudar, fazer do ambiente escolar um lugar harmonioso, para que os alunos tenham prazer em frequentar. É através da

educação que conseguiremos impedir que muitos jovens de hoje sejam o futuro bandidos de amanhã.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas (BRASIL, 2011).

As atividades que realizamos no PSE eram sempre muita lúdicas, com músicas, cartazes, jogos que fizessem com que os alunos interagissem, sabíamos da dificuldade de interação e participação deles, então estávamos sempre criando estratégia de transmitir o cuidado com a saúde de forma lúdica, longe do tradicional (eu falo e você escuta).

Algumas situações me deixaram mais motivadas, como por exemplo a atividade com o tema cultura de paz, pedimos que os alunos construíssem cartazes com palavras e frases de otimismo para as pessoas que pensam em suicídio e para nossa surpresa, quando retornamos à escola, alguns alunos trouxeram os cartazes que fizeram, criaram happes com história de paz, cantaram... foi lindo demais! O carinho que transmitiram para a gente, os abraços calorosos que nos deram...Sair de lá com muito mais ânimo e garra para continuar levando saúde nas escolas.

O programa Saúde na Escola (PSE) é uma ferramenta potente de cuidado a saúde no âmbito escolar, porém existem algumas limitações que acredito que ser um gargalo para que o PSE não tenha resultados positivos, uma delas é a ausência do trabalho em parceria entre a saúde e a educação (o planejamento em conjunto), outra é a falta de diagnóstico, monitoramento e avaliação sobre as atividades realizadas, os avanços, as melhorias, o que mudou. Trabalhamos com temas estabelecidos pelo programa, mas acredito que o diagnóstico de cada instituição seja mais importante ou talvez traga resultados mais satisfatórios quanto aos temas a serem trabalhados nas escolas.

## **6.0 Auriculoterapia: ampliação das ferramentas de cuidado**

A auriculoterapia foi implantada no SUS em 2006, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e trata-se de um método de diagnóstico e de terapêutica por meio da estimulação de pontos específicos do pavilhão auricular através

de estímulos mecânicos, eletromagnéticos, térmicos ou outros que têm relação com todo o corpo. Para isso, utilizam-se agulhas, sementes de mostarda, objetos metálicos ou magnéticos, sendo assim possível estimular os acupontos reflexos (SILVA, 2017).

A auriculoterapia faz parte do grupo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do SUS, reconhecidas pelo Ministério da Saúde. O curso é oferecido aos profissionais de saúde da APS de nível universitário, pela Universidade Federal de Santa Catarina de forma semipresencial com uma carga horária de 100h e possibilita a ampliação do cardápio de ofertas em saúde como complemento dos serviços já oferecidos na unidade de saúde.

Esta prática é bastante conhecida e utilizada na China desde a Antiguidade e tem como base os preceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde tratar diversos de saúde (FERREIRA, 2010).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconheceu a auriculoterapia como terapia de microssistema para promoção e manutenção da saúde no tratamento de diversas doenças. Desde então, diversos estudos vêm sendo realizados e publicados, a fim de comprovar a importância clínica da auriculoterapia. (WHO, 1990 *apud* SILVA, 2017).

Depois que realizei o curso em auriculoterapia, essa ferramenta passou a fazer parte da minha agenda e do meu leque de cuidados com os usuários das unidades de saúde em que apoiava. Reservava um turno da minha agenda para os atendimentos. Foi construída uma anamnese específica para o atendimento e aplicada aos usuários para conhecer melhor o seu histórico e assim oferecer um cuidado integral. Essas anamneses, assim como as fichas das sessões eram anexadas no prontuário da família. As sessões eram realizadas semanalmente e o paciente já saía com a data marcada para a próxima sessão. Várias eram as queixas dos usuários, como dores crônicas, distúrbios hormonais, de ordem alimentares, emocionais, entre outras e associada a essas queixas existiam as doenças já diagnosticadas como diabetes, hipertensão e outras relacionadas a ortopedia.

A unidade é local de criação de vínculos, e os usuários muitas vezes relatavam suas angústias e aflições nas consultas de auriculoterapia e relações de confiança e pautadas no respeito eram estabelecidas. Era muito comum atender também as demandas vindas do acolhimento e ser requisitada pelos próprios funcionários que solicitava o serviço da auriculoterapia por queixas adversas, além de espaços de saúde como feiras e mutirões. A procura era grande pela auriculoterapia, mas infelizmente nem todos os profissionais que fizeram o curso atendiam os usuários de forma contínua. A medida que os pacientes recebiam alta, outros eram inseridos no cuidado.

No retorno desses usuários, os mesmos relatavam uma melhoria significativa das suas sintomatologias e isso me deixava muito orgulhosa. A cada sessão percebia a diminuição das queixas e com a frequência das sessões essas queixas eram diminuídas visivelmente, além das medicações que os usuários relatavam está fazendo uso em menor quantidade. Foi com esses resultados positivos, que eu e outras residentes que também atuavam com essa ferramenta de cuidado, submetemos dois trabalhos em grandes Congressos, como: O CONGREPICS (Congresso de Práticas Integrativas e Complementares) do SUS realizado em novembro de 2019, na Cidade de Lagarto no estado de Sergipe, que foi intitulado: *A Inserção da Auriculoterapia na Atenção Básica: Um relato de Experiência das Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família no Município de Dias D'ávila* e o outro trabalho que submetemos foi no VII Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos realizado em Brasília/DF no mês de dezembro de 2019, o qual foi intitulado: *A Contribuição da Auriculoterapia no Processo de Desmedicalização no SUS*.

A auriculoterapia é uma ferramenta de cuidado nova para o profissional nutricionista e foi através dessa experiência que percebi nos meus atendimentos o quanto ela é potente para associarmos o atendimento nutricional com o procedimento que é simples, de baixo custo, não invasivo e que traz resultados significativos na vida dos usuários. Vale ressaltar que esta é mais uma das formações que são oferecidas gratuitamente pelo SUS aos profissionais de saúde, que refletem impactos positivos e que precisam ser estimuladas sempre, para que as práticas em saúde sejam ampliadas.

## **7.0 Rede de Atenção Psicossocial: construção de vínculos através das diferenças**

No primeiro ano de residência nos deparamos com um número absurdo de pacientes no município de Dias D'ávila que apresentavam algum transtorno mental, uns por que já tinham a doença, outros apresentavam devido algum problema pessoal o qual foi o gatilho para ficar adoecido. Outra coisa que me chamou bastante atenção e inquietação, foi a quantidade de adolescentes que se auto mutilavam, era assustador. E foi diante desse cenário, que resolvi escolher a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como linha de cuidado por querer conhecer um pouco mais sobre o universo da saúde mental.

Muitas vezes algumas perguntas me vinham a cabeça: Como é possível enlouquecer? Como é possível pessoas que até então eram consideradas sans e de uma hora para outra ficaram adoecidas? Me fazia perguntas que só conhecendo o universo da saúde mental poderia ter respostas para elas. Então já estava decidida, queria a RAPS como linha de cuidado. Não foi difícil ficar nesse estágio, pois foram pouquíssimos os residentes que

optaram por essa área. Ouvia os colegas falarem que não se identificavam ou que tinham medo dos usuários de saúde mental. Não sabendo eles que estar em contato com esses usuários nos traz um aprendizado incrível e também faz com que cuidemos melhor da nossa saúde mental, por conhecer um pouco mais sobre os assuntos que envolvem esta área da saúde.

Dividi o estágio na RAPS com mais duas residentes, uma sanitarista e a outra dentista. É comum os profissionais do serviço quando se deparam com residentes especialistas demandarem questões relacionadas às áreas de conhecimento, e com a gente não foi diferente. Ao chegarmos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), logo de cara fui convocada para intervir no cardápio, pois havia muitas queixas por parte dos funcionários e também dos usuários relacionadas à qualidade da alimentação servida. Deixei claro que não tinha poder para intervir no cardápio, por se tratar de questões relacionadas ao contrato, mas poderia conversar com a nutricionista responsável pela UAN da empresa prestadora do serviço. E assim eu fiz junto com as colegas residentes, conversamos com a nutricionista sobre algumas questões que poderiam ser melhoradas, principalmente no sabor, harmonia e diversidade dos alimentos oferecidos, assim como a substituição por outros considerados menos prejudiciais ou mais saudáveis.

Depois dessa conversa houve um melhoramento no fornecimento da alimentação servida. A todo tempo era apresentada aos usuários como a nutricionista que veio para melhorar a alimentação deles. Aquilo me causou uma inquietação, por que apesar de termos residentes especialistas, não entramos no serviço para atuarmos como especialistas, e sim para ajudar a qualificar melhor o processo de trabalho e o serviço oferecido pela instituição. Caso acontecesse de durante a nossa passagem ter questões relacionadas às nossas especialidades poderíamos intervir, mas não estávamos ali exclusivamente para isso. Conseguir de uma forma sutil deixar isso bem claro para a coordenadora do CAPS. A todo tempo surgiam questões voltadas às nossas especialidades e não poderíamos de forma alguma fazer vistas grossas e na medida do possível orientávamos ou caso fosse necessário referenciava para outras Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Durante os seis meses que passamos na RAPS aconteceram coisas maravilhosas, entre elas foi o nosso contato direto com os usuários, construímos um vínculo forte com eles, ao ponto de muitas vezes nos depararmos com situações em que eles tinham total confiança na gente para nos contar situações vividas por eles, histórias cada uma mais mirabolante do que a outra e foi através do convívio com eles que as minhas perguntas foram respondidas. Precisei estudar sobre o universo da saúde mental, referenciais teóricos que a nossa Apoiadora Institucional nos indicou, porém foi o contato direto com essas pessoas que me proporcionou um maior conhecimento e aprendizado.

Não raramente, os profissionais oferecem atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço de desabafo para o paciente. A atitude de desabafar e de escutar o desabafo é comum no dia a dia de muitas pessoas, independentemente de elas exercerem um ofício profissional relacionado à saúde. Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de Saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor se comparado a outras condutas técnicas. Contudo, essa desvalorização do espaço para a escuta não invalida sua importância e potência.

É uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de Saúde para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer. A partir dessa aposta, entendemos que o usuário encontrará no profissional de Saúde uma pessoa interessada por sua vida e em lhe ajudar. Na medida em que a unidade e seus trabalhadores consigam oferecer o cuidado em saúde ao longo do tempo, torna-se possível fortalecer uma relação de vínculo, e então têm-se maiores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a nos contar (BRASIL; 2013).

Por vezes o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Ter o profissional como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de Saúde, a partir daquilo que ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo. Cabe destacar que isso é possível justamente porque o profissional de Saúde se dispôs e soube se colocar como este interlocutor (BRASIL; 2013).

Uma vez por semana assumíamos o grupo Qualidade de Vida, que é de convivência, onde levávamos práticas corporais e também educação em saúde. Realizávamos atividades como jogos, dança, ginástica aeróbica, gincana entre outras, era sempre muito divertido. Na educação em saúde, conversávamos sobre diversos assuntos voltados para a saúde, além de temas que percebíamos que precisaríamos abordar devido alguma questão observada na instituição, a exemplo da sexualidade e a prática de sexo em lugar apropriado e com segurança, que era algo que víamos observando no comportamento desses usuários. Nesse mesmo dia também realizávamos o serviço de auriculoterapia e dávamos suporte no



acolhimento. Foi nesses espaços de atendimentos que pude entender um pouco a origem da depressão, das ansiedades muito frequentes e sinais de alerta para os casos de Saúde Mental.

Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros. (BRASIL; 2013).

Participamos de algumas Educações Permanentes sobre saúde mental, as quais foram importantíssimas para o aprimoramento e ampliação do nosso conhecimento. Também participamos da parada do Orgulho Louco, onde nos juntamos com os usuários de saúde mental de várias instituições, a exemplo dos CAPS e profissionais de saúde para dizermos *NÃO, A VOLTA DOS MANICÔMIOS*. Foi lindo demais.

“Não se curem além da conta.

Gente curada demais é gente chata.

Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas.”

Nise da Silveira

A presença da residência no CAPS foi muito importante para o município, pois foi através da dela que o serviço oferecido aos usuários melhorou de forma considerada. A nossa turma foi a segunda a adentrar no serviço. Na mesma semana que iniciamos as atividades, foi contratada uma enfermeira a qual foi residente do nosso programa para ser a coordenadora do cuidado, e isso foi de grande importância para junto com ela e a nossa apoiadora institucional propormos mudanças. Ao adentrarmos no CAPS, conhecermos de perto a atuação dos profissionais, processo de trabalho, as fragilidades e assim pensamos juntos quais os produtos iríamos trabalhar e ou focar.

Na primeira semana participamos da reunião de equipe e vimos uma reunião desestruturada, desorganizada, pessoas falando todas ao mesmo tempo, os casos discutidos não eram dados os encaminhamentos devidos, isso nos causou uma inquietação e vimos a necessidade de ajudar a equipe a qualificar melhor as reuniões. Propomos uma mudança, em

que deveria ter relator e coordenador, leitura de Comissão Interna (CI), informe, repasse, pauta, discussão de casos com encaminhamentos e que os encaminhamentos fossem retomados na reunião seguinte. No começo não foi fácil, pois já estavam acostumados com aquele modelo de reunião, sem contar que ouvimos falas, em que estaríamos trazendo mais trabalho para eles, mas aos poucos, na micropolítica, fomos mostrando que uma reunião organizada e estruturada consegue dar uma melhor resolutividade nos problemas discutidos. Assim as reuniões passaram a ter um novo arranjo, conforme havíamos proposto.

Outra situação que nos chamou bastante atenção foi a fala de uma usuária no grupo de mulheres que dizia que estava de alta do CAPS e que agora seu tratamento iria ser na USF, ela estava muito preocupada, pois não sabia como seria, se participaria de grupos, não conhecia a unidade, estava chorosa com a situação. Explicamos para ela que a unidade de saúde daria continuidade ao seu tratamento, mas mesmo assim saiu muito incomodada. Como assim? Essa usuária não deveria está acessando a unidade para outros serviços de saúde? Esses foram os questionamentos que nós fizemos. Então levamos para a reunião de equipe do CAPS essa pauta, queríamos saber quais critérios eram utilizados para se dar alta aos usuários, como era o encaminhamento, se havia referência, contra referência. Fomos informadas que os critérios eram de acordo a melhora do quadro psíquico, e que ao receber alta o paciente levava a referência e a contra referência em duas vias para ser entregue a USF, uma via ficava com o usuário e a outra era dá unidade, porém o CAPS quase nunca recebia a contra referência, sendo assim não tinha mais notícias do paciente. Diante dessa informação, pensamos no nosso segundo produto que foi o Fluxo de Encaminhamento Seguro após alta.

O usuário ao receber a alta do CAPS recebe a ficha de referência original, a carbonada mais a carta de encaminhamento vai para a Gerência de Atenção a Saúde (GEASA), na pessoa da referência técnica da RAPS que preenche a planilha de controle e encaminha os documentos citados a cima para a USF de referência do usuário, a USF por sua vez, anexa a referência no prontuário e retorna para a GEASA a carta de encaminhamento devidamente preenchida, informando se o usuário buscou a unidade, se está frequentando algum grupo, ou caso contrário, se fez busca ativa, essas informações deverão ser encaminhadas no prazo máximo de quinze dias. A referência técnica da RAPS preenche a planilha de controle e encaminha para o CAPS que anexa ao prontuário do usuário.

Está foi a forma que pensamos para que o CAPS e a unidade de saúde se comunicassem, algo que era difícil de acontecer. Começamos a estimular os profissionais a entrarem também em contato por telefone com a USF para saber sobre os usuários, já que esse meio é bastante potente para criar vínculo com outros profissionais de saúde. Nas

reuniões de equipe das USFs de residência que participávamos também fazíamos o mesmo movimento para que também os colegas entrassem em contato com o CAPS caso necessário.

Ao percebermos que muitos dos usuários não acessavam a unidade de saúde, resolvemos realizar um levantamento dos que estavam em tratamento no CAPS e que a sua unidade de saúde era as nossas da residência. Paralelo ao levantamento, levamos Educação Permanente (EP) nessas unidades com o tema Crise em Saúde Mental: O que devo fazer? Ao apresentarmos essa EP, trouxemos as informações a respeito desses usuários e perguntamos aos profissionais o que fazer para atrair essas pessoas para a USF? Já que a AB é a principal porta de entrada para o atendimento à saúde, mais infelizmente muitos deles nem conhecem a sua unidade de referência. A Resposta foi realizar busca ativa e inseri-los em alguma atividade, isso foi o que ficou como encaminhamento.

Muitas eram as dúvidas dos profissionais de saúde a respeito de saúde mental, e foi pensando em qualificar melhor esses profissionais e também aumentar o vínculo entre CAPS e USF que criamos o Projeto Piloto de Matriciamento em Saúde Mental com Atenção Básica. A princípio foram escolhidas duas unidades de saúde, o critério de escolha foi a unidade com dificuldade de acesso por ser distante do CAPS, como a zona rural e o outro critério foi a unidade com ausência de ações voltadas a saúde mental. Pensamos em técnicos de referência, sendo dois profissionais do CAPS, um do NASF-AB, um da residência com estágio na RAPS e de retaguarda a referência técnica da RAPS. Como operacionalização, pensamos em encontros uma vez ao mês, onde serão discutidos casos, construção de Projeto Terapêutico Singular, (PTS) dentre outros possíveis desdobramentos. Até o termino do nosso estágio o projeto ainda não havia sido iniciado.

Percebemos que eram utilizadas no acolhimento várias fichas, em torno de cinco folhas para serem preenchidas, muitas coisas repetitivas, levando muito tempo para o preenchimento. Então atualizamos esses impressos, como também o livro do acolhimento, retiramos coisas que julgamos desnecessárias, incluímos outras importantes e assim melhor qualificando esses documentos. Apresentamos para os profissionais, os mesmos aceitaram e passaram a utilizá-los.

## **8.0 Projeto Horta Comunitária na USF: do entusiasmo a concretização**

A horta comunitária foi praticamente a minha última atuação na residência e era algo que estava no meu plano de ação desde o primeiro ano, junto com outra colega nutricionista, porém as demandas foram surgindo e a horta foi ficando para trás. No segundo ano, conversei

com os colegas R1 nutricionistas que acabará de chegar sobre esse meu desejo e os convidei para juntos iniciarmos esse projeto, porém não conseguimos marcar nenhum encontro, devido incompatibilidade de agendas. Mas foi através do desempenho e entusiasmo da residente R1 Lis Silva que acreditou nessa ideia e o Projeto Horta Comunitária na USF foi dado “o pontapé inicial”. A partir disso, a residente do núcleo de nutrição, levou a proposta aos demais residentes do NASF e a preceptoria que avaliaram os territórios das seis Unidades de Saúde da Família em que apoiam, e pela infraestrutura da área externa e a viabilidade de transporte, optou pela Unidade de Saúde da Família (USF) do Cristo Rei como piloto para implantação da Horta Comunitária. Vale ressaltar que esse projeto também teve o apoio da Apoiadora do Núcleo de Nutrição Néia Carla Santos. Quando retornei do estágio eletivo/férias, fiquei sabendo dessa maravilhosa notícia e não pensei duas vezes, entrei para ajudar a colega no andamento do projeto. Conversei com Lís para convidarmos a nutricionista Larissa Martins (R2), já que a mesma também havia pensado junto comigo no início da residência na construção de uma Horta Comunitária.

Diante das condições socioeconômicas, a prevalência de casos de doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo, diabetes, hipertensão, assim como, de casos que envolvem a saúde mental, principalmente depressão e transtorno de ansiedade, rotineiramente na Unidade de Saúde do Cristo Rei, julgou-se necessário realizar um projeto em que fosse complementada a melhoria dos hábitos alimentares, promovendo saúde e bem estar social, associado ao cultivo, produção e consumo de alimentos livres de agrotóxicos proporcionando a educação alimentar e nutricional, a conscientização ambiental e a cooperação do trabalho em equipe, promovendo um espaço terapêutico aos usuários pertencentes as microáreas do território supracitado, e da melhoria do cuidado com os profissionais da equipe de saúde da família e servidores que trabalham na Unidade.

A implantação da Horta Comunitária viabiliza a produção de alimentos, como um dos componentes de acesso e disponibilidade, sendo instrumento e forma de ação social. A implantação do trabalho coletivo tem como perspectiva a economia solidária, fazendo parte de espaços de convivência social. A convivência proporcionada pelo cultivo comunitário estimula a formação e o fortalecimento do convívio social e na inserção social dos assistidos (SILVA et al, 2011).

Inicialmente foi realizado uma reunião com a equipe da USF do Cristo Rei, onde proporcionou-se educação permanente sobre Hortas Comunitárias. Após consentimento e interesse da equipe, foi realizada apresentação do pré projeto para início e organização do Horta Comunitária. Posteriormente, convocou-se a comunidade para apresentação do projeto e a partir da aceitação dos mesmos, foram selecionados usuários do território adscrito da USF

Cristo Rei para corresponsabilização do cuidado da horta, envolvendo as etapas do plantio ao manejo.

Após estruturado o projeto e consolidado os usuários da linha de cuidado, a então nutricionista Lís Nery apresentou o Projeto da Horta Comunitária a Secretaria Municipal do Meio Ambiente (SEMAM) que apoiou o projeto e disponibilizou adubo, sementes, kit de jardinagem (regador e enxadeta), firmando parceria. Com esses materiais em mãos, foi dado início a construção da horta junto com os três usuários selecionados, preparação do solo, organização dos canteiros e plantio das sementes. A manutenção da horta, inicialmente no período de implantação era realizada de forma diária, posteriormente passou a ser realizada em dias alternados. Ao longo do desenvolvimento do projeto já foram cultivados: coentro, cebolinha, alface, rúcula, hortelã, couve, manjericão, almeirão, andu, pimenta, cenoura, beterraba, abóbora, tomate, pimentão entre outras e também já houve colheita.

A horta comunitária é um espaço de cultivo onde há troca de experiência, nos quais os indivíduos interagem numa ação comum, expressando sua cultura e seu conhecimento. Neste espaço, além de cultivar hortaliças e espécies medicinais, fitoterapia, desenvolvem habilidades sociais e cultivam amizades, que contribuem para sua socialização a um grupo criando uma identidade coletiva e ao mesmo tempo construindo a identidade individual (SEABRA et al, 2010).

Foi pensado em um grupo terapêutico com usuários portadores de doenças crônicas para juntos cuidarem da horta, propiciando terapia que irá contribuir na saúde dessas pessoas. Além do mais, serão realizadas reuniões quinzenalmente, onde discutirão questões a respeito da horta e também será trabalhado nesse espaço educação em saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a perspectiva de promoção da saúde objetiva desenvolver ações que atuem em aspectos que incidam sobre o processo saúde-doença, incentivando formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma Inter setorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010).

Apesar do projeto ser uma iniciativa das nutricionistas residentes do NASF, isso não desresponsabiliza os outros especialistas, assim como a equipe de saúde da USF do cuidado da horta, sendo assim, foi feito uma escala dos profissionais de saúde desta unidade para a manutenção do cuidado. A ideia é que esse projeto tenha como pessoa de referência nutricionistas da residência. Então apresentamos esse projeto ao NASF da residência, turma 2020, tendo como pessoa de referência a nutricionista Karen Hofmann.

Foi escrito o Projeto da Horta Comunitária e o próximo passo é a publicação do relato de experiência e ou publicação de um artigo científico. O projeto continua em andamento, obtendo resultados positivos com as pessoas de referências as nutricionistas Lís Silva (R2) e Karen Hofmann (R1).

Confesso que se eu terminasse a residência sem pelo menos ter participado da construção da horta, estaria hoje com a sensação de que algo faltou para que saísse completamente realizada, mas foi graças a essa colega que viabilizou a concretização desse trabalho que término a residência com a sensação de dever cumprido.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Vivi intensamente a residência, essa palavra INTENSIDADE, define o que fui durante esses dois anos de formação. Não me arrependo de nada, faria tudo novamente. Vivi cada momento na certeza que seria muito valioso para a minha formação. Queria estar nos espaços de forma participativa, dando o melhor de mim, sempre alegre, brincalhona, atraindo risadas das pessoas (colegas, usuários), transmitindo energias boas. Essa é a minha marca registrada, transmiti alegria e respeito para as pessoas.

Levo na bagagem muito aprendizados e conhecimentos que foram subsídios importantíssimos para minha formação pessoal e profissional, além de muitas lembranças que deixarão saudades. Nesse momento ao escrever, choro de alegria, saudades de tudo que vivi, das amizades que fiz nos vários setores que percorri na residência, foram muitas, vocês não imaginam quantas coisas boas vividas em apenas dois anos. Passou rápido demais, parece que foi ontem o primeiro dia que cheguei no município de Dias D'Ávila.

Apreendi a ser militante do SUS, a defendê-lo, a me afetar ao escutar pessoas falando mal do nosso Único Sistema de Saúde. Infelizmente estamos passando por situações difíceis de desmonte do SUS, sei que coisas piores estão por vir, mas farei a minha parte enquanto militante, sempre defendendo onde que eu esteja.

## REFERÊNCIAS

- BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. et al. **Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS)**. Comunicação, Saúde, Educação, 18(48): 177-86, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica: Estratégia para o cuidado de pessoa com doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE: Tecendo caminhos da intersectorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação; 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/residenciamultiprofissional/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2020.
- CALIFE, K. B; GONÇALVES, O. S. J. **Formação do Profissional da Saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884 -899, 2011.
- CARVALHO, F. F. B; NOGUEIRA, J. A. D. **Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Ciênc. saúde colet. 21 (6), Jun 2016.
- COMO O APOIO MATRICIAL PODE SER DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE/ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE?. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/como-o-apoio-matricial-pode-ser-desenvolvido-na-atencao-basica-em-saudeatencao-primaria-em-saude/>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2020.
- FERREIRA, A. A. **A Acupuntura na Medicina**. Lisboa: Lidel, 2010.
- FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **Projeto Político Pedagógico 2018**. Salvador: Fundação Estatal Saúde da Família, 2018.
- SILVA, Elidiane Lira da. **Auriculoterapia como Ferramenta de Cuidado em Saúde na Atenção Básica: relato de experiência**. Anais CONGREPICS. v. 1, ISSN 2594-8334, 2017.
- SOARES, Sônia Maria. et al. **O teatro em foco: Estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família**. Esc. Anna Nery, 15 (4): 818-824. Rio de Janeiro Oct./Dec. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília, 2010.
- SEABRA JÚNIOR, S.; PIZANO, R.E.; BENEVIDEZ, E.M.; MAGALHÃES, J. 2010. **Projeto Comunidade Feliz: horta comunitária com idosos**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OLERICULTURA, 50. Anais, Guarapari.
- SILVA, L.B.; ASSIS, E.B.; SEABRA JÚNIOR, S.; PIZANO, R.E.; BENEVIDEZ, E.M.; MAGALHÃES, J. **Projeto Comunidade Feliz: horta comunitária e atividades interdisciplinares com idosos, Horticultura Brasileira**, v.29, n.2, pg.445 - 450, 2011.

ALVES, Cláudia Cristina. et al. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em saúde. Rev. Nutr., Campinas, 29 (4): 597-608, jul./ago., 2016.

Aguiar CB, Costa NMSC. **Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Rev Nutr. 2015; 28(2):207-16. [http://dx. doi.org/10.1590/1415-52732015000200009](http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000200009)

Santos IG, Batista NA, Devincenzi MU. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista.** Interface. 2015; 19(53). [http://dx.doi.org/ 10.1590/1807-57622014.0330](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0330)