



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

CAMILA PINHEIRO SILVA

**Brilho eterno de uma mente com lembranças: memórias de uma
nutricionista e integrante do NASF em uma Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

Camaçari – BA

2019

CAMILA PINHEIRO SILVA

**Brilho eterno de uma mente com lembranças: memórias de uma
nutricionista e integrante do NASF em uma Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

Trabalho de conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS-Ba/Fiocruz) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Eluá Benemerita Vilela Nascimento

Camaçari – BA

2019

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. METODOLOGIA	6
3. ANTES DA RESIDÊNCIA	7
4. PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA	9
4.1. A longa fase de conturbação	9
4.2. Apesar dos pesares: os aprendizados do primeiro ano	9
5. SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA	11
5.1. O reinício	11
5.2. Estágio optativo em Saúde Mental	12
5.3. Vivência na Diretoria de Controle e Regulação do SUS	13
5.4. Estágio eletivo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad)	13
6. CONCLUSÃO	15
7. REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

A história das residências multiprofissionais inicia-se a partir das residências médicas (que já existiam desde a década de 40), devido à falta de financiamento, apenas em 1976 na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul foi aberta a primeira residência multiprofissional. A proposta era ampliar o cuidado ofertado para a população e favorecer o trabalho multiprofissional (RIBEIRO, 2011; MIOTO et al, 2012). A lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 institui a residência profissional em saúde e a categoriza como uma responsabilidade dos setores de educação e saúde. Ela é descrita como uma forma de pós-graduação em serviço, que tem o objetivo de inserir profissionais de saúde no mercado de trabalho de forma qualificada e em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia Saúde da Família (anteriormente conhecida como Programa Saúde da Família) é o modelo prioritário de fortalecimento e expansão da Atenção Básica, foi fundado em 1994 e trabalha a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Vem em contrapartida ao modelo médico centrado e a visão biomédica de saúde, valorizando o trabalho interdisciplinar e a integralidade dos sujeitos (BARBOSA, LEONARDO, BOSI, 2016; MATTOS, NEVES, 2009).

Nessa perspectiva as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) surgem para qualificar a formação dos profissionais no âmbito da atenção básica com base nos princípios e diretrizes do SUS, no trabalho multiprofissional, na interdisciplinaridade (ampliando a resolutividade) e na reflexão crítica da prática (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

As RMSF podem incluir profissionais que constituem as equipes de saúde da família (eSF) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Este último foi instituído pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, é formado por profissionais de diversas categorias e se responsabiliza por dar suporte às eSF, aumentando a resolutividade, favorecendo o trabalho multiprofissional e o compartilhamento de práticas e saberes. As ações de apoio podem ser a nível clínico assistencial (visitas domiciliares e atendimentos individuais) ou na dimensão técnico-pedagógica, como discussão de caso, atendimentos compartilhados, sessões de educação permanente, etc. (BRASIL, 2014, 2017).

Além das atividades supracitadas como de responsabilidade dos profissionais do NASF-AB, cabe também ao nutricionista deste núcleo apoiar as ações de nutrição e alimentação, tais como: incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família; realizar ações de vigilância alimentar e nutricional; utilização e propagação de programas de suplementação de micronutrientes e oferta de cuidado nutricional (BRASIL,

2009). O Conselho Federal de Nutricionistas (2005) também traz que o nutricionista que trabalha com saúde coletiva deve fazer articulação com outros equipamentos da rede e gestão para pactuação de fluxos e protocolos, integrar espaços de controle social, participar de atividades de promoção da saúde, entre outras atividades.

2. METODOLOGIA

“The world forgetting, by the world forgot.

Eternal sunshine of the spotless mind!

Each pray’r accepted, and each wish resign’d”¹

Eloisa to Abelard (Alexander Pope, 1717)

Segundo Silva (2010) memoriais são meios de organizar narrativas de vida, é uma forma de interpretar, problematizar e compartilhar suas memórias que podem ser de histórias pessoais ou construídas no coletivo. São as lembranças a partir do nosso ponto de vista, entrelaçadas com afetos. A palavra “memorial” também pode ter outro significado quando avaliado o princípio de seu uso: espaços que servem para evitar o processo de esquecimento de eventos e/ou pessoas que marcaram, pois de alguma maneira os imortaliza (AXT, 2012). Acredito que ambos os conceitos se complementam e cabem para descrever o que aqui se seguirá.

Desta residência tenho memórias que gostaria de apagar, mas o que somos se não um conjunto de experiências que vivemos e que iremos viver? Sendo assim, o que nos resta é ressignificar e aprender com os maus momentos e preservar os bons. Assim, neste memorial trago os bons e maus momentos destes dois anos (e além), avaliando como estes repercutiram em minha trajetória. Momentos desde antes da Residência, buscando contextualizar o caminho e as escolhas que me trouxeram até aqui e passo pelos relatos do primeiro e segundo ano fazendo paralelos com o conteúdo teórico estudado ao longo dessa trajetória.

¹ Tradução do inglês por Jorge Luis Gutiérrez (2013): Esquecendo o mundo e o mundo esquecendo-a. Eterno resplendor de uma mente sem lembranças! Cada oração aceita e cada desejo realizado.

3. ANTES DA RESIDÊNCIA

Meu nome é Camila Pinheiro Silva, tenho 24 anos e sou natural de Salvador. Sou uma pessoa bastante objetiva e prática (talvez até demais, o que pode soar como impaciência para alguns). Até o início da Residência, me descrevia como uma pessoa calma, pacífica (mas nem tanto), estudiosa e determinada. Gostaria de dizer que pouca coisa mudou, porém, no decorrer deste memorial será possível perceber que não.

Acho importante trazer aqui a descrição da minha família para esclarecer mais um pouco sobre a formação da minha personalidade supracitada. Sou filha de pais divorciados e tenho um irmão mais velho. A minha família paterna é em sua grande maioria composta por professores de ensino médio/fundamental (incluindo meu pai, que é professor de história), o que me inspira até hoje a também ser professora. Tenho a lembrança clara de acordar de madrugada e vê-lo com seus 40 e poucos anos estudando na sala, tentando conciliar a faculdade de História com o trabalho. Para a família da minha mãe estudar e tirar boas notas sempre foi considerado prioridade, tanto é que meus familiares sempre fizeram grande esforço para pagar escola particular até o ensino médio. Fui bolsista no ensino médio e na faculdade, nunca tive um momento de “hiatos”, me acostumei a estar sempre ocupada e assumir duas atividades diferentes. Posso dizer que o período entre 2012 (conciliando escola e curso técnico) e 2014 (faculdade e curso técnico) foram muito exaustivos, saía de casa 6:30 h e chegava às 20:00 h para estudar e fazer os trabalhos solicitados nas duas instituições. Mas ao mesmo tempo tinha colegas e amigas ótimas e prestativas que pareciam aliviar toda a carga de trabalho e estresse.

A escola em que estudei o ensino médio ofertava cerca de dez opções de cursos técnicos (nos preparando para futuramente trabalhar em indústrias). Por afinidade (ou falta de afinidade com os outros cursos, que eram ainda mais de exatas) optei pelo Curso Técnico em Alimentos. Na época de escolher o curso da graduação fiquei em dúvida entre odontologia e nutrição, muito devido à pressão da minha família para que eu escolhesse uma profissão “com melhor remuneração e mais empregos disponíveis”. Porém, entendi que deveria fazer minhas próprias escolhas e queria continuar discutindo temáticas parecidas com a do curso técnico por isso optei por Nutrição.

Já na graduação, inicialmente pensava em seguir a área industrial (olá influência do curso técnico!), porém, no decorrer do curso, após as matérias práticas e por ter conhecido duas excelentes professoras da área, entendi que queria seguir o caminho da Saúde Pública.

Já no último semestre da graduação, comecei a pesquisar sobre Residências com enfoque na Saúde Pública. Me inscrevi para realizar o processo seletivo desta Residência, só a descobri um

pouco tarde, com mais ou menos um mês para realização da prova e este período foi de puro estudo para obter um bom resultado. Todo este “enredo” me trouxe até aqui, para essa Residência, minha primeira experiência profissional.

4. PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA

4.1. A longa fase de conturbação

Camaçari é uma cidade localizada na região metropolitana de Salvador, é distribuída em 8 regiões de saúde, 3 dessas têm NASF. Possui 63,7% de cobertura da estratégia saúde da família, totalizando 34 USF distribuídas no município (PMC, 2018). Atualmente está em um processo de reorganização com o intuito de dividir o território em 3 distritos sanitários.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família encontra-se inserida na região 4 nas USF Nova Aliança, PHOC CAIC, PHOC III, Piaçaveira e Parque das Mangabas.

Cheguei na residência em um momento de turbulência, os NASF tinham acabado de ser reestruturados, havendo redistribuição dos residentes do segundo ano (R2) pelas Unidades. Fui alocada junto com um professor de educação física no NASF 2 (responsável pelas USF do PHOC III, Piaçaveira e Parque das Mangabas) e haviam três R2. Os primeiros dois meses foram confusos, todos estavam se adaptando a nova dinâmica. Nos meses seguintes houve a saída do colega R1 e duas das R2, restando apenas eu, uma R2 e a preceptora. A partir desse momento deu-se início a busca incessante de alternativas para evitar o completo desmonte do NASF 2.

Foi sugerida uma transferência para o NASF 1, fui contra devido aos processos de trabalho serem diferentes e porque teríamos que sair de uma ou duas Unidades que apoiávamos. A opção escolhida foi adiantar o retorno processual de algumas R2 que haviam saído para estágio optativo. Após todos estes complicadores, acreditei que a tempestade finalmente havia passado porém a preceptora saiu do NASF e a partir disto foram longos 5 meses contando apenas com o suporte dos Apoiadores de Núcleo e, em poucos momentos, de preceptores de outras categorias. Todos esses acontecimentos acabaram me desestimulando, sobrecarregando, prejudicando o processo de trabalho e me tornando uma pessoa mais impaciente, porém, também auxiliou a aumentar minha proatividade e independência.

4.2. Apesar dos pesares: os aprendizados do primeiro ano

Além de todos os percalços passados, o primeiro ano também me trouxe muitos aprendizados. O primeiro deles foi entender que não consigo ser onipresente (mesmo que outros profissionais peçam isso), assim, aprendi a como organizar uma agenda de forma a tentar dar apoio as equipes nas tarefas em que sentiam mais dificuldade (ou falta de priorização) em lidar (principalmente o Programa Saúde na Escola e grupos), ao mesmo tempo que tentava cumprir as ações de assistência direta (atendimentos, visita domiciliar, interconsulta).

A consulta compartilhada entre NASF foi uma das atividades que mais realizei neste período, foi um espaço onde aprendi sobre exercício físico, organização do tempo/divisão da consulta, melhorou a anamnese que aplicava, além de fortalecer os vínculos entre NASF.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de articulação entre os setores de educação e saúde que tem como um dos objetivos fortalecer e ampliar as ações de saúde voltadas para educandos e suas famílias (BRASIL, 2017). Durante o primeiro ano tive a minha primeira experiência com o PSE e me tornei a referência do NASF para as Unidades do PHOC III e Piaçaveira, sendo responsável por auxiliar as equipes na aproximação com as escolas, no planejamento e execução das atividades.

Além disso, o trabalho multiprofissional em si foi um grande aprendizado, entender quais são as minhas limitações, como o outro pode me ajudar e como posso ajudá-lo. A troca de experiências e conhecimentos foi essencial na minha formação.

Atendimento compartilhado é uma forma importante de apoio matricial e permite a troca de aprendizados e de conhecimento prático para os profissionais envolvidos, pode ocorrer em casos de dúvida diagnóstica, casos de difícil adesão terapêutica, complexa rede familiar, etc. (SARAIVA; ZEPEDA, 2012). O planejamento prévio (com discussão do caso) de um atendimento compartilhado com a equipe mínima foi uma das atividades que gostaria de ter realizado mais vezes. Devido à dificuldade de disponibilidade da minha agenda (pelo número reduzido de profissionais no NASF) era muito difícil marcar turnos específicos para esses atendimentos, assim, as consultas aconteciam de maneira espontânea caso eu estivesse presente na Unidade, com uma breve explicação do caso minutos antes de entrar no consultório.

Tive a oportunidade de participar do planejamento e execução de dois Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O PTS é uma ferramenta de construção coletiva que permite aos profissionais traçarem estratégias de cuidado para o usuário, é essencial que o paciente participe desta construção. É necessário que haja esclarecimento de quais são as principais necessidades, estabelecer metas e responsáveis, reavaliando e fazendo alterações quando necessário (BRASIL, 2014). Apesar de ser algo coletivo, pude observar nos PTS que participei, uma sobrecarga de tarefas na pessoa que possuía maior vínculo com o usuário. Na construção de ambos a equipe teve apoio dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e álcool e outras drogas).

5. SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA

5.1. O reinício

Quando retornei das férias, o novo preceptor do NASF já havia chegado e foi justamente o profissional que precisávamos, alguém com energia e disposição suficiente para recargar o NASF 2. Também chegaram mais 8 novos residentes e eu, já acostumada a trabalhar em dupla ou no máximo trio no NASF, me vi reaprendendo a trabalhar com uma grande equipe. Houve dificuldades, falhas de comunicação, falta de paciência mas no final, ao ver o que o NASF 2 se tornou, entendo que tudo só ajudou no nosso fortalecimento.

Após avaliar o meu primeiro ano junto com a apoiadora de núcleo e o preceptor, entendemos que a facilitação/planejamento de atividades coletivas (com enfoque em grupos) era outra competência que poderia ser mais desenvolvida no segundo ano da residência (devido ao início ter sido mais voltado para atividades de assistência individualizada).

Grupos na atenção básica podem funcionar além do propósito de atender mais pessoas em um menor espaço de tempo, eles também podem propiciar criação de vínculo, fortalecimento da comunidade, troca de experiências e conhecimentos, estímulo ao autocuidado e cuidado com o próximo (BRASIL, 2013). Com os grupos além do ganho profissional também pude criar vínculos mais fortes com os usuários e desenvolver novas habilidades (costura, dança circular, dobraduras...). Na Residência os grupos de convivência e terapêuticos eram mais prevalentes. O primeiro funciona como um espaço para socialização e fortalecimento do vínculo da comunidade, podem estar associados à passeios e festas comunitárias, um exemplo seria o Arte de Viver (grupo que ocorre na USF Parque das Mangabas). Já os grupos terapêuticos têm função mais específica: auxiliam na redução de sintomas (sofrimentos psíquicos, dores físicas), propagam a importância do autocuidado e permitem a troca de experiências, um exemplo seria o Grupo de Auriculoterapia que ocorre na USF Piaçaveira (BRASIL, 2014). A auriculoterapia é uma prática integrativa e complementar que tem o objetivo de auxiliar no tratamento de disfunções de ordem psicológica e/ou biológica através de estímulos nas inervações do pavilhão auricular (TOLENTINO, 2016). O Grupo de Auriculoterapia foi o que mais me dediquei, participei desde a criação até mais de 6 meses de execução, era um dos espaços que mais gostava de participar e fico feliz ao ver que apresentou resultados tão bons.

Houve mudanças na estrutura da agenda dos R2 com o objetivo de facilitar as estratégias de matriciamento: dois turnos e meio da semana o residente deveria ficar nas USF e realizar as atividades comuns (atendimentos, visitas domiciliares, grupos) porém com o enfoque na área do estágio eletivo. Particularmente, esta estrutura funcionou bem, tive a oportunidade de

realizar visitas, atendimentos, articulações de rede, discussões de caso e sessões de educação permanente com foco nos usuários de saúde mental.

5.2. Estágio optativo em Saúde Mental

Apesar de integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Atenção Básica apresenta algumas barreiras no cuidado aos usuários de saúde mental. Profissionais que trabalham na Atenção Primária a Saúde indicam que algumas dificuldades em prestar assistência são a falta de preparo/formação e o medo em relação a estes usuários (MENEZES; BRANDÃO, 2017).

Durante a graduação tive poucos momentos de aproximação com saúde mental, além disso, as falas negativas que reforçam os estereótipos são comuns (muitas vezes são descritos como “perigosos, imprevisíveis, irritadiços”). Ao chegar na residência me sentia despreparada e com medo de lidar com os usuários, mas após passar metade do primeiro ano tentando evitá-los sempre que possível, entendi que essa não era a resposta. Busquei suporte na apoiadora de núcleo, li, debati sobre o assunto e me permiti ser mais aberta para acolher estes pacientes. Nessa perspectiva decidi realizar o estágio optativo nos CAPS de Camaçari (II, infância e adolescência e álcool e outras drogas). Tive a oportunidade de participar de grupos, reuniões de equipe, acolhimento, ações extramuros que me possibilitaram quebrar alguns estereótipos que ainda rondavam minha imaginação. Além disso, os espaços também eram terapêuticos para mim. Poder realizar essas atividades me fazia bem, serviram para deixar os dias de estágio mais leves e para o crescimento pessoal e profissional.

Durante os 6 meses de estágio também realizei ações do GAP. Este é um espaço pedagógico da residência construído com base na metodologia pesquisa-ação com o objetivo de qualificar a formação, estimular a realização de ações para melhorar os serviços e de inserir o residente no caminho da produção de pesquisas. Com outras 5 residentes fui responsável por realizar um levantamento epidemiológico (apenas da região 4) com base nos dados dos CAPS. Através desta pesquisa e da vivência diária era possível notar que os profissionais não conheciam muitos dos seus usuários de saúde mental e não sentiam-se preparados para acolhê-los nos serviços.

Assim, foram estabelecidas algumas estratégias de matriciamento: cine-debate para discutir a reforma psiquiátrica e abordar os receios dos profissionais, discussão de casos em reunião de equipe, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, articulação de rede para proporcionar sessão de educação permanente com profissionais do CAPS, etc. Hirdes e Scarparo (2015) reforçam que o apoio matricial em saúde mental na atenção básica auxilia na oferta de cuidado integral, reduz os encaminhamentos desnecessários aos serviços

especializados e ajuda na redução de agravos ao intervir e identificar precocemente transtornos mentais.

5.3. Vivência na Diretoria de Controle e Regulação do SUS

No estágio em gestão fui alocada na Diretoria de Controle e Regulação do SUS (DICOR), mais conhecida pelos usuários como Central de Regulação. Pude vivenciar todos os setores e entender o mínimo sobre o seu funcionamento. De uma forma geral o DICOR segue o que está proposto na Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, sendo responsável pela coordenação da prestação de serviços (consultas, procedimentos, exames, cirurgias...) dentro e fora do município de Camaçari.

Segundo a Portaria supracitada, a Regulação da Atenção à Saúde (dimensão em que o DICOR melhor se encaixa) também é responsável pela execução de “ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS”, em sua maioria, estas ações também são realizadas pela Regulação em Camaçari. Assim, é um órgão central da articulação de rede no município, possibilitando as vinculações entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária de saúde com o objetivo de atender ao usuário de forma integral.

Devido a ser um período de mudança na gestão do local e por problemas de comunicação entre os setores houveram dificuldades para iniciar algum projeto de maior impacto. Sendo assim, ao lado de mais uma residente, fui acolhendo as demandas que surgiram ao longo do estágio (produção de material de apoio para profissionais e usuários, organização das metas, missão e valores do setor de educação e planejamento, participação no mutirão de cirurgias...).

O que mais marcou a minha vivência foi entender na prática como a falta de comunicação dentro de uma instituição pode dificultar os processos de trabalho e consequentemente impactar o serviço oferecido ao usuário.

5.4. Estágio eletivo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad)

Como dito anteriormente, saúde mental é um tema pouco abordado durante a graduação em Nutrição, a residência se torna uma oportunidade para contornar essa fragilidade na formação. Assim, optei por realizar o estágio eletivo no CAPSad Gregório de Mattos para auxiliar no aperfeiçoamento do meu processo de formação. CAPSad são espaços voltados para o cuidado

de usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e também dá suporte à seus familiares. São regulamentados pela Portaria nº 336 de fevereiro de 2002 e pela Portaria nº 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial. No Centro Histórico de Salvador, na Faculdade de Medicina, fica localizado o CAPSad Gregório de Mattos que foi fundado há 7 anos e trabalha na perspectiva da redução de danos.

Além de participar de grupos, assembleias, espaços de convivência, discussões de PTS, reuniões de equipe, entre outros espaços, houveram dois projetos principais que desenvolvi nesse estágio: mapeamento da rede do centro histórico e o Encontro de Mulheres.

O primeiro partiu da premissa de que a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2004) afirma que o cuidado ao paciente acompanhando no CAPSad deve ser realizado em ambiente comunitário, de acordo com a cultura local e articulado aos demais equipamentos de saúde e de suporte social do território com o objetivo de ofertar uma atenção integral a estes indivíduos. O CAPSad Gregório de Mattos já realizava esta articulação, porém, não existia um material físico atualizado que contivesse informações sobre estes serviços. Assim, em conjunto com outras três residentes, foram realizadas visitas a instituições de saúde do centro histórico para coleta e organização das informações em forma de planilha. O objetivo era divulgar esses dados com usuários e profissionais.

O Encontro de Mulheres foi pensado após observar que o público feminino era muito abaixo do esperado nos espaços de convivência dentro do CAPS, era necessário entender quais causas poderiam estar associadas a esta observação. Sendo assim, algumas mulheres do serviço foram questionadas a respeito, a maioria relatou que devido aos assédios sofridos pelos demais usuários e pelos casos de violência que ocorreram na convivência, já não se sentem mais tão confortáveis em frequentar o CAPS.

Com base nos relatos e discussões em reuniões de equipe e supervisão de estágio, o Encontro de Mulheres foi planejado e realizado para possibilitar um espaço acolhedor, de escuta e cuidado para as usuárias e profissionais do serviço. Pensando em sua continuidade, o Encontro foi planejado com profissionais do CAPS que pudessem continuá-lo após a saída das residentes.

O território, os profissionais e o perfil dos usuários que compõem este CAPSad permitem que o residente tenha uma experiência única (completamente diferente do que foi visto no estágio optativo), atingiu minhas expectativas e objetivos.

6. CONCLUSÃO

Durante a minha primeira roda de campo me perguntaram “Por que escolheu uma residência em saúde da família?”, agora ao terminar, vejo que minha resposta (que até então eram expectativas) se tornou realidade. Disse e hoje confirmo: saio especialista em saúde da família, mas saio também um pouco especialista em pediatria, saúde do adulto, gestão, saúde mental, entre tantas outras formações que apenas a saúde da família lhe permite viver ao mesmo tempo. Mais do que especialista em saúde da família, saio como NASF.

NASF nessa residência foi muito além de um núcleo de apoio, para mim foi uma família (independente se tinham duas ou 10 pessoas), é sinônimo de trabalho em equipe, de união, de respeito e empatia. Saio menos paciente e muito cansada, mas também mais experiente, independente e militante do SUS e da saúde mental.

7. REFERÊNCIAS

AXT, Gunter. A função social de um memorial: a experiência com memória e história no Ministério Público. **Métis: história & cultura**, v. 12, n. 24, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, de 20 de fevereiro de 2002, seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 4 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, de 30 de dezembro de 2011, seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 4 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2a ed. Brasília. Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (nº 27)**. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

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). **Diário Oficial da União**, de 22 de setembro de 2017, seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 3 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (nº 39)**. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental (nº 34)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial no 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União** de 26 de abril de 2017, nº 79, seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em 10 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.559, de 1° de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 4 de agosto de 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 24 de outubro de 2018.

BRASIL. Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n°s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 1° de julho de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN n° 380 de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a Definição das Áreas de Atuação do Nutricionista e suas Atribuições, Estabelece Parâmetros Numéricos de Referência, por Área de Atuação, e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**, de 10 de janeiro de 2006. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 383-393, 2015.

MATTOS, Priscila Fonte; DOS SANTOS NEVES, Alden. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista Práxis**, v. 1, n. 2, 2009.

MENEZES, S. R. Giovanna; Brandão, G. C. Gisetti. A realidade do atendimento à saúde mental na atenção básica. **II Congresso Brasileiro de Ciências em Saúde (CONBRACIS)**. Campina Grande, jun – 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA5_ID1636_02052017173126.pdf>. Acesso em 22 de janeiro de 2019.

MIOTO, Regina Célia Tamaso et al. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 185-208, 2012.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 814-827, 2010.

POPE, Alexander. **Eloisa to Abelard**. 1717. Disponível em (traduzido): <http://revistapandorabrasil.com/revista_pandora/eterno_sublime/jorge.pdf>. Acesso em 19 de janeiro de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. Assessoria de Comunicação. **Saúde da Família possui 57 equipes em 34 unidades de saúde**. out. – 2018. Disponível em: <<http://www.camacari.ba.gov.br/saude-da-familia-possui-57-equipes-em-34-unidades-de-saude>>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

RIBEIRO, Maria Aparecida Andrés. **Consultoria Legislativa: Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil**. Mai. – 2011. Disponível: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da>>

consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011_123_.pdf>. Acesso em 22 de janeiro de 2019.

SARAIVA, Sônia; ZEPEDA, Jorge. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso e Lopes (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Capítulo 33. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

SILVA, Jane Quintiliano Guimarães. O memorial no espaço da formação acadêmica:(re) construção do vivido e da identidade. **Perspectiva**, v. 28, n. 2, p. 601-624, 2010.

TOLENTINO, Flora. Efeito de um tratamento com auriculoterapia na dor, funcionalidade e mobilidade de adultos com dor lombar crônica. 2016. 53 pág. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias). Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/136212>>. Acesso em 3 de março de 2019.