

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

LARISSA SILVA MARTINS

**UMA NUTRICIONISTA NO NASF: UM CONJUNTO DE
TRANSFORMAÇÕES.**

LARISSA SILVA MARTINS

**UMA NUTRICIONISTA NO NASF: UM CONJUNTO DE
TRANSFORMAÇÕES.**

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

**Orientadora: Ednéia Carla Passos dos
Santos.**

**Salvador - BA
2020**

RESUMO:

O Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica implantou em 1994 a Estratégia Saúde da Família, possibilitando uma reorientação do modelo de assistencial visando à qualificação e expansão da atenção básica. Como forma de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar apoiando as equipes da estratégia de saúde da família com intuito de aumentar a resolutividade das ações. Nesse contexto, inserisse a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cujo principal objetivo é propiciar o desenvolvimento dos profissionais de saúde com enfoque multiprofissional fortalecendo o trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos. A residência me possibilitou vivenciar práticas intensas, além de ser um espaço que me fez repensar sobre os modos de produzir saúde me fez enxergar o indivíduo sob outra perspectiva.

PALAVRAS-CHAVE: nutricionista; NASF; saúde da família; multiprofissional.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência social
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAN	Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAS	Plano Anual de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
R1	Residente do primeiro ano
R2	Residente do segundo ano
RAS	Rede de Atenção à Saúde

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

SF	Saúde da Família
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1- INTRODUÇÃO	5
1.1- ANTES DA RESIDÊNCIA	5
2- PRIMEIRO ANO COMO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECER, EXPERIMENTAR, TRANSFORMA-SE.....	7
2.1 Articulando com a equipe mínima	10
2.2 Imersões no território: primeiros passos.....	12
2.3 Ampliando o cuidado através das Práticas Integrativas em Saúde.....	14
3- SEGUNDO ANO COMO RESIDENTE DA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANALISAR, AVALIAR E MONITORAR: O FAZER GESTÃO.....	15
3.1- Iniciando o 2º Ciclo:.....	15
3.2 - Perpassando por um ponto da Rede de Atenção à Saúde: Rede de Doenças Crônicas.....	16
3.3 - Vivenciando a atuação do nutricionista na gestão dos Programas de Alimentação e Nutrição	18
3.4- Estágio na gestão da Atenção Básica	19
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	20

1- INTRODUÇÃO

“Olhar para trás após essa caminhada e detiver em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente lembrarei o quanto foi valioso chegar até o ponto final, e hoje tenho a impressão de que tudo começou ontem. Não somos os mesmos, mas sabemos mais uns dos outros! É importante dizer que nada se perderá. Pelo menos dentro da gente...”.

Guimarães Rosa (adaptado)

1.1- ANTES DA RESIDÊNCIA

Minha motivação para ingressar na residência começou no final da graduação. Fui formada pela Universidade Federal da Bahia e lá a ênfase era para a área hospitalar. Durante a formação acadêmica pouco foram as possibilidades em atuar em saúde coletiva, já que minha formação foi muito baseada na concepção biologicista. Poucos foram os espaços que pude vivenciar o Sistema Único de Saúde – SUS em sua vertente mais ampliada, integral e desafiadora.

Em uma matéria, realizei um trabalho em um bairro de Salvador, trabalho esse que achei muito interessante, pois resultava em conhecer os costumes alimentares daquela população. Durante o desenvolvimento do mesmo fui in loco para entrevistar os moradores para saber como se dava todo processo referente à alimentação, fato esse que me chamou atenção, pois naquele bairro tinha vários locais de comercialização de frutas, verduras, alimentos in natura no geral, mas a maioria dos entrevistados tinha um alto consumo de alimentos ultraprocessados, principalmente o público infantil, o que para mim naquele momento não fazia sentido. A partir daí, vi a importância de se conhecer os costumes locais para depois compreender a situação nutricional daquela população. Em outra matéria, saúde coletiva, obtive conhecimento da política, dos programas voltados para alimentação e nutrição, porém infelizmente foi uma das últimas matérias antes de me formar, mas foi muito interessante quando alguns profissionais que atuavam na área participaram das aulas relatando suas experiências.

Durante os estágios fui percebendo que a formação estava voltada muito para formação hospitalocêntrica, pouco se falava em saúde coletiva e comecei a questionar como seria minha trajetória, que caminho iria percorrer quando me formasse já que não me enxergava atuando naquele ambiente. Observava muitas das minhas colegas engajadas na área, como se fosse o único caminho na atuação do nutricionista, mas não sentia o mesmo, para mim era monótono, porém não sabia responder com clareza porque não gostava muito das aulas práticas, só tinha a certeza que a área hospitalar não era a minha primeira escolha e nem a segunda. Gostava muito da área de produção de refeições, conhecida como Unidade de Alimentação e Nutrição - UAN, que era a minha primeira escolha.

No único estágio voltado para a saúde coletiva, realizei o mesmo na área técnica dos programas, no Centro histórico, onde comecei a conhecer na prática como se dava a gestão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no estágio também acompanhei uma nutricionista em uma Unidade Básica de Saúde em outro bairro de Salvador, mas era pouco para abrilhantar meus olhos para saúde coletiva, já que era um estágio com curto prazo e observacional, ao contrário dos estágios voltados para área hospitalar, já que tinha que realmente colocar a mão na massa. Entretanto, uma amiga muito próxima estava estagiando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), acompanhando uma nutricionista. Os relatos dela sobre a atuação do nutricionista no NASF abriram o meu leque de possibilidades e achava interessante na fala dela, mas tive a oportunidade de vivenciar muito além do que me foi relatado. A partir de então, comecei a pesquisar e me interessar sobre a área.

Críticas têm sido formuladas em relação à formação do nutricionista, em virtude da demasia de conteúdos voltados para as ciências biológicas, em detrimento de uma formação mais sólida em aspectos político-sociais. Embora já prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais, se faz necessário organizar o projeto pedagógico do curso de nutrição, com o objetivo de aprofundar a discussão sobre a formação acadêmica do nutricionista em prol ao atendimento das diretrizes e dos princípios do SUS (BOOG, 2008).

No estudo de Alves e Martinez (2016), foi analisado o projeto pedagógico do curso de nutrição comparando a formação do nutricionista com o seu alinhamento com as diretrizes que regem a profissão e sua atuação no SUS. De acordo com os resultados, a maioria dos cursos de nutrição, 72,2%, destinou, no máximo, 30% da carga horária total para as disciplinas consideradas da área de Nutrição e Saúde Pública, corroborando que há uma predominância do desenvolvimento de competências voltadas para a atenção à saúde no contexto da individualidade em detrimento da coletividade.

Como não tinha passado na primeira seleção, assim que me formei depois de 03 meses, comecei a trabalhar na área de UAN, onde trabalhei por 01 ano, pois chegou um momento que não me sentia mais feliz naquela função, senti a necessidade de vivenciar outras experiências, ampliar meus horizontes. Os relatos de uma amiga que estava em processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família e a minha insatisfação no trabalho me encorajaram a realizar a prova da residência no ano seguinte. A partir de então comecei a ter foco nos estudos para ingressar na próxima turma e consegui, enfim me tornei residente! Não foi fácil chegar até aqui, mas está sendo muito gratificante me especializar em Saúde da Família e posso afirmar com todas as letras que não me vejo em outra área, me encontrei!

2- PRIMEIRO ANO COMO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECER, EXPERIMENTAR, TRANSFORMA-SE.

Embora conhecesse um pouco sobre o formato da residência, cheguei um pouco receosa, mas muito feliz de ter almejado essa conquista. Tinha conhecimento de algumas peculiaridades da residência, através da minha amiga. Compreendi o que significa ser multiprofissional durante essa minha vivência. Para mim tudo era novidade, desde no que tange em trabalhar junto com profissionais de outras áreas, na comunidade, na saúde da família, pois até então minha experiência era muito voltada para atuação nuclear.

Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família, precursor da Estratégia Saúde da Família (ESF), ancorada na experiência de outros países. A ESF foi implantada como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistencial visando a qualidade de vida da comunidade. Tem como base o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com as suas reais necessidades, tendo como características utilizar, simultânea e interativamente, a Abordagem Individual, a Abordagem Familiar e a Comunitária como estratégias para educar, promover e recuperar a saúde, evitando adoecimentos ou agravamentos desnecessários. É baseada no trabalho de uma equipe básica – altamente custo-efetiva – que, atuando na perspectiva da integralidade e apoiada por uma rede de apoio matricial, tem elevada capacidade resolutiva, evitando as digressões e a perversidade dos percursos intermináveis e iatrogênicos dos pacientes pelo sistema de saúde (RODRIGUES; ANDERSON, 2011).

De acordo com essa premissa, inserisse a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cujo principal objetivo é propiciar o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para atuar na atenção básica no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias e de comunidades e na gestão/organização do trabalho, com enfoque multiprofissional fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2006).

A residência utiliza como estratégia de ensino aprendizagem as metodologias ativas baseadas em situações-problemas, que instigam competências e saberes de cada um e a busca crítica de novas informações que, na interação colaborativa com outros residentes contribuem para a maior integração entre os saberes e práticas multidisciplinares. (Regimento interno do programa de residências integradas em medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família da FESFSUS/FIOCRUZ,2018).

Minha equipe do NASF foi representada por 04 categorias: nutricionista; psicólogo; fisioterapeuta e educador físico. Era um grupo coeso, harmônico, onde aprendi o significado do trabalho em equipe. Foi desafiador e enriquecedor trabalhar com pessoas com características e habilidades diferentes com objetivo de aprender, apoiar e potencializar a resolubilidade das equipes de saúde da família.

Eu e minha equipe não tínhamos experiência no NASF e ainda não estava claro sobre nossa atuação. Começava um novo desafio que a residência estava me proporcionando e não tinha ideia do que iria experimentar. Posso dizer que cheguei à residência “crua”,

limitada, na “caixinha” e essa experiência foi fundamental para adquirir maturidade profissional, além de me proporcionar crescimento pessoal.

O objetivo do NASF é apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. É importante tanto conhecimento técnico, como também a responsabilidade por determinado número de ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Por ser uma estratégia inovadora, é fundamental o comprometimento, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação (BRASIL, 2010).

No princípio, todos tinham a mesma sensação, em não conhecer na prática como iríamos atuar e fazer no território. Porém aos poucos, fomos nos situando e as relações interpessoais foram ficando mais fortes. Embora tivesse pouco tempo de convívio, a sensação é que nos conhecíamos há anos o que ajudou bastante no processo de trabalho. O mais marcante para mim em atuar no NASF foi conhecer a ferramenta de educação em saúde, e também de cuidado chamada de matriciamento, nossa, aprendi muito principalmente com o trabalho interdisciplinar. Aos poucos fui percebendo sobre a importância do trabalho em equipe multiprofissional na construção de ações, cada um com saberes e olhares diferentes sobre uma mesma situação de saúde.

Posso afirmar que aprendi muito com cada um deles, principalmente com o núcleo de psicologia e fisioterapia, pois até então não tinha muito conhecimento sobre tais profissões. Levo na minha bagagem de cada núcleo comigo. Atuar no NASF me fez ampliar meu olhar para o indivíduo, deixando de enxergar somente minha especialidade, até porque somos um quebra-cabeça com intensa interligação entre as partes. Não imaginava que o trabalho multiprofissional fosse tão enriquecedor como pude vivenciar na residência e sempre afirmo que todos os profissionais deveriam passar por tal experiência após a graduação, apesar de que, o ideal seria que houvesse uma mudança no ensino acadêmico.

Segundo BACKES et al (2014), debruçar no trabalho em equipe consiste em se comunicar uns com os outros e desmoronar as causalidades lineares e as fronteiras territoriais demarcadas pelo montante de disciplinas. Significa permitir que a ordem dialogue com a desordem, a certeza com a incerteza e a parte com o todo, assim como o todo com as partes. Simboliza passar de um pensamento fragmentado, reducionista e excessivamente disciplinar para um pensamento complexo, capaz de ampliar, interligar os diferentes saberes.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas, como é o caso do Apoio Matricial (BRASIL, 2014). Ele se constitui como novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Configura-se como uma equipe multiprofissional que vai prestar assistência e cuidados em saúde no território, de forma interdisciplinar, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos. O apoio matricial do NASF às equipes de referências se consolida através do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções (SANTOS; UCHOA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Dentre as ações de promoção e prevenção à saúde, vários foram os espaços de desenvolvimento do cuidado: grupos (convivência/práticas corporais, gestantes, tabagistas); atividades coletivas (HIPERDIA); ações no território (Programa Saúde na Escola, NutriSUS); interconsultas; consulta compartilhada/individual; visitas domiciliares; acolhimento à demanda espontânea.

O uso de tecnologias leves no processo de trabalho foi essencial para produção do cuidado mais humanizado. O desenvolvimento da escuta qualificada modificou meu olhar e o cuidado para com o usuário. Muitas vezes o usuário chegava com uma queixa e quando eram investigados os sintomas relatados, tinha outra história por trás da queixa e/ou o mesmo procurava a unidade porque precisava desabafar ser escutado e não somente ouvido, foi de forma gradativa esse “feeling” foi acontecendo. De acordo com SAVASSI (2011), existem três formas de definir o acolhimento: enquanto postura – a postura acolhedora da equipe; enquanto processo de trabalho – diretriz reorganizadora do processo de trabalho; e enquanto ferramenta – instrumento para promover o vínculo, acessibilidade, universalidade e humanização em um espaço de recepção para a escuta qualificada.

De acordo com Merhy (2007), a produção do cuidado é permeada pela utilização de tecnologias presentes no trabalho em saúde e podem ser classificadas em 03 categorias: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves utilizam como recurso as relações, através das quais se estabelece o vínculo, o acolhimento, a gestão de processo de trabalho. Já as leve-duras estão relacionadas a um saber estruturado como, por exemplo, a clínica médica e a epidemiologia e as tecnologias duras são os equipamentos, que incluem tanto máquinas como normas organizacionais.

Nos espaços, escutei relatos que a maioria das vezes havia violência oculta, e que durante as discussões de caso observamos que acontecia com muita frequência no território que prestamos assistência. Fato esse, nos mobilizou em fazer um lindo trabalho de matriciamento com as equipes sobre manejo nas diversas violências que “gritam” no território. Violência doméstica e sexual era as mais corriqueiras e no início foi muito difícil, tinha casos que demorava alguns dias para sair da minha cabeça, porque embora seja uma realidade em muitos lugares, lá foi mais real devido estar de cara a cara com as vítimas. Entretanto, aprendemos a fazer articulação com a rede (quando existia), utilizar a ficha de notificação compulsória, pensar sobre estratégias, etc.

Tenho muito a agradecer a meu primeiro preceptor Pedro, recordo que no início durante o planejamento das atividades, escutei várias vezes a frase “você tem que sair da caixinha” (risos), frase essa, que levarei para minha vida. Pedro foi uma peça fundamental para que compreendesse o trabalho em equipe, realizar planejamento, principalmente da agenda, o que é ser multiprofissional, enfim como ser um profissional do Núcleo de Apoio em Saúde da Família. Mas infelizmente ele não acompanhou por muito tempo nossa caminhada, mas o tempo que trabalhou na equipe ensinou a utilizar as diversas ferramentas que é de grande utilidade no fazer do NASF. Devido as mudanças e por algum tempo ficarmos sem preceptoria, “levamos o barco” com tranquilidade. Além de Pedro, vários profissionais também foram importantes nessa minha caminhada, principalmente os que foram do NASF, como minhas apoiadoras dos núcleos, não desmerecendo dos demais são claro, mas quem foi do NASF é diferenciado. Posso dizer que no primeiro ano da residência já foi muito importante para

mim, e acredito que todo profissional deveria ter essa experiência. Foi interessante conhecer os pontos da rede, como acontece todo o processo de trabalho na prática o que só tinha lido ou escutado até o momento, mas que não fazia muito sentido até vivenciar, pois não existe melhor aprendizado do que praticar.

A prática pedagógica de ensino/ aprendizagem através da metodologia ativa foi um dos grandes diferenciais na residência. Poder ser protagonista no meu processo de formação, contribuiu de forma singular no meu processo de crescimento profissional e pessoal, na construção do senso crítico/reflexivo, ter autonomia no desenvolvimento das atividades, refletir que não tem certo nem errado, não ter medo de ousar.

2.1- ARTICULANDO COM A EQUIPE MÍNIMA

Além do trabalho multidisciplinar, como no NASF, outra experiência muito enriquecedora foi com a equipe mínima. Nas unidades de referência a mesma era composta por agente comunitário, médico, enfermeiro, dentista, técnico de saúde bucal, técnico de enfermagem. Quero ressaltar sobre o quanto foi gratificante compartilhar com os Agentes Comunitários em Saúde (ACS), grupo esse que para mim é uma das peças fundamentais da Saúde da Família. No início, não foi fácil, pois estávamos substituindo profissionais que eles já tinham vínculo e por esse motivo houve uma resistência no primeiro momento, embora elas (todas eram mulheres) nos receberam com muito carinho, mas depois houve aproximação e tivemos trocas, compartilhamentos, que só fez melhorar todo processo de trabalho.

Com a dinâmica do dia a dia pude perceber que as ACS eram a principal chave entre a unidade e os usuários, somente elas possuíam todo o conhecimento empírico das áreas que atuam, ou seja, o elo mais importante na ESF. Aprendi muito com elas, principalmente no que discerne a comunicação, como usar a linguagem nos espaços, já que na graduação o uso era somente a técnica e tive que mudar minha forma de expressar para fazê-las entender e o mais importante foi discorrer com elas sobre a importância delas na ESF, pois por muitas vezes o discurso delas era o não pertencimento na equipe, caracterizado pela não valorização da fala e falta de entendimento devido à linguagem técnica dos profissionais, não estranha presente nos espaços. Situações essas que eram provenientes do modelo biomédico e também devido a personalidade dos profissionais, que era o maior motivo dessa postura. Como NASF fizemos mediações sobre essas e outras questões, além de fazer um momento de escuta só com elas que posso dizer que foi umas atividades mais gratificantes no meu processo de formação. Posso dizer que me tornei uma melhor pessoa, com mais empatia depois do convívio com elas.

O compartilhamento de saberes com os outros membros aconteceu principalmente nas consultas compartilhadas, interconsultas e atividades coletivas junto com a medicina, enfermagem e odontologia, embora com ênfase nessas duas últimas. Foi uma experiência muito gratificante presenciar outros espaços, como a consulta pré-natal e puericultura, ser matriciada no teste rápido, aprender um pouco da odontologia, participar dos grupos (tabagismo, gestantes, HIPERDIA), aprender um pouco na sala de vacina. Toda atividade que estávamos juntos, era uma oportunidade de ocorrer um matriciamento entre ambas as partes, contribuindo para uma visão ampliada ao indivíduo, por outra perspectiva que outrora era desconhecida.

HENNINGTON (2005) destaca que a experiência multiprofissional e interdisciplinar propicia a ampliação do campo de competência através de troca de saberes, levando a um notório ganho em termos de qualidade na atenção à saúde, sem que necessariamente se percam as especificidades e saberes próprios de cada profissão ou especialidade.

Entretanto, como nem tudo são flores, no início houve alguns entraves nas relações interpessoais com os integrantes da equipe mínima. Eles não entendiam a lógica do NASF e por isso o não entendimento da nossa atuação, achavam que a gente não trabalhava (era até motivo de piada) por não ter uma agenda de atendimentos como eles tinham, além de que, acreditavam que os grupos de práticas corporais eram de responsabilidade do NASF, dessa forma, poucos participavam das atividades, com o discurso de não ter agenda, de não ter habilidades, os motivos da ausência eram diversos. Entretanto, a dificuldade do planejamento de agenda era notória. O turno direcionado para atividades coletivas era diferente da execução das mesmas, e quando participavam não tinha muita rotatividade entre os profissionais.

A meu ver não entendia muito essa resistência, pois também tinha vindo da mesma lógica de formação acadêmica que eles, modelo médico hegemônico, e apesar da falta de conhecimento, não pensava da mesma forma, provavelmente por conhecer e estudar o NASF. A odontologia foi o núcleo mais resistente. O incômodo gerado pelo NASF gerou por certo tempo uma dificuldade nas relações com a equipe mínima, mas com o tempo as relações foram melhorando. Somente depois da utilização da micropolítica, matriciamento, eles se permitiram em sair do consultório e vivenciar outros espaços, mas foi muita luta. Hoje acredito que tanto eu quanto eles adquirimos ao longo do primeiro ano de residência, crescimento profissional e maturidade para compreender o que propõe a Saúde da Família. Vale salientar que desenvolvi certas características pessoais durante a residência, como exemplo, explicar minha opinião, que me fez sentir melhor como pessoa.

Trabalhar em equipe não é uma tarefa simples, é marcado pelos embates das relações interpessoais. Infelizmente nem toda graduação possui disciplinas que auxiliam no desenvolvimento de habilidades para tal. Saber reconhecer o valor de cada profissional, escutar e respeitar a opinião do outro, interagir com outras disciplinas em busca da integralidade, estabelecer relações horizontalizadas para que todos sejam protagonistas no processo de cuidado são algumas das competências necessárias para que o trabalho multiprofissional seja eficiente. FORTUNA (2005), enfatiza que trabalhar em equipe não é algo harmonioso. Existem momentos de conflitos e esses não são negativos ou algo a ser evitado, mas são inerentes às relações, são possibilidades de crescimento, para isto, se faz necessário a utilização da comunicação.

Em contrapartida, o trabalho multiprofissional possibilitou ampliação da minha bagagem de conhecimento e me fez refletir sobre a importância da complementariedade das profissões, pois vim de uma formação com visão fragmentada e individualista, mas aprendi a ser multi nessa especialização a ter uma visão mais ampla sobre o indivíduo.

Uma fragilidade no processo de formação, foi referente a rotatividade de profissionais, principalmente em relação a preceptoria. O NASF, nesse período de formação, teve 03 preceptores, entretanto entre a saída do 1º e entrada do 2º demorou um tempo, que embora não foi muito grande, foi perceptível uma quebra no ciclo, já que a metodologia

utilizada era diferente entre ambos. Embora, tivemos o apoio de outros preceptores na ausência do de referência do NASF, mas não era a mesma coisa.

2.2 IMERSÕES NO TERRITÓRIO: PRIMEIROS PASSOS

Um dos primeiros passos para conhecer o território foi realizar a territorialização, que é um dos alicerces da ESF. O território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde da atenção básica, é caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, apresentando, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um local em constante construção (Miranda et al., 2008). Concernente com o exposto, para efeito do processo de produção de saúde da comunidade, o território deve ser considerado um espaço vivo capaz de produzir saúde; portanto, um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região (SUCUPIRA, 2003).

Visitamos alguns pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), centros de referência, como o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e alguns equipamentos sociais como igrejas, pontos comerciais, espaço de lazer, mas infelizmente, esse processo de modo geral no primeiro momento foi realizado de maneira superficial, só passamos a realizar o mapeamento das áreas de abrangência no território posteriormente, durante as demandas que surgiram, buscando a efetivação da promoção à saúde e organizar o serviço de maneira eficiente.

A territorialização proporciona compreender à dinâmica que envolve o meio onde se estabelece o processo saúde/doença, assim como as necessidades e situações de saúde; espaço que favorece a construção de vínculo; visa conhecer a realidade de determinada população a partir da demarcação territorial da área de abrangência da ESF, construir diagnósticos que permitem a identificação dos diversos elementos presentes no contexto social (JUSTO et al, 2017). Dessa forma pode-se afirmar que é um importante instrumento de análise entre os indivíduos e suas relações com o ambiente.

Nas primeiras semanas realizei atividades coletivas. O primeiro grupo que fiz parte foi um grupo de práticas corporais ou chamado também de grupo de convivência. Os usuários nos receberam com muito carinho. Foi à primeira experiência nesse espaço até então, e devido a esse fato, me sentia um pouco insegura na condução do grupo. O matriciamento pelos profissionais de Educação Física foi fundamental para que me sentisse mais confiante, além de que como eles demandavam exercícios aeróbicos, levava um pouco das aulas que fazia na academia e pesquisava sobre. Depois de um tempo, já estava conduzindo o grupo sozinha com naturalidade. Engraçado que, quando comentava em casa que iria conduzir uma atividade corporal, as pessoas não entendiam e achavam muito estranho em eu realizar atividades que eles achavam que competem a outro profissional e, por mais que explicasse minha atuação na especialização, as pessoas não compreendiam.

Acredito que minha bagagem que levo da residência foi devido principalmente a me permitir a novas experiências, a encarar algum desafio como algo que só irá agregar na

minha formação. Outra experiência exitosa, foi à participação nos grupos de HIPERDIA, foi um espaço onde o senso comum se fazia muito presente, foi de aprendizado mútuo. O quanto temos que respeitar o saber popular e poder equilibrar com o conhecimento científico é desafiador, é importante dar a valorização da experiência dos usuários. A utilização da fitoterapia no cuidado das doenças crônicas se faz muito forte na comunidade, fato esse resultou na criação de uma farmácia viva com as principais plantas / ervas utilizadas pelos usuários em uma Unidade de Saúde da Família.

Um dos grandes aprendizados foi em relação da importância do trabalho multiprofissional para o manejo aos portadores de doenças crônicas. Todos os profissionais foram como peças essenciais para a formação do “quebra-cabeça”. Por acometerem cada vez mais pessoas de todas as classes sociais, as DCNT’s desafiam os profissionais de saúde para o seu controle, prevenção e manejo dos agravos. Uma das intervenções possíveis no acompanhamento da evolução dessas doenças ou de sua prevenção tem sido o uso da tecnologia de grupo no desenvolvimento de ações voltadas aos portadores de DCNT’s (SILVA, et al 2006). Além dos grupos de convivência e HIPERDIA a utilização de grupo como ferramenta assistencial aconteceu e outros coletivos como o grupo de gestantes, tabagismo.

Em 2011, o MS lançou o Programa Academia da Saúde com intuito de promover saúde através da atividade física. O objetivo da criação do programa foi eliminar barreiras estruturais para o acesso às práticas corporais/ atividade física, como a inexistência de espaços públicos de lazer, de modo a facilitar a prática de hábitos saudáveis. Dessa forma, o programa visou à construção de espaços físicos dotados de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos qualificados para a orientação de práticas corporais/ atividade física e de lazer, contribuindo para a promoção da saúde da população adstrita. Vários estudos demonstram que a atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão. (BRASIL, 2011).

Em uma das unidades de Saúde no município, há uma Academia de Saúde nas proximidades. Lá além de realizar práticas corporais, também o espaço era utilizado para realizar ações de educação em saúde, falando de temas de acordo com os interesses e demandas do grupo, assim como falando de temas transversais como autoestima, empatia, alimentação saudável, autocuidado nas doenças crônicas com o objetivo de proporcionar autonomia e emponderamento dos usuários. Embora só tivesse um polo, realizamos nas outras unidades de saúde semelhantes ações.

Um destaque a complexidade da ESF foi à atenção domiciliar. A realização da visita domiciliar teve papel diferencial na abordagem integral à família. Conhecer os diferentes arranjos, abordar as famílias constitui-se em um elemento de gestão do cuidado na atenção domiciliar, e também de prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros, assim como identificar possíveis membros que auxiliarão no cuidado. Cabe salientar, que no domicílio, algumas questões sobre a estrutura familiar estão explícitas (BRASIL, 2013).

Quando o profissional desconhece a realidade do usuário, a sua conduta é frágil e sem sentido para o usuário. Realizar as visitas domiciliares me fez observar outros aspectos importantes para o cuidado integral, como as condições socioeconômicas, as relações

entre os membros da família, como é organizado o sistema familiar, os seus hábitos, etc. A abordagem no domicílio, contribuiu muito nas intervenções. Nos domicílios tive acesso a comportamentos e atitudes como cadeado na geladeira e “esconderijo” de alimentos ultraprocessados em guarda roupa na mesma família, uso inadequado de alimentos ditos “saudáveis”, acesso a realidade das pessoas no que tange aos hábitos, principalmente a condição de vulnerabilidade para que a partir daí seja construída orientações alimentares de forma mais assertiva, além de ser matriciada pelos meus colegas de outras categorias, fatos que só pude observar na residência, pois a visita domiciliar é um instrumento que pode nos revelar muito se utilizada de maneira adequada. Passei a enxergar como uma grande oportunidade para coletar dados, construir vínculo, analisar o contexto familiar e social que o indivíduo está inserido, pensar estratégias para o cuidado de acordo com sua realidade, buscando intervenções com criticidade e ética.

2.3 AMPLIANDO O CUIDADO ATRAVÉS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados em saúde estimulando alternativas inovadoras, incentivando o envolvimento responsável e continuado dos usuários, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2015a).

Em 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foi registrada oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas. De acordo com os dados, o Brasil passa a contar com 29 práticas integrativas pelo SUS. Com isso, somos o país líder na oferta dessa modalidade na atenção básica! (BRASIL, 2018a).

A auriculoterapia é uma das PICS delas e faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas que tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas. Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica (corpo) que é, atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde. A ideia surgiu a partir de experiências municipais de sucesso, aliadas a uma técnica de simples aprendizagem e de amplo aspecto de aplicabilidade na atenção básica (BRASIL, 2018b).

Como forma de ampliar as formas de cuidado, realizei o curso de auriculoterapia e não tinha noção do quanto agregaria para minha formação. O gratificante para mim é que foi um curso proporcionado para a Atenção Básica (AB). Sinceramente, não tinha noção das ofertas de serviços e cursos que o SUS proporciona para os profissionais da AB e, o mais importante é que o uso das PICS diminuiu bastante o uso descontrolado de medicamentos, pelos usuários. A demanda era muito grande e o retorno pelos usuários foi muito positivo. Através da auriculoterapia, fui percebendo o quanto à população estava adoecendo devido às questões emocionais, principalmente o quanto as mesmas

estavam agravando as doenças de base, pois as doenças crônicas aumentam a frequência dos distúrbios emocionais, como ansiedade, humor, baixa estima.

A procura pela auriculoterapia pelos usuários no primeiro momento de dilação por algum sintoma, seja enxaqueca, insônia dor na coluna, mas a maior procura era para tratamento para ansiedade. A maioria era portador de alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT's). Dessa forma, o tratamento era realizado em conjunto, doença de base e sintoma relatado. Infelizmente a oferta era menor que a demanda, pois nem todos os profissionais eram capacitados em auriculoterapia.

Embora minha prática não fosse centralizada no tratamento de sobrepeso e obesidade, e sim de acordo com a demanda dos usuários, muitos estudos trazem resultados positivos do uso da auriculoterapia associada ou não com outras práticas integrativas no tratamento de redução de peso (OLIVEIRA, FARIA, 2015; ORNELA, 2016).

3- SEGUNDO ANO COMO RESIDENTE DA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANALISAR, AVALIAR E MONITORAR: O FAZER GESTÃO.

3.1- INICIANDO O 2º CICLO:

O primeiro ano passou muito rápido R1, foi um ano que tive a oportunidade de poder ampliar meu olhar sobre o outro e sobre mim mesma. Viemos de um modelo fragmentado e na residência pude perceber como somos complexos e que a formação acadêmica deixou muitas lacunas. Posso dizer que só em um ano o aprendizado foi grande e foi fundamental para meu crescimento poder desfrutar dessa vivência. Outro ciclo se iniciou, com outro formato. O desenho da residência no 2º ano é marcado pela circulação nas redes de atenção à saúde do município.

Na primeira semana como R2, foi feita apresentação das redes. O processo de trabalho permitiu articular com parte da rede, embora sentisse que a equipe mínima não tinha tanto conhecimento do que poderíamos articular no município. Fato esse, que a meu ver, atribuo ao NASF está mais no campo do que a equipe mínima, buscando articulação com os outros pontos de atenção, mas que de certa forma hoje vejo como uma falha no apoio dado a equipe mínima, já que cabia a nós realizarmos com mais ênfase as articulações com a equipe mínima, já que fizemos de forma pontual com a necessidade de cada equipe. O que me marcou durante o introdutório como R(2) foi sobre o bendito planejamento, me fez refletir que, se não damos significado as nossas ações, se não nos questionamos, se não organizamos e pensamos no previsível, se não há planejamento não conseguiremos avançar ou sermos eficientes. Fez-me refletir sobre minhas ações no primeiro ano, acho que todos os assuntos abordados (principalmente no que tange sobre a importância do planejamento) deveriam ser apresentados desde o início para que utilizássemos diversas ferramentas no nosso processo de trabalho, dar mais significado as nossas ações, apesar de que alguns apoiadores ajudaram muito nesse

sentido, desde o início da residência. Seja discutir nas rodas de campo ou em outros espaços sobre o significado de nossa atuação no território.

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (TEIXEIRA apud VILAS BOAS, 2010).

No segundo ano, devido ao desenho ser diferente, fui para Rede de Doenças Crônicas - Estágio Optativo - Estágio Eletivo. Essa nova etapa me fez ter outro olhar sobre a análise situacional da saúde do município além de conhecer as ferramentas fundamentais de gestão. Como planejamento - avaliação e o monitoramento das ações realizadas.

3.2 - PERPASSANDO POR UM PONTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS

No segundo ciclo da residência, meu início como R(2) foi na linha de cuidado da Rede de Crônicas. Todas as linhas eram interessantes (saúde mental, vigilância sanitária e epidemiológica, farmacêutica, mas a que queria integrar foi a Rede de Crônicas, principalmente pelo alto índice de usuários portadores de diabetes e hipertensão nas unidades que dava apoio, tinha a curiosidade de compreender a rede e, consegui me inserir com a divisão entre os residentes. Não sabia com clareza qual seria o foco da rede, entretanto, na primeira semana durante a recepção da rede, as apoiadoras responsáveis informaram que no Plano Anual de Saúde (PAS) continha metas voltada para nutrição, em especificamente, um dos produtos do estágio era realizar o diagnóstico nutricional do município. Produto este, que ampliou meu olhar para uma visão macro, me fazendo refletir o quão é importante realizar esse diagnóstico ainda no primeiro ano, pois até então, a assistência era feita de acordo com a demanda da equipe e o que percebia nos atendimentos, tinha conhecimento de pontos da rede de forma geral, porém poucos pontos relacionados com a nutrição, pois o conhecimento e a descoberta surgiram de acordo com as demandas que apareciam somente nas unidades que prestei apoio.

A primeira semana foi voltada para leitura de documentos norteadores, como o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que até o momento desconhecia quanto o município recebia. Segundo a Portaria nº 4.395, de 28 de Dezembro de 2018, o incentivo é de custeio de serviços e despesas relacionadas à efetiva implementação de ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente na AB. As ações devem estar em consonância com as diretrizes da PNAN, priorizando - se:

I - a promoção da alimentação adequada e saudável;

II - a vigilância alimentar e nutricional;

III - a prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri;

IV - a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.

Além da preciosa informação, li também a PNAN, cuja leitura foi com clarividência. A partir de então, tive a compreensão que, ter conhecimento de como está a organização da atenção nutricional é umas das primeiras ações que deveria realizar no território, como nutricionista, mapear os pontos que fazem parte da rede. Dessa forma, para identificar os determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional é necessário saber os locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, assim como os costumes alimentares dos usuários. Até então, conhecia os pontos da rede, mas pouco em relação à atenção nutricional, tinha realizado articulação com a rede de suplementação alimentar, mas desconhecia outros em relação à segurança alimentar e nutricional. De certa forma, a atuação no NASF me fez distanciar um pouco do núcleo e atuar mais como multiprofissional.

O que retomou sobre a importância do processo de territorialização. De acordo com MONKEN e BARCELLOS (2005), a territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde sejam implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada.

Pude aprofundar sobre alguns instrumentos na gestão como a sala de situação e os indicadores de crônicas; o sistema de informação para coleta de dados; como a rede funciona. Percebi que a rede ainda está em formação, que ainda há poucos registros no Sistema de Informação em Saúde (SIS), o E-SUS, tornando o diagnóstico situacional frágil, devido à falta de registro de dados nas fichas de produção pelos profissionais, refletindo na qualificação dos registros, implicações devido à falta de notificações como o planejamento do processo de trabalho. O que implicou na qualidade do diagnóstico situacional da rede quando realizei, percebi que era uma fragilidade na maioria das equipes.

Os SIS é um conjunto de elementos interligados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Dessa forma, eles congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento necessários para que os profissionais de saúde desempenhem as suas atividades com efetividade e eficiência, sendo a base para o planejamento de ações (MARIN, 2010). O mesmo autor destaca que a informação é a essência da profissão. Os profissionais de saúde precisam de informação para poder exercer o processo de cuidado, de gerenciamento, de avaliação. Ou seja, todas as atividades em saúde estão relacionadas com a busca e o uso da informação.

Posso afirmar que o estágio foi muito enriquecedor, me fez vivenciar experiências muito gratificantes como exemplo, conhecer mais a fundo sobre a agricultura familiar, participar da primeira reunião do município sobre o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), articular com outras nutris que atuam no município, conhecer mais o território, aprender sobre gestão, compartilhar com os enfermeiros do município sobre o manejo na obesidade através da Educação Permanente. Embora as maiores atribuições fossem voltadas para nutrição, nesse estágio aprendi também sobre o manejo de usuários com feridas, planejamento sobre o grupo de tabagismo e vivenciei um pouco sobre a Planificação da Atenção Primária à Saúde, que irá contribuir muito para a organização e fortalecimento da Rede de Crônicas no município.

A Planificação da Atenção Primária à Saúde visa à organização dos macros e microprocessos da APS e AAE (Atenção Ambulatorial Especializada), envolvendo todos os trabalhadores e gestores, proporcionando o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos

processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão (CONASS, 2016).

Também tive a oportunidade de transitar na rede de vigilância sanitária. Realizei visitas técnicas em vários estabelecimentos comerciais para avaliar condições higiênico-sanitárias e acompanhei todo o processo administrativo após as visitas.

3.3 - VIVENCIANDO A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA GESTÃO DOS PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A escolha por realizar o estágio eletivo na Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) foi devido às lacunas que a graduação deixou no campo da saúde coletiva, principalmente em relação à atuação do nutricionista na gestão das políticas públicas. Devido a ATAN ser uma área que executa ações de gestão dos programas e ações de Alimentação e Nutrição no SUS foi o local oportuno para poder conhecer, aprender e desenvolver ações no que concerne aos programas, estratégias e ações de Alimentação e Nutrição contribuindo para minha formação. Minha expectativa foi adquirir conhecimento técnico/prático sobre os programas de alimentação e nutrição para posteriormente agregar no município de atuação. Apesar de pouco tempo, foi uma ótima experiência. Dentre as atividades desenvolvidas, tive a oportunidade de realizar o planejamento de oficinas, aprender como acontece o monitoramento dos programas a nível estadual, analisar sobre a importância do nutricionista nesses espaços, já que na maioria dos municípios do estado da Bahia a gestão dos programas é realizada por técnicos, enfermeiros e administradores, não os desmerecendo claro, uma minoria é ocupada por nutricionistas. Percebi que muitas das pessoas que estavam na gestão dos programas não tinham muito conhecimento sobre os programas, pois a demanda para o setor para tirar dúvidas simples sobre o funcionamento dos programas era muito grande.

O estágio ocorreu em um momento muito especial, pois estava em andamento as Oficinas da Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. A Estratégia tem como objetivo principal qualificar as ações dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das unidades básicas (BRASIL, 2015b). Realizei no final do estágio a oficina e me senti muito motivada para replicar no município, já que percebia que nos grupos de gestantes e nos atendimentos de puericultura a prática da amamentação exclusiva até os 06 meses era baixa, muitas mães chegavam aos atendimentos com muitos erros em relação à introdução alimentar e a dificuldade no manejo pelos profissionais em relação à introdução alimentar era notória. Retornei para o município já com o planejamento para realizar as oficinas, mas infelizmente não pude realizar devido às demandas do serviço. Embora, penso em efetuar a oficina mesmo após a conclusão da residência se caso não haver tempo hábil.

3.4 - ESTÁGIO NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ao retornar para o município depois do estágio na ATAN, o próximo passo foi vivenciar o estágio na gestão da atenção básica. Realizei meu estágio na Coordenação da Atenção Básica, e meu objetivo nesse espaço inicialmente foi conhecer mais sobre a organização dos programas de alimentação e nutrição, para poder realizar articulação entre o aprendizado na ATAN. Logo no primeiro dia, conversei com a Coordenadora sobre o que pretendia na rede, porém devido a avalanche que desmoronou no SUS, devido o novo financiamento da atenção básica, tive que postergar, tudo era estratégico para o desmonte do SUS.

No final do ano fomos pegos de surpresa com o novo financiamento da atenção básica, que tem como base o fim de um dos principais princípios do SUS, a universalidade, e como se fosse pouco veio de brinde outra avalanche, a extinção do meu NASF, da minha especialização, através da ausência de financiamento específico para a categoria. Estava sendo privilegiada de poder aprofundar sobre o assunto durante o estágio, sendo que cada encontro de leitura de portarias, “materiais norteadores” ficava mais apreensiva com os absurdos e boicotes que estavam fazendo com o SUS.

Segundo a Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019, além da alteração do financiamento a Saúde da Família deixará de ser pelas ações de promoção e prevenção passando a se tornar uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), regredindo para lógica do modelo biomédico.

Demorei dias para digerir as informações (embora até hoje esteja sem acreditar), pois o meu crescimento profissional e pessoal foi a partir da minha atuação no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, inicialmente a sensação era de desespero, já que enfim tinha me identificado como NASF, a todo o momento passava um filme da minha trajetória do período na residência e de repente não iria mais existir o financiamento específico, ficando a cargo de cada município definir a composição e ações de sua equipe multiprofissional. Mas acredito que mesmo sem garantia de atuar no NASF após a residência, a bagagem que adquirir nesses 02 anos levarei onde estiver. Fiquei muito sentida com a maldade dos que dizem governantes com os trabalhadores e usuários do SUS.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência me proporcionou uma aproximação das reflexões críticas sobre os modos de produzir saúde, repensar sobre o processo de atenção à saúde. Antes da residência tinha uma visão do cuidado predominantemente restritiva, com a especialização passei a enxergar o indivíduo sob outra perspectiva, de forma ampliada, de forma integral.

Percebi o quanto rico é o cuidado de forma multidisciplinar, a potencialidade e o desafio de se trabalhar em equipe, a importância de escutar o outro, que o SUS funciona sim, mas que depende do envolvimento dos profissionais para dar certo. Vejo-me como uma profissional mais qualificada e encantada pelo NASF e pela Saúde da Família. Pensar no cuidado onde a intervenção tem como base a família e que o contexto familiar é um dos norteadores das nossas ações, foram alguns dos frutos colhidos na residência, foram 02 anos, mas de muito aprendizado.

Não é fácil atuar no SUS, mas foi onde me encontrei! Embora o mar de turbulências que trouxe o novo financiamento, independente da extinção do NASF plantarei a sementinha do meu aprendizado na residência onde estiverem. Entrei uma mera nutricionista e saio da residência como uma nutricionista com visão mais ampliada sobre o cuidado em saúde que transcende a prática curativista.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, n. 39, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Atenção à Saúde. *Formação em Auriculoterapia para profissionais de Saúde da Atenção Básica*. Universidade de Santa Catarina, Módulo I, 2018b.

BOOG, M.C.F. *Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável*. Ciências & Saúde, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 33-42, 2008.

SAVASSI, L. C. M. *Iniciação à prática de Estratégia da Saúde da Família*. Faculdade SENAC: Belo Horizonte, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BACKES, D.S. et al. *Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática*. Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), *Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde*, setembro de 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2020.

FORTUNA, C. M. et al. *O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos*. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./ abr. 2005.

HENNINGTON, É. A. *Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária*. Caderno de Saúde Pública, v.21, n.1, p. 256-65, 2005.

MARIN, Heimar de Fátima. *Sistemas de informação em saúde: considerações gerais*. Journal of Health Informatics, v. 2, n. 1, 2010.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, p.189, 2007.

OLIVEIRA, J. C.; FARIA, F. B. *Medicina tradicional chinesa para tratamento de obesidade*. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares, v.4, n.7.p. 29-36, 2015.

ORNELA, R. G. et al. *Acunputura no tratamento da obesidade*. Journal of the Health Sciences Institute, v.34, n., pg. 17-23, jan.-mar, 2016.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. (2011). *Saúde da Família: uma estratégia necessária*. Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, v.6, n.18, p.21-24. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/247>. Acesso em: 27/02/2020.

SANTOS, R. A. B. G; UCHOA-FIGUEIREDO, L. R; LIMA, L. C. *Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

SILVA, Terezinha Rodrigues et al . *Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, Dec. 2006.

SUCUPIRA, A.C. *Marco conceitual da promoção da saúde no PSF*. SANARE, Sobral, v.4,n.1,p.11, 2003.

TEIXEIRA, C.F. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. - Salvador: EDUFBA, p. 17, 2010.

