



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



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

JULIANA DOS SANTOS FERREIRA

**RESSIGNIFICAR: VIVÊNCIA DE UMA NUTRICIONISTA RESIDENTE NO NÚCLEO DE
APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA**

BAHIA
2020

JULIANA DOS SANTOS FERREIRA

**RESSIGNIFICAR: VIVÊNCIA DE UMA NUTRICIONISTA RESIDENTE NO NÚCLEO DE
APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador (a): Eluá Benemerita Vilela
Nascimento

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser meu alicerce e ter me fortalecido frente às dificuldades.

Aos meus companheiros de NASF, Amanda, Brenda, Graciele, Gerusa, Leandro e Mônica pelo companheirismo, troca de afetos e apoio na luta pelo SUS e no fortalecimento do NASF.

Ao preceptor Alexandre, por acompanhar todo processo do primeiro ano e ser como um pai.

A minha orientadora e apoiadora de núcleo Eluá, pelo suporte, correções e incentivo.

A todo corpo pedagógico da FESF-SUS.

A todos os profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde e que lutam por um SUS de qualidade e aos usuários dos serviços.

A minha mãe pelo incentivo e cuidado.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer aproximação com momentos da trajetória de uma nutricionista residente no Programa Integrado de Residências em Saúde da FESFSUS/FIOCRUZ – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, trazendo memórias, recordações, reflexões sobre a ressignificação e identidade enquanto nutricionista atuante no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no município de Camaçari, Bahia. O trabalho se configura enquanto memorial e apresenta as recordações e vivências mais importantes do primeiro ano de residência, dividido em sete capítulos: Descobrimo o que é ser NASF; Trabalho em família: vínculo, amizade, partilha; Paradoxo; Visita Domiciliar; Vivendo e conhecendo as práticas integrativas; Grupo de crianças da USF Phoc III; NASF é luta; E traz as vivências do segundo ano de residência em quatro capítulos: Eletivo/férias; Retorno pós eletivo/férias: peixe fora d'agua; O desafio do estágio em gestão; Estágio em redes. O processo de formação na residência multiprofissional em saúde promove qualificação da prática profissional na assistência ou docência, contrapondo-se ao modelo biológico/ biomédico, sendo um espaço de constante educação permanente, assim como contribui para o fortalecimento do SUS.

Palavras- chave: Nutricionista. Saúde da Família. Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. QUEM EU SOU E COMO CHEGUEI ATÉ AQUI	6
3. PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA	8
3.1 DESCOBRINDO O QUE É SER NASF	9
3.2 TRABALHO EM FAMÍLIA: VÍNCULO, AMIZADE, PARTILHA	11
3.3 PARADOXO	13
3.4 VISITA DOMICILIAR	15
3.5 VIVIENDO E CONHECENDO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS	17
3.6 GRUPO DE CRIANÇAS DA USF PHOC 3	19
3.7 NASF E LUTA	21
4. SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA	23
4.1 ELETIVO/ FÉRIAS	24
4.2 RETORNO PÓS ELETIVO/ FÉRIAS: PEIXE FORA D'ÁGUA	26
4.3 O DESAFIO DO ESTÁGIO EM GESTÃO	27
4.4 ESTÁGIO EM REDES	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6. REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O ato de recordar confere imortalidade àquilo que usualmente estaria perdido de modo irrecuperável sem essa reatualização (SILVA, 2010). A recordação permite uma reflexão acerca da nossa própria história e das histórias e vivências dos que nos cercam. Um memorial é o registro de processos, travessias, lembranças refletidas de acontecimentos dos quais somos protagonistas (PRADO; SOLIGO, 2005).

Este é um memorial de formação construído após dois anos de residência multiprofissional em Saúde da Família, no Município de Camaçari, Bahia. A Estratégia de Saúde da Família surge para a reorganização e a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), visando, principalmente, contribuir para a reorientação do modelo, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS (BATISTA *et al.*, 2011). Entre os esforços para estruturar a atenção básica, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. O NASF é composto por equipe multidisciplinar, o que permite uma visão de saúde integral, em que o ser humano é visto como um todo (CERVATO-MANCUSO, 2012).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem potencial para a formação do novo trabalhador em saúde, tendo como objetivo a articulação dos conhecimentos adquiridos durante a formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

São muitas memórias. Vivências boas, outras bem desafiadoras, mas que preciso deixar guardadas como estímulo à superação. Há também um processo de autocompreensão das aprendizagens e saberes que foram construídos ao longo da minha trajetória, assim como os diferentes significados atribuídos a cada situação que me mobilizou. É com a vivência prática nos serviços, voltada para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, sendo que as situações-problema vivenciadas no cotidiano exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Este memorial tem por objetivo fazer aproximação com momentos da minha trajetória na residência, trazendo memórias, recordações, reflexões sobre minha resignificação e identidade enquanto nutricionista atuante no Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família.

2 QUEM EU SOU E COMO CHEGUEI ATÉ AQUI

Sou Juliana dos Santos Ferreira, mas prefiro que me chamem de Juli. Tenho 26 anos, soteropolitana, filha de Maria Selma Estevam do Santos e Jonas Ferreira Filho (*in memoriam*). Terceira filha entre cinco, porém sou a caçula das meninas. Nasci em família humilde, mas de pais amorosos e engajados para que eu e meus irmãos tivéssemos uma boa criação e amor pelos estudos.

Sempre fui uma pessoa tímida, quieta e muito observadora. Apesar de parecer uma pessoa calma, sou bastante impaciente, mas tento controlar bastante isso. Alguns dos meus pontos fortes são a determinação, organização, otimismo e fé. Tento utilizar um pouquinho de cada coisa no meu dia a dia.

Sobre a minha relação com os estudos, desde pequena eu fui bastante incentivada. Lembro do quadro de giz de cera que minha madrinha me deu ainda na minha infância, que eu utilizava para estudar com minha irmã e colegas. Eu iria entrar no ensino primário aos 6 anos, juntamente com minha irmã que tinha 7 anos, mas a escola não me aceitou e tive que esperar mais um ano para começar a frequentar a escola. Lembro-me muito bem desse dia; a professora pediu que eu fosse para a sala da diretora, essa me deu a notícia que eu não poderia estudar naquele ano. Eu chorei muito até minha mãe ir me buscar. Então tive que me contentar em esperar mais um ano, porém lembro-me de sempre estar atenta às tarefas de casa da minha irmã e sempre fazer caligrafias em casa.

Estudei em escola pública durante toda a minha formação. Quando iniciei os estudos, sempre fui muito elogiada pelas professoras, sendo uma das melhores alunas durante minha trajetória escolar. Estudar nunca foi um sacrifício para mim e creio que isso seja um reflexo do incentivo que tive dos meus pais.

Ao finalizar o ensino médio em 2010, decidi que não iria prestar vestibular aquele ano. Não me sentia preparada para tal. Decidi que iria fazer cursinho pré-vestibular durante o ano de 2011 e aí então tentar o vestibular. Foi uma decisão que considero muito valiosa, pois durante o curso percebia o tanto de conteúdo que eu não tive acesso durante o ensino médio. Eu sempre soube que iria prestar vestibular para um curso na área da saúde, mas não sabia qual. Pensei em fazer fisioterapia, pois minha irmã já cursava na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), mas dentre as opções disponíveis, eu escolhi optar por nutrição. A nutrição não foi um desejo, mas foi uma escolha, a qual eu não me arrependo e faria novamente.

Após a preparação no cursinho, prestei o vestibular para Universidade Federal da Bahia (UFBA) e UNEB e consegui as duas aprovações. Optei pela UFBA.

Durante minha trajetória na UFBA, pude vivenciar as diversas áreas de atuação de um nutricionista, clínica hospitalar, gestão de unidade de alimentação, vigilância sanitária, ambulatório de nefrologia. Mas percebi que minha graduação foi muito focada na clínica e que tive pouco contato com a saúde coletiva.

Faltando poucos semestres para finalizar a graduação, fiquei sabendo da residência em Saúde da Família pela FESF/Fiocruz e fiquei bastante interessada com a possibilidade de um novo campo de formação. Minha vontade de ingressar nessa residência e vivenciar a Saúde da Família se tornou ainda maior quando passei pelo estágio de nutrição hospitalar e não me identifiquei com o campo, sendo que antes disso, minha primeira opção de residência era na área hospitalar.

Finalizada a graduação em 2017, decidi que não iria tentar a residência naquele ano e que iria estudar para realizar o processo seletivo em 2018. Mantive foco e rotina de estudos. De início veio a tristeza, pois eu não havia sido aprovada na primeira lista. Foi um susto receber email de convocação de matrícula quando eu achava que já não havia passado no processo seletivo.

Realizada a matrícula, enfim eu era uma residente Multiprofissional em Saúde da Família.

3 PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA

O primeiro contato com a coordenação e os demais residentes foi no acolhimento na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME). Uma das primeiras dinâmicas foi a construção do Grupo Diversidade (GD). A princípio achei bem estranho. Como criar um grupo com pessoas que ainda não conhecia, escolhendo só pela profissão? Fiquei bem perdida de início, porém as coisas foram fluindo naturalmente e meu grupo foi se formando. Fomos conversando e descobrindo afinidades. O nome do grupo foi escolhido em consenso e com uma facilidade incrível. SUSpirando, fazendo uma alusão ao fato de que iríamos respirar o SUS ao longo dos dois anos de residência. Os dois dias de acolhimento na UNIME foram importantes para a criação de novos laços e conhecer um pouco do funcionamento do programa. Havia momentos que eu achava um bombardeio de informações para serem processadas rapidamente. Tudo ainda era muito novo para mim. Porém, foi um momento importante para entender alguns processos que talvez sem esse momento de apresentação prévia, poderiam não ser bem compreendidos durante a prática em serviço.

Após o acolhimento, veio a inserção da prática no município de Camaçari- Bahia. Uma das primeiras dificuldades que eu senti foi o cansaço do deslocamento. A necessidade de acordar muito cedo para sair de Salvador rumo a Camaçari e chegar em casa muito tarde foi um período bastante exaustivo. Foi então que tomei a decisão de me mudar para o município de Camaçari e pude superar o cansaço.

3.1 DESCOBRINDO O QUE É SER NASF

Ser nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi um desafio profissional de imediato. Ler sobre o NASF-AB é totalmente diferente de vivenciar a prática do trabalho do NASF-AB. A proposta dos NASF-AB é ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços. O diferencial do trabalho é o apoio às equipes da ESF. As propostas devem ser compartilhadas com a equipe — de atendimentos individuais, atenção domiciliar, atendimentos em grupo, oficinas de educação em saúde ou estudos de caso, entre outras (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A residência me fez transcender além do meu papel como nutricionista. Eu lembro quando o preceptor do NASF 2 em uma das primeiras semanas da residência, falou sobre o trabalho do NASF. Ele disse que ser NASF-AB iria além de fazer parte de um núcleo profissional e que iríamos aprender muito e sair da nossa zona de conforto. Naquele momento eu não sabia o que me aguardava e como eu iria me sair naquela missão. Hoje essas palavras fazem muito sentido. Fazer parte do NASF é se reinventar a cada dia, abusar da criatividade, é enxergar com amplitude, se manter fora da zona de conforto. Onde eu poderia imaginar que na residência eu iria aprender a fazer ponto de cruz, fuxico, laço de fita e origami? Enquanto eu estudava no *YouTube* como fazer laços de fitas para cabelos, que eu iria ensinar no grupo de gestantes do Phoc III, uma funcionária da unidade disse: -“Essa residência prepara vocês para a vida”. E ela estava super certa. A cada dia a gente venceu uma barreira e se reinventou. Quantas vezes tivemos que dialogar sobre o papel do NASF-AB para as equipes? Porque sempre havia dúvidas sobre a atuação do NASF e nós recebíamos muitas críticas de pessoas que não tinham tal conhecimento sobre nosso trabalho. Dávamos apoio às Unidades de Saúde da Família (USF) do Phoc III, Parque das Mangabas e Piaçaveira. Mas quantas vezes parecia que não fazíamos parte das equipes das unidades, pois não havia espaço físico para desenvolver nosso trabalho ou porque éramos tidos como estranhos naquele espaço? Ou quantas vezes tivemos atendimentos interrompidos por alguém que queria utilizar a sala ou simplesmente saber o que estávamos fazendo? Quantas vezes nos sentimos sobrecarregados na condução dos grupos? Esses e tantos outros desafios foram superados, pois nunca duvidamos do nosso potencial como NASF-AB e o quanto contribuimos para as equipes.

Algo bem importante da vivência como NASF-AB que preciso citar foram os matriciamentos. As ações de educação permanente em saúde (EPS) são essenciais e devem estar presentes na prática cotidiana dos serviços. A EPS das equipes de saúde da família (EqSF) deve ser embasada num processo pedagógico que propicie maior capacidade de

análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras. Nesse contexto, o apoio matricial constitui uma importante ferramenta de trabalho e um mecanismo privilegiado de educação permanente em saúde (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017). O apoio matricial, em síntese, é 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 (equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB (BRASIL, 2014).

Foram espaços bem ricos de compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e também da articulação pactuada de intervenções. Pude aprender bastante durante esses espaços, tanto com saberes dos profissionais do NASF, quanto da equipe mínima.

3.2 TRABALHO EM FAMÍLIA: VINCULO, AMIZADE, PARTILHA

“O que há de mais valioso no mundo não é o ouro, ou as esmeraldas, nem carros caros ou grandes mansões, mas os vínculos entre as pessoas – é o que as fazem se relacionar bem” (Mestre HsingYun). É preciso falar aqui sobre os vínculos que foram construídos durante a residência.

Estive refletindo como os laços foram se formando e me perguntando como um grupo tão heterogêneo pôde ter tanta afinidade. É incrível como a gente se deu bem (claro que às vezes nem tudo é um mar de rosas), mas a gente sempre se entendeu e pensava na mesma direção. O trabalho em equipe não necessariamente significa trabalhar sempre de forma harmoniosa, mas o diferencial está em transformar os conflitos em crescimento, sabendo trabalhar com diferenças de ideias ou de condutas e agir profissionalmente na presença de conflitos (MARTINS, 2012).

O NASF se tornou uma família, porque passamos mais tempo juntos do que com nossa família (principalmente no meu caso que me mudei para Camaçari). A gente tinha uma cumplicidade e sintonia para nos entendermos, para saber quando um de nós não estava em um dia bom, para nos apoiarmos, nos fortalecer juntos. Segundo Martins (2012), para que haja a formação de vínculos, o grupo de trabalho deve ser maleável, receptivo e adaptável às contínuas modificações que ocorrem nos serviços de saúde. Sempre seguimos essa lógica, talvez por isso nosso vínculo sempre tenha sido muito forte.

Nossa relação sempre foi muito regada de afeto. Lembro-me dos almoços mensais regados de boa comida, papos descontraídos, gargalhadas, fofocas e muito amor.

Martins (2012) também traz em seu trabalho que no processo de formação de vínculos, é preciso lembrar que as pessoas são diferentes, com posições individuais e coletivas que devem ser respeitadas. E era exatamente assim, cada um com suas características peculiares...

Não tinha como não ficar bem com as piadas inteligentes do meu colega nutricionista e suas confidências aventureiras. Aprendi muito com ele sobre a abordagem da nutrição comportamental.

As fisioterapeutas com suas características bem peculiares, uma sempre com um ar sarcástico e irônico e a outra só vivia no mundo da lua e com a memória em Marte (risos). Com elas aprendi que mesmo com poucos recursos, dá para oferecer meios de reabilitação aos usuários.

A professora de educação física, com seu jeito despojado, leve e criativo. Com ela aprendi que com um belo sorriso no rosto e uma mente produtiva é possível promover saúde desde a criança sapeca ao idoso cheio de energia.

As psicólogas sempre com um profissionalismo admirador. As consultas compartilhadas com elas era um aprendizado enorme.

O preceptor dispensa comentários! Foi um paizão! Admiro muito.

Enfim, acredito que criar vínculos é plantar sementes. Sem a plantação de sementes, como poderá haver colheita no futuro? Eu aprendi diariamente com a convivência com cada uma dessas pessoas. Com certeza nesses dois anos de residência eles contribuíram para eu me tornar a pessoa que sou hoje, isso devido ao apoio, convívio e aprendizado com essas pessoas maravilhosas. Amo esse NASF e vou levar sempre um pedacinho de cada um comigo!

3.3 PARADOXO

A saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196- Constituição Federal).

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Art. 2- Lei 8.080/90).

O Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) é o direito de cada pessoa ter o acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para obter estes alimentos, sem comprometer os recursos para obter outros direitos fundamentais, como saúde e educação (PLANSAN, 2016).

Comecei essa reflexão com algumas referências porque muitas vezes o que tem escrito em leis, protocolos, políticas, etc, muitas vezes não condiz com a realidade.

Cito um caso em especial de uma criança de 5 anos com déficit de crescimento e baixo peso. Foi uma das consultas mais complicadas que já tive, não só como profissional, mas de todo meu decorrer de formação. Claro que eu sei das necessidades de muitas populações carentes que existem por aí, mas cada caso é um caso, e quando se depara com um caso assim no consultório é algo totalmente diferente. Ver uma mãe relatar que muitas vezes fica em casa um olhando para o outro sem ter o que comer, mexe com qualquer indivíduo.

Vi-me desafiada a naquele momento traçar orientações que fossem condizentes com a realidade relatada por aquela mãe.

É um paradoxo estudar que o DHAA é um direito de todos os cidadãos, e é também obrigação do Estado. E que este deve respeitar, proteger e realizar este direito. E ver que a realidade é totalmente diferente. Pior ainda é saber que políticas públicas muitas vezes não são eficazes (mãe relatou que benefício Bolsa Família foi suspenso).

Esse foi um caso, entre tantos outros que pude vivenciar. Aliado a isso, o complicado ainda é também lidar com a ideia que muitos usuários trazem de que ter uma alimentação adequada às necessidades de cada um custa caro. Era muito comum ouvir relatos de usuários nos grupos, em especial no atendimento coletivo de hipertensos e diabéticos, que eles não podiam comer pão, arroz, muitas frutas, sal, doce e que “comida saudável” custa caro. É difícil falar de nutrição e alimentação adequada em um país de desigualdades, isso é um fato. Mas esses eram os espaços em que eu podia plantar e semear que é possível sim se alimentar bem gastando pouco e que isso envolve moderação, equilíbrio de quantidade e frequência de consumo, de saber e perceber os limites do corpo de cada um e de sempre que necessário procurar ajuda de um profissional.

Fui me fortalecendo e me aprimorando a cada atendimento que eu fazia, tentando adequar as orientações à realidade de cada usuário, a buscar respostas para as demandas

que eles traziam e que eu não conseguia sanar no momento da consulta e a ter um olhar mais amplo a fim de perceber e enxergar o problema além da alimentação. Não posso deixar de citar aqui o caso de uma usuária que foi solicitada uma consulta com nutricionista devido ao fato da pressão arterial estar descompensada e mau controle do diabetes. Relataram que fizeram orientações quanto à alimentação e medicamentos, mas que mesmo assim não havia controle das doenças crônicas. Lembro-me que durante a consulta, antes mesmo de chegar a fazer o inquérito alimentar, pude ir compreendendo as razões para o descontrole. A usuária trouxe questões de conflitos familiares e entre vizinhos, estresse, preocupação e outras coisas relacionadas ao seu meio social e mental. Era impossível dissociar tudo aquilo que me era relatado do fato do não controle da pressão arterial e diabetes.

O estresse contribui para grande número de enfermidades, tanto de ordem psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a hipertensão arterial. Estudos brasileiros com paciente hipertensos e com adultos mostram que os hipertensos exibem aumento significativo na pressão arterial quando submetidos a sessões experimentais de estresse emocional (FONSECA, *et al.*, 2009). Mais que uma orientação nutricional, aquela usuária precisava ser escutada e ajudada a enfrentar as situações que estava passando. Dentro das minhas possibilidades, me coloquei a disposição para escuta da usuária e de suas demandas naquele momento e me propus a traçar estratégias de enfrentamento daquelas situações junto com ela. Dei orientações nutricionais? Sim! Mas naquele momento pude ser mais que uma nutricionista, pude ser um apoio àquela usuária.

3.4 VISITA DOMICILIAR

Ao longo da minha trajetória na residência, pude realizar visitas domiciliares no território das unidades, mas especialmente no território da USF do Parque das Mangabas com certa periodicidade.

A visita domiciliar é uma ótima ferramenta de cuidado para os usuários, mas consegue ser uma ferramenta ainda maior de aprendizado para nós profissionais. Primeiro que entrar na casa do usuário já tem um significado muito grande, pois já rompe o estigma da atenção ambulatorial centrada no consultório. Lidamos diretamente com a realidade do paciente, com seu contexto familiar e com os impactos desses fatores em sua saúde. Nesse sentido, a visita domiciliar oportuniza ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos (ROCHA *et al.*, 2017)

Chama atenção a pluralidade de situações encontradas. Como exemplo tomarei três visitas realizadas. Em uma visita foi possível visualizar a boa condição financeira e de entendimento da família; a atenção ao ouvir as orientações dadas pelos profissionais e como a intervenção precoce e o cuidado continuado em casa fazem diferença na melhora do paciente.

Do outro lado foi possível identificar a insatisfação com a dificuldade de acesso a alguns serviços do SUS; as fragilidades emocionais e a angústia em buscar atendimento com brevidade e de qualidade.

E do outro, percebeu-se as fragilidades do baixo entendimento das orientações dadas pela equipe por parte do cuidador, apesar da grande vontade de ajudar o paciente sob seus cuidados.

Mas o que foi possível identificar de comum entre as três visitas foi a vontade e determinação dos cuidadores em ajudar os pacientes. Cada um dentro dos seus limites de recursos, entendimento e possibilidades.

Cada visita domiciliar realizada deixou sua marca, muitas vezes foram marcas de dor por ver o sofrimento do usuário, outras deixaram a alegria por ver que o usuário estava sendo bem cuidado no seio da família e seguindo bem as orientações da equipe.

Somos sujeitos de transformação, seja por um cuidado de acordo com nossa profissão, por uma simples escuta ou simplesmente um abraço e palavras de conforto. E nas visitas domiciliares tudo isso fica muito mais intenso. Preciso salientar também que para eu ser agente de transformação dessas situações citadas e tantas outras foi e é necessário saber identificar as peculiaridades de cada situação e agir dentro das possibilidades e das demandas de cada

usuário. Esse é o grande diferencial, o olhar centrado no indivíduo e nas suas minuciosas peculiaridades.

Cada visita domiciliar, cada história relatada, cada oportunidade de visualizar a realidade iminente de cada usuário, com certeza me fizeram ter um olhar mais humano perante a vida e contribuiu ainda mais para que minha abordagem profissional seja mais humanizada, singular, acolhedora e para que eu esteja sempre mais atenta às subjetividades do sujeito.

3.5 VIVENDO E CONHECENDO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

A Organização Mundial de Saúde utiliza o termo Medicinas Tradicionais/ Complementares e Alternativas para definir o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina. A inserção das práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS se configura como uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população (LIMA *et al.*, 2014).

Quando iniciei na residência eu sabia bem pouco sobre as PICs, sabia mais o que estava na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Um dos primeiros contatos com as PICs na residência foi com o *Lian Gong*, realizado ainda na semana de acolhimento. O *Lian Gong* é uma prática corporal desenvolvida na China, em 1974, que alia conhecimentos da Medicina Tradicional Chinesa com as artes marciais. Em termos de conceito, *lian* significa “treinar, exercitar”; e *gong* significa “trabalho persistente”, sendo considerado como o trabalho persistente e prolongado de treinar e exercitar o corpo físico com o objetivo de transformá-lo de fraco para forte e de doente para saudável (RANDOW *et al.*, 2017). Em seguida, conheci a dança circular aplicada em um dos grupos por minha R2. As danças circulares têm características potenciais para se trabalhar com grupos, pois são dançadas conjuntamente em roda e, por seu ritmo e coreografia simplificada ser relativamente fáceis de serem executadas em conjunto. Além disso, trazem a propriedade de evocar no grupo que dança estas características; algumas despertam alegria, outras, introspecção, ou entrega, brincadeira, reverência, além da amizade e do contato afetivo, entre outros aspectos (ANDRADA; SOUZA, 2015).

Uma prática que me aproximei bastante durante a residência foi a auriculoterapia. A auriculoterapia chinesa é uma das práticas da Medicina Tradicional Chinesa e é um método que utiliza específicos pontos do pavilhão auricular para tratar várias desordens do corpo. É indicada para o tratamento de muitas enfermidades: dolorosas, inflamatórias, endócrino-metabólicas e do sistema urogenital, enfermidades de caráter funcional, crônicas, infecto-contagiosas etc. (KUREBAYASHI; SILVA, 2017). Nós fazíamos a estimulação com sementes de mostarda. Tivemos grupo de auriculoterapia em duas das três unidades que apoiávamos Phoc III e Piaçaveira. Era maravilhoso promover saúde dessa maneira, e ver como os usuários se beneficiavam com as práticas e como eles davam importância para aquilo. Sem falar que era um meio de cuidado entre nós profissionais também, pois utilizávamos dessa prática sempre que um de nós precisava. Outra prática que me aproximei um pouco mais foi o *Lian*

Gong, pois tive a oportunidade de realizar um curso básico oferecido pela UFBA. No curso aprendi sobre como conduzir os movimentos e aprofundei sobre a teoria.

Recordo-me com bastante saudade do grupo de Práticas Alternativas em Saúde (PAS) que acontecia na USF do Parque das Mangabas. O grupo começou quando eu estava no período de férias, mas no primeiro dia que estive no grupo, não tive como conter a emoção de escutar a história de cada pessoa que estava naquele local. Foi gratificante escutar as expectativas delas e as histórias de superação. Pessoas que venceram a depressão, outras que ainda lutavam contra ela e a ansiedade, outras com doenças graves, como câncer, e que mesmo assim estavam ali com a esperança que o grupo fosse um local de aprendizado e de esquecimento (pelo menos temporário) dos problemas. Senti-me muito bem junto àquelas pessoas e me senti sujeito importante para fazer diferença na vida de cada uma delas. Trabalhamos com artesanato, dança circular, *origami*, pintura em pedrinhas e rodas de conversa. Era um grupo com muita potência, mas infelizmente o grupo não teve continuidade devido à falta de vinculação e periodicidade dos usuários ao grupo e por pouco comprometimento da equipe mínima com a condução e planejamento do grupo. Infelizmente o NASF sozinho não daria conta de conduzir o grupo.

De modo geral, consegui me apropriar bastante das PICs e pretendo aplicar na vida profissional pós residência como forma ampliada de cuidado com os meus clientes.

3.6 GRUPO DE CRIANÇAS DA USF PHOC III

Não posso deixar de falar no meu TCR sobre o grupo de crianças da Unidade do Phoc III. O grupo surgiu devido ao número significativo de crianças com excesso de peso da Escola Sônia Regina, identificados após realização de Programa Saúde na Escola (PSE) para diagnóstico nutricional das crianças. O número de crianças com obesidade no mundo pode chegar a 75 milhões em 2025, tornando a obesidade infantil um dos maiores problemas de saúde atualmente e para o futuro, de acordo com um relatório da Organização Mundial da Saúde (MARTINS *et al.*, 2018).

O grupo foi pensado com o objetivo de trabalhar os hábitos e o comportamento alimentar das crianças de forma dinâmica, lúdica e leve, de maneira a não ter foco na perda de peso, mas sim na qualidade alimentar e na sensibilização da mudança dos hábitos alimentares.

Foram realizados 08 encontros semanais (às terças) nos turnos da manhã e a tarde, de acordo com o turno oposto ao horário de estudo de cada criança. Cada encontro teve duração média de 2 horas. A média era de 16 alunos para o grupo, porém obtivemos a adesão de 13 alunos.

O grupo era só de nutrição, mas contamos com a participação dos professores de educação física e das psicólogas do NASF.

No primeiro encontro, as crianças fizeram atividade intitulada “O que eu gosto de comer”, onde foram entregues para elas nomes de diversos alimentos e uma folha de papel ofício para que cada criança montasse as refeições de um dia da semana. Após a atividade, foram discutidas as preferências em grupo, mas sem discutir o que é certo ou errado.

O segundo encontro foi trabalhado sobre atividade física, onde as crianças puderam perceber que é possível se exercitar brincando.

No terceiro encontro, foram trabalhadas as questões comportamentais. Aspectos como comer devagar, saborear mais os alimentos, observar e sentir o cheiro.

No quarto encontro, as crianças montaram o cardápio do que costumavam comer com as figuras dos alimentos. Em seguida, foi discutido em grupo sobre as melhores opções de substituição e que não é proibido comer, mas atentar para a frequência e quantidade de consumo.

O quinto encontro foi destinado a trabalhar questões de autoestima com participação das psicólogas.

No sexto dia as crianças degustaram frutas a partir dos sentidos. Com olhos vendados, usaram o olfato, o tato e o paladar.

No sétimo dia foi realizada atividade com os pais, intitulada ida às compras. Os pais e as crianças simularam uma ida ao mercado para realizar compras de determinadas refeições. Em seguida discutimos sobre as escolhas e as melhores formas de substituições.

No último dia, as crianças pintaram figuras de frutas, legumes ou verduras e discutimos sobre as preferências de cada um e o conhecimento acerca dos legumes, verduras e frutas.

Ao longo das semanas foi possível perceber em cada relato como eles aprenderam e absorveram os assuntos que foram tratados no grupo. Pude me emocionar com muitos dos relatos das crianças, pois deu para perceber que a sementinha foi plantada dentro das possibilidades e realidade de cada um. Foi muito bom em especial no último dia, onde percebi o quanto as crianças gostaram do espaço e sentirão saudades. Guardarei cada abraço, cada palavra de “Não é proibido, mas tem que comer com moderação”, “Tem que comer devagar e sentir a textura do alimento” cada voz me chamando de “pró”, cada momento e a história de cada um que pude conhecer.

Avalio o grupo como um impacto positivo tanto para as crianças, quanto para o meu fazer como profissional. Apesar de o quantitativo das crianças do grupo ser pequeno, visto que o PSE abrangeu apenas uma escola, houveram crianças da própria escola que não foram autorizadas a participar pelos responsáveis, havendo a grande e real possibilidade de haver muitas outras crianças em situação semelhante em relação ao peso e aos hábitos alimentares. Porém, o objetivo é que essas crianças repassem aos familiares, amigos, vizinhos, etc. as informações que foram passadas e aprendidas por eles. O conhecimento é dinâmico. Tenho certeza que cada um deles carregará a bagagem adquirida nesse grupo.

A gente não pode transformar o mundo, mas o pouco que a gente transforma já faz toda a diferença. Só consigo sentir gratidão pela iniciativa, por ter vivenciado esse grupo e saudades dos pequenos. Carrego o sentimento de dever cumprido e a certeza que a Saúde da Família tem um potencial enorme.

3.7 NASF É LUTA

Durante todo percurso da residência, a sensação era de acordar todos os dias e partir para a luta. Era como se tivéssemos que reafirmar o sentido do nosso trabalho todos os dias, mas não para nós, mas sim para as equipes, para o corpo pedagógico e acredito que para a coordenação também. Não consigo entender se as pessoas realmente não compreendiam sobre nosso trabalho ou não faziam questão de entender.

Aproveito para fazer uma crítica à residência. Creio que por ser um espaço pedagógico a residência deveria investir em um corpo pedagógico (preceptores, apoiadores) que compreendam o trabalho na Saúde da Família, em especial que entenda sobre o trabalho do NASF. Foi luta reafirmar nosso trabalho para os residentes da equipe mínima, mas a luta maior ainda era se deparar com um corpo pedagógico, em especial preceptores, que não compreendiam o nosso processo de trabalho e não se envolviam de forma ativa e colaborativa conosco.

Preciso lembrar aqui da luta com os deslocamentos. Três unidades, completamente distantes uma da outra e às vezes por questão de agenda, precisávamos estar em uma unidade em um turno e no outro turno em outra unidade. Tudo isso envolvia custos com aplicativo de transporte, financiados por nós mesmos. Tivemos a ideia de fazer um “Caixa Uber”, onde mensalmente cada um contribuía com um valor mensal, e o valor total era utilizado por todos para os deslocamentos. Outro ponto importante era a falta de materiais para desenvolver as atividades de forma mais dinâmica. Financiávamos do nosso próprio bolso a compra de tintas, cartolinas, materiais para artesanato, dentre outros. Mas apesar de tudo, fazíamos tudo isso com amor, pois sabíamos que muitos usuários estavam sendo beneficiados com nossas ações.

Outro ponto que era bem crítico era a construção da agenda do NASF. Nossa agenda era construída semanalmente durante as reuniões de NASF e era uma das pautas mais longas. Era uma luta construir agenda para três unidades, sete equipes e tantas atividades (grupos, acolhimento, reuniões, atendimentos, visita domiciliar, articulação de rede). Tínhamos o cuidado de nos dividir para dar o maior apoio que podíamos para as equipes e sempre tentamos pactuar isso juntamente com as mesmas. Porém muitas vezes, devido à alta demanda de atividades, não era possível ocupar todos os espaços da agenda, e o doloroso é que isso não era compreendido pela equipe e/ou preceptores que muitas vezes solicitavam alguém do NASF fixo em alguma atividade ou demandavam algo em cima da hora.

Há coisas que devem ser deixadas no fundo da memória para que os bons momentos possam sobressair. Fizemos nosso trabalho com muita maestria e disso me orgulho muito.

Salas de espera potentes, grupos conduzidos com metodologias ativas, atendimentos compartilhados e individuais, articulação de rede, visitas domiciliares na chuva, sol ou até na lama, matriciamentos transformadores do modo de cuidar e olhar os usuários de maneira integral.

Apesar dos impasses relatados com o corpo pedagógico e com a equipe mínima, também há exceções. Consegui criar bons vínculos com algumas pessoas da equipe mínima, que faziam um esforço para compreender o trabalho do NASF e que nos acolhia na unidade. Destaco como importante a contribuição do corpo pedagógico durante as rodas de campo, rodas de núcleo, turno pedagógico, turno de NASF e rodas de estágio. Foram momentos ricos de compartilhamento de conhecimentos, de aprendizados e de muita contribuição para meu processo formativo.

Com certeza toda luta vivida contribuiu para o meu crescimento e me ajudou a transcender além do meu papel como nutricionista. Já não olho os problemas com a mesma perspectiva e tenho a convicção que eles nunca serão maiores do que minha vontade de fazer acontecer. Enfim, já dizia o provérbio chinês *“Vitória sem luta é triunfo sem glória”*.

4. SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA

O segundo ano da residência traz muitas inquietações e ansiedade quanto aos novos campos de atuação nos estágios, quanto à recepção aos novos residentes e como será o perfil de cada um, como também é o início de uma preocupação de como vai ser quando o ciclo da residência for concluído.

Com a chegada dos R1s inicia-se o processo de iniciação à preceptorial que visa o acolhimento e apoio aos residentes do primeiro ano, com o desenvolvendo de ações em conjunto, contribuindo para a apropriação gradativa das atividades e casos.

No processo de divisão para os estágios, eu fiquei no grupo 4 que tem como primeiro estágio o eletivo/férias. Sendo assim, só tive contato com os R1s durante um mês após a chegada deles e logo em seguida passei dois meses e meio fora dos serviços em Camaçari. Acredito que essa quebra inicial de convivência com os R1s, tenha contribuído para uma pouca aproximação e vínculo com eles.

4.1 ELETIVO/FÉRIAS

O período do eletivo/férias foi de muito aprendizado, descanso e reposição de energia. Pude estar voltada a uma área que sou apaixonada, entender sobre o fluxo dos pacientes renais do município de Camaçari e cidades vizinhas, conviver com profissionais acolhedores e o melhor de tudo: descansar durante as férias.

De imediato, quando fiquei no grupo 4, fiquei muito mal por ser o primeiro grupo a sair e por não ter ainda nenhum lugar em mente para ir fazer o eletivo. Mas pude contar com a ajuda de uma das integrantes da equipe de coordenação, que me direcionou e me ajudou a articular o estágio no NEFROVIDA.

O Centro de Nefrologia da Bahia- NEFROVIDA, situado na Rua Luís Eduardo Magalhães, 70 Jardim, Camaçari, é um serviço de hemodiálise ambulatorial, que conta com rede de atendimento 100% SUS. É vinculado à regulação estadual e municipal de Camaçari. O público alvo do serviço são indivíduos com Insuficiência Renal Crônica grau V com idade mínima de 16 anos. Abrange usuários dos municípios de Camaçari, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, Candeias e Simões Filho.

De acordo com censo de 2017 realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN estima-se que existam 126.000 pacientes em tratamento dialítico no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2017).

No Brasil, a atenção primária à saúde tem caráter estratégico na realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, sendo responsável pelo encaminhamento precoce dos pacientes com doença renal crônica para a atenção especializada, onde será instituída a terapêutica apropriada e garantir um preparo adequado para a iniciação às terapias de substituição renal (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Meu interesse pelo campo da nefrologia e cuidado ao paciente renal crônico vem desde o período da graduação. No início do curso em nutrição, meu pai descobriu ser portador de Doença Renal Crônica em estágio dialítico e faleceu pouco tempo depois de iniciar o tratamento. Com isso, aumentou ainda mais meu interesse pela patologia e tive a oportunidade de aprofundar o conhecimento em tratamento conservador, estagiando no ambulatório de nefrologia do Complexo HUPES durante a graduação.

Na residência, vi a oportunidade de vivenciar a assistência ao paciente renal crônico em tratamento dialítico, por meio do estágio eletivo na NEFROVIDA, que é referência para pacientes renais crônicos do município de Camaçari.

Como nutricionista da atenção básica, eu já havia atendido alguns pacientes com doença renal crônica já em tratamento dialítico, como também em estágio avançado da doença, mas sem tratamento dialítico. Diante disso, meu objetivo foi entender e vivenciar, na prática, como se dá a assistência ao paciente renal crônico no município onde atuava na residência, assim como entender o fluxo de encaminhamento dos pacientes para a clínica e a articulação com a atenção básica.

. Foi muito bom vivenciar a prática do cuidado do paciente renal crônico. Pude absorver muito aprendizado, não só da minha área profissional, mas também com a equipe multiprofissional eu pude aprender bastante. Em especial, destaco o convívio com assistentes sociais, pois na residência não há contato direto e diário com esses profissionais.

Foi uma experiência enriquecedora. Pude desenvolver conhecimentos, habilidades e atuar na perspectiva clínico-assistencial aos usuários da clínica. A cada encontro com os pacientes, foi possível reforçar a humanização enquanto prática cotidiana do cuidado, assim como utilizar o espaço como apoio e orientação para o cuidado em saúde.

Algo que destaco como muito positivo também, foi poder atuar com metodologias que estimulem a autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários na produção do auto cuidado. As orientações nutricionais eram passadas, mas a todo o momento os usuários eram lembrados da sua corresponsabilização com sua saúde e cuidados com a alimentação.

Destaco como positivo a autonomia que me foi dada pela nutricionista que me acompanhou durante o estágio. Ela demonstrou confiar no meu trabalho, me deixando bem a vontade para desenvolver as atividades durante o estágio. Acredito que isso contribuiu para meu crescimento como profissional e para adquirir mais autoconfiança.

Penso que pude contribuir muito, juntamente com a nutricionista, no cuidado e assistência aos pacientes. Deu para sentir, por meio de cada relato de alguns deles, o quanto eu fiz a diferença e como eles gostaram do período em que estive na clínica.

4.2 RETORNO PÓS ELETIVO/FÉRIAS: PEIXE FORA D'AGUA

Ao retornar do eletivo/férias, fui tomada por uma sensação estranha, pois muita coisa estava diferente de como quando eu saí para o eletivo. Mudança de dias de reuniões, mudanças de grupos, alterações de agenda do NASF, relações de trabalho estremecidas, ausência de preceptores, enfim, eu já esperava que os R1s colocassem a identidade deles no processo de trabalho e que eu encontraria muita coisa diferente. Mas foi estranho o retorno, a sensação era como se eu fosse R1 novamente - bem louco isso.

Mas de todas as mudanças, o que mais me impactou foi perceber que as relações entre o pessoal do NASF não estavam tão harmônicas como estava quando eu saí. Percebi o quão a equipe estava desconecta, tanto R1 com R1, como R2 com R2 e como R1 com R2. Foi triste perceber essa situação.

O NASF quando eu saí para o eletivo estava com um trabalho bem coeso, éramos um grupo com relações muito fortes e compartilhadas. Na volta percebi um NASF desconecto cada um fazendo sua parte dentro do seu núcleo e com formação de subgrupos dentro do próprio NASF. Muitas dessas características podiam implicar no processo de trabalho e no cuidado aos usuários.

É preciso que tenha cooperação e responsabilidade entre os membros das equipes para uma melhor coordenação do cuidado. Com isso, é essencial o reconhecimento por parte dos profissionais sobre sua importância no trabalho e a contribuição de uns para com os outros (FURTADO, 2016). Os vínculos por vezes, geram relações interpessoais que facilitam o trabalho em grupo e ajudam na resolução de conflitos. É justamente desses vínculos que o NASF é sustentado.

Aos poucos, nas entrelinhas, fui tentando entender todo o processo e me inserir nas atividades.

4.3 O DESAFIO DO ESTÁGIO EM GESTÃO

Na nova realidade de R2, me deparei com o estágio em gestão. Eu nunca criei nenhuma expectativa positiva ou negativa quanto ao estágio, porém imaginava que não seria algo que eu tenha interesse de atuar futuramente, fora da residência. Cheguei de coração aberto, disposta a aprender e contribuir com o serviço. Fiquei na equipe de planejamento.

O estágio em gestão provocou em mim muita inquietação no início, por ser algo novo na minha vida profissional.

A primeira atividade foi sobre avaliação do Plano Municipal de Saúde (PMS). O PMS é um instrumento flexível e dinâmico que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender necessidades de saúde da população do município relacionado (SALIBA *et al.*, 2013). Como é um documento dinâmico, sua avaliação deve ser constante a fim de possibilitar ajustes que porventura sejam necessários. Porém, essa foi uma demanda angustiante, pois tínhamos que criar uma metodologia de avaliação do PMS. No entanto, a literatura não trazia nada de metodologia de avaliação e eu não tinha muita apropriação sobre o documento do PMS. Uma fase tensa, principalmente porque eu me cobro demais e sentia que não estava avançando muito.

Depois dessa fase, as coisas foram melhorando. As atividades foram solicitadas aos poucos e eu já conseguia fazer o passo a passo para conseguir concluir o que foi solicitado. Com isso, fizemos a avaliação dos indicadores, metas e cálculos do PMS.

Em seguida, pude aprender como utilizar as bases de dados e fizemos pesquisas para levantar dados de indicadores saúde do município, a fim de traçar o perfil epidemiológico. Os indicadores de saúde, que se configuram como parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar a situação de saúde, bem como fornecer subsídios para o processo de planejamento. Por meio dos indicadores, é possível acompanhar tendências históricas de diferentes coletividades na mesma época, ou da mesma coletividade em diferentes períodos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Essa parte foi um treinamento para que soubéssemos como utilizar as bases de dados.

O trabalho em gestão no Codeplan é bem complexo e requer muito planejamento e organização, além de muito conhecimento sobre os instrumentos de gestão utilizados (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão). E esse conhecimento é adquirido com o tempo e com prática, porém em 2 meses e meio de estágio não é possível tanta apropriação. Porém, próximo da finalização, sinto que já estava

conseguindo assimilar mais o processo de trabalho da gestão e compreender melhor as demandas solicitadas.

Nesse estágio pode estar com duas residentes bem próximas, sendo assim nossa relação fluiu bastante, apesar do processo de dificuldades individual de cada uma. Com relação aos servidores do estágio, eram pessoas bem providas de conhecimento sobre o serviço e tinham uma relação muito boa de trabalho entre elas. O interessante é que nesse estágio, nós residentes somos bem incluídas no processo de trabalho. As rodas de campo do estágio foram bem interessantes. Os temas auxiliaram a assimilar muita coisa do ambiente do trabalho em gestão. A metodologia aplicada nas rodas pelo facilitador ajudou a tornar o ambiente mais agradável e menos maçante.

Apesar das dificuldades durante o estágio, a vivência no espaço foi muito importante, pois a vivência das responsabilidades da gestão municipal previstas na política nacional da atenção básica, permitiu fazer conexões e reflexões críticas a partir da realidade vivenciada durante a atuação nos serviços residência.

4.4 ESTÁGIO EM REDES

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Meu estágio em redes foi realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CER II). O CER II tem o objetivo de ofertar às pessoas com deficiência física e intelectual, um serviço especializado, voltado para a reabilitação físico-funcional, buscando o desenvolvimento de potencialidades nas atividades de vida diária e laborais, contribuindo para sua inclusão e integração social e familiar.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, sendo resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais. É voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), assim define como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010).

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família até os Serviços de Reabilitação e hospitais (BRASIL, 2010). Os centros de reabilitação devem ser qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas portadoras de deficiência. As ações deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, sendo fundamental, o fornecimento de órtese, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia necessária (BRASIL, 2002). O CER II de Camaçari conta com equipe multiprofissional (psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo e médico) e com serviço de fornecimento de cadeira de rodas e alguns itens auxiliares, porém a oferta é muito baixa em relação à demanda, tendo listas de espera com número bem significativo de usuários.

O CER II não foi minha opção de estágio. Eu iria estagiar no Centro Pediátrico que era uma opção que eu realmente queria por me identificar com a área e o serviço. Porém

aconteceram alguns impedimentos que impossibilitaram o estágio de ocorrer, sendo me dada a opção do CER II.

O caminho no estágio foi trilhado com certa desmotivação. Era nítido que o serviço não se prepara para receber a residência e que éramos estranhos àquele local. Tivemos que a todo o momento buscar nosso espaço, correr atrás para nos inserirmos em algo, buscar serviço. Reconheço que isso é um processo importante, porém é exaustivo e desestimulante, principalmente por ser o último estágio e devido ao cansaço de toda luta na trajetória da residência. Sem contar na falta de espaço físico. Éramos sete residentes e muitas vezes não havia cadeira para sentar, ficávamos no chão e nas macas totalmente desconfortáveis. Sem falar da falta de recursos para desenvolver o trabalho, tais como internet e computadores funcionando.

Mas continuamos firme na luta. Na tentativa de conquistar nosso espaço no serviço e deixar claro o porquê estamos ali, tivemos uma reunião com os profissionais do CER II, onde explicamos o papel da residência e nossas propostas de trabalho no serviço. Apesar de não ter todos os profissionais, o espaço foi bem rico e esclarecedor, pois pudemos sanar dúvidas dos profissionais do CER II quanto ao nosso trabalho, como também receber sugestões deles quanto aos temas que poderíamos trabalhar no serviço.

O tema proposto a ser trabalhado foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, geralmente dedicado a situações mais complexas. É resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (SILVA *et al.*; 2013). Para dar início às discussões, fizemos uma reunião onde apresentamos o passo a passo da construção de um PTS e discutidos as possibilidades de construção de PTS no serviço. Como produto, elaboramos uma cartilha explicativa sobre PTS, contendo toda definição e passo a passo para sua construção.

Acredito que o estágio seria mais bem proveitoso se eu tivesse tido mais contato com a nutricionista que atua no serviço, porém por incompatibilidade de agenda ela não pôde participar das reuniões e a agenda de serviço dela não coincidia com meus dias de estágio. Mas, ainda assim, o estágio foi bem proveitoso, apesar das dificuldades, pois pude vivenciar o cuidado da pessoa com deficiência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi recheada de experiências, emoções, desafios, aprendizados diários e criação de vínculos tanto profissionais quanto pessoais.

Creio que ninguém passa pela residência e sai como entrou. As inúmeras vivências nos fazem ter um olhar diferente ao próximo, um novo jeito de acolher, uma melhor escuta.

Relembrar todo caminho que percorri e o que atingi no período de dois anos mostra que não sou a mesma de dois anos atrás. A nutricionista Juliana, agora especialista em Saúde da família, consegue atuar de forma mais ampla, mais humana, considerando as várias formas de pensar a saúde, o indivíduo e o meio em que este convive. Destaco também, a autonomia que consegui desenvolver durante o período de residência, o estímulo a minha criatividade e o olhar crítico frente às situações.

O crescimento pessoal e profissional não se dissocia. As diversas situações presenciadas me fizeram ser mais empática, valorizar mais o que tenho, o que sou e as pessoas que me cercam.

Por fim, o processo de formação na residência multiprofissional em saúde promove qualificação da prática profissional na assistência ou docência, contrapondo-se ao modelo biológico/ biomédico, sendo um espaço de constante educação permanente, assim como contribui para o fortalecimento do SUS.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADA, P. C.; SOUZA, V. L. T. **Corpo e docência: a dança circular como promotora do desenvolvimento da consciência.** São Paulo: Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 2015.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado.** São Paulo: Saúde e sociedade, 2011.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. **Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2017.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- 2016/2019.** Brasília: CAISAN, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1060,** de 5 de junho de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil.(Cadernos de Atenção Básica, n. 39) 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, 2014.

CERVATO-MANCUSO, A. M. *et al.* **A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano.**Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva,2012.

FONSECA, F. C. A. *et al.* **A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial.** Rio de Janeiro: J. bras. psiquiatr., 2009.

FURTADO, E. C. A. **Gestão de conflitos em unidades básicas da região leste de saúde do DF.** Universidade de Brasília, 2016.

KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. **Auriculoterapia chinesa para melhorar a qualidade de vida da equipe de enfermagem.** Brasília: Rev. Bras. Enferm., 2015.

- LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. **Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde.** Botucatu: Interface (Botucatu), 2014.
- MARTINS, A. R. *et al.* **Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica.** Rio de Janeiro: Rev. bras. educ. med., 2012.
- MARTINS, T. A. *et al.* **Fatores de riscos metabólicos em crianças na atenção primária à saúde.** Rev baiana enferm, 2018.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família.** São Paulo: Saúde e sociedade, 2010.
- OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. **Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica.** Rio de Janeiro: Rev. bras. educ. med., 2012.
- PEIXOTO, E. R. M. *et al.* **Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2013.
- PRADO, G. V. T.; SOLIGO, R. **Memorial de formação: quando as memórias narram a história da formação. Porque escrever é fazer história: revelações, subversões, superações.** Campinas, SP: Graf, 2005.
- RANDOW, R. *et al.* **Lian gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde.** Fortaleza: Rev. Bras. Promoção Saúde, 2017.
- ROCHA, K. B. *et al.* **A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura.** Lisboa: Psic., Saúde & Doenças, 2017.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SALIBA, N. A. *et al.* **Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão.** Bioscience Journal, 2013.
- SILVA, J. Q. G. **O memorial no espaço da formação acadêmica: (re)construção do vivido e da identidade.** Florianópolis: Perspectiva, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA: **censo de diálise,** 2017.