



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



LISANE DA SILVA OLIVEIRA

**NARRATIVAS DE UMA NUTRICIONISTA DO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): ENTRE MEMÓRIAS, AFETOS E
RESSIGNIFICAÇÕES**

CAMAÇARI

2020

LISANE DA SILVA OLIVEIRA

**NARRATIVAS DE UMA NUTRICIONISTA DO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): ENTRE MEMÓRIAS, AFETOS E
RESSIGNIFICAÇÕES**

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

Orientadora: Raísa Dourado Almeida

Bahia

2020

Sumário

INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO 01 – DO NASCIMENTO À RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	7
CAPÍTULO 02 - MOMENTO DE CHEGADA	12
CAPÍTULO 03 – DESAFIOS E POTENCIALIDADES DE SER NUTRICIONISTA NO NASF-AB	19
CAPÍTULO 04 - MEMÓRIAS DE UMA NUTRICIONISTA NO NASF.....	21
CAPÍTULO 05 – A REVIRAVOLTA	39
CAPÍTULO 06 – UM NOVO RECOMEÇO	42
CAPÍTULO 07 – ATUAÇÃO DE UMA NUTRICIONISTA NO ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL	44
CAPÍTULO 08 – MINHAS IMPRESSÕES ESTANDO NA GESTÃO DE CAMAÇARI	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	50

INTRODUÇÃO

Podemos definir a Atenção Primária a Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) como um conjunto de atividades no campo individual, familiar e coletivo, envolvendo a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e a vigilância em saúde. Tais ações devem ser realizadas através de uma equipe multiprofissional, por meio de ações de cuidado integral e gestão qualificada conduzido a uma população em território definido, onde as equipes possuem responsabilidade sanitária. Assim, como uma estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS a partir de 1994, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família tem o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, norteados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como promover a formação de profissionais para atuarem na ESF. É promovido pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fiocruz, que tem como missão promover soluções inovadoras para o SUS.

O Programa de Residência tem a duração de 24 meses, com carga horária total de 5.760 horas, o que corresponde a 60 horas semanais distribuídas entre carga horária teórica (20%) e carga horária prática e teórico prática (80%). As atividades teóricas constituem nas rodas de campo, de núcleo e matriciais, seminários, elaboração do portfólio, TCR e Grupos Diversidades. Já as atividades práticas e teórico práticas estão relacionadas a vivência em serviço, turno pedagógico de campo e núcleo e a assembleia de residentes (Projeto Político Pedagógico, 2018).

No primeiro ano, o residente assume o serviço de saúde (USF) com suporte pedagógico necessário do preceptor, apoiador pedagógico de núcleo (APN) e apoiador pedagógico de campo (APC). O preceptor apoia o residente no desenvolvimento de competências, atuando in loco e conta com o suporte, assim como os residentes, do APN e do APC. O APN é responsável pela assistência técnico-pedagógica da mesma categoria e o APC é o profissional que atuará com os saberes e práticas relacionados ao trabalho em equipe e ao desenvolvimento da atenção à saúde no território (FESF, 2018).

Já no segundo ano de residência, o residente passa por três campos de estágio: Rede de Atenção à Saúde (RAS) – serviços de atendimentos especializados, que envolve atenção a saúde a população em geral e a públicos específicos, com duração média de seis meses; Gestão com duração de três meses e o Estágio Eletivo com duração de 45 dias. Paralelo a realização dos

estágios, o residente continua atuando no serviço duas vezes na semana, com atividades pactuadas com a preceptoría. Neste ciclo, além do preceptor, aparece a figura do apoiador pedagógico matricial (APM), que auxilia o residente no desenvolvimento das atividades nos estágios.

Com relação aos campos de prática, quando iniciei em 2018, o programa era desenvolvido em três municípios da região metropolitana de Salvador: Lauro de Freitas, Camaçari e Dias d'Ávila. Atualmente não possui mais o campo de Lauro de Freitas, devido a questões que serão tratadas posteriormente neste memorial. Atuei por nove meses em Lauro de Freitas e posteriormente em Camaçari, onde concluí a residência.

Segundo a Resolução Nº 5, de 07/11/2014, Art 3, § 2º da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS):

Ao final do programa, o profissional de saúde residente deverá apresentar, individualmente trabalho de conclusão de residência, consonante com a realidade do serviço em que se oferta o programa, sob orientação do corpo docente assistencial, coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU.

O Programa de Residência da FESF possui como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família a elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Segundo o Projeto Político Pedagógico (PPP) da Residência, o modelo de memorial de formação tem como objetivo alinhar a lógica do processo de formação em serviço, a abordagem construtivista, a produção de significado sobre o processo formativo e a possibilidade de avaliação final de forma mais consistente no que se refere ao desenvolvimento das competências esperadas.

O memorial (do latim *memoriale*) é a escrita de memórias e significa escrito que relata acontecimentos memoráveis importantes para aquele que o produz, tendo em conta as suas memórias, onde o próprio autor é o protagonista. Diferentemente da autobiografia, não há compromisso de narrar toda a vida. Tem-se a narrativa como importante veículo para tornar público o que fazemos - assim podemos ter as nossas histórias contadas (PRADO; SOLIGO, 2005).

Este memorial tem como objetivo descrever as minhas memórias enquanto nutricionista na APS, correlacionando com os afetos e ressignificações envolvidas ao longo destes dois anos de formação. A elaboração iniciou em setembro/2019, se iniciando com a leitura de alguns

autores a respeito do memorial, das postagens individuais realizadas no AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) e trabalhos realizados por residentes de turmas anteriores.

A minha infância foi o ponto de partida escolhido para a minha narrativa.

A construção deste memorial foi muito desafiadora, devido ao fato de ser o meu primeiro contato com esse formato de trabalho. No entanto, me permitiu resgatar acontecimentos importantes ao longo desses dois anos, trazendo à tona sentimentos, como alegrias, tristezas, inquietudes, bem como insatisfações e satisfações.

CAPÍTULO 01 – DO NASCIMENTO À RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Começo este memorial trazendo um pouco da minha trajetória. Nascida e criada em Salvador, porém com familiares oriundos do interior da Bahia, mais precisamente do município de Serra Preta, localizado a 169 km de Salvador e com aproximadamente 16 mil habitantes. Meu pai era motorista de ônibus e minha mãe, dona de casa. Ambos não conseguiram concluir o ensino fundamental, pois tiveram que trabalhar desde a infância para ajudar nas despesas domésticas. Após o casamento decidiram se mudar para Salvador, com o objetivo de ter maior acesso a trabalho, e assim, uma melhor condição de vida.

Quando eu tinha 03 anos de idade, meu pai faleceu por traumatismo craniano devido uma queda. Após o falecimento, minha família (meu irmão, minha irmã e minha mãe) tivemos que nos apoiar ainda mais uns aos outros.

Com exceção a esta perda, minha infância foi marcada por momentos maravilhosos. Gostava muito de brincar de boneca, lego, massa de modelar, pula-corda, esconde-esconde, pega-pega, amarelinha e dentre outras brincadeiras. Brincava muito com minha irmã e outros amiguinhos. Também gostava de assistir desenho animado, dançar, de jogar videogame com meu irmão e de escrever no diário. Nas férias, sempre viajava para a casa dos meus avós no interior, onde as brincadeiras ficavam ainda melhores devido a presença dos meus primos e pelo contato com a natureza.

Quanto a minha trajetória escolar, aos 04 anos entrei em uma escola particular de pequeno porte no meu bairro, onde concluir todo o ensino fundamental I. Com 10 anos, iniciei meu percurso no ensino público em uma escola municipal. Sempre fui muito estudiosa, tanto que, ao longo da minha trajetória escolar, participei de algumas premiações, como a obtenção da medalha de prata na Olimpíada Brasileira de Matemática das Escolas Públicas (OBMEP) e medalha de ouro na Olimpíada Municipal de Matemática das Escolas Públicas. No entanto, matemática nunca foi a minha matéria preferida na escola. Sempre gostei muito de ciências, principalmente dos assuntos relacionados ao corpo humano. Me lembro de uma aula sobre classificação dos alimentos (reguladores, construtores e energéticos) na qual eu fiquei encantada com o papel dos alimentos de uma maneira bastante simples.

Além disso, reportagens em programas de televisão, em especial o Globo Repórter, me fizeram interessar pela nutrição. O Globo Repórter trata-se de um programa de TV que aborda

temáticas relacionadas a atualidades, ciência, natureza, saúde, dentre outras. Assim, sempre apresenta assuntos relacionados a nutrição e alimentação, como por exemplo: “*alimentação saudável, alimentos que previnem o Alzheimer*”. Foi a partir daí, que eu comecei a querer saber mais sobre o mundo dos alimentos. E assim, por volta dos meus 12 a 14 anos, brotou em mim o desejo de ser nutricionista. Eu queria estudar mais sobre o poder dos alimentos e o quanto eles poderiam auxiliar na manutenção da saúde.

Em 2009, entrei no Instituto Federal da Bahia (IFBA) para cursar o ensino médio-técnico. Escolhi fazer o curso de Hospedagem, pois buscava me aprimorar nos idiomas inglês e espanhol e ter um ensino médio de qualidade para entrar em uma universidade pública. O IFBA foi transformador na minha formação, por isso me recordo com muito afeto daquele lugar. Foram 04 anos de intenso aprendizado e de desenvolvimento enquanto pessoa e estudante, o que ajudou muito no meu desenvolvimento político e crítico, onde comecei a compreender melhor a conjuntura político-econômica-social do Brasil e suas interfaces com a minha realidade.

Neste período estava na minha adolescência. Foi uma fase muito bacana da minha vida, onde tive novas experiências. Mas nem tudo foram flores, a adolescência é uma das fases muito complexa e delicada. Ao longo do meu primeiro e segundo ano no IFBA, ganhei em média 8 kg, tendo assim mudanças significativas no meu corpo. Isso se deu principalmente devido a alteração no meu hábito alimentar – comecei a comer diariamente *fastfoods* e alimentos ultraprocessados. Este hábito se tratava de uma forma de inserção social, uma vez que todas as minhas amigas iam para lanchonete no intervalo da escola, sendo um momento muito prazeroso de reunião. Como eu seria a única a levar um lanche de casa para a escola? Sentia vergonha. Hoje, eu vejo uma realidade bastante similar com ao atender público adolescente, sendo um dificultador no processo de cuidado.

Na adolescência, é comum ocorrer mudanças no comportamento alimentar, principalmente devido às modificações fisiológicas (aumento do metabolismo, da necessidade energética, aumento da massa adiposa em meninas), maior acesso à tecnologia (a mídia com padrões de beleza) e o ambiente social em si. Aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais são potenciais determinantes na escolha dos alimentos nesse período, interferindo diretamente na formação dos hábitos alimentares. Assim, os alimentos consumidos refletem nas preferências individuais que são moduladas por determinantes genéticos, culturais, sociais, ambientais, econômicos e de saúde (CORRÊA et al., 2017).

Não tardou muito para que as insatisfações com a minha imagem corporal começassem a me incomodar. Eu achava o meu rosto bonito, mas não gostava do meu corpo, pois estava com sobrepeso. Sempre me comparava com as outras meninas da minha idade e queria me encaixar nos “padrões de beleza” - ser magra. Com tempo, eu fui percebendo que os corpos não devem ser padronizados, pois eles carregam a nossa história.

Essa insatisfação é uma realidade vivida por muitas adolescentes, infelizmente. Vejo que os “padrões de beleza” continuam fortes, porém o movimento contrário de empoderamento feminino vem crescendo também. De certa forma, foi importante para mim estar neste lugar, pois desenvolvi um olhar mais ampliado para prestar cuidado a este público, entender tudo o que envolve esse processo, para além do alimento.

Após o quarto ano, com mudanças no meu estilo de vida, comecei a ter uma perda de peso e a ter uma relação melhor com o meu corpo e com a comida. Foi um processo leve e eu não me pressionava tanto em perder peso. Comecei as mudanças no meu hábito alimentar de maneira gradual, iniciei a prática do exercício físico e tomei umas doses de autoestima e autocuidado. Percebi que quando as questões de imagem corporal foram deixando de ser o centro das minhas atenções, o processo de perda de peso e de melhora do estilo de vida foram mais significativas.

Já no terceiro ano do ensino médio, comecei a prestar o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e o vestibular como forma de teste para o ano posterior. No entanto, acabei sendo aprovada no curso de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e ganhando uma bolsa integral no Programa Universidade Para Todos (Prouni). No entanto, não pude cursar porque não tinha o certificado de conclusão do ensino médio. No quarto ano, prestei novamente. Era um momento decisivo na minha vida. Ao longo deste ano, tive várias dúvidas se era a nutrição mesmo que eu queria, pensava em estudar à noite pois queria trabalhar e cheguei a pensar em fazer enfermagem, farmácia ou até mesmo engenharia de produção. No entanto, prestei vestibular para o curso de nutrição na UFBA novamente e tentei uma bolsa integral de enfermagem na Universidade Salvador (UNIFACS) pelo Prouni no turno noturno. Consegui passar em ambos processos seletivos, no entanto optei por ir para UNIFACS e fazer enfermagem. Uma das motivações era acreditar que o mercado de trabalho e a remuneração era melhor, além de poder trabalhar durante o dia.

No entanto, ao chegar na UNIFACS me estranhei com o ambiente que era totalmente diferente do lugar que estava habituada – escolas de ensino público. Lá não tinha muitos espaços

de interação com os colegas e a minha turma era composta basicamente por técnicas de enfermagem que trabalhavam durante o dia e fazia faculdade durante a noite. Comecei a ter pesadelos e meu subconsciente pedia socorro. Neste período – meados de novembro de 2013 – consegui entrar no Programa Jovem Aprendiz (CIEE), como auxiliar administrativo em um Hotel renomado em Salvador. Este acontecimento me deixou muito satisfeita, pois finalmente estava conquistando uma certa independência financeira. No entanto, percebi que o curso de enfermagem não era o que eu queria.

Assim, me escutei e resolvi prestar vestibular pela terceira vez. Em relação aos resultados do ENEM, passei em nutrição na UFBA novamente e ganhei a bolsa de nutrição na UNIFACS pelo Prouni no turno matutino. Neste momento, me vi em um misto de felicidade e sofrimento pois estava em um impasse. Caso eu fosse pela UFBA – um sonho antigo – teria que desistir do estágio que já estava em articulação para a minha transferência ao setor de nutrição do hotel. Assim, tomei a decisão de continuar na UNIFACS, porém no curso de nutrição. Minha rotina estava conforme o planejado: ia para faculdade durante a manhã e, pela tarde, ia para o estágio na minha área no hotel.

Fiquei com essa rotina no período de 2013 a 2015. Quando o estágio acabou, foi quando eu parei e pensei de fato sobre a minha escolha. Comecei a focar em traçar uma boa trajetória universitária, no entanto, eu sabia que na UFBA as oportunidades eram muito maiores. No entanto, não desanimei e segui buscando pelo aprimoramento que eu queria. Esse fato de ter passado em uma universidade pública e não ter ido por algumas questões, por muito tempo mexeu comigo. Fico pensando se caso eu tivesse ido se as possibilidades de caminhos seriam diferentes ou mais fáceis. No entanto, vejo que estou seguindo exatamente o caminho que eu gostaria de seguir.

E é nesse contexto que entra a residência. Já no primeiro semestre da graduação, na disciplina Práticas de Nutrição I, uma professora me contou sobre o processo de formação dela na Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Sociedade Hólon. A partir de então, comecei a buscar mais informações nos editais e, vi que precisava obter títulos para poder ter uma melhor pontuação e assim eu fiz. Ao fim desta disciplina, eu não só me vi interessada na residência, quanto também na saúde coletiva. Principalmente os dois últimos anos da graduação foram dedicados a realizar monitorias de disciplinas (técnica dietética e terapia nutricional), participar de projetos de pesquisa, estágios extracurriculares, participação em eventos científicos e projetos de extensão. Para tanto, foi

necessário extrapolar os muros da Universidade e estabelecer outras conexões. Todo esse processo foi fundamental na construção do meu ser profissional, indo para além do saber técnico.

Comecei a perceber ao longo do curso que a Saúde Coletiva poderia ser uma área da nutrição que me realizaria muito enquanto pessoa e profissional, pois era algo que se encaixava muito com a nutrição que eu acreditava – uma nutrição acessível para a população e com ênfase na promoção à saúde e prevenção de doenças. Na graduação, obtive uma vivência muito bacana em duas disciplinas intituladas como Programa Saúde na Comunidade I e II (PISCO I e II) - disciplinas teórico-práticas desenvolvidas em unidades de saúde da família, que tem como objetivo aprimorar as habilidades e competências para atuação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas disciplinas, para além do estágio curricular, me auxiliaram na compreensão da atuação do nutricionista na APS.

Foram 04 anos de muito aprendizado na UNIFACS, onde eu conheci muita gente bacana e pude me apaixonar ainda mais pela nutrição. Estes anos passaram de uma forma muito breve, porém tentei esgotar tudo que a universidade poderia me oferecer, bem como conhecer outros espaços extramuros. Na reta final a conclusão, sentia muita insegurança com o mercado de trabalho e vivia um misto de sensações (querer concluir logo o curso *versus* continuar na “zona de conforto” da universidade).

No último ano da graduação, em meio a turbulências do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e dos estágios curriculares, resolvi prestar os processos seletivos para os Programa de Residência Multiprofissional em Nutrição Clínica pela SESAB e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ. Procurei não criar muitas expectativas de aprovação, pois o tempo de preparação para a seleção foi curto devido as demandas da universidade. Em paralelo, tentava me preparar o máximo possível para as duas seleções. Quanto aos resultados, no programa da SESAB cheguei a ir para a segunda etapa, porém não consegui ser habilitada. Já na FESF-SUS, consegui aprovação em primeiro lugar, sendo um momento de extrema felicidade! Nunca irei me esquecer do dia que eu soube o resultado.

O fato de já sair da graduação e iniciar a residência significou muito para mim, pois tinha muito medo da frustração, mesmo compreendendo que faz parte dos processos da vida. Estava prestes a vivenciar dois anos de grande intensidade, transformações, descobertas e aprendizado. Em 07 de abril de 2018, já alocada na residência, coleei grau em Bacharel de Nutrição – o momento mais emocionante da minha vida até então.

CAPÍTULO 02 - MOMENTO DE CHEGADA

O início de tudo

No início de março iniciava a minha trajetória na Saúde da Família, que eu espero que seja longa. Era um momento de intensa felicidade, expectativa muito alta - primeira experiência profissional, aprendizado, atuação no SUS - e intensa inquietude em querer descobrir o mundo da Saúde da Família e o meu papel enquanto nutricionista do NASF.

Ao chegar na residência, eu não compreendia praticamente nada sobre o trabalho do NASF. O que não poderia ser diferente, uma vez que é realmente muito desafiador compreender a sua lógica de trabalho. Me recordo que logo no início, questionei a minha R2 – residente do segundo ano de nutrição - como funcionaria a minha agenda e me surpreendi quando vi que apenas teria um turno de atendimento individual por semana. Pensei: E agora? O que eu farei nos outros sete turnos? Como é isso? Esse fato mostra o quanto minha visão era restrita ao atendimento individual.

Apesar de ter tido a disciplina de Saúde Coletiva na graduação, eu estudei muito superficialmente sobre o NASF: compreendia que era uma equipe multiprofissional que prestava apoio as equipes. Contudo, mesmo a minha base teórica sendo rasa, entendo que a teoria não consegue dar conta da complexidade que é fazer parte deste núcleo. Falava-se tanto sobre o apoio matricial, mas eu não conseguia visualizar na prática.

Além disso, meu estágio curricular em Saúde Pública foi em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde a atuação do nutricionista ocorre de maneira diferente da sua atuação no NASF. Nas atividades desenvolvidas pelos nutricionistas que atuam da UBS, existe um predomínio de frequência de ações de assistência e tratamento (atendimento individual, prescrição dietética, visita domiciliar). Por outro lado, nas ações dos nutricionistas que atuam no NASF predominam as atividades de promoção a saúde (CERVATO-MANUSCO et al., 2012).

Por ter sido a minha primeira experiência, inicialmente, foi difícil me enxergar enquanto nutricionista no processo em meio a toda a responsabilidade que isto envolve. Todas as vivências ao longo deste tempo, construíram e reconstruíram à minha maneira de atuar, de pensar e de me ver enquanto profissional e de “fazer” saúde.

Me recordo do dia em que fiz a matrícula na sede da FESF-SUS. A escolha do município de alocação ocorreu de acordo com a ordem de classificação no processo seletivo. Por ser mais

próximo da minha residência, eu escolhi o município de Lauro de Freitas onde o programa se iniciou em 2017, sendo assim eu fazia parte da segunda turma de residentes no município.

Mesmo tendo ocorrido a mudança de município no meio do processo e tendo vivenciado diversos momentos de conflitos (relatarei mais adiante), me sinto feliz por ter escolhido ir pra Lauro de Freitas. E, um dos principais motivos desta felicidade foram os laços criados, como mostro no “poema” abaixo:

*Éramos um grupo com histórias de vida similares,
mas cada um trazia em sua bagagem algo a somar.*

Uns estavam na casa dos 20, recém graduados.

Já outros, chegando aos 40 anos, com muita vivência para compartilhar.

Pessoas que vinham de cidades que eu nunca tinha ouvido falar.

Catalão, Lapão, Coaraci... vixe! O que tínhamos em comum?

A alegria, a verdade, o companheirismo e a vontade de fazer valer a pena cada momento enquanto equipe e um cuidado de qualidade para a nossa população prestar.

Lisane Oliveira

Estes laços, foram importantíssimos para resistirmos a um ambiente tão hostil e adverso como o campo de Lauro de Freitas. Juntos, me sentia energizada e com coragem para enfrentar as adversidades do processo. Tinha dias que saíamos para rir, conversar e compartilhar a companhia um do outro, e recarregar as energias após um dia exaustivo. Esses momentos era o nosso remédio e a nossa forma de cuidado, para aliviar as tensões ou até mesmo pensar em estratégias de enfrentamento aos ataques que a gente sofria. Não poderia ser uma equipe diferente para atuar naquela unidade e naquele momento. Nos fortalecemos, nos apoiamos, nos divertimos e crescemos juntos. O poder da união e do trabalho em equipe foi um dos meus maiores aprendizados ao longo deste ciclo de residência.

Caracterização do Campo

Após alguns dias de acolhimento pela FESF-SUS, que teve como objetivo explicar o funcionamento do programa, era chegada hora de ir a campo e conhecer a equipe que eu iria conviver por dois anos (ou esperava conviver). Em Lauro de Freitas só havia uma USF com a presença da residência multiprofissional e médica: A USF São Judas Tadeu, localizada em Itinga, sendo reinaugurada em 07 de junho de 2017. A antiga USF era composta apenas por 01 equipe, surgindo assim a necessidade de ampliação e mudança de espaço físico. Dessa forma, em março

chegava uma turma de 18 residentes para compor as cinco equipes mínimas de saúde da família, o NASF e o Apoio Institucional (sanitarista).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017), as equipes de saúde da família (eSF) constitui uma:

estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A USF São Judas Tadeu contava com cinco eSF, nomeadas como: São Judas I, São Judas II, São Judas III, Diamante I, Diamante II. Cada uma era composta por um médico(a), um enfermeiro(a), um técnico(a) de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista, um cirurgião(ã)-dentista e um auxiliar de saúde bucal, seguindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Exceto a equipe São Judas I que tinha em média 4 mil usuários cadastrados, todas as outras possuíam uma média de 2.000 cadastros. Segundo a PNAB (2017) cada equipe possui responsabilidade sanitária por um território adscrito, sendo que a população adscrita por eSF deve ser de 2.000 a 3.500 habitantes.

Importante ressaltar que as equipes eram compostas tanto por residentes, quanto por servidores do município. A médica e a enfermeira da equipe São Judas I possuíam vínculo empregatício efetivo. Além disso, a Equipe São Judas III possuía uma médica com vínculo através de contrato, fato que ocasionou uma rotatividade muito alta das médicas nesta equipe (03 profissionais em 9 meses). São inúmeras as problemáticas desta intensa rotatividade no serviço, como o baixo conhecimento do território, pouco vínculo com a população e com os demais profissionais da USF, fragilidade na prestação do cuidado aos usuários, dentre outras. Por sua vez, os demais trabalhadores do NASF e alguns do nível técnico, trabalhava por regime de contrato e não possuíam alguns direitos trabalhistas como férias.

Este fato reforça a importância da discussão sobre “flexibilização e precarização” das relações de trabalho no SUS. Uma vez que existem múltiplas formas e mecanismos de contratação direta (seja por meio de contratos de prestação de serviços por prazo determinado, cargos comissionados etc.), o que propicia a precarização dos vínculos e relações de trabalho (SANTINI et al. 2017). Isso tem ocasionado, conseqüentemente, dificuldade de fixação da mão de obra, deixando equipes incompletas e prejudicando o processo de cuidado à população, o

gera impacto na intervenção de saúde no território (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

As agendas de trabalho foram construídas entre a preceptoria e os residentes de segundo ano, sendo apenas repassadas eu e meus colegas. Além dos serviços básicos a serem ofertados por toda e qualquer USF como vacinação, curativo, acompanhamento dos condicionantes do bolsa família entre outros, a USF São Judas Tadeu já contava com os seguintes grupos:

- Caminhada e Lazer: Ocorria toda segunda-feira, das 07:00 às 09:00h. Principais atividades: caminhada, alongamento, consciência corporal, dinâmicas de grupo, relaxamento e treino funcional.
- Grupo Felicidade: Ocorria toda quarta-feira, das 13:30 às 15:30h. Principais atividades: educação em saúde, atividades recreativas e de promoção ao autocuidado.
- Grupo de Artesanato: Ocorria às sexta-feira (quinzenalmente), das 13:00 às 15:00h. Principais atividades: oficina para construção de objetos, arte terapia, reciclagem de materiais e trabalho em grupo.
- Entre mães: Grupo de gestante.

Todos estes grupos se encontravam em um período de fragilidade quando eu cheguei. Havia baixa frequência dos usuários e engajamento dos profissionais, que já se encontravam desmotivados. Após a minha chegada, houve a inserção dos grupos:

- Grupo Bem Viver: Ocorria toda segunda-feira das 08:00 às 10:00h. Principais atividades: Práticas artísticas (música, teatro, poesia, pintura etc.) para a promoção da saúde e bem-estar.
- Grupo 120x80: Ocorria toda quinta-feira das 08:00 às 10:00h. Principais atividades: Promoção ao autocuidado dos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus.

O NASF-AB

Com a finalidade de apoiar a inserção, ampliar o escopo e a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção à saúde, o Ministério da Saúde criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), mediante a Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Segundo a PNAB (2017), o NASF-AB constitui em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar formada por diversas categoriais de profissionais de saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, apoiando as equipes de saúde da família e as equipes

de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

O NASF está implicado na promoção de mudanças na atitude dos profissionais da SF e entre a sua própria equipe, além de ações intersetoriais e interdisciplinares na promoção, prevenção e recuperação. Ações de educação permanente, promoção da integralidade, humanização e organização territorial de serviços de saúde também são de responsabilidade do NASF, que tem responsabilidade por determinado número de equipes (BRASIL, 2009).

O NASF atua na lógica do apoio matricial, que por sua vez, apresenta duas dimensões de suporte: assistencial e a técnico-pedagógica. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir uma ação clínica direta com os usuários e a dimensão técnico pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões não são estáticas, podendo e devendo se misturar em diversos momentos (BRASIL, 2009). O apoio matricial está presente em uma consulta compartilhada, na discussão de casos, na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), em uma reunião de equipe, dentre outras diversas formas.

À medida que eu fui conhecendo o processo de trabalho do NASF, com uma agenda dinâmica, presença de autonomia, atividades diversas, onde nenhum dia era igual ao outro (literalmente), fui me apaixonando. Todavia, o fato de trabalhar na lógica do apoio matricial e de ter, de certa forma, uma atuação problematizadora, eu tinha a sensação de que deveria estar com o pensamento sempre além dos profissionais das equipes mínimas com relação aos aspectos do processo de trabalho. No entanto, estava sendo tudo muito novo para mim também e se compreender neste processo de profissional do NASF leva um certo tempo.

A composição do NASF é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante as prioridades identificadas no território e da disponibilidade dos profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2008). Segundo a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 – que redefine os parâmetros de vinculação do NASF modalidades 1 e 2 às eSF e/ou equipes de atenção básica eAB para populações específicas, cria a modalidade 3 e dá outras providências – O NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes.

Ao longo da residência, tive a oportunidade de atuar em dois NASF'S: um em Lauro de Freitas e o outro em Camaçari. O NASF de Lauro de Freitas era relativamente jovem. Ainda não tínhamos fluxos bem consolidados em relação ao NASF de Camaçari. Tanto que, quando eu

cheguei no campo de Camaçari em janeiro de 2019, o processo de trabalho foi uma das coisas que mais me agregou neste processo de formação.

Eu fiz parte da modalidade NASF 01, em ambos os municípios. Em Lauro de Freitas, inicialmente ele era composto por 12 profissionais (8 residentes e 4 servidores). Havia 3 nutricionistas, 2 professores de educação física, 3 psicólogos (as), 2 fisioterapeutas e 1 assistente social. No entanto, 01 das nutricionistas foi alocada para outra USF e a assistente social foi afastada por motivo de saúde.

Era nítido a diferença da atuação dos profissionais que eram da residência e as que pertenciam ao município. Os profissionais da residência tinham uma participação mais ativa nos grupos e na articulação de rede. Já as que eram do município, atuavam mais na lógica assistencialista, predominando os atendimentos individuais e visitas domiciliares. Eu identifico esta diferença por diversas razões, como por exemplo, compreensão do papel do NASF, carga horária reduzida, remuneração incompatível, dentre outras questões.

Um ponto importante da atuação do NASF de Lauro de Freitas foi a articulação de rede que conseguimos estabelecer no período. Criamos uma escala de visitas aos serviços, exploramos o território e, ao final, construímos um Guia de Serviços para a USF São Judas Tadeu. Este guia traz uma simbologia marcante, pois finalizamos a sua construção logo após sair da unidade – em dezembro de 2018. Havia ainda uma esperança de retornar para o município e não queríamos que este guia fosse um “trabalho morto”.

Como eu falei anteriormente, o NASF de Camaçari possui seu processo de trabalho mais consolidado. Era composto por 07 residentes (02 nutricionistas, 02 professores de educação física, 01 psicóloga e 02 fisioterapeutas). Com a minha chegada e a de mais 03 profissionais (01 psicóloga, 01 professora de educação física e 01 fisioterapeuta) ficaram 11 profissionais ao todo. O NASF presta apoio matricial em 08 eqS alocadas em 02 USF'S: USF Nova Aliança e USF PHOC CAIC. Quando eu entrei no NASF, encontrei uma situação bastante interessante: como forma de organizar e qualificar o apoio as equipes, o NASF estava se dividia em duas miniequipes: 04 profissionais prestariam apoio as equipes 2 e 4 e os demais prestariam apoio as equipes 1 e 3 das duas unidades. Esse formato de trabalho teve como objetivo organizar a dinâmica da agenda e qualificar as ações, no entanto, é preciso estar atento para que as ações não fiquem segregadas dentro do próprio NASF.

CAPÍTULO 03 – DESAFIOS E POTENCIALIDADES DE SER NUTRICIONISTA NO NASF-AB

A composição da equipe multiprofissional e interdisciplinar me trazia uma expectativa muito alta. Já de início, eu pensava o quanto poderia ser enriquecedor para a minha formação e atuação. E não foi diferente, pelo contrário, foi além do que eu esperava. O compartilhamento de saberes é intenso, onde é preciso cada vez mais “borrar as bordas”, ou seja, se permitir ao novo e “sair da caixinha”. Nunca imaginei participar de uma consulta de preventivo ou de uma atividade de saúde bucal ou atuar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo. Fui percebendo que era preciso sair um pouco do núcleo e ir mais para o campo. E isso é um pressuposto fundamental na proposta do NASF, onde deve ocorrer uma compreensão do que é do núcleo e o que é conhecimento do campo, podendo assim ser compartilhado (BRASIL, 2009).

Em relação as ações de alimentação e nutrição, o NASF vem colocar em prática o compromisso da sua integração com o setor saúde, tendo em vista os componentes da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (BRASIL, 2009).

A atuação da nutricionista no NASF

O Brasil vive, principalmente nos últimos 50 anos, mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas, com conseqüentes transformações nas relações de trabalho, na produção, comercialização, transformação e preparação dos alimentos (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

O conceito de transição nutricional refere-se a mudanças nos padrões alimentares, onde temos uma diminuição na prevalência de doenças infectocontagiosas e mortalidade por desnutrição e o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No entanto, mesmo com a redução dos óbitos por desnutrição, ainda é comum a prevalência de carências nutricionais em crianças, devido ao baixo acesso a alimentação quantitativamente e qualitativamente adequada, constituindo-se um desafio para os gestores do SUS e os demais atores envolvidos na atenção nutricional (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

Soma-se ainda a esta situação, a presença de insegurança alimentar e nutricional em uma parcela importante das famílias brasileiras. Apesar de em 2014 o Brasil ter saído do mapa

da fome (ONU/FAO), o país se encontra em risco alarmante de voltar, com o aumento significativo nos últimos 5 anos (ActionAid Brasil, 2009).

Os profissionais das eSF relatam possuir dificuldades para orientar seus pacientes quanto a alimentação, sendo assim, fundamental a inserção do nutricionista para prestar o apoio matricial e auxiliar na resolução dos problemas alimentares, na prevenção e promoção à saúde (MATTOS; NEVES, 2009). O objetivo do nutricionista do NASF-AB é apoiar no planejamento e a organização das ações de cuidado nutricional local, tendo em vista capacitar os serviços e melhorar a sua resolutividade, agindo de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que atingem a população daquele território (BRASIL, 2009). Através do fortalecimento e da qualificação do cuidado nutricional, alcançaremos a forma mais econômica, ágio, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de distúrbios nutricionais (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

Em 1999, o Ministério da Saúde editou e aprovou, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que possui os seguintes eixos programáticos: o estímulo as ações intersetoriais; a garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Essa política é o instrumento norteador das ações de alimentação e nutrição (PNAN, 2009).



Imagem 03 e 04: Atividades de educação alimentar e nutricional

CAPÍTULO 04 - MEMÓRIAS DE UMA NUTRICIONISTA NO NASF

Grupos

Conforme descrito anteriormente, a USF São Judas Tadeu contava com seis grupos: Caminhada e Lazer, Felicidade, Bem viver, Artesanato, Entre Mães e 120x80. No entanto, estes grupos não ficaram em funcionamento ao mesmo tempo. Uns se desestruturaram ao longo do percurso e novos se formaram. Na minha chegada em Lauro de Freitas, tínhamos o Caminhada e Lazer, Felicidade, Artesanato e entre mães. Durante a minha trajetória os grupos de artesanato e o entre mães se desintegraram e foi criado o grupo Bem viver e o 120x80. No final da minha trajetória tínhamos o grupo Caminhada e Lazer, Felicidade e Bem Viver. Todos os grupos pertenciam as eqS e contavam com o apoio do NASF, exceto o grupo de caminhada que pertencia exclusivamente ao NASF, principalmente a visão da prática corporal como atividade do NASF, em especial do professor de educação física.

Logo de início, eu encontrei os grupos bem esvaziados. Para se ter uma ideia, a média de participantes eram de 01 a 03 usuários por encontro em todos os grupos. Os residentes do segundo ano relataram que os grupos contavam com uma participação mais ativa da comunidade, no entanto após as festas de fim de ano, ocorreu um esvaziamento em massa. Eu estava encantada com as propostas dos grupos, mas não estava entendendo o porquê do esvaziamento. Foi então que eu percebi a grande dificuldade enfrentada pelos profissionais para manter um grupo em atividade com um público razoavelmente suficiente.

Sendo assim, pensamos em estratégias para reverter este quadro, como a mobilização das equipes, distribuição de panfletos, dentre outras. Neste mesmo cenário, houve a finalização do Grupo Entre Mães, devido a não responsabilização da médica da equipe, baixo comparecimento de gestante, dentre outros fatores. Esta mesma médica que não se co-responsabilizava junto a equipe para a reestruturação do grupo, começou a promover rodas de conversas para pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes. Estas rodas contavam com números cada vez maiores de participantes e eram abordados temas relacionados a alimentação e nutrição de uma forma bastante equivocada.

Isso me causou um incômodo e foi aí que começamos a pensar em estratégias para se aproximar desta médica em meio a toda dificuldade na relação interpessoal com os profissionais da residência. Pude perceber o quanto o modelo médico-hegemônico se fez presente neste acontecimento, em que a adesão pode ser maior quando o profissional médico se envolve nas

atividades coletivas. Pois, esta categoria ainda é a mais valorizada pelos usuários em detrimento das demais, por toda a construção história envolvida.

Tive por muito tempo uma angústia acerca da priorização dos grupos pelas equipes, bem como a sua percepção da importância das práticas de prevenção e promoção à saúde. Contudo no decorrer do processo, as equipes foram se envolvendo mais e compreendendo o seu papel neste espaço.

Dentre os grupos, o que eu prestei maior apoio foi o Felicidade. Trata-se de um grupo de convivência, aberto, que tem como objetivo promover um espaço de socialização e integração, educação em saúde e promoção ao autocuidado. Eu estava presente na maioria dos encontros e conseqüentemente, construí um vínculo forte com os poucos participantes, o que me motivou a lutar por uma reestruturação e crescimento do grupo. Não aceitava a baixa participação dos usuários, pois via o grupo como um espaço potente. O grupo estava se desmanchando e eu não podia vivenciar esta situação de forma passiva. Pude contar com o apoio do NASF e alguns profissionais das equipes mínimas para pensar em estratégias para potencializar o grupo.

Sendo assim, resgatei a lista dos usuários antigos e um dia antes do encontro ligava para cada usuário com meu celular ou dos colegas. Além disso, fizemos escala de sala de espera para divulgação, panfletos, dentre outras estratégias e a partir de agosto vimos o grupo se reestruturando gradativamente – o grupo começou a contar com a participação média de 10 a 15 usuários.

O que eu mais aprendi neste processo foi a importância do vínculo entre os profissionais-usuários e usuários-usuários. Não é por acaso que o vínculo se constitui como uma diretriz operacional para a materialização dos princípios do SUS – em particular a integralidade, universalização e equidade em saúde (GOMES & PINHEIRO, 2005). Dentre comemorações de aniversários, festa junina e atividades de promoção fui me encontrando e vendo o papel potente que eu tinha naquele espaço. Essa uma das melhores experiências que eu tive na residência.

Percebi este espaço como um aliado na Promoção da Alimentação Adequada e Saudável em coletividades, sendo assim realizei inúmeras atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no grupo. Oficina de leitura de rótulo, jogo com “Os dez passos para uma alimentação adequada e saudável”, bingo dos alimentos, montagem do prato Saudável, dentre outras. No grupo havia usuárias que eu fazia acompanhamento ou já havia atendido anteriormente. Um momento que me marcou foi a oficina de montagem do prato saudável: eram colocados na mesa figuras de alimentos de todos os grupos alimentares e níveis de processamento. O usuário ia até

a mesa e montava um prato que ele considerava adequado conforme a refeição (café da manhã, almoço ou jantar). Foi um momento de compartilhamento experiências entre eles e de aprendizado de uma forma lúdica. Em meio a oficina, percebi que uma usuária que já havia comparecido ao meu atendimento individual, não estava seguindo uma das orientações (colocava arroz e macarrão juntos no almoço). Surgiu um debate sobre essa prática no momento e eu expliquei o motivo de evitar essa junção e os demais participantes trouxeram suas contribuições. Um tempo depois, ela relatou que já não fazia mais essa prática e que havia aprendido outras coisas na atividade também. Eu fiquei muito contente com esse relato e fiquei a refletir acerca da importância de espaços coletivos como este para maior discussão entre os pares, com trocas de saberes e a promoção da autonomia do usuário no seu processo de cuidado.

O último encontro do Felizdade foi de muita alegria, danças e uma participação enorme da população. Estavam presentes usuários que por muito tempo não acessavam o serviço de saúde e que por sua condição – uso abusivo de álcool e outras drogas – são marginalizados pela sociedade e discriminado pelos próprios profissionais de saúde. Não esperava que este encontro seria o último, pois a saída do campo de Lauro de Freitas ocorreu de forma repentina. No entanto, guardo na memória com muito afeto deste momento.

Quando cheguei no campo de Camaçari, fui mapeando e conhecendo os grupos, não chegando a participar de forma ativa logo de início. Com o tempo, participei do antigo Grupo de Convivência e Grupo de Mulheres, realizando atividades de EAN. Na USF Nova Aliança, tive o prazer de conhecer o Grupo de Práticas Corporais - ocorria todas as terças e quintas e os encontros são ministrados pelos profissionais das 04 equipes e o NASF. Trata-se de um grupo que possui uma participação muito ativa da comunidade e eu nunca tinha visto algo semelhante. Os saberes da própria comunidade são valorizados e, muitas vezes, uma pessoa da comunidade propõe a prática. Já na USF CAIC, conta atualmente com o Grupo de Mulheres, Grupo de Gestante, Grupo de Auriculoterapia e a Horta Comunitária. Esta unidade, possui um histórico de esvaziamento de grupos e conseqüentemente dificuldade na manutenção. No entanto, neste último ano houve um maior fortalecimento das atividades coletivas, devido a chegada de novo atores com novas propostas. O grupo da Horta Comunitária foi o que eu tive maior participação, onde pude construir vínculos com os usuários, pela primeira vez, em Camaçari.

Atendimento Individual

O atendimento individual constitui uma das ferramentas do NASF no seu processo de trabalho. Ele deve ocorrer em casos de extrema necessidade, geralmente com usuários que estão em vulnerabilidade social alta, onde é necessário um cuidado direto do profissional com o usuário. Não deve ser o foco do trabalho do nutricionista do NASF, pois pode cair na lógica fragmentada do cuidado e ambulatorial. Normalmente, são dedicados 01 a 02 turnos semanais para esses atendimentos.

A atenção nutricional de forma individualizada necessitará ser apoiada pela(o) nutricionista do NASF de forma indireta, através do planejamento, organização, elaboração de protocolos de atendimento e encaminhamento, formação e educação continuada dos profissionais de saúde das eSF de sua área de atuação. Contudo pode ocorrer de forma direta, através do atendimento individual (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

Como falei anteriormente, devido a minha falta de compreensão sobre o trabalho do NASF, no início da residência eu achava muito estranho o fato de ter apenas 01 turno na minha agenda voltada para os atendimentos individuais. No entanto, me adaptei de forma tranquila e rápida a essa lógica de trabalho, pois pude compreender que havia outras formas de prestar a atenção nutricional à comunidade de forma mais efetiva, através do apoio matricial.

Uma das maiores problemáticas enfrentadas em Lauro de Freitas, foi a questão do fluxo de acionamento para o atendimento individual – especialmente nas equipes onde tinha profissionais contratados pelo município. A solicitação para o núcleo de nutrição ocorria por meio de guia e o usuário marcava a consulta na recepção. Não havia discussão de caso e nem critérios para atendimento individual bem estabelecidos. De acordo com Brasil (2009), as intervenções do NASF devem ser realizadas sobre sob encaminhamento das eSF, com discussões e negociações a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso. Sendo assim, o núcleo se organizou para definir os critérios para atendimento individual e atendimento compartilhado com a equipe, a fim de qualificar o fluxo de encaminhamento.

No entanto, não chegamos a estabelecer pois, na época, a Coordenação de Alimentação e Nutrição do município estava se organizando para lançamento de uma nota técnica que definiria os casos de atendimento individual na USF e os casos de encaminhamentos para a rede especializada. Notei que muitos casos que seriam de consultas compartilhadas, a coordenação afirmava que deviam ser casos de atendimento individual. Por exemplo, os casos de obesidade de forma isolada ou com apenas uma comorbidade, pode ser tratado tranquilamente em consulta

compartilha. Pois, é uma condição bastante comum na comunidade e o apoio matricial se torna uma importante ferramenta de enfrentamento. Esta nota estava sendo construída através de reuniões com as nutricionistas do município, mostrando que a grande maioria seguia a mesma linha de pensamento da coordenação – priorização dos atendimentos individuais. Eu tensionei trazendo as minhas experiências na USF e mostrando que era possível fazer os atendimentos compartilhados para estes casos também, tanto para realizar matriciamento, quanto para desafogar a agenda. Foi possível pequenas mudanças, referentes principalmente a obesidade, porém não tive tempo hábil no município de Lauro de Freitas para possuir grandes avanços.

Atender de forma individualizada casos que não necessitavam de um atendimento individual e que poderia ser utilizada a ferramenta da consulta compartilhada ou o direcionamento para as atividades coletivas, me gerava uma certa frustração. Pois, desta forma, não estava realizado o meu papel enquanto NASF. Isso era mais latente na equipe São Judas I, uma equipe que não era da residência. A preceptoría se juntou a causa e começamos a dialogar com a equipe sobre isto. Notei que com o tempo, a equipe me acionava mais para consultas compartilhadas e eu comecei a fazer o movimento de transformar as consultas individuais, em consultas compartilhadas com a equipe. Foi bastante interessante, principalmente as consultas de puericultura. Iniciamos a construção de uma proposta de consulta coletiva para os casos de obesidade sem comorbidades, porém, infelizmente eu saí do campo ainda na fase de levantamento dos casos.

Em Camaçari, o fluxo ocorria por intermédio de uma pasta de acionamento de casos ao NASF. O profissional da eSF preenchia os dados do usuário, o motivo da solicitação e quais intervenções já haviam sido realizadas. Além disso, não era acionado um núcleo em específico, e sim o NASF como um todo. Ficava a critério do profissional do NASF definir se seria prestado atendimento individual, compartilhado ou articulação intersetorial ou intrasetorial e encaminhamentos para grupos. Gostei muito dessa forma de organização.

Todavia, através do atendimento individual pude ter experiência clínica, conhecer e aplicar duas ferramentas essenciais que mudaram minha forma do ser nutricionista – a clínica ampliada e a cogestão da clínica. Uma vez que se lança mão dessas duas ferramentas, o cuidado é muito mais qualificado.

Segundo Brasil (2009): "Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão) (...) assumindo-se o predicado de que "todos são gestores de seus processos de trabalho"." Este trecho da Política

Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, discutido em meio a uma roda de campo, me faz refletir sobre a minha prática enquanto nutricionista e profissional de saúde.

Sabe-se que a cogestão está incluída na clínica ampliada, buscando sempre promover a autonomia e conseqüentemente o autocuidado dos indivíduos. Este deve ser o nosso objetivo enquanto profissional, pois não devemos nos colocar como o detentor do saber e "encharcar" o indivíduo de informações de como gerir a sua própria alimentação, uma vez que este ato (se alimentar) é algo muito íntimo e envolve diversas subjetividades, como a relação do indivíduo com o alimento e consigo próprio.

Desta forma, refletindo sobre algumas condutas realizadas ao longo deste percurso, lembro-me de muitas vezes elaborar os planos alimentares em conjunto com o indivíduo, estabelecendo pactuações e metas. Questionar o sujeito acerca do que ele acredita que pode melhorar/mudar na sua alimentação o coloca como responsável do processo. Essa reflexão de si próprio, é muito eficaz e faz parte das premissas da nutrição comportamental.

Uma das minhas experiências que mais me marcou ao atender uma idosa, que possuía o diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, morava sozinha e era analfabeta. A minha conduta, para além das orientações e pactuações, foi construir um plano alimentar apenas com imagens.

O atendimento individual reforça a importância da(o) nutricionista na atenção básica, permitindo a construção de vínculos com os indivíduos e sua família, corresponsabilizando-os na promoção e manutenção da sua saúde. Isso tem possibilitado, também, o aprofundamento da discussão sobre a questão alimentar familiar com os demais profissionais que atuam nas Unidades de Saúde, através da troca de informações (MATTOS; NEVES, 2009).

Consulta compartilhada e Interconsulta

A consulta compartilhada consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009). É uma ferramenta do SUS, porém hoje já tenho visto alguns profissionais da rede privada utilizando-a.

Ele permite a interdisciplinaridade entre os profissionais e, conseqüentemente, uma alta resolutividade para o usuário, mostrando a potência da estratégia saúde da família e da atuação do NASF. No entanto, as consultas compartilhadas tendem a ser um pouco mais demoradas do

que a consulta padrão de enfermagem, medicina ou odontologia. Se por um lado, os profissionais da equipe mínima possuem um número alto de atendimentos a serem realizados diariamente, por outro lado tem-se a importância das consultas compartilhadas que para se ter um caráter de clínica ampliada e cogestão da clínica, necessitaria de mais tempo e menos atendimento ao dia. Em Lauro de Freitas, não havia um fluxo definido para as consultas compartilhadas, que por ora, acontecia mais interconsultas sem um planejamento prévio. O fato do NASF estar alocado em apenas uma USF, deixava os profissionais mais disponíveis às equipes, que solicitava no momento do atendimento. No entanto, as equipes buscavam na discussão de casos, trazer essa demanda para o NASF e conseqüentemente, a sua marcação.

Já em Camaçari, o profissional da equipe mínima fazia trazer a demanda da consulta compartilhada através da ficha de acionamento do NASF ou por meio da discussão de casos em reunião de equipe.

Esse compartilhamento de saberes promove uma maior autonomia das equipes, ocasionando um menor acionamento do NASF no atendimento individual, reafirmando a importância do matriciamento na Saúde da Família.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é o atendimento ou acompanhamento dos usuários no seu local de residência, sendo uma modalidade de cuidado que vem sendo aplicada por diversos profissionais. Através dela, é possível a construção de vínculos afetivos com os usuários, principalmente os que podem estar com dificuldades de se locomover até a unidade ou com o humor deprimido (ROCHA et al., 2017).

Contudo, não se aplica apenas a estas situações, podendo ser uma ferramenta de cuidado essencial para compreender a dinâmica familiar existente, mesmo os seus integrantes tendo condições de ir até a USF. Me recordo de uma discussão sobre isso que eu tive com uma ACS, que não queria ir até a casa da usuária, porque ela tinha condições de acessar a unidade e, eu acabei não realizando a visita.

Durante a graduação, realizei algumas visitas domiciliares no estágio de saúde coletiva à um usuário que possuía disfunções neurológicas, fazendo uso de terapia nutricional enteral. Logo que entrei na residência, uma das primeiras atividades foi a realização de visitas domiciliares com as ACS para realizar o cadastro no território. Teve uma visita que me marcou bastante neste momento inicial: uma família em vulnerabilidade social, com presença de

obesidade em todos os integrantes (desde avó ao neto). Pude perceber que a intervenção deveria ocorrer através da abordagem familiar, não individual.

As visitas ocorriam conforme as necessidades identificadas pela equipe, no entanto a maioria das visitas, ocorreram com outros profissionais do NASF e o ACS ou apenas com ACS, devido a questão de agenda e de organização. Sinto que deveria ter realizado mais visitas domiciliares com as eqS, pois assim poderia matricia-las.

Já no final do meu ciclo do primeiro ano de residência, realizei uma visita domiciliar que, na verdade, foi a ida a festinha de aniversário de uma usuária que eu estava acompanhando e que tínhamos construído um vínculo. Este momento, ressignificou o meu conceito de visita domiciliar e de cuidado à saúde. No geral, as visitas que eu realizei foram bastante proveitosas e os usuários sempre se mostraram bem receptivos e demonstravam intensa gratidão pela presença, como se não fosse a nossa atribuição.

Um dos pontos positivos da visita domiciliar é a aproximação dos profissionais no contexto em que os sujeitos estão inseridos, possibilitando a valorização das vivências dos usuários e dos trabalhadores de saúde e da dimensão subjetiva das práticas em saúde. Desta forma é possível abrir espaço de comunicação e diálogo entre os saberes e práticas e de novas perspectivas para a reflexão e a ação (ROCHA et.al., 2017).

O aspecto negativo que eu identifico é o número de profissionais que vão para a casa do usuário – normalmente 4 profissionais da equipe e 2 do NASF. Os diálogos podem ficar desconexos e sem direcionamento, daí surge a importância do planejamento prévio da visita. Esse planejamento foi algo que me marcou muito, sendo diversas vezes puxadas pelos apoiadores que estavam em campo, pois nós tínhamos a tendência de não realizar. Sendo assim, ao longo do processo, fui começando a realizar com mais frequência a discussão e o planejamento junto às equipes.

No meu ponto de vista, a visita domiciliar vai além da prestação de cuidado, sendo uma importante ferramenta para conhecermos o contexto familiar, social e econômico do indivíduo, as condições de higiene e os equipamentos sociais que existiam na proximidade. Na nutrição, é importante conhecer os alimentos que a família tem comprado, ler os rótulos com eles e ver a forma que os alimentos são preparados. Todos esses fatores são essenciais para traçar um plano terapêutico adequado a realidade da família/indivíduo.

Acolhimento com classificação de risco

O acolhimento é uma atitude e tecnologia de cuidado, sendo um importante mecanismo de ampliação do acesso e dispositivo de reorganização do processo de trabalho nas equipes (BRASIL, 2013). Trata-se de uma escuta qualificada das demandas e queixas trazidas pelos usuários, assumindo uma postura de corresponsabilização pela resolução da demanda, realizando um encaminhamento seguro ou apenas escutar e aconselhar, considerando sempre o princípio da equidade.

Infelizmente, no meu processo de residência, foi uma ferramenta que eu tive pouco contato. Logo que assumi o serviço em Lauro de Freitas, ocorria uma discussão para remodelação do acolhimento, que possuía um espaço reservado para escuta e era por classificação de risco. Era um momento de tensão entre os profissionais da unidade. A proposta da gerência e de alguns profissionais (contratados do município) era que o acolhimento fosse realizado na recepção, sem a necessidade de um espaço reservado para escuta e o recepcionista faria a 1º escuta. Depois, os casos que necessitariam de uma 2º escuta, iriam para a equipe de acolhimento do dia, não havendo classificação de risco. Os residentes do segundo ano e a preceptoria estavam tensionando muito a gerência para que não ocorresse essa mudança e eu, estava ainda me situando no espaço. Era um jogo de poderes, por mais que o acolhimento estivesse funcionando bem, ele demandava bastante dos profissionais e, para a gerência e os profissionais do município, este formato não correspondia aos seus interesses.

Em abril, ocorreu a reunião que apelidamos do “*boon* do acolhimento”, onde foi batido o martelo sobre a mudança do acolhimento, nela estavam presentes profissionais da gestão. Nesta reunião, veio à tona o conflito que havia entre a residência e os profissionais do município e reforçou a importância da comunicação entre os envolvidos no processo de trabalho da unidade bem como o saber ouvir. Pois, a democracia não se estabelece apenas quando se contabiliza votos da maioria. É preciso ir além, saber ouvir os envolvidos no processo, que no caso em questão trata-se de todos os profissionais, bem como os usuários. Além disso, foi a partir deste momento que ficou evidente para mim, um distanciamento entre a residência e os demais profissionais da unidade.

Para suprir essa falta de experiência no acolhimento, no meu segundo ano de residência, em Camaçari, tentei me aproximar na medida do possível dos acolhimentos nas unidades que eu prestava apoio. Contudo, tive como obstáculo a agenda do R2, em que o tempo de permanência na unidade era pequeno.

Programa Saúde na Escola (PSE)

Segundo o Decreto Nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (que institui o PSE, e dá outras providências), este programa visa contribuir para a formação integral dos estudantes, através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Possui como público alvo o pré-escolar, escolar e adolescentes que estão matriculados em rede pública de ensino e deve ocorrer através da integração entre a saúde e a educação.

Dentre as ações priorizadas está a Promoção da Alimentação Saudável e a avaliação nutricional, por meio da antropometria. Onde são aferidos o peso e altura das crianças, para posteriormente fechar o diagnóstico nutricional através das curvas de crescimento que consta na Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente. Os estudantes diagnosticados com baixo peso ou obesidade eram direcionados para a consulta compartilhada ou atendimento nutricional na sua unidade de referência, através de uma guia de encaminhamento.

Com vistas a promoção da alimentação saudável, eram realizadas atividades de EAN conforme a faixa etária, o objetivo e os recursos disponíveis. Essas atividades sempre ocorriam juntamente com os profissionais das eqS, sendo as principais desenvolvidas: semáforo de alimentos, reconhecimento de frutas e legumes através do cheiro e da textura, jogo de perguntas e respostas, quantidade de sal e açúcar nos alimentos e quiz em conjunto com saúde bucal.

Quando se trata de pré-escolares (01 a 06 anos), existe uma tendência ao consumo frequente de alimentos ricos em lipídios, carboidratos refinados, produtos de panificação, produtos de origem animal e alimentos ricos em açúcar, como refrigerantes, biscoitos recheados e guloseimas doces (NOBRE et.al.,2012). No entanto, os hábitos alimentares destas crianças sofrem grande influência dos pais, pois são eles os detentores do poder de compra. É comum presenciar crianças levando alimentos ultraprocessados para consumir no lanche da escola. Sendo assim, cheguei à conclusão que não bastava realizar atividades de EAN com as crianças, era preciso incluir os pais neste processo.

Desta forma, solicitei a uma creche que participava do programa, um espaço na reunião de pais para promover uma roda de conversa sobre alimentação saudável e opções de lanches para as crianças. Levei o Kit de sal e açúcar dos alimentos ultraprocessados consumidos pelas crianças e eles ficaram impressionados, querendo tirar fotos e compartilhar nos grupos de WhatsApp. Essa experiência foi bem interessante.

Um aspecto bem importante para mim foi o reconhecimento do meu papel de nutricionista, para além das ações relacionadas a alimentação e nutrição, bem como o apoio matricial que

estas atividades envolvem Por exemplo, já realizei atividade de escovação supervisionada em conjunto com os meus colegas dentistas, bem como uma psicóloga já me auxiliou a fechar o diagnóstico nutricional analisando as curvas de crescimento. Além disso, experimentar diferentes formas de abordagem conforme a faixa etária infantil.

A equipe multiprofissional é essencial neste processo e se constitui como uma das facilidades. No entanto, é preciso também um planejamento adequado, bem como responsabilidade social dos envolvidos. Já como dificuldades no processo, temos em evidência a dicotomia da saúde x educação, como se fossem dois setores isolados e conseqüentemente a falta de diálogo entre eles. Isso é resultado de um sucateamento destas esferas tão essenciais, podendo gerar um trabalho sem articulação e sem o entendimento da importância deste programa para a comunidade em geral. Se torna evidente a importância de um diálogo mais estreito entre os profissionais de saúde e de educação, bem como a promoção de um maior protagonismo dos professores neste processo.

NutriSUS

O NutriSUS é uma estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes, que consiste na adição direta de nutrientes em pó aos alimentos. Visa potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle das deficiências de vitaminas e minerais na infância, em especial a anemia ferropriva. Tem como público alvo crianças de 6 a 48 meses que estão matriculadas em creches participantes do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2015).

No primeiro ano de residência, participei da implantação da estratégia em uma creche do território de abrangência da unidade. Inicialmente foi realizada uma capacitação com as nutricionistas e enfermeiras e outra com as merendeiras responsáveis pelo NutriSUS, ambas promovidas pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do âmbito municipal. A partir de então, buscou-se realizar uma visita na creche, com o objetivo de promover um levantamento com as merendeiras e demais funcionárias sobre o conhecimento acerca do programa e sanar as dúvidas iniciais. Além disso, obter informações da creche para programação das ações. Logo depois da visita, foi agendada uma reunião com pais e responsáveis, com o objetivo de apresentar o programa, obter as autorizações para o recebimento dos sachês e solicitar as cadernetas de vacinas para registro do uso do suplemento.

Pode-se notar observar que a estratégia se deu de maneira satisfatória, sendo bem aceita pela coordenação da creche e pais, que entenderam os benefícios trazidos pela estratégia. No entanto, percebemos que as professoras e coordenação tiveram algumas dificuldades no

preenchimento dos impressos necessários para acompanhamento da administração dos sachês. Este fato reforça a necessidade de uma maior aproximação intersetorial entre a saúde e a educação para maior efetivação desta estratégia tão importante.

Programa Bolsa Família

Foi a partir da residência, que eu pude compreender a dimensão desta política pública. Até então, a minha compreensão era que se constituía em um programa de transferência de renda às famílias que viviam em condição de pobreza ou de extrema pobreza, sendo implantado a partir do governo Lula. Sempre vi meus familiares defendendo este programa e comparando o antes e depois da sua implantação. Lembro de minha mãe dizendo: *“antigamente, o pobre não tinha acesso nem a televisão”*. A fome estava presente em diversas famílias de uma forma muito maior do que está hoje, e este cenário vem mudando graças a políticas públicas como esta.

O Programa Bolsa Família foi instituído através da Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Atende todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais e famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. Este programa busca reforçar o acesso das famílias à saúde e à educação, através de alguns compromissos, chamados de condicionalidades, sendo o cumprimento destas tanto das famílias, quanto do poder público (BRASIL, 201).

São condicionalidades da saúde: as crianças de até 07 anos devem ser vacinadas conforme o calendário de vacinação do Ministério da Saúde, pesadas e medidas, de forma a terem o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, as gestantes devem participar do pré-natal na sua unidade de referência.

Contudo, a ação do “pesar pelo pesar” me gerou uma grande inquietação. Por muitas vezes, as famílias chegavam até a unidade de saúde, eram observadas e registradas as condicionalidades, e depois iam embora. A investigação da sua situação de saúde de forma integral não ocorria, e os profissionais não enxergavam a ida de famílias que não acessavam a unidade, como um momento oportuno para intervenções. Logo de início, o NASF tentou se organizar para estabelecer um fluxo de atendimento para este público, no entanto, essa ação se perdeu em meio a tantas demandas. Assim, ficava a critério do profissional investigar as outras dimensões da atenção ao cuidado e fazer as intervenções cabíveis.

Me recordo de uma situação, em que outra nutricionista estava acolhendo os usuários do programa e chegou uma idosa com baixo peso, que já não acessava a unidade. Enxergando esta ida dela como um momento oportuno, a nutricionista me chamou e me pediu para que eu

realizasse um atendimento nutricional com esta senhora. Sabíamos que não estávamos seguindo o fluxo do NASF, no entanto, sabíamos também que se agendássemos uma consulta, ela novamente não compareceria. Deste modo, prestei um atendimento com foco em orientações nutricionais para esta usuária.

Muitas vezes, o debate sobre o Bolsa Família fica restrito a construção da escala de pesagem. Não existe debates mais profundos, que ampliem o olhar do profissional e consequentemente, faça com que ele tenha mais motivação em ficar no “peso do bolsa família” e não encare como um fardo e sim como uma oportunidade de poder oferecer um acolhimento à uma população carente e que tem diversos de seus direitos feridos.

Ações no território

Ao longo do primeiro ciclo da residência, realizamos algumas ações no território, como Sarau, feiras de saúde, dentre outras. No entanto, a que mais me sensibilizou foi o “Baba da Saúde”. Ao todo, foram realizadas duas edições no segundo semestre, em que os usuários que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas no território jogaram futebol com os profissionais da unidade. O objetivo do Baba foi oferecer lazer e saúde para este público que não tem acesso. Na segunda edição, alguns levaram familiares para assistir o jogo, deixando o momento ainda mais especial.

O Baba da Saúde foi uma prática de redução de danos, onde eles se planejaram para não beber antes de iniciar o jogo e se alimentaram com um café da manhã bem caprichado, com raízes e frutas, para que eles pudessem estar bem alimentados para a atividade. E, o mais importante, trazer essa prática ao cotidiano deles, para que eles pudessem experimentar outros prazeres para além da droga em si.

Sala de Espera

A educação em saúde auxilia na procura por melhores condições de vida e no incentivo da responsabilidade comunitária, além de orientar a população sobre a prevenção de doenças, através da aproximação entre o saber científico e o popular (MATTOS; NEVES, 2009). Nesse contexto, o grupo de sala de espera pode funcionar como um espaço em que as práticas de educação em saúde e, em última análise, a promoção da saúde, sejam maximizadas.

Através da potencialização de discussões acerca dos processos do cotidiano das pessoas, a sala de espera cria espaços para reflexões e posicionamentos críticos frente às ações dos usuários na constituição de uma qualidade de vida, bem como na manutenção da saúde.

Eu sempre gostei de fazer sala de espera desde a época da graduação, pois é um momento em que me sinto confortável para falar em público. No decorrer da residência, busquei realizar diversas salas de espera, principalmente com foco na Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e no Controle Social. O planejamento e registro escrito sempre estiveram presentes na maioria das vezes, salvo os casos em que era uma demanda emergencial de aviso ou algo similar. Outro ponto importante é o fato de me dispor a falar de outras temáticas em sala de espera, para além da nutrição, bem como puxar profissionais de outras categorias para falar sobre nutrição comigo.

Quando os R1's do NASF assumiram o serviço, procurei trazer como pauta em reuniões do NASF diversas vezes, porém poucas coisas saíram do papel. Procurei dar mais suporte ao meu núcleo como atribuição da iniciação à preceptoria, tendo o objetivo de demonstrar a potencialidade desta ferramenta na EAN e o quanto é preciso fazer um bom aproveitamento deste espaço.

Reuniões de equipe

A reunião de equipe é um espaço de grande importância, pois é o momento em que é discutido de forma coletiva a problemática do trabalho e são definidas as ações e as intervenções a serem realizadas no território/comunidade/equipe, promovendo a gestão participativa na construção de estratégias de saúde a serem implantadas no território (SANTA CRUZ et al., 2008).

A participação em reuniões de equipe sempre fez parte da minha agenda, principalmente ao longo do primeiro ano de residência. Em Lauro de Freitas, o NASF procurava realizar um rodízio de participações nas equipes, de modo que pudéssemos conhecer a dinâmica de um maior número de equipe possível. Essa rotatividade ocorria a cada 03 meses, desta forma, acompanhei as reuniões de 03 equipes ao todo. A definição dos profissionais era de forma estratégica, onde se pensava nos pontos fortes de cada profissional do NASF e a característica da equipe. Em Camaçari, ocorria conforme a organização de miniequipe citada anteriormente, sendo que no meu período enquanto R1 neste campo, participei de algumas. Notei que este espaço era um bastante priorizado pelo NASF.

Assim como levou um certo tempo para que eu pudesse compreender o meu papel enquanto NASF, levou também um período para entender o papel do NASF nas reuniões de equipe. É muito além de discutir casos, construir PTS e articular as demandas entre a equipe o NASF. É preciso participar ativamente e problematizar, quando necessário, as práticas de saúde da equipe para que não caiam no modelo biomédico sem que elas mesmas notem. Sempre disse

o NASF precisa em alguns momentos está um passo a frente da equipe para despertar novos olhares e compreensões. O trabalho em equipe envolve a efetividade da comunicação, sempre com respeito e buscando o consenso.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas planejadas, para um indivíduo ou coletividade, decorrente da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, caso seja necessário. É uma variação da discussão de “caso clínico”, onde visa reorientar o modelo assistencial, considerando o sujeito ativo em seu tratamento, envolvendo a sua família, valorizando sua história, cultura e vida cotidiana. O foco deixa de ser na doença e passa a ser no indivíduo (SILVA et al.,2013).

O PTS é uma ferramenta importante no cuidado de casos complexos na atenção básica e deve ser construído entre a equipe e com o usuário e seus familiares. No decorrer da residência participei da elaboração de alguns PTS, mas nunca consegui acompanhar à longo prazo principalmente devido a mudança de campo prática. Contudo, consigo compreender o diferencial que esta ferramenta possui no cuidado ao usuário, através da corresponsabilização entre a equipe e o sujeito, as articulações intra e intersetoriais possíveis e a clínica ampliada.

Infelizmente, a demanda por casos que requerem PTS só aumenta, visto as condições sociais, econômicas e de saúde presentes na população – doenças crônicas, violência, questões de saúde mental, dentre outras. Paralelo a demanda crescente, temos profissionais tendo que prestar cuidado qualificado a milhares de famílias e que acabam trazendo diversas outras demandas para espaços de discussão com as reuniões de equipe. Finalizo a residência com aquele “gostinho de quero mais” quando se trata de PTS.

Reunião de unidade

A reunião de unidade ocorre mensalmente e deve contar com todos os profissionais na unidade de saúde. É um espaço para discutir questões do processo de trabalho, planejamento e consequentemente alinhamento das ações.

Eu nunca gostei muito de me expor nas reuniões de unidade, seja pelo contexto vivenciado, como pelo meu perfil. As reuniões vivenciadas em Lauro de Freitas foram intensas, no sentido de discussões e emoções, devido a vontade de vários profissionais pela saída da residência no campo. Quando Camaçari, notei uma disparidade principalmente na figura da gerente da unidade, se mostrando muito mais parceira e colaborativa. Sou grata pelo privilégio

de ter vivenciado reuniões de unidade onde o foco não era a residência ou o que os residentes faziam, e sim a qualificação do processo de trabalho de cuidado à população.

Controle Social

Tanto em Lauro de Freitas, quanto em Camaçari participei de algumas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de entender o seu funcionamento e dinâmica. Fui percebendo ao longo desta trajetória a desqualificação destes espaços, sendo composto majoritariamente por profissionais de saúde e a gestão municipal. Isso me fez refletir diversos momentos sobre o estímulo a cidadania, participação popular e controle social que vem ocorrendo nas USF. Me inquietava saber como eu, enquanto profissional de saúde, poderia fazer algo para melhorar essa realidade. Realizei, em equipe, salas de esperas discutir sobre o controle social do SUS e esta temática se tornou o projeto de intervenção da USF CAIC. O que foi bastante importante, para fortalecer ações nesse sentido com a comunidade. A Horta Comunitária do CAIC vem sendo uma experiência bacana de integração da unidade com a comunidade, de forma que os sujeitos se sentem responsabilizados pelos cuidados com a horta.

Neste último ano, vivenciei duas Pré-Conferências Municipal de Saúde em Camaçari – uma na USF Nova Aliança e outra na USF CAIC. A Pré-Conferência é um momento de discussão sobre eixos temáticos referentes ao controle social, construção de propostas e eleição de delegados. Ambos os momentos foram bastante significativos, pois correspondeu a um espaço potente de escuta, discussões e maior aproximação com os usuários das USFs. A equipe toda se mobilizou para construir o espaço da melhor forma possível. Saímos das pré-conferências com a nomeação dos delegados e propostas das unidades para participarem da Conferência Municipal de Saúde.

Tive a sensação de que precisaríamos promover cada vez mais espaços como este, fortalecer ainda mais o controle social e trazer a comunidade para mais perto. Era um momento oportuno, pois os residentes do primeiro ano estavam acabando de chegar aos serviços e mostrar a eles a importância do controle social já na prática poderia fortalecer ainda mais possíveis estratégias.

No mês de abril ocorreu a Conferência Municipal de Saúde e conseguimos que uma delegada fosse aprovada para a etapa estadual. A minha percepção sobre a conferência foi que, infelizmente, ainda é um espaço onde interesses políticos vêm à tona. Inúmeros simpatizantes da atual gestão estavam presentes e eu me perguntei qual era o real interesse em está naquele espaço. Será que era para exercer o controle social de fato, com propostas para melhorias do

SUS? Enfim. No entanto, não deixou de ser um espaço rico e que precisa ser cada vez mais ocupados pelos usuários, pois ainda vejo uma desproporção em relação ao número de profissionais.

Passado todo este período, foram realizadas algumas tentativas reestabelecimento da aproximação com os usuários e identificação dos líderes comunitários através do NASF e do Grupo de Trabalho (GT) de Controle Social de Nova Aliança. Confesso que estive um pouco afastada deste movimento devido a outras demandas a mim delegadas enquanto R2 do serviço. No entanto, pude perceber a falta de compreensão dos profissionais sobre o nosso papel de promover o controle social na comunidade. Temos muita dificuldade de vencer os muros da unidade, dialogar com a população de forma horizontal e trazer ela como a atora mais importante do nosso processo de trabalho.

Datas comemorativas

No decorrer destes dois anos de residência, participei de diversos eventos organizados pela equipe de saúde devido as datas comemorativas. A primeira de todas foi uma Caminhada de Prevenção à Tuberculose, ocorrida em março de 2018. Todos os profissionais da Unidade saíram pelo território distribuindo panfletos, conversando com os usuários sobre a prevenção e cantando paródias. Duas delas foram escritas por nós, residentes, em momento de descontração e alegria. Gravamos até um vídeo e disponibilizamos na plataforma Youtube. Me recordo com muito carinho deste momento.

O dia das mães também foi uma data escolhida para organizar um momento de cuidado para as mães do nosso território, em Lauro de Freitas. Eu, juntamente com o fisioterapeuta Yuri nos responsabilizamos por realizar o corredor do cuidado em um dos consultórios. Foi um momento ímpar, de trocas de afetos e emoções. Me senti com um papel diferente naquele momento, porém não menos importante do convencional. Ver as mulheres – mães, naquele espaço, tendo um momento dedicado especialmente a elas e “servi-las” me fez bem. Cada troca de abraços e afetos, foi essencial naquele momento e contribuiu para a construção e fortalecimento de vínculos entre nós profissionais e usuários e dentre eles mesmos. Em Camaçari não houve comemoração desta data.

Um mês seguinte ao dia das mães, é a época das festividades juninas. Nos dois anos foram realizadas as festinhas de São João. Em Lauro de Freitas, decidimos realizar no espaço do grupo de convivência Felicidade, para poder incluir na organização os usuários que já tínhamos vínculo. Eles mesmo produziram toda a decoração nos encontros do grupo. Teve

comida típica, brincadeiras, muitos risos, música e dança. Já em Camaçari, participei na festinha da USF CAIC, contudo foi fechada para os profissionais, por decisão da equipe. Foi um momento de muita integração da equipe, com muita diversão.

A campanha de prevenção ao câncer de mama no outubro rosa é um momento muito tradicional nas USFs. Normalmente, é realizado a programação para um dia em que o usuário participe de discussão sobre essa condição clínica, realize procedimentos (mutirão de preventivo) e receba um cuidado diferenciado da equipe, especialmente o público feminino. Em Lauro de Freitas, no dia do outubro rosa teve um mutirão de preventivo, bem como roda de conversa a respeito do câncer e a sua prevenção. Além disso, houve ofertas de cuidado como a auriculoterapia, massagem, maquiagem, dentre outras. Já em Camaçari, a equipe decidiu inovar essas práticas que são mais comuns, trazendo à tona temas de grande relevância para o público feminino. Houve roda de conversa sobre tipos de violência à mulher com a Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM), passeio pela horta com discussão sobre fitoterapia, bem como dicas de cuidado com a pele utilizando produtos naturais. Foram duas experiências com abordagens diferentes, que eu gostei muito de ter vivenciado.

No novembro azul, momento reservado para prevenção do câncer de próstata, também ocorreu diferença nas abordagens em ambos os campos. Em Lauro de Freitas, reservamos um sábado para realizar esta atividade, uma vez que seria um dia em que os homens do território teriam maior facilidade em acessar a unidade de saúde. Oferecemos atendimentos clínicos, música, café da manhã, auriculoterapia, dentre outras atividades. Convidamos alguns usuários que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas no nosso território e eles compareceram. Isso me deixou muito contente, pois refletiu o vínculo que estávamos construindo com eles e a unidade de saúde estava se tornando um espaço que eles poderiam acessar para receber alguma forma de cuidado. No ano seguinte, em Camaçari, em meio a diversas discussões, a equipe optou por realizar em um dia da semana no território. A resposta da comunidade foi sensacional, com grande participação. Foi um momento lindo. Teve roda de conversa, café da manhã, jogos e futebol entre os usuários e profissionais.

CAPÍTULO 05 – A REVIRAVOLTA

A última semana de novembro do ano de 2018 foi uma semana intensa. Nela, vários projetos se concretizaram, como a ocorrência de uma reunião de redes na USF São Judas Tadeu, realização de uma edição do Baba da Saúde, confraternização do Grupo de Caminhada e Lazer, encontro festivo e com uma alta participação no Grupo Felicidade e a Reunião de Comunidade.

Esta reunião, tinha como objetivo a formação de um Conselho Local de Saúde (CLS), espaço que possibilita a proximidade da comunidade da dinâmica dos serviços de saúde da unidade e a interação com as demais organizações do bairro. Estavam presentes líderes da comunidade, usuários dos grupos e, até mesmo, os usuários em situação de rua (uso abusivo de álcool e outras drogas). Queríamos fortalecer o controle social, bem como a permanência da residência na USF.

Contudo, nós residentes, sofremos ataques dos outros profissionais da unidade e de uma conselheira de saúde que eram desfavoráveis a manutenção da residência. Em meio aos diálogos, procuramos sempre reforçar a importância do programa, o serviço que estávamos oferecendo a comunidade e o retorno deles, bem como retirar a ideia de que problema da rotatividade de profissionais na unidade se deve a residência, pois é para além dela conforme foi abordado anteriormente. Procuramos fortalecer o pressuposto da importância da entrada de profissionais por via de concurso público, para melhorar as condições trabalhistas e o cuidado com a população de forma longitudinal.

O retorno dos usuários que estavam presentes foi muito favorável, apoiando as nossas ações e muitos se referiram que não sabia a diferença entre os residentes e os profissionais do posto. Exceto, duas usuárias que foram levadas a unidade pelos profissionais que eram contra a residência, para falar aspectos negativos da residência e realizar críticas destrutivas sobre alguns profissionais. A reunião foi muito intensa, saí exausta emocionalmente.

Ao terminar a reunião, uma das profissionais do posto chamou um dos residentes e apresentou um áudio que trazia ameaças contra nós residentes, casos continuássemos no posto e ela saísse. A nossa ideia nunca foi que essa profissional saísse, mas por ela ser bastante influente na comunidade, ela usou dessa ferramenta para aterrorizar a população, divulgando que a comunidade teria que escolher entre ela e a manutenção da residência. Além disso, outros profissionais da unidade vinham alertando pessoas de forma isolada sobre as ameaças e os

burburinhos que estavam correndo. Assim, após a reunião, fomos direto para outro local discutir sobre o que faríamos diante do exposto.

Decidimos ir à FESF no dia seguinte, discutir sobre o que estava acontecendo e pensar em possíveis estratégias. As emoções e as incertezas estavam super aparentes. E foi ali, em meio ao caos que tomamos a decisão mais impactante no nosso processo formativo: a nossa saída da unidade a qual construímos uma trajetória ao longo do ano de 2018. Optamos por nos retirar da unidade por questão de segurança e todos os conflitos que tínhamos vivenciado. Ainda não tenho certeza se essa foi a melhor decisão, chego a pensar que nos precipitamos e que talvez, fosse melhor aguardar um pouco. Mas não tínhamos como ter certeza se as ameaças eram reais ou não.

Foi um momento de muito sofrimento para mim e para os meus colegas. No dia 03 de dezembro de 2018 suspendemos as nossas atividades na USF São Judas Tadeu. Era uma segunda feira, chegamos no horário combinado e lemos uma carta de despedida para os usuários, explicando a situação. Os usuários ficaram assustados, sem entender direito o que estava acontecendo. Houve muitas lágrimas novamente entre todos. Às 11h da manhã saímos da USF. Este foi um momento muito doloroso e marcante. Foram muitas lágrimas, sensação de vínculos quebrados e dor. Abandonar projetos que foram iniciados é abandonar tudo o que você acredita e que você lutou para construir durante um ano. Tocar neste assunto me sensibiliza muito.

Houve muitos conflitos, conflitos estes que tomavam conta dos nossos pensamentos e ações. Era difícil a meio tanta turbulência, direcionar as nossas energias ao que deveria ser a nossa maior prioridade: Lutar para construir uma saúde de mais qualidade, um SUS equânime a todos. Porém, tenho a certeza que fizemos muita coisa ao longo do ano e soubemos aproveitar muito, mesmo com as diferentes situações encontradas. Sinto orgulho da minha turma de residentes e, óbvio que nada seria possível se a comunidade não tivesse nos acolhido tão bem, que nos proporcionou construir vínculos transformadores e capazes de produzir saúde.

Segue um trecho de um texto que eu li na semana que saímos de Lauro de Freitas e que expressa o meu sentimento naquele momento:

"Às vezes, mesmo oferecendo e fazendo o seu melhor, as coisas podem não acontecer da maneira que você imaginou ou desejou. E diante da tristeza e frustração, não podemos nos esquecer de que a nossa jornada nos molda sempre visando nosso bem maior, por isso as coisas acontecem exatamente da maneira que tem que acontecer. Não pense que foi perda de tempo.

Não pense que a vida está te castigando. Toda situação ou experiência, seja ela boa ou ruim, nos traz para o hoje, e o momento certo é sempre o agora. A vida está te levando para onde você precisa estar. Não resista, não tenha medo, apenas confie no fluxo, confie no amor do cuidador, confie na assertividade do universo".

Wandy Luz

Com a saída do campo de forma tão brusca, foi necessário pensar em alternativas para que pudéssemos cumprir a carga horária do programa, sem prejuízos. Desta forma, nos organizamos para realizar aprofundamentos teóricos, enquanto a coordenação estava resolvendo as questões no município. Não queríamos quebrar o vínculo com Lauro de Freitas, e sim, ocupar uma USF que estava prestes a ser inaugurada, para que fosse possível finalizar a nossa residência, ou pelo menos, o primeiro ano. Contudo, a gestão não acatou as propostas que a coordenação levou, culminando no rompimento do vínculo com o município.

Enquanto ocorriam as reuniões de negociação entre a FESF e o município, fomos acolhidos no CAPSad Gregório de Matos, situado no Pelourinho, em Salvador, por três semanas. Esta modalidade de CAPS presta cuidado a usuários que realiza uso abusivo de álcool e outras drogas. A equipe foi bastante receptiva conosco e foi uma experiência riquíssima, no entanto não consegui me permitir a vivenciar de forma intensa o serviço pois ainda estava vivendo o luto da saída do campo.



Imagem 05: Confraternização dos grupos da USF São Judas Tadeu após a saída do campo

CAPÍTULO 06 – UM NOVO RECOMEÇO

O ano de 2019 se iniciou com um novo cenário, novos contextos, nova gestão de trabalho e novas pessoas. Não há mudança que não possa nos causar uma certa ansiedade e, por um certo momento, até nos apavorar. A chegada em Camaçari me trouxe uma mistura de sentimentos: se por um lado eu senti um grande alívio por estar em prática novamente após um mês afastada da saúde da família e todos os embates vividos em Lauro de Freitas, pelo outro lado trouxe uma dor ainda não superada, pelo distanciamento dos projetos e dos colegas da trajetória vivida anteriormente.

Atuar em um novo NASF, com novas eqS permite ampliar bastante os olhares e as formas de fazer saúde. Creio que pelo fato do cenário em Camaçari ser mais antigo, me permitiu conhecer um NASF mais estruturado na sua gestão do processo de trabalho, o que somou bastante para minha formação enquanto residente. E sinto que eu pude contribuir um pouco com a minha bagagem anterior também.

Por outro lado, no final do meu R1 eu esperava já está mais integrada com os processos de trabalho e participando ativamente de mais demandas. No entanto, começou a vim à tona um sentimento de frustração e desânimo, por não conseguir ter muitas demandas e ocupar a maior parte da minha agenda mapeando e participando dos espaços.

A partir do dia 15 de abril de 2019 se iniciou um novo ciclo. Oficialmente estávamos “passando a bola” para os nossos R1’S e assumindo novos espaços. Confesso que estava muito ansiosa para este momento, pois após a saída do município de Lauro de Freitas, não estava mais vendo sentido no meu trabalho.

Eu nunca me senti pertencente a equipe e ao campo, contudo, após o projeto da Horta Comunitária do CAIC, que ocorreu uma ressignificação do meu processo de trabalho. A horta trouxe sentido para a minha atuação em Camaçari, pois construí vínculos com os usuários e se tratava de uma atividade de promoção à saúde e controle social. Além disso, sempre tive interesse pela Fitoterapia e a horta me permitiu uma maior aproximação.

Durante o segundo ano, o residente é responsável pela construção de um Projeto de Intervenção em equipe, na unidade em que faz parte. Como o NASF apoia duas unidades, tivemos que nos dividir e eu fiquei na USF CAIC. Devido a este fato, me aproximei mais das atividades e projetos desta unidade, como é possível perceber neste memorial.

A iniciação à preceptoria é uma das competências esperadas para este período, desta forma, além de realizar o acompanhamento dos (as) residentes do NASF, especialmente do núcleo, eu realizei uma atividade de gerenciamento do processo de trabalho do NASF. Esta atividade constituiu na análise dos casos mais acionados ao NASF, bem como a sistematização das atividades realizadas pelo NASF (atendimento individual, consulta compartilhada, reunião de equipe, dentre outras). Todas estas análises tiveram o objetivo de qualificar o processo de trabalho e de dar um retorno para as equipes.

CAPÍTULO 07 – ATUAÇÃO DE UMA NUTRICIONISTA NO ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL

Como abordei na introdução, no segundo ano de residência, o residente realiza um estágio em algum ponto da RAS. A saúde mental, através dos CAPS, já era um campo de estágio que eu queria há um tempo. Tive pouco contato na graduação, exceto durante o estágio Saúde do Idoso que foi realizado em um asilo no município de Salvador, em que eu assumi um caso de uma idosa que tinha o diagnóstico de depressão. No entanto, a minha visão era restrita a contribuição da nutrição no tratamento desta patologia. Não conseguia e não era estimulada a ter um olhar mais amplo sobre o processo.

Um fato que eu acho muito interessante é a forma que eu olhava para os sujeitos alcoolistas. Tive contato na infância com alguns, pois meu avô era dono de uma “vendinha” no interior. E muito deles se tornaram meus amigos (risos). Fui crescendo, e mesmo sem ler ou discutir sobre o uso abusivo de substâncias, eu sempre tive um olhar muito apurado de compreender que algo leva ao indivíduo a ter uma relação problemática com o álcool. Desde muito nova, já adotava a postura do não julgamento, chegando a debater com algumas pessoas próximas a mim.

Foi quando eu entrei na residência, que de fato, comecei a ter um pouco de aproximação com a saúde mental. Discussão/inserção em casos, ações, aproximação com usuários de um “sindicato”, dentre outras atividades que me fizeram ficar imersa neste campo. O vínculo construído com os usuários que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, foi algo transformador na minha formação. Pois, você se cor-responsabiliza enquanto profissional de saúde, de que, é o seu papel promover saúde para aquele grupo de pessoas que muitas vezes são sucateados pela sociedade e por muitos outros profissionais. Não são seres invisíveis, não são meras pessoas que bebem demais, são sujeitos singulares com particularidades em todas as suas dimensões. Foi em Lauro de Freitas que eu conheci a Redução de Danos e comecei a levantar está bandeira.

O estágio em Saúde Mental ocorreu no período de abril até setembro e eu me encontrava sem expectativas na atuação enquanto núcleo, porém com bastante expectativas enquanto campo: com muita vontade de aprender mais sobre a saúde mental, a vivência dos CAPS e conhecer histórias e sujeitos. Estava totalmente imersa no campo, ainda mais pelo fato do

nutricionista não compor a equipe de saúde mental. No entanto, estava aberta para compartilhar meus saberes da área da nutrição e realizar a conexão com a saúde mental.

É nítido que a nutrição bebe da fonte da saúde mental o tempo inteiro, afinal, a relação que possuímos com a comida e com o nosso corpo, perpassa aspectos subjetivos da nossa vida. Sendo assim, qual será a relação que os sujeitos inseridos no CAPS têm com a alimentação? E com o seu corpo? Durante o estágio, acompanhei 02 casos no CAPSad que exemplifica bem esta situação. Um dos casos, era de uma usuária de álcool, que após realizar a cirurgia bariátrica, tem reganho de peso, levando-a baixa autoestima e o desenvolvimento da bulimia (transtorno alimentar). O que levou ao ganho de peso foi o uso do álcool ou este ganho de peso potencializa o uso do álcool? Esta usuária se encontrava em um ciclo: insatisfação corporal -tristeza intensa - busca por prazer (comida e/ou álcool) - culpa - insatisfação corporal. Sendo assim, realizei alguns atendimentos em conjunto com a psicóloga, com o objetivo de ajudá-la na melhor relação com o corpo e com a comida.

Outro caso, foi de um usuário com magreza e que em momentos de crise (uso compulsivo de álcool) ficava dias sem se alimentar, ficando fraco e com dificuldade de locomoção. A comida para ele tinha outro significado, além disso ele cursava com algumas deficiências vitamínicas que potencializava esta anorexia. Quando comecei a acompanhá-lo, ele já estava organizado, buscando melhora na qualidade da sua alimentação e na sua saúde em si. Realizei alguns atendimentos em conjunto com a psicóloga novamente. Ele começou a se alimentar melhor e, após deixar de morar sozinho para viver com uma companheira, relatou melhora no sentido da alimentação para ele.

Tendo esses dois exemplos, chego à conclusão de que a saúde mental, assim como a alimentação, são campos transversais. Aos poucos, vi que o meu saber enquanto núcleo também poderia agregar naquele lugar. Quanto as atividades coletivas, uma das minhas maiores inquietações foi em relação ao Grupo de Saúde. Este grupo era facilitado por uma profissional que possuía uma abordagem muito focada na doença. Tive a oportunidade de participar de 01 encontro, onde foi discutido sobre a hepatite. Mas não com uma metodologia horizontal, valorizando o saber do outro. E sim como uma espécie de "aula", totalmente verticalizada e com comportamentos de julgamento.

Como as atividades coletivas foram ações que mais me marcaram na residência, pelo seu grande potencial, decidi propor uma atividade de educação alimentar e nutricional e assim me aproximar mais do grupo e tentar desfazer esta visão tão enraizada focada na doença. A atividade

foi sobre "Comidas, memórias e afetos", onde cada usuário trazia na forma de desenho alimentos com significados para ele. Além disso, abordei os Dez passos para a alimentação adequada e saudável. Escolher a metodologia exigiu muita cautela, pois poderia ter usuários em situação de rua e de insegurança alimentar e nutricional. Por fim, a metodologia utilizada (desenho e figuras) deu certo e atividade pareceu ser momento muito prazeroso para todos os sujeitos. Infelizmente, não consegui acompanhar mais o grupo devido a inserção das oficinas do projeto de intervenção no mesmo horário. Mas espero ter deixado uma sementinha no grupo e principalmente, na facilitadora - para que ela refletir sobre as atividades propostas para o grupo.

Ao longo do estágio, participei de maneira mais fixa do Grupo Redução de Danos (CAPSad), Grupo Contação de história (CAPS II), Grupo de crianças (CAPSia), com algumas participações no Grupo da Horta (CAPS II) e no Grupo Cidadania (CAPSad). Toda essa experiência na saúde mental, me fez levantar ainda mais a bandeira da luta antimanicomial, principalmente por todos os relatos trazidos pelos próprios usuários do serviço. Ouvi por diversos momentos, discursos quanto a importância da redução de danos e do CAPSad e o quanto as comunidades terapêuticas não são eficazes no tratamento, e por muitas vezes piora a situação do indivíduo. Afinal, eles voltarão para o mesmo meio. É necessário auxiliar o sujeito na sua melhor relação com a substância, e é isso que prega a redução de danos.

Muitos usuários têm como lema "Nada sobre nós, sem nós" e é por este caminho mesmo que deve ser. Como pensar as estratégias que são melhores para o indivíduo, sem escutá-los? Estamos vivendo em uma era de sucateamento do SUS e dos serviços da saúde mental, com maior investimento nas comunidades terapêuticas, conforme a Nota Técnica N^a 11/2019.

E o que fazer mediante a tantos retrocessos vividos? Precisamos empoderar a população, criar consciência política, social e de classe para que se possa lutar pelos seus direitos. O Grupo de Cidadania do CAPSad tem o empoderamento dos usuários como premissa básica. Os encontros são constituídos por debates sobre políticas, comportamentos, masculinidade tóxica, dentre outros temas. De cara eu me encantei com este grupo, com o potencial dos usuários que participavam e sinto que preciso espalhar essa experiência por onde eu for. Em que sociedade estaríamos hoje se os serviços de saúde e de educação seguissem este exemplo? Muito provável não teríamos um governante como o nosso no poder. Uma sociedade empoderada não sabe a força que tem. Porém, os governantes sabem e por isso não é de interesse dele auxiliar na formação de seres conscientes dos seus direitos e deveres. Eu sinto que fiz a melhor escolha de campo de estágio, não faria diferente. Saúde mental é transformador, é intenso, é saúde da família.

CAPÍTULO 08 – MINHAS IMPRESSÕES ESTANDO NA GESTÃO DE CAMAÇARI

O estágio em gestão corresponde mais uma etapa do período da residência no segundo ano. Eu realizei na Diretoria de Atenção Básica (DAB) do município, com mais dois colegas. O estágio tem uma duração de três meses e tem como objetivo promover a vivência do residente no campo da gestão.

Importante salientar que este período passou de forma muito rápida, talvez pela leveza que tem sido ou talvez pelo sentimento de que a residência está se encerrando e o desejo de que o tempo se estagne.

Me recordo do primeiro encontro que aconteceu no auditório da Secretaria de Governo (SEGOV). Era uma manhã de segunda-feira e estavam presentes todos os meus colegas do estágio em gestão, Elisângela e os APM's Gerfson e Juli. Era o momento de trocar expectativas, sentimentos e angústias. Eu estava profundamente curiosa e aberta para o novo, apesar de estar sentindo muito pelo término do estágio em Saúde Mental. Ficava refletindo como seria para mim, uma pessoa que sempre gostou de lidar com pessoas e de estar na assistência, chegar em um outro espaço onde as relações são diferentes e o contato com o usuário é, por ora, mais distante.

Após as trocas das expectativas, houve um momento de separação entre os grupos em que eu fiquei junto com meus colegas da DAB e do Apoio Distrital da sede e da orla. Era o momento de saber mais detalhes sobre o estágio. O que me surpreendeu de fato foi a apresentação das sugestões de produtos. Achei tudo muito organizado e este fato, me deu uma motivação maior. A sugestão inicial quanto aos produtos era dividir o Projeto Saúde na Comunidade entre dois residentes e a elaboração dos POP's para um residente. Este momento, me causou uma certa angústia, pois os atores já se conheciam minimamente e puderam propor um certo arranjo devido a isso. O fato de ter realizado praticamente todo o meu R1, e porque não dizer todo R1 em Lauro de Freitas, impossibilitou o conhecimento do meu perfil para os meus colegas e eu tive o "start" de que eu preciso me mostrar mais. Após diálogo, ficou definido que todos os residentes ficariam com os dois produtos e isso me deixou plenamente satisfeita.

Iniciava-se, assim, a minha imersão no campo da gestão. Em vários dicionários gestão e define esses termos: "Ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público [...]. Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir" (Houaiss, 2001, grifos nossos). Os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Gestão diz respeito à capacidade de dirigir, isto é, confunde-se com o exercício da

administração aparecem como sinônimos. O Houaiss – Dicionário da Língua Portuguesa – assim poder. " A gestão compartilhada no SUS deve dar destaque para a cogestão, educação permanente e gestão de conflitos como dispositivos para uma gestão participativa. A gestão não é algo estanque, assim como o planejamento em saúde, ela acontece a todo tempo.

Os dias iniciais se baseou em mapear o terreno. A recepção continuou sendo bacana, apesar dos profissionais estarem imersos nas suas "ilhas" de trabalho. São muitos profissionais, com uma estrutura física não compatível, o que impacta diretamente no processo de trabalho de todos (me coloco neste grupo). Em meio às leituras, o Plano Municipal de Saúde me chamou muita atenção, pelo fato de ter ações de forma muito ampliadas e com um número alto de responsáveis. Qual será a finalidade disso? O que será quem tem por trás? Será que é válido aquela expressão: "O que é de todo mundo não é de ninguém"?

Um dos produtos do estágio se constitui no Projeto Saúde na Comunidade - SESAU mais perto de você, o qual me permitiu entrar em um outro campo nunca visitado antes. Certo que o planejamento estava inerente ao meu trabalho enquanto NASF, porém não na perspectiva de Gestão no DAB. O aprendizado na construção das ferramentas de monitoramento e avaliação foi muito válido, pois me permitiu ponderar o ideal e o real. Além do mais, é o projeto que eu vejo sentido, apesar de acreditar que a melhor solução poderia ser a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde na Família. Em meio a construção do projeto, houve um interesse da gestão em ampliar o público-alvo do projeto e o número de comunidades, no entanto, não havia recursos humanos e materiais para a realização do cuidado de forma qualificada. Fica nítido o foco em números de atendimentos, por questões políticas, em detrimento a qualidade do serviço. Finalizei o estágio com o projeto ainda em discussão.

Outro produto do estágio foi a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para as unidades de saúde do município. A construção permitiu uma intensa articulação com outros setores, como a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) e a Diretoria de Planejamento (DIPLAN). Além disso, me permitiu a construção de novos saberes, especialmente do campo da enfermagem. O produto ficou disponível para validação pelos servidores do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi, sem dúvidas, uma das vivências mais marcantes da minha trajetória. Foi nela, que eu me vi nutricionista pela primeira vez. Um processo intenso, marcado por construções e desconstruções na minha maneira de pensar e agir.

Em tempos de sucateamento da saúde pública e do SUS, formar profissionais especialistas em Saúde da Família é fundamental. Pois, é através do conhecimento e da entrega, que podemos formar um coletivo que luta pela melhoria e valorização da saúde pública universal.

O meu desejo é que todos os residentes que se permitiram a vivenciar a saúde da família, consiga retornar em algum momento, de forma direta ou indireta, a este campo da saúde. Contribuindo, assim, para um SUS melhor a todos.

Encerro este memorial, com uma sensação de gratidão por tudo que foi vivido e narrado até aqui. Foram inúmeros momentos de felicidades, mas também de dificuldades – os quais me fizeram crescer e amadurecer muito. Saliento que a escrita deste memorial se deu de forma leve, trazendo à tona diversos sentimentos e recordações que pretendo levar comigo para sempre.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação do NASF modalidades 1 e 2 às eSF e/ou equipes de atenção básica eAB para populações específicas, cria a modalidade 3 e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o PSE, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 68 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

CAMPOS, G.W.S; CAMPOS, T.O.C. Gestão em Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Fiocruz. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>
Acesso em 23/10/2019.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. Resolução nº 5, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.

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

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3289-3300, 2012.

FESF. Fundação Estatal Saúde da Família. Projeto Político Pedagógico. 2018

MATTOS, Priscila Fonte; DOS SANTOS NEVES, Alden. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista Práxis**, v. 1, n. 2, 2017.

NOBRE LN, LAMONIER JA, FRANCESCHINI SC. Preschool children dietary patterns and associated factors. **J Pediatr** (Rio J);v.88, n.2, p:129-36, 2012.

PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. Memorial de formação: quando as memórias narram a história da formação. **Porque escrever é fazer história: revelações, subversões, superações. Campinas, SP: Graf**, p. 45-60, 2005.

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

ROCHA, Kátia Bones et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

SANTA CRUZ, Maria Luiza et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, v. 17, n. 1/2, p. 161-183, 2008.

SANTINI, Stela Maris Lopes et al. DE LOS 'RECURSOS HUMANOS' A LA GESTIÓN DEL TRABAJO: UN ANÁLISIS DE LA LITERATURA SOBRE EL TRABAJO EN EL SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 537-559, 2017.

SILVA, Esther Pereira da et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Rev Bras Cienc Saude**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.