

RAMON DIAS MENEZES

**A INSERÇÃO DE UM NUTRICIONISTA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA
EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Eduardo Santana Dias

Co-orientador: Eluá Benemérita
Vilela Nascimento

BAHIA

2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem sempre pedi sabedoria para conseguir trilhar meu caminho de forma sensata e com clareza.

Aos meus pais e familiares por me entenderem e compreenderem diversos momentos em que precisei de suporte.

Aos atores que contribuíram para a minha formação enquanto agente de saúde durante a graduação.

Aos preceptores e apoiadores que me acompanharam durante essa trajetória de 2 anos de experiência na Saúde da Família.

Aos meus amigos que me deram todo suporte em diversos momentos em que necessitava de apoio.

Aos meus colegas residentes que vivenciaram junto comigo diversos momentos em comum, em especial aos meus colegas do NASF, que dividi as mais diversas emoções e sentimentos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	1
2. A GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO -----	2
3. A RESIDÊNCIA EM TERAPIA INTENSIVA -----	5
4. A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA -----	8
4.1. O INÍCIO -----	8
4.2. O QUE É SER NASF -----	11
4.2.1. ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS -----	12
4.2.2. MATRICIAMENTO -----	13
4.2.3. ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS -----	14
4.2.4. VISITAS DOMICILIAR -----	15
4.2.5. ATIVIDADES COLETIVAS -----	16
4.2.6. TERRITORIALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE REDE -----	18
4.3. O NASF E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS -----	19
4.3.1. RODA DE CAMPO SOBRE O TEMA: NASF -----	19
4.3.2. ENCONTRO DOS NASF's -----	21
5. O SEGUNDO ANO -----	22
5.1. A TRANSIÇÃO PARA O SEGUNDO ANO -----	22
5.2. ESTÁGIO DE GESTÃO -----	24
5.3. ESTÁGIO ELETIVO -----	26
5.4. ESTÁGIO DE REDES -----	27
6. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL -----	30
6.1. SETEMBRO AMARELO -----	30
6.2. GRUPO DE AURICULOTERAPIA -----	32
6.3. MATRICIAMENTOS SOBRE SAÚDE MENTAL -----	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	35

1. INTRODUÇÃO

A estratégia de saúde da família (ESF) surgiu para reorientar o modelo de atenção à saúde do Brasil no contexto da atenção básica (AB), e possibilitar mudanças de paradigmas assistenciais, através da forma de produzir cuidado em saúde, pautado num modelo coletivo, multiprofissional, baseado na família e nos determinantes sociais, que permeiam o território, proporcionando uma visão acolhedora e efetiva (BRITO, et al., 2018).

O programa de residências integradas da FESF-SUS é um programa de residência se difere da maior parte dos programas por ter como objetivo formar profissionais de saúde com o propósito de fortalecimento da atenção básica e da sua articulação com as redes de atenção à saúde (FESF/FIOCRUZ, 2018). O campo de prática de atuação foi no município de Camaçari – BA.

Camaçari é uma cidade localizada na região metropolitana de Salvador que abrange 784,658 km² e abriga 293.723 habitantes conforme a última medida do IBGE (Prefeitura de Camaçari, 2019). Camaçari faz parte da região de saúde que carrega o mesmo nome, e inclui os municípios de Conde, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca e Simões Filho, para os quais é referência. Em outro nível, também faz parte da macrorregião Leste do estado da Bahia (SESAB, 2019).

As experiências vividas na residência em saúde da família proporcionam um aprendizado teórico-prático que se aproxima bastante da rotina dos profissionais que atuam na atenção básica. Enquanto nutricionista residente em saúde da família, pude desenvolver ações no âmbito da saúde coletiva, como por exemplo: atividades coletivas; atendimentos individuais; atendimentos compartilhados; matriciamentos das equipes de saúde da família; territorialização; dentre outras ações.

Nesse memorial, trago um pouco da minha experiência profissional durante os anos, até chegar no momento em que me encontro como residente em saúde da família, relatando as diversas experiências vividas, e falando um pouco sobre o que marcou mais nesse período de 2 anos, que foi a vivência em algumas ações voltada para o campo da saúde mental, o que via antes como uma dificuldade, diante dos momentos vividos anteriormente, em que a saúde mental era tida como exclusiva do profissional do núcleo de psicologia.

2. A GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Terminando o ensino médio, sempre há uma cobrança em relação ao nível superior: “já escolheu qual curso fazer?”, “já escolheu a faculdade que vai prestar vestibular?”, “porque você não faz x curso?”, “fulano de tal terminou tal curso e está ganhando bem, você deveria fazer também”. Essas afirmativas são as mais ouvidas logo após o término do ensino médio, e comigo não poderia ser diferente.

Inicialmente sabia do meu interesse pela área da saúde, então pude direcionar minhas pesquisas e filtrar mais um pouco os resultados. Pesquisei inicialmente nas universidades públicas do estado da Bahia (UFBA, UNEB, UEFS, UFRB, UESB) que tinham cursos da área de saúde, e quais cursos tinham. Dentre os cursos que tive interesse, 2 cursos me chamaram uma atenção maior: nutrição e farmácia.

Por sorte, acabei sendo aprovado na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) no município de Santo Antônio de Jesus, onde está localizado o Centro de Ciências da Saúde, com cursos de: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Medicina. Mas porque sorte? Pois tive a oportunidade de fazer a graduação no município em que eu residia, uma oportunidade que muitos estudantes não conseguem, uma vez que tem que se deslocar do seu município para fazer a graduação em universidades alocadas na capital, ou em cidades no interior com um porte mais desenvolvido, o que torna as despesas maiores.

Logo na primeira semana houve um acolhimento geral dos estudantes, onde foram propostas atividades de integração entre os novos estudantes, momentos de compartilhamento de expectativas e uma apresentação geral dos cursos. Inicialmente minha expectativa ainda estava moderada, pois sabia que ainda tinha muito por vir. Então, logo após, iniciou-se de fato o semestre, com apresentação da grade curricular e materiais necessários para cada disciplina.

A origem da Nutrição, como ciência, está associada à disciplina “Higiene Alimentar”, integrante dos currículos de Medicina em meados do século 19 (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011) e, a partir do século 20 floresceram pesquisas sobre alimentos e nutrientes e seus efeitos no organismo humano. Na América Latina o médico Pedro Escudero, entre 1925 e 1945, foi expoente na propagação sobre princípios dietéticos e reflexos no estado de saúde humana. Naquela época médicos brasileiros realizaram estudos de dietética na Argentina e, em decorrência, instituíram as primeiras escolas de dietistas no Brasil (BOSI, 1988; SALOMON, 1976).

A profissão de nutricionista foi se estabelecendo em sociedade a partir da década de 40, em cursos de nutricionista-dietista, como inicialmente eram denominados e, com o passar de algumas décadas, formaram-se as associações profissionais pelo Brasil, contribuindo para as definições do campo de atuação dos profissionais e da estrutura curricular dos cursos de Nutrição (COSTA, 1999; BOSI, 1988). A partir de 1980 o surgimento de novas revistas científicas na área da alimentação e nutrição contribuiu para evolução da Nutrição como ciência (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011).

Nos três primeiros semestres, pude observar que as disciplinas eram mais específicas dos cursos da área da saúde (biologia, fisiologia, histologia, entre outros), e algumas outras disciplinas mais voltadas pra área social (sociedade e alimentação, educação alimentar e nutricional), mas em média com uma carga horária inferior comparada às outras disciplinas o que mostra uma certa desvalorização em relação aos cursos da área biológica.

Como nos tempos iniciais da Nutrição, existe ênfase em disciplinas do campo das Ciências Biológicas cujos conteúdos perpassam todas as etapas dos cursos, seja de modo direto ou na transversalidade. Aos alunos dever-se-ia estimular estudos em que teoria e prática estejam francamente associadas, a fim de aprofundarem a compreensão sociocultural, econômica e política que afeta a alimentação, nutrição e saúde humana. É desafiadora a necessidade para que os cursos se organizem na articulação dos conteúdos básicos com as habilidades do nutricionista, nas abordagens das Ciências Humanas e Sociais. É preciso avançar e arriscar para mudanças nos currículos, levando o meio acadêmico ao campo de prática social desde seu início e, também, ofertando disciplinas voltadas à história, cultura e significados dos alimentos (FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011).

A partir do 4º semestre, entrei de vez no mundo da nutrição (nutrientes, micronutrientes, cálculo de dietas, nutrição nas fases da vida, entre outras disciplinas) e então pude ter uma noção maior de como a nutrição funcionava. Porém, as disciplinas específicas do curso de nutrição têm um caráter ainda direcionado e focado na prática clínica, onde as características biológicas falam mais alto do que o lado social do indivíduo, esquecendo o bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

Nessa ocasião que entra o meu primeiro contato com a saúde mental na disciplina psicologia aplicada a nutrição. E como foi esse contato? Hoje posso dizer que esse contato foi insuficiente, uma vez que era limitado aos transtornos alimentares mais comuns (anorexia, bulimia e vigorexia). O atual modelo psicossocial proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e

social. Deste modo, na atenção psicossocial pode-se entender que a alimentação está presente em todos os contextos vivenciais, devendo ser discutida conforme as realidades, e entendida com uma relação de movimentação social que abarca situações socioeconômicas e políticas frente ao tema da alimentação (DE MARCO, 2006).

Mas, analisando o meu estar na universidade, posso afirmar que participar de um grupo de pesquisa e extensão voltado pra área social (Tecnologias Sociais na Segurança Alimentar e Nutricional) me ajudou a formar de uma certa forma um senso crítico, o que possibilitou abrir a minha mente para o campo social da saúde, não ficando limitado apenas a clínica que atende as necessidades nutricionais das pessoas. Através do grupo de pesquisa de extensão tive momentos de discussão de diversos temas presentes na sociedade (legalização da maconha, aborto, saúde mental, consumo de álcool, sexualidade), uma vez que o projeto em que eu fazia parte era realizado em uma comunidade mais vulnerável socialmente, então tinha que estar apropriado minimamente para diversas situações que pudessem ser encontradas ali naquela comunidade.

O projeto intitulado Segurança Alimentar e Nutricional: Construindo Tecnologias Sociais em Educação Alimentar e Nutricional em dois Bairros Populares Das Cidades De Salvador E Santo Antônio De Jesus – Bahia tinha como objetivo desenvolver e avaliar tecnologias sociais de educação alimentar e nutricional em comunidades de dois bairros periféricos das cidades de Salvador e de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Para tanto, necessitou da produção de um diagnóstico da situação da segurança alimentar e nutricional utilizando abordagens qualitativas e quantitativas que pudessem dar conta da caracterização dos bairros do estudo quanto à produção e disponibilidades de alimentos, cultura alimentar dos grupos sociais e estado nutricional das populações, utilizando assim como ferramentas metodológicas a avaliação nutricional, entrevistas e estudos de base etnográfica. O segundo momento foi composto pelo desenvolvimento de tecnologias sociais em educação alimentar e nutricional que priorizaram experimentar estratégias educacionais que façam interface entre as ciências sociais, educação e nutrição, valorizem a participação social e o diálogo entre os saberes populares e técnico-científicos. Teve como escopo proporcionar aos sujeitos a pensarem sobre a sua relação com a comida, a partir das raízes históricas sobre os seus hábitos e práticas alimentares desenvolvidas, ressaltando temas oriundos da memória coletiva do bairro sobre a comida e o comer. Por fim, avaliou-se as tecnologias sociais gestadas no processo a partir de métodos qualitativos, observação do participante, grupos focais realizados ao final das atividades. As cidades foram

escolhidas por serem as áreas em que as Universidades envolvidas atuam em outros projetos de pesquisa e extensão.

Em estudo sobre uma disciplina específica, “Desenvolvimento da comunidade”, foi reafirmado sobre a importância de o estudante observar in loco a realidade das famílias e a vida em comunidades carentes, reconhecendo no processo histórico-social os problemas alimentares e nutricionais vivenciados pelos indivíduos. As autoras também apontaram para as dificuldades que os cursos têm para organizar e manter os trabalhos de campo, o que pode ser um entrave na sensibilização dos estudantes às questões sociais que se aproximam da Nutrição (OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

As inquietações epistemológicas instigadoras sobre a formação em Nutrição para atuação no campo da saúde coletiva permanecem pulsantes no âmbito da gestão em saúde e na própria concepção identitária da profissão, em sociedade. A profissão de nutricionista está incluída nas categorias profissionais de menor participação na composição da força de trabalho na atenção básica em saúde, embora venha apresentando expansão importante como membro da equipe nas Unidades Básicas em Saúde (CARVALHO et al., 2016).

Dessa forma, fica a crítica à graduação em nutrição voltada somente para: a clínica; para as necessidades nutricionais; o cálculo de dietas que não levam em consideração as condições de cada pessoa; a supervalorização dos profissionais que trabalham em consultórios particular. Além disso, muitos alunos não têm a percepção da importância da vivência “extramuro” das universidades, muitas vezes devido às rotinas impostas pelas universidades que estimulam mais a realização de disciplinas obrigatórias e optativas do que as ações intersetoriais.

O que se conhece no momento sobre os principais campos de atuação é de que os mais antigos desde o surgimento da profissão no Brasil - nutrição clínica e alimentação coletiva- estão ainda evidentes na realidade da profissão, sendo que o campo da saúde coletiva permanece em terceiro lugar como modo de empregabilidade do nutricionista (BOOG; RODRIGUES; SILVA, 1989; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2006).

3. A RESIDÊNCIA EM TERAPIA INTENSIVA

Logo após o término da graduação, resolvi pesquisar e decidir o que fazer. Diante de uma experiência positiva que obtive no estágio de Nutrição Clínica, onde fiquei na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), pude ter um norte maior de qual área seguir.

Na UTI do HRSAJ tive a oportunidade de aprender não somente sobre a nutrição em si, mas sobre a importância dos outros núcleos atuantes na UTI. O ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente destinado a assistir pacientes graves e instáveis que, geralmente, fica no meio hospitalar, e é considerado de alta complexidade, por contar com aparato tecnológico e informatizado de ponta, que apresenta ritmo acelerado, no qual são realizados procedimentos agressivos e invasivos, e onde o duelo entre a vida e a morte está bem presente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente (FERNANDES, 2010).

Pesquisando, vi que havia uma Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva, com vagas para Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia. Então, essa foi a oportunidade que vi de conciliar o aprendizado que obtive no estágio e que foi uma experiência positiva, com a oportunidade de uma especialização/aperfeiçoamento.

Porém, ao iniciar a residência, pude perceber a diferença entre ser um estagiário e estar na UTI, e ser um profissional em formação e estar na UTI. A diferença não se resume somente às responsabilidades, mas sim em como você deve dinamizar o tempo, pois há cobrança de atender as necessidades de todos os pacientes de determinadas enfermarias, deixando um pouco a parte o lado social, e, “mecanizando” o atendimento para poder “dar conta” de todo o serviço que um residente de nutrição em terapia intensiva deve ter.

São grandes os números de publicações dedicadas à relação médico-paciente. O modelo tradicional que caracteriza essa relação tem sido descrito como aquele centralizado no médico, na doença e na medicalização, pautando-se em uma relação que tende a ser mais autoritária, na qual o paciente e suas necessidades têm papel passivo, e o médico passa a ser o detentor de toda expertise e conhecimento. Essa forma de relação baseia-se no modelo biomédico de doença (CAPRARA, 1999).

Ao contrário do que se observa para a área médica, são poucos os estudos teóricos no campo da nutrição voltados para o debate sobre a relação nutricionista-paciente na prática clínica. Entretanto, as publicações disponíveis sinalizam a influência epistemológica da biomedicina na constituição do modelo vigente de relação nutricionista-paciente no cuidado clínico-nutricional na contemporaneidade (FREITAS, 2008).

As experiências que obtive na residência foram através da passagem nos seguintes setores: clínica médica; clínica cirúrgica; unidade de tratamento de queimados; clínica vascular; urgência/emergência e unidade de terapia intensiva. Na maioria dos setores, o foco era na doença, e não no processo ambiente-pessoa-doença.

Por um déficit de profissionais de nutrição no hospital, sempre foi muito cobrado o atendimento aos pacientes das unidades de internamento em que estava responsável. Atendimento esse mecanizado, devido à alta demanda e rotatividade de pacientes da unidade, o que gerava um certo desconforto em relação ao aprendizado.

Historicamente, o nutricionista clínico, ao prestar atendimento a pacientes portadores de problemas nutricionais e de saúde, vem minimizando seus valores subjetivos e a promoção de sua autonomia, reduzindo-o praticamente à sua doença ("o obeso", por exemplo), não o vendo, portanto, como um ser (sujeito) que possui historicidade, culturalidade e temporalidade (FREITAS, 2008).

Na unidade de tratamento de queimados pude colocar mais em prática a clínica ampliada voltada à nutrição, uma vez que as demandas eram menores e não havia uma alta rotatividade de pacientes, podendo entender melhor o contexto dos pacientes ali internados e entender os motivos e adequar o atendimento com base na realidade e na necessidade de cada um. Lá pude colocar em prática a relação ambiente-pessoa-doença através das situações que conheci. Dois pacientes em si chamaram a atenção e pude conviver e entender melhor a situação, qualificando a assistência prestada.

Em um dos casos, um senhor que estava tentando ajudar um rapaz que estava alcoolizado andando pela rua, e ao tentar ajudar, o rapaz o empurrou em uma fogueira que estava montada na rua em época de São João, levando a queimaduras de 2º e 3º grau em 64% do corpo. Outra paciente ateou fogo em si mesma após o término de um relacionamento, alegando que não via mais sentido na vida, já que seu relacionamento havia acabado.

Os pacientes queimados sofrem de lesões corporais graves, as quais podem afetar uma pequena ou grande parte de seu corpo, mas essas lesões não interferem somente fisicamente, os aspectos psíquicos da pessoa acometida são também afetados. Os anseios que permeiam essa etapa são decorrentes de como prosseguirá seu futuro, sua imagem corporal, bem como a diminuição de suas relações sociais. Neste momento, os profissionais de saúde têm que estar atento para esclarecer dúvidas, auxiliar em suas emoções e sentimentos, tentando minimizar esse sofrimento que afeta tanto o paciente quanto a família (PINTO et. al., 2014).

Esses casos inicialmente me deixaram apreensivo, por não imaginar como me portar diante dessas situações complexas. Mas resgatando o aprendizado que tive com o projeto de pesquisa e extensão que participei durante a graduação, pude compreender mais um pouco como lidar com essas situações. Pude entender melhor todo o contexto social e cultural em que muitos daqueles pacientes internados na unidade de queimados

se encontravam; pude discutir questões relacionadas à vulnerabilidade; entender as limitações e dificuldades vivenciadas naquele período de internamento e com isso, qualificar o atendimento e as necessidades daqueles pacientes.

A Associação Americana de Diabetes (ADA) define a atenção dietoterápica como um processo que vai ao encontro às diferentes necessidades nutricionais de um indivíduo, o que inclui a avaliação do seu estado nutricional, a identificação das suas necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de ações dietéticas e a avaliação da atenção dietoterápica (ADA, 1994). Os aspectos sensoriais, psicológicos e socioculturais também devem estar envolvidos na atenção dietoterápica (BOOG, 1999; FREITAS, 1997).

Ao final da residência, retornei para Santo Antônio de Jesus, onde pude analisar quais seriam os próximos passos a serem dados, pensando com calma em cada rumo que as minhas decisões iriam me levar. Como estava recém saído de uma experiência clínica, e estava um pouco frustrado com a realidade em que vivi, resolvi “voltar as origens” e me reaproximei da saúde coletiva através de um contato com minha orientadora da graduação. Conversando com ela, e com base no produto do meu TCC da graduação (um artigo científico intitulado: “Efeito do Programa Bolsa Família na prevalência de insegurança alimentar familiar”), uma possibilidade foi ingressar no mestrado de em Saúde Coletiva, pelo Instituto de Saúde Coletiva. Porém, o período de inscrição havia encerrado e achei que novamente tinha voltado à “estaca zero”. Então conversando com uma amiga de profissão, ela comentou sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS e resolvi pesquisar para entender um pouco mais como funcionava e toda sua dinâmica e decidir finalmente se iria prestar a prova ou não.

4. A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1. O INÍCIO

Tudo no início foi muito intenso: desde a inscrição no processo seletivo até o momento de realizar a matrícula no programa de residência. Logo quando decidi me inscrever no processo seletivo, ouvi muitas vezes: você vai aguentar outra residência? não vai ser muito puxado pra você? com tantas clínicas em Santo Antônio de Jesus, por que fazer outra residência? Então resolvi, no último dia disponível segundo o edital, realizar a inscrição no processo seletivo. Um dia antes da realização da prova ainda estava em dúvida se iria ou não fazer a prova, então no dia da prova acordei às 04:00am e peguei o primeiro ferry para ir a Salvador para fazer a prova. Logo após a prova, achei

interessante a forma de como foi colocada a questão discursiva, possibilitando expressar o conhecimento prévio acerca da nutrição em saúde da família, e também servindo como um termômetro para medir o grau de conhecimento acerca da estratégia de saúde da família em si.

O processo de tomar decisão começa com uma situação de frustração, interesse, desafio, curiosidade ou irritação. Há um objetivo a ser atingido e apresenta-se um obstáculo, ou acontece uma condição que se deve corrigir, ou está ocorrendo um fato que exige algum tipo de ação, ou apresenta-se uma oportunidade que pode ser aproveitada (MAXIMIANO, 2009). A decisão não é um fim em si mesmo, é apenas mais uma etapa, pois decisões podem ocorrer tanto em níveis intermediários como finais, e uma decisão colocada em prática cria uma nova situação, que pode gerar outra decisão ou processos de resolução de problemas.

Então após a prova, veio o tão esperado resultado. E mais um momento de correria: ajeitar os documentos, comprar passagem pra ir a Salvador no dia seguinte, e nisso tudo o coração a mil em querer saber quais seriam os próximos passos, quem seriam os colegas de trabalho, quais aspectos da saúde da família seriam abordados primeiro, como seria a recepção, entre outros fatores. Mas enfim, matrícula realizada, eis o momento de aguardar pelas próximas etapas a serem seguidas.

Durante o primeiro encontro presencial a palavra que mais definia era: ansiedade. Tudo era muito novo: pessoas, lugar, espaço, sentimentos, percepções, etc. O encontro foi realizado em salas disponibilizadas para esse momento na UNIME, localizada em Lauro de Freitas. Até então não sabíamos onde de fato seria nosso campo de trabalho. Através do uso de metodologia ativas, o momento proporcionou conhecer uns aos outros através de uma dinâmica de qualidades e formação. Logo após, em um momento mais teórico, houve uma busca prévia dos conhecimentos acerca do tema central da residência: saúde da família, sendo um espaço de extrema importância, pois, através da metodologia ativa foi possível identificar conhecimentos prévios e identificar os aspectos em que era necessário um aprofundamento teórico maior.

Para que ocorram mudanças de práticas do fazer dos trabalhadores que vão atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições de ensino devem rever o processo de ensino-aprendizagem e estimular a autonomia do estudante por incentivar a transdisciplinaridade com a construção de redes sociais diferentes do modelo de ensino outrora praticado, com práticas alienantes, tecnicistas (CYRINO, 2004). Diante dessa nova pedagogia, nasce a metodologia ativa, tendo como princípio teórico a autonomia do discente que Paulo Freire enfatiza. Um sujeito que procura construir a sua própria

história levando em consideração sua cultura, seus saberes acumulados e torna-se corresponsável pelo seu processo de aprender, o que leva o professor a exercer um papel apenas de mediador e coadjuvante, estimulando um aluno crítico e reflexivo. No entanto, isso só é possível se o docente tiver humildade de reconhecer seus limites (MITRE, 2008).

Ainda no acolhimento tivemos a oportunidade de tirar todas as dúvidas acerca do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um momento com a coordenação do programa, onde foi possível amenizar as principais inquietações sobre as diversas dúvidas que ainda existiam em todos nós residentes. Com isso, finalizou-se o momento de conhecer o programa em si, e então partir para o próximo ponto: o cenário de prática no município de Camaçari. Inicialmente veio a dúvida: como ir pra Camaçari? que horário devo sair? como me locomover em Camaçari? Dentre outras perguntas que não paravam de surgir, então veio a solução: mais um acolhimento. Sim, mais um acolhimento, mas dessa vez entre os residentes de Camaçari, que aconteceu junto ao corpo pedagógico, o que permitiu uma maior aproximação com a realidade na qual iria viver nesse período de 2 anos. Mas essa aproximação com o corpo pedagógico era só o começo, logo em seguida o que ocorreu? ACOLHIMENTO. Sim, mais um acolhimento, mas dessa vez nas Unidades de Saúde da Família (no meu caso como NASF que apoia duas unidades, dividimos os dias na USF Nova Aliança e USF PHOC CAIC).

Logo após todas as angústias iniciais, vem o momento de se integrar à equipe. CAIC? NOVA ALIANÇA? 4 equipes em cada unidade? As informações chegavam a todo momento como uma bola de neve começando pequena e aumentando a cada funcionário se apresentando, a cada equipe mostrando seus profissionais. Como decorar o nome de todo mundo? Como saber a função que cada um exerce? Como se encontrar e encontrar as outras pessoas dentro da unidade? Bom, isso só com o tempo pra saber. Uma apresentação diária: “meu nome é Ramon, sou o novo r1 de nutrição do Nasf”. Aos poucos com a convivência foi ficando mais fácil de reconhecer quem era quem e onde cada pessoa se encaixava naquele fluxo contínuo de gente entrando e saindo nas salas, nos corredores e espaços da unidade.

Logo no primeiro mês o impacto inicial: a rotina. Acordar 05:30, pegar ônibus pra estação de metrô, pegar metrô pra estação de ônibus, pegar ônibus pra Camaçari, pegar uber para a unidade de saúde, se inserir na rotina das unidades, conhecer o funcionamento das unidades, acompanhar os r2 em algumas atividades. Essa repetição constante, até pegar o “ritmo” da rotina foi um pouco complicado, pois sair de uma

vivência completamente diferente e entrar nessa experiência nova é uma mudança de 8 pra 80. Mas a vontade de aproveitar essa oportunidade de voltar a trabalhar com saúde coletiva e a esperança de um dia se acostumar com essa rotina falou mais alto e permitiu superar essas dificuldades iniciais. Na unidade era tudo um pouco ainda novo pra mim, ainda mais depois de vir de uma residência de terapia intensiva, onde as coisas são completamente diferentes: um hospital completamente fechado, máquinas e equipamentos pra todo lado, pacientes em estado de saúde grave e em sua maioria sem verbalizar, dentre outras características. Agora me vejo em reunião de equipe, atendimentos coletivos, interconsultas, grupos (gestantes, práticas corporais, hiperdia), atividades do PSE, reuniões de Núcleo Ampliado de Saúde da Família 1 (NASF) e NASF 1 e 2, roda de campo, roda de núcleo, turno pedagógico, educação permanente... uma variedade de espaços, aumentando a interação com a equipe, com os usuários em geral, com a população e com todos os indivíduos participantes do processo de saúde, em especial aos que estão diretamente ligados à estratégia de saúde da família.

4.2. O QUE É SER NASF

Ainda na segunda semana em Camaçari, tivemos um acolhimento do NASF, uma proposta da preceptora do NASF na ocasião (Silvana) e os R2 do NASF (Elisa – professora de educação física e Willames – fisioterapeuta). Com isso, levantamos nossos conhecimentos acerca dos principais temas relacionados ao NASF: apoio matricial, interconsulta, atendimentos individuais e coletivos, territorialização, redes de atenção à saúde, projeto terapêutico singular, dentre outros. No início percebemos que todos nós do NASF deveríamos aprofundar mais sobre esses temas fundamentais, então exploramos mais um pouco o caderno de atenção básica nº 39, que trata sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O caderno foi elaborado a partir de um conjunto de oficinas e da colaboração de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, no esforço de trazer o acúmulo de trabalhadores e gestores para lidar com os desafios vivenciados pelos Nasfs, visando apoiar e ofertar ferramentas para a implantação e a qualificação do processo de trabalho dessas equipes, em consonância com as diretrizes da política nacional (BRASIL, 2014).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu como proposta tanto para prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como para apoiar essas equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, visando melhorar a qualidade da assistência à população no nível da Atenção Básica, que carece de ações mais eficazes (ANJOS, 2013).

O NASF é constituído por uma equipe de apoio e o objetivo principal de suas ações é possibilitar maior qualidade à assistência prestada e não apenas “suprir a demanda”. Apresenta, dentre seus desafios, a necessidade de mudança da cultura organizacional no SUS, que, historicamente, vem priorizando a quantidade de procedimentos em detrimento de sua qualidade; o referenciamento em prejuízo da resolubilidade na Atenção Básica; e a avaliação de impacto e indicadores de saúde com abordagem simplesmente quantitativa (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). +

A seguir, mostro algumas experiências que colaboraram para o meu entendimento do que é ser NASF, e que, de uma certa forma, influenciaram na minha formação profissional e pessoal durante essa trajetória no primeiro ano da residência, baseada nas vivências na USF Nova Aliança e PHOC CAIC.

4.2.1. ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

Inicialmente uma coisa que me chamou bastante atenção em relação aos atendimentos individuais foi o alto índice de demanda voltada para alguns núcleos em questão, como o núcleo de nutrição e psicologia. A maioria dos casos voltados à nutrição estavam relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, hipertensão e diabetes). No início foi bem complicado assimilar tantas informações e demandas com a agenda do NASF, o que gerou um certo desconforto, uma vez que as demandas de atendimentos aumentavam, e junto com isso tinham outras demandas para abraçar também (planejamento de atividades coletivas, atividades externas, articulação de rede, entre outras). Atrelado a isso, vinha a disponibilidade de consultórios para realizar atendimentos, o que era bem difícil, uma vez que a equipe mínima prestava mais atividades de assistência que demandavam o consultório para atendimento. A solução para isso foi reorganizar a agenda para garantir que o NASF tivesse espaço garantido para prestar assistência e com isso “desafogar” as demandas que não paravam de crescer.

Percebe-se que a formação em saúde nas universidades brasileira, apesar das reestruturações curriculares realizadas, ainda forma profissionais de saúde pautados em uma lógica fragmentada da saúde. Apesar de crescentes esforços para a modificação desse cenário, o paradigma biologicista/biomédico ainda prevalece, desconsiderando os aspectos sociais da doença dando enfoque aos aspectos biológicos (HELENA, 2010).

Além disso, é quase ausente dentro da formação o trabalho multiprofissional prático, não preparando o profissional para a prática em saúde que lhe é exigida pelos serviços de saúde. Mediante a essa realidade, é possível que o cumprimento das

atividades individuais, pautadas na perspectiva que são formados, muitas vezes faça com que as atividades referentes à equipe não aconteçam. Nesse panorama não há interação suficiente para a criação de ações e estratégias que englobem o ser humano em sua totalidade, mantendo a atenção na lógica biomédica, fragmentado os conhecimentos e os sujeitos além de dificultar a atenção integral por parte da Estratégia de Saúde da Família (eSF), reforça a demanda pelo atendimento individual do Nutricionista e outros profissionais do (CERVATO-MANCUSO, 2012).

Em determinado momento, em um período de 15 dias, ocorreram cerca de 20 novas solicitações para atendimento individual de nutrição. Esse foi o momento para nos reunirmos enquanto NASF para poder discutir estratégias para aproximar a equipe mínima do NASF e entender quais as principais dúvidas e dificuldades relacionadas à assistência desses usuários. Nessa ocasião, realizamos um estudo das demandas nas unidades, para poder analisar quantitativamente essas demandas, e assim poder ver como solucionar essas pendências. Então através desse estudo, realizamos ações visando qualificar tanto a equipe mínima, quanto nós, integrantes do NASF. Dentre as principais ações realizadas para esse ponto, utilizamos o matriciamento como a estratégia mais potente nessa situação.

4.2.2. MATRICIAMENTO

As construções teórico-conceituais em torno do matriciamento, assim como experiências de apoio matricial desenvolvidas em diversos locais do país, foram referência para a elaboração dos NASF. Os NASF têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde a partir da constituição de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2008).

Uma vez que o NASF é constituído na perspectiva do apoio matricial, sendo esta uma de suas atribuições, é estabelecido como um espaço privilegiado para a realização do matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família. Através desses espaços, foi possível sanar as principais dúvidas das equipes relacionadas à atendimento de usuários com queixas relacionadas à diversos aspectos alimentares, sendo encaminhados para atendimentos individuais aqueles pacientes que tenham uma demanda específica que compete somente ao nutricionista solucionar.

Ainda foram realizados outros matriciamentos para a equipe mínima e para o NASF também. Momentos de extrema importância para o aprendizado teórico-prático, vinculação com as equipes, troca de experiências. Todos esses espaços mostraram ainda mais para mim a potencialidade que o NASF tem como agente de mudança do

modelo que muito vi em relação à saúde: o modelo em que cada núcleo fica em “sua caixinha”, sem se permitir explorar e vivenciar outras experiências que agregam ainda mais à formação profissional, e também a formação pessoal.

4.2.3. ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS

Durante os atendimentos compartilhados outro problema encontrado: como conscientizar as equipes da importância das consultas compartilhadas? Reconheço que a formação tem uma importância muito grande nas consultas, uma vez que se aprende na faculdade aspectos individuais de núcleo. Aprendi a visualizar os aspectos nutricionais do indivíduo durante grande parte da graduação, assim, deixando os aspectos sociais, comportamentais, religiosos, culturais um pouco a parte do atendimento. Isso se estende bastante para os outros cursos da área de saúde. Consegui com o tempo e com outras vivências agregar o máximo de aspectos possíveis para entender como o usuário se comporta e o mais importante ainda: como ele se compreende na posição de agente da sua própria saúde. Mas então como esperar que os outros profissionais tenham uma visão mais ampla do usuário através das consultas compartilhadas?

Visando a uma assistência centrada no protagonismo dos usuários, na corresponsabilidade, na não medicalização e no apoio multiprofissional, o atendimento compartilhado é uma das ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais do Nasf, corroborando para uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar, de ajuda mútua, na perspectiva da troca de experiência entre profissionais e entre profissionais e usuários, para a promoção de uma assistência ampla e resolutiva (BRASIL, 2009).

Algumas das coisas que mais inquietaram durante as consultas compartilhadas: os profissionais da equipe mínima não se viam como pertencente daquele momento, e após falar dos aspectos do seu núcleo, deixavam o consultório, e com isso apenas eu como profissional no NASF e o usuário; a falta de diálogo após as consultas, com a justificativa de ter outros atendimentos e não ter espaço para a avaliação do momento; e a falta de compromisso para com os usuários da parte da equipe mínima, muitas vezes atrasando ou até mesmo não comparecendo a consulta agendada devido à outros compromissos na agenda. Claro que muitos desses comportamentos também vão de encontro ao que vivenciei no meu processo de trabalho: as demandas do serviço muitas vezes aparecem de forma excessiva, então como poder solucionar esse problema sem culpar a equipe mínima e sem me sobrecarregar? MATRICIAMENTO. Sim, o aspecto que tratei no tópico anterior serviu para mostrar a equipe o real sentido do atendimento compartilhado e com isso qualificar esse espaço.

Trabalhar de maneira conjunta, em duas ou mais áreas do saber na atenção à saúde dos usuários, faz com que os mesmos consigam entender de forma mais efetiva a importância de algumas condutas na promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. O trabalho multiprofissional, na lógica da interdisciplinaridade, é uma possibilidade de ampliar a capacidade humana para compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam, favorecendo a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de modo a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a prática em saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

Em contrapartida, as consultas compartilhadas com os profissionais do NASF sempre foram muito proveitosas pra mim. Isso parte do fato de que estudamos e nos apropriamos disso em um momento prévio (acolhimento do NASF na segunda semana em campo), o que facilitou a compreensão e a importância daquele espaço. Foram várias consultas compartilhadas que realizei com outros integrantes do NASF, mas vale ressaltar o núcleo de educação física e o núcleo de psicologia. Com vista à epidemia de doenças crônicas, e visando à mudança do modelo assistencial, os profissionais de educação física e os nutricionistas trabalham, em sua rotina profissional, no intuito de promover saúde sem a necessidade de tratamentos farmacológicos precoces, prevenindo o desencadeamento de agravos à saúde mediante proposta de uma alimentação saudável e a realização de exercícios físicos regulares, sendo estes ferramentas essenciais para a prevenção de doenças e manutenção da saúde. A nutrição e a psicologia conversam muito entre si, principalmente na vertente da nutrição comportamental, que amplia o debate acerca de como o indivíduo se comporta e se reconhece nas questões alimentares e nutricionais. Muitos casos atendidos estavam relacionados à obesidade, imagem corporal, compulsão alimentar e outros aspectos.

4.2.4. VISITA DOMICILIAR

Uma das atividades realizadas com maior frequência na ESF é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional a possibilidade de adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas necessidades e potencialidades. Portanto, a visita domiciliar busca ampliar a visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiares e sociais, por meio do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes e das crenças de determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para todos os envolvidos (DRULLA, 2009).

A visita domiciliar é uma tecnologia que viabiliza a criação de espaços de intersubjetividade, onde ocorrem falas, escutas e interpretações. Trata-se de momentos

de cumplicidade nos quais pode haver responsabilização acerca dos problemas que serão enfrentados. Essa tecnologia permite, entre outras possibilidades, o trabalho com comunicação, observação, diálogo e relato oral e escrito (MOURÃO, 2010).

Porém, no início, ainda era meio complicado fazer com que as equipes entendessem a importância do NASF nas visitas domiciliares. Muitas vezes as equipes restringiam as visitas para pacientes acamados, ou com dificuldade de locomoção, o que de uma certa forma sobrecarregava os profissionais da fisioterapia. Durante algumas visitas encontramos dificuldades, principalmente nas que eram programadas com a equipe mínima de saúde da família, em virtude da ausência de comunicação e falta de compreensão para executar a visita, isso ficou mais evidente no início da residência, principalmente na questão de transporte para realizar visita, que era programado mais não tinha inclusão do profissional do NASF, o que acarretou dificuldades no processo de trabalho. Além disso, a ausência de postura ética em algumas visitas por parte dos profissionais na execução da visita na casa do paciente, ficando evidenciado que o caso não foi discutido completamente e as condutas traçadas por um consenso.

As visitas domiciliares para nutrição eram solicitadas principalmente para pacientes acamados, com dificuldades de locomoção ou que julgamos necessária, na maioria das vezes com desnutrição, diabetes e hipertensão com complicações, doença renal crônica, em uso de sonda nasoenteral, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral, Parkinson, obesidade com comorbidades. Nas visitas são realizadas avaliações nutricionais; dificilmente antropométricas, devido ausência de material; e avaliado principalmente as condições sócio econômicas, e o contexto familiar.

As vivências em visitas domiciliares permitiram criar um vínculo a mais com os usuários, facilitando o entendimento daquele contexto familiar em diversos aspectos. Ver a realidade em que aquele usuário se encontra é um fator positivo também, podendo ajudar a criar estratégias que contribuíssem para adequar o atendimento/assistência aos usuários.

4.2.5. ATIVIDADES COLETIVAS

Os grupos de promoção da saúde envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes, que compreendem aspectos emocionais, sociais e biológicos, não se configurando apenas como um somatório de pessoas, mas como uma nova entidade com objetivos compartilhados, consistindo em instrumentos de intervenção coletiva e interdisciplinar, com a finalidade de construir relações sociais cooperativas para o

desenvolvimento contínuo da autonomia dos seus integrantes. Compreendem, também, um espaço privilegiado para a construção da rede de atenção, efetivando a participação popular e promovendo a educação em saúde (COMBINATO, 2010).

No início sempre fui com muita expectativa em relação aos grupos, por reconhecer a importância e a necessidade da realização das atividades coletivas, devido às experiências exitosas vivenciadas durante o projeto de pesquisa e extensão que participei, podendo dar uma devolutiva positiva à população e ajudando na formação de vínculos tanto entre comunidade-profissionais, mas também entre as pessoas da própria comunidade. Logo quando cheguei, foram passados os principais grupos existentes nas unidades. USF Nova Aliança: grupo de práticas e hiperdia; USF PHOC CAIC: grupo de mulheres, grupo de convivência e grupo de gestantes.

Em relação ao grupo de práticas na USF Nova Aliança, pude perceber que era um grupo estruturado, com participantes na sua maioria mulheres com idade acima de 50 anos. O grupo proporciona práticas corporais diversas, duas vezes na semana, com duração média de 1h15min cada encontro. O que foi passado em relação à dinâmica do grupo de práticas pra nós, integrantes do NASF, foi um pouco mais completo do que foi passado para os profissionais da equipe mínima, o que gerou o primeiro impasse: o reconhecimento do grupo de práticas como um espaço de responsabilidade de toda a eSF, e não somente do NASF. Mas com diálogo esse impasse aos poucos foi se desfazendo, até o momento em que toda a equipe se reconhecia e participava daquele espaço.

Mas logo após veio o segundo impasse: a garantia de espaços de planejamento e avaliação dos momentos. Muito desse impasse está relacionado à dinâmica da agenda da residência, onde os atendimentos se mostram mais predominantes. Como o NASF tem uma agenda mais dinâmica, a maioria dos espaços de planejamento e avaliação eram compostos basicamente por profissionais do NASF. Eu mesmo, já tive que planejar junto a outros profissionais do NASF algumas atividades fora da carga horária da residência (algumas vezes planejando atividades na madrugada para realizar no turno da manhã). Essa conscientização da importância dos espaços de planejamento e avaliação vai muito além do nosso alcance como residente, devendo ser levado para debate com a coordenação e reformular a agenda da residência para priorizar turnos para essas atividades. Mas dentro do possível conseguimos ampliar o planejamento/avaliação nos momentos disponíveis (principalmente nas reuniões de equipe).

No grupo de mulheres da USF PHOC CAIC outro problema: como potencializar um grupo que historicamente é utilizado como forma de marcação de consultas? O grupo de mulheres funciona como um espaço para educação em saúde principalmente sobre o preventivo, uma vez que ao final da educação permanente são marcados os exames para o preventivo. Dessa forma, para ter acesso ao exame preventivo, as mulheres se deslocam no mínimo quatro turnos para a unidade: um turno para marcar o dia do encontro do grupo de mulheres; um turno para a educação em saúde no grupo e logo após a educação ocorre a marcação do exame; um turno para realizar o exame; e um turno para buscar o resultado do exame. Com isso, o grupo nunca teve uma característica real do que é proposto em um grupo, problema que é visto até hoje, gerando um desagrado por parte tanto dos profissionais quanto da comunidade. Essa situação sempre é discutida, porém, necessita de uma discussão mais ampla, que vai além da viabilidade dos residentes, sendo fundamental uma articulação comunidade-residência-gestão.

Pra mim, que cheguei muito com uma visão de trabalho com as atividades coletivas, tive altos e baixos. Conduzir um grupo que já estava sendo tocado por outras pessoas foi um desafio, porém, entendendo o funcionamento do grupo facilitou bastante. Outro desafio foi potencializar e compartilhar com as equipes os grupos que não estavam dando certo e necessitavam de estratégias que fizessem com que os profissionais não desanimassem e deixassem o grupo de lado.

4.2.6. TERRITORIALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE REDE

A territorialização no SUS significa organizar os serviços de saúde de acordo com o território, ou seja, conhecer o território, que é onde a vida acontece, e, a partir das suas necessidades organizar os serviços. Esse processo é de extrema importância pois os territórios são extremamente diferentes e dinâmicos, variam de acordo as localidades, cada bairro, município, etc. logo os serviços devem se organizar de acordo com as necessidades e especificidade dos territórios.

O NASF no processo de territorialização percebeu a potência em conhecer os equipamentos sociais da localidade: mercados, igrejas, feira, academias e equipamentos esportivos, movimentos sociais, líderes comunitários, movimentos culturais, dentre outros. Então, através da apropriação desse conhecimento

conseguimos estruturar nosso processo de trabalho, e potencializar a articulação de redes através do conhecimento sobre o território.

Enquanto núcleo de nutrição, conseguimos realizar o levantamento dos principais estabelecimentos que comercializam frutas, hortaliças, gênero alimentício e outras especiarias no território. Essa proposta foi levantada na roda de núcleo de nutrição, discutindo a necessidade de entendermos e conhecermos no território os estabelecimentos mais acessíveis, mais completos e com os valores mais em conta, de acordo com a realidade dos usuários das unidades. Com isso foi feito um levantamento dos valores dos principais gêneros alimentícios comentados durante a consulta e elaborado um mapa contendo os estabelecimentos e indicando os mais em conta.

O processo de territorialização do NASF e do núcleo de nutrição se mostrou bastante potente, porém o processo de atualização e de continuidade desse processo muda de turma para turma. Como a agenda do NASF é mais dinâmica, muitas vezes esse mapeamento é feito pelos profissionais do NASF, o que pode gerar uma sobrecarga nos profissionais e as vezes desestimular esse processo que deve ser contínuo.

4.3. O NASF E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

4.3.1. RODA DE CAMPO SOBRE O TEMA: NASF

Um dos momentos mais marcantes deste primeiro ano sem dúvida nenhuma foi a roda de campo com o tema do NASF. Mas indo por etapas, como isso se iniciou? Bem simples, o início ocorreu baseado nas mesmas dúvidas em que nós (R1 do NASF) tivemos inicialmente: qual a função do NASF? Como se dá o apoio matricial? Como é o atendimento do NASF? Todos esses questionamentos geraram uma série de dúvidas na equipe mínima, o que levou a vários questionamentos do processo de trabalho, da equipe mínima para o NASF, despertando a um mix de sentimentos e angústias relacionados às relações interpessoais.

O estado afetivo-emocional de cada pessoa é aferido de acordo com o seu estado de ânimo, autoestima e satisfação geral com a vida. As emoções e os afetos ajudam a identificar o perigo, a expressar estados internos e orientar as ações aos outros e a nós mesmos, considera o autor Zanelli et al. (2004).

Dentre as frases ouvidas, destacam-se as seguintes: “eu nunca sei sobre a agenda do NASF”, “você estão brincando de que?”, “deixa que o NASF resolve”, “eu não aprendi sobre práticas corporais na graduação, deixa com NASF que eles tem mais intimidade”, “eu queria ser do NASF para não fazer nada”. Frases ouvidas por todos os integrantes do NASF e acumuladas durante muito tempo, o que ocasionou no acúmulo de sentimentos. E como expor esses sentimentos? Batendo de frente? Transformando as relações em somente profissionais? Ignorando e deixando acumular mais sentimentos e frustrações? NÃO! Vamos planejar e mostrar de forma dinâmica a importância do apoio matricial do NASF e também a importância do conhecimento do processo de trabalho dos profissionais envolvidos no NASF.

Vamos ao planejamento: como demonstrar a insatisfação relacionada a todos os acontecimentos e sentimentos que estávamos vivendo? Resolvemos de maneira dinâmica realizar um caso em que todos os membros da equipe mínima participariam e mostrariam quais as condutas adotadas mediante ao caso, onde grande parte das condutas envolviam o acionamento do NASF. Através de um novelo de lã cada integrante escolhia a conduta e passava o novelo conforme conduta, formando assim uma teia. Após concluído o caso, os integrantes do NASF soltaram a linha, desmontando assim a teia formada, e mostrando a importância do NASF na construção de todos os processos envolvidos na Unidade de Saúde da Família.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. O apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Aplicado à APS, significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde pensada a partir da necessidade de ampliar o escopo de atuação da ESF, trazendo 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 (BRASIL, 2014).

Por fim, um momento em que cada integrante da equipe mínima pegava em uma caixinha um papel com as frases ouvidas por nós do NASF, e que de uma certa forma nos causaram um incômodo. Pôde-se observar que as frases lidas impactaram em todos os integrantes da equipe mínima, ampliando a discussão do processo de trabalho do NASF e também ajudando na estabilização das relações interpessoais. Todo esse processo só deu certo porque nós planejamos e acreditamos desde o início que nossa construção foi bem pensada e organizada conjuntamente, mostrando mais uma vez a união e o poder que nós nasfianos construímos.

4.3.2. ENCONTRO DOS NASF's (DIAS D'ÁVILLA, CAMAÇARI E LAURO DE FREITAS)

No dia 16 de Junho de 2018 ocorreu o 1º encontro dos NASF's dos 3 municípios (Dias D'ávila, Lauro de Freitas e Camaçari). Como lidar com essa situação: acordar cedo em um sábado para ir em um evento com pessoas que há 3 meses você não via e não conversava. Então vamos lá aos momentos. Inicialmente uma breve apresentação de cada um: nome, categoria profissional e município de lotação. Logo após uma breve atividade coletiva para poder conhecer e deixar a divisão de grupos a mais heterogênea possível, evitando contato maior entre pessoas que já se conhecem e mantêm um vínculo social e profissional maior

O relacionamento interpessoal é uma variável do sistema de administração participativo, que representa o comportamento humano que gera o trabalho em equipe, confiança e participação das pessoas. “As pessoas não atuam isoladamente, mas por meio de interações com outras pessoas para poderem alcançar seus objetivos” (CHIAVENATO, 2010). Quando as pessoas interagem umas com as outras, o trabalho a ser executado se torna mais prazeroso. Surge então a cooperação pelo fato de poder compartilhar ideias, soluções que podem alavancar uma tomada de decisão. Isso influencia positivamente no ambiente de trabalho (CARVALHO, 2009).

Esse primeiro momento foi de extrema importância, pois permitiu mostrar que estávamos todos ali, nasfiando que somos, juntos em um propósito só: compartilhar experiências, emoções, fragilidades, dificuldades e acertos relacionados ao processo de trabalho, e também ao crescimento pessoal.

E logo após vem a segunda dinâmica: escrever em um papel e apresentar de alguma forma todas as frases negativas que todos os componentes do NASF ouviram durante esse processo inicial de trabalho na Atenção Primária a Saúde. Parece repetitivo? Sim, parece, pois desenvolvemos 1 mês antes um processo semelhante, porém, no encontro pudemos perceber o quão amadurecemos em tão pouco tempo em relação à equipe mínima e os funcionários pertencentes à atenção básica.

Houveram diversas reações de amassar o papel, gritar, rasgar. Porém, o meu sentimento foi o oposto, foi um sentimento de dever cumprido por ter tido a oportunidade e a iniciativa de, através de um método dinâmico, poder conversar com as equipes em que eu estava inserido. E mais interessante ainda vou poder compartilhar essa

experiência depois com os colegas “nasfianos” de outros municípios e outras realidades. O crescimento profissional está atrelado à sua disposição em contribuir para o crescimento do outro. Sendo assim, é sempre positivo procurar ter uma atitude altruísta. Compartilhar conhecimento também é uma atitude bastante madura. Compartilhar conhecimento em um ambiente de trabalho não se trata apenas de dividir ou repassar informação, mas sim abrir espaço para a troca, para o crescimento, tanto pessoal quanto profissional, seu e do outro (MARQUES, 2018).

Ao final, houve um espaço único e muito importante: o corredor das emoções. Nesse momento pudemos nos sentir acolhidos, sentir que todos estamos juntos e de mãos dadas nesse trabalho árduo que é lidar com x equipes, x pessoas, x pensamentos divergentes, dentre outras coisas presentes no dia-a-dia dos componentes do NASF.

5. O SEGUNDO ANO

5.1. A TRANSIÇÃO DO PRIMEIRO ANO PARA O SEGUNDO ANO

Durante o final do ano a grande questão que toma conta de nós residentes são os preparativos para o acolhimento dos novos residentes. Um momento de avaliar como foi o nosso acolhimento; quais foram os pontos fortes; quais foram os pontos fracos; o que mudou de lá pra cá; quais informações prioritárias no momento, entre outras questões. Com isso foram utilizados alguns turnos para o planejamento, e foi em um desses turnos que tomamos uma decisão importante: teríamos um dia para abordar temas do NASF no acolhimento, tanto na USF Nova Aliança, quanto na USF PHOC CAIC.

Quando um novo membro ingressa em uma organização, ele passa a fazer parte de um novo contexto social. Esta nova realidade é constituída por elementos que, em conjunto, irão compor o universo organizacional. Dentre os elementos que compõem a realidade de uma organização, tem-se a cultura, que surge a partir de experiências vividas pelos seus membros. Para o novo integrante, é importante ser apresentado à cultura da organização em que está ingressando. Essa apresentação tem o poder de promover no novato a assimilação de aspectos culturais e colaborar para a sua adaptação ao novo meio (DELVAS, 2017).

O planejamento do NASF levou em consideração 4 principais questões: agenda, articulação de rede, atendimentos (compartilhados, individuais e interconsultas) e acionamento do NASF. Esses pontos foram priorizados devido às situações que

vivenciamos anteriormente e que pensamos que deveriam ser discutidas desde o início, para que tanto os profissionais do NASF quanto os profissionais da equipe mínima pudessem entender inicialmente como se dá o processo de trabalho do NASF e com isso potencializar o entendimento do que é um pouco do NASF (porque esse processo é contínuo).

Além do planejamento específico do NASF, participamos também do planejamento junto à equipe mínima, visando a integração entre todos os profissionais e fazendo com que o acolhimento fosse o espaço mais dinâmico e acolhedor possível. Foram tratados temas como: acolhimento, atividades coletivas, territorialização, saúde da mulher, entre outros. Sempre tentando dinamizar o máximo possível o planejamento, uma vez que foi programado o acolhimento para acontecer de segunda a quinta, sendo que cada turno seria apresentado um tema, e para que não fosse muita informação em um curto espaço de tempo (como aconteceu comigo), decidiu-se usar metodologias mais ativas para esse momento.

A ausência de um processo adequado de socialização prejudica o desempenho do colaborador, provoca a sensação de abandono e exclusão e pode comprometer o grupo de trabalho. Frente a isso, a organização deve comprometer-se a desenvolver apropriadamente o acolhimento e a integração de seus novos membros, apresentando os elementos que a caracterizam e que são indispensáveis para a socialização dos colaboradores. Dessa forma, ela garante a transmissão de conhecimento e a criação de afinidade. Para além disso, a transmissão da cultura aos novos membros é um mecanismo de consolidação e evita o surgimento de subculturas (DELVAS, 2017).

Após o acolhimento, ainda houve um período de transição para acompanhar e dialogar sobre as principais atividades para os novos residentes. Esse período durou cerca de 1 mês. Durante esse período aproveitei para fazer o levantamento dos casos mais importantes que atendi e que necessitavam de um acompanhamento mais delicado, além de socializar os materiais elaborados; apresentar os principais equipamentos sociais; dialogar sobre os principais assuntos discutidos no primeiro ano; acompanhar a territorialização; acompanhar os atendimentos, e outras funções. Esse momento permitiu um maior vínculo com os novos residentes e mostrar para eles como eles estão acolhidos e vinculados com toda a equipe, e principalmente mostrar que o trabalho na saúde da família é construído em conjunto, onde o diálogo é fundamental em todas as situações.

5.2. ESTÁGIO DE GESTÃO

Logo após o fechamento do ciclo do primeiro ano de residência, surge o novo desafio: a inserção nos estágios (no meu caso, gestão). Como sempre acontece às vezes, o novo sempre assusta, causa uma sensação de ansiedade, uma expectativa que pode ser alta ou baixa a depender do nível de ansiedade. O interesse na Coordenação de Planejamento (CODEPLAN) vem através da aproximação com informações para análise, linhas de cuidados, relatórios e análise da situação de saúde.

Nos primeiros dias já cheguei e fui apresentado ao setor, quem são as pessoas de referência, as atividades e os referenciais teóricos necessários para entender o funcionamento do CODEPLAN, o que trouxe um certo alívio, por poder ter um momento de ver na teoria o que iria aplicar na prática, e poder fazer uma reflexão crítica mais assegurada.

Observa-se que no que dispõe da legislação, temos que a Lei 8.080/90 estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada e o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 1990).

A demanda inicial foi da entrega do relatório quadrimestral, que é um dos instrumentos de gestão em saúde que temos disponíveis para a análise, planejamento, monitoramento e avaliação de saúde. Os Instrumentos de Gestão em Saúde são os mecanismos que garantem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. Há, portanto, Instrumentos de Gestão em Saúde locais, específicos de cada município, ou de cada estado, do Distrito Federal ou da União (BRASIL, 2002).

Após a finalização do relatório quadrimestral, em reunião com as profissionais de referência do CODEPLAN, houve um momento para conversar sobre algumas atividades que poderiam ser realizadas por nós residentes e que estariam de acordo com o propósito do estágio de gestão. Durante o diálogo foi debatido bastante sobre as ferramentas para avaliação de alguns aspectos referentes às USF's, como por exemplo atendimentos, atividades coletivas e número de usuários cadastrados. Muito foi levantado sobre a fragilidade do e-SUS em avaliar essas questões, uma vez que demanda tempo para digitar; alguns profissionais não digitam em tempo hábil, o que leva a uma perda dos dados; ter diversas folhas de registro, o que gera um acúmulo. Então foi decidido realizar um estudo sobre os principais dados de registro no e-SUS nas unidades: Nova Aliança, PHOC CAIC e Piaçaveira.

Os dados foram coletados na base de dados do E-SUS no município de Camaçari entre o período de 25 de Maio de 2019 e 27 de Junho de 2019. Os dados analisados são referentes à produtividade das unidades entre 01 de Março de 2018 e 31 de Março de 2019. Nos "Relatórios de Produção", foram avaliados os instrumentos: "Atendimentos domiciliar", "Atendimento individual", "Atendimento odontológico", "Atividade coletiva", "Procedimentos individualizados" e "Resumo de produção".

Diante da análise realizada, o E-SUS se mostrou como uma potente ferramenta de análise de situação de saúde. Assim como o SIAB, traz informações tanto do perfil sócio demográfico, quanto epidemiológicas, podendo identificar grupos de maior vulnerabilidade e a partir de então criar estratégias para garantir a equidade e facilitar o processo de trabalho dos profissionais. Essas informações podem ser interessantes tanto para os profissionais, quanto para gestores e para usuários, funcionando também como uma ferramenta de controle social.

Por outro lado, o E-SUS ainda enfrenta algumas fragilidades que comprometem a sua utilização de forma plena. Tanto a digitação do PEC quanto como CDS ainda exige conhecimentos básicos de informática que pode não ser acessível para todos. Ainda na questão da tecnologia, as unidades com frequência não dispõem de computadores suficientes para todos os profissionais, além de muitas vezes apresentar dificuldade no acesso à internet. Mesmo quando todos esses fatores estão presentes, por vezes o sistema apresenta falhas que não registram todos os dados inseridos. Diante da grande demanda das unidades, ainda que haja um horário reservado para digitação, nem sempre esse horário consegue ser cumprido.

5.3. ESTÁGIO ELETIVO

A Regional de Saúde de Santo Antônio de Jesus corresponde à antiga 4ª Diretoria Regional de Saúde (4ª DORES), localizada na Avenida Esperança, 406, Bairro Maria Preta, Santo Antônio de Jesus – BA. Nela estão presentes os setores de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador, oxigenoterapia e farmácia. O estágio ocorreu no setor de vigilância epidemiológica, que tem como objetivo principal a análise da situação de saúde, monitoramento, avaliação e adoção de medidas que estejam relacionadas ao controle de riscos à saúde. O setor é composto por 8 profissionais, sendo 6 de nível superior e 2 nível médio-técnico.

As principais ações realizadas no setor de vigilância epidemiológica estão relacionadas com a coleta, análise e interpretação de dados referentes à saúde de determinada população e/ou indivíduo; monitoramento de riscos e agravos à saúde; promoção das ações relacionadas à prevenção/redução de riscos à saúde analisados na região; operacionalizar as ações estaduais na região de saúde.

Inicialmente foi pensado entre preceptora e residente em dar continuidade ao Plano Municipal de Atenção Integral à Crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, porém, após a realização do curso EAD, foram discutidas várias questões acerca do tema, e através desse compartilhamento de ideias, chegou-se à conclusão que devido ao curto tempo não seria viável a elaboração do plano, já que o mesmo demanda um tempo maior do que 7 semanas.

Quando observada a lista disponibilizada pela preceptora sobre as crianças com diagnóstico de Síndrome Congênita do Zika Vírus, percebeu-se que a maioria das crianças estavam na faixa etária de 3-4 anos (idade pré-escolar). Analisando as ações presentes no Plano, e discutindo sobre o que poderia ser realizado para dar seguimento à discussão sobre a temática, chegou-se à conclusão de que a ampliação do debate acerca das alterações presentes nas crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus e as ações desenvolvidas pelo município para esta situação despertaram para a elaboração de um espaço intersetorial em que pudesse ser discutido diversos aspectos do cuidado dessas crianças.

Dessa forma, foi elaborado o planejamento para a realização do Seminário de Intersetorialidade para o Cuidado de Crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Essa experiência foi extremamente gratificante, uma vez que foi possível colocar em prática o fortalecimento da integração entre os setores responsáveis pelo cuidado integral das crianças com a síndrome congênita do Zika vírus. Entrando em contato

com a Secretária de Educação, Secretária de Saúde, Secretaria de Assistência Social e com o Ministério Público (ambos da região de Santo Antônio de Jesus), conseguimos realizar um seminário com a presença de 150 profissionais de diversos setores.

5.4. ESTAGIO DE REDES

Durante a escolha do estágio de redes, meu maior interesse era na rede de saúde mental, devido à maior aproximação com o tema. Porém para o grupo em que eu fiquei na divisão dos estágios não havia disponibilidade para saúde mental, estando disponível urgência/emergência ou rede de cuidado à pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Então, por aproximação com as atividades desenvolvidas no primeiro ano da residência, escolhi o CRES (Centro de Referência Especializado em Saúde Sexual) como campo de estágio.

Em Camaçari, a Secretaria de Saúde, através do CRES, atende mensalmente aproximadamente 460 pessoas que vivem com HIV. Além desses, outros 200 atendimentos de outras infecções sexualmente transmissíveis (HTLV, Hepatites B e C, Sífilis). O CRES é responsável pelo Programa Municipal de ISTs de Camaçari e tem como missão a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, com foco em ações assistenciais (atendimento multiprofissional) e de promoção/prevenção.

Logo no início veio a preocupação inicial: as residentes que estavam no CRES anteriormente são enfermeiras e prestavam apoio assistencial por causa do número reduzido de profissionais de enfermagem no estabelecimento. Então como eu, nutricionista poderia me sentir incluído no serviço para além dessas questões assistenciais? Então a primeira reunião com a apoiadora do estágio já tranquilizou em relação à isso, pois nessa reunião discutimos diversos pontos e atividades que pensamos em desenvolver para fortalecer a vigilância e atenção à pessoas com ISTs.

A sexualidade é definida como uma questão essencial do ser humano, que contempla sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2006). Pode ser vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e

relacionamentos, embora nem todas essas dimensões sejam experimentadas ou expressadas (WHO, 2006).

Ao chegar no CRES e conhecer a equipe, houve uma troca de experiência incrível, sobre como funciona o serviço, os principais conceitos e terminologias utilizadas, alguns protocolos mais recentes para pessoas que vivem com HIV, as atividades e ações de saúde desenvolvidas pelo CRES, entre outras coisas que ajudaram bastante para entender como atuar nos cuidados com pessoas que vivem e/ou convivem com ISTs. A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2010).

Inicialmente o contato maior que tive foi com a assistente social, a socióloga e os psicólogos, onde pude tirar as dúvidas sobre as ações de prevenção/promoção que ocorrem no CRES. Ocorrem atividades com grupos específicos, com ações de promoção e prevenção em prostíbulos, escolas, terreiros de candomblé e unidades de medidas socioeducativas para menores infratores. Cada atividade tem uma pessoa de referência para conduzir e manter os vínculos. Inicialmente optei por acompanhar alguma dessas atividades quando ocorresse para poder me apropriar e ver de que forma poderia contribuir. Então acompanhei a assistente social em uma visita que ela fez a um prostíbulo do município de Camaçari.

Com essa vivência no prostíbulo, vi que é uma população que necessita de atenção, pelo estigma da sociedade em relação à profissão e também o medo de julgamento faz com que essas profissionais tenham dificuldade e/ou vergonha de acessar os principais serviços de saúde. Os profissionais do sexo na maioria das vezes são de classes socioeconômicas menos favorecidas e que possuem menor poder de negociação com os seus clientes em relação do uso de métodos contraceptivos. Com frequência, o exercício da prostituição ocorre de maneira marginalizada e estigmatizada pela sociedade, marcada pela exposição a situações de risco, tais como violências física, sexual e psicológica, uso de álcool e drogas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e vulnerabilidades individual, social e programática em saúde (RANEBENNUR et. al, 2014; CASTAÑEDA, 2013).

Esse contexto dificulta o desenvolvimento de condições propícias ao exercício da cidadania, fazendo com que os/as profissionais do sexo, além de sofrerem com o preconceito e a discriminação, convivam com a invisibilidade perante a sociedade e dificuldades de acesso às ações e serviços de promoção da saúde (BENOIT, 2017). Todos esses aspectos relacionados à prostituição têm destaque do quanto é importante dentro dos programas de saúde, de modo que se possa atuar de maneira eficaz na prevenção dos riscos (OLTRAMARI L. C., CAMARGO B. V., 2004).

Inicialmente a dificuldade com transporte impossibilitou a continuidade com o projeto, e como a profissional de referência iria entrar de férias no mês de novembro, decidimos retomar o projeto em dezembro quando a mesma voltasse, e nesse intervalo elaborar um projeto escrito para alinhar as ideias para os encontros. Porém, a profissional de referência se desligou do CRES, e, com isso não teve como dar continuidade às ações de saúde no prostíbulo. Com isso, resolvemos nos dedicar a fazer um levantamento dos pacientes atendidos por um infectologista no serviço, para mostrar a equipe a importância do monitoramento e análise dos dados para estabelecer ações de promoção e prevenção à saúde.

A tabulação e a análise dos dados mostraram para a equipe a importância da vigilância, incentivando assim a continuidade do monitoramento dos casos, ampliando para todos os pacientes atendidos no serviço. Foram analisados 380 prontuários, e levantada algumas questões importantes: atentar para o registro do CNS de todos os pacientes, uma vez que esse documento é necessário para o acesso do usuário ao serviço, e na análise vimos que 13% estava sem o registro do CNS; 52% dos pacientes atendidos eram do sexo masculino, sendo que olhando para a unidade, vemos mais a presença de mulheres; 84% dos prontuários não tinham registro de raça/cor do usuário; 67% dos usuários são solteiros (as); 31% dos usuários tem o primeiro grau incompleto, e 29% possuem o ensino médio completo; a faixa etária mais predominante está entre 31 – 50 anos; e a maioria dos prontuários não tinham registro de ocupação.

O estágio de redes na atenção às pessoas que vivem com ISTs permitiu entender como são importantes as ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância dessa população. Ainda permitiu facilitar a articulação de rede para fortalecer a assistência à esses usuários, em diversos níveis de assistência, permitindo assim tentar da forma mais adequada possível garantir a integralidade do cuidado. Através de matriciamentos e sala de espera, vi a importância do tema, e o quão desmerecido são os diálogos sobre o comportamento sexual, exposição às ISTs, modo de vida da pessoa que vive com

HIV, estratégias de prevenção combinada, vulnerabilidade e risco, e sobre a redução de danos e mudança de atitudes.

6. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

6.1. SETEMBRO AMARELO

Logo após 15 dias de férias (bem descansados), eis a hora de voltar a rotina, e com isso surge na minha agenda a participação de uma ação voltada ao Setembro Amarelo. Mas que ação seria essa? Onde seria realizada? Quem são os participantes? Muitos questionamentos pra quem chegou de férias e deu de cara logo com uma atividade coletiva sobre saúde mental, mais especificamente, sobre o mês de prevenção ao suicídio (Setembro Amarelo).

Então vem o planejamento da atividade, e eu que nunca tinha vivenciado experiências em saúde mental e tinha um certo receio com esse público em questão (devido à falta de componente curricular na graduação, devido ao pré-conceito já imposto pra essa população, e principalmente pelo medo de um tema tão abrangente), vejo o despertar do interesse de conhecer mais sobre o tema.

Pesquisando sobre o tema, percebo sua ampla abrangência, quando a Organização Mundial da Saúde afirma que não existe uma definição "oficial" de saúde mental, sendo que as diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a saúde mental é definida. Sendo assim, saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional da pessoa (OMS/OPAS).

Durante o planejamento descubro que a ação será realizada em duas escolas do território (uma escola do território do CAIC e uma escola do território de Nova Aliança), para um público de adolescentes. Até então tudo bem, mas logo depois vem a informação de que em uma das escolas houveram 50 casos de automutilação, o que me deixou mais apreensivo em relação a como tratar do assunto.

Porém, ao fazer um paralelo com a literatura, percebe-se a importância de discutir o tema sem tabus ou receios. Furegato (2009) diz que a demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida

devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, etc.

Então, resolvemos utilizar a metodologia de falar abertamente sobre os principais mitos e as principais verdades sobre o suicídio/depressão. Inicialmente alguns profissionais das USF's comentaram que falar sobre o tema pode induzir á cometer tal ato. Porém, fazendo um apanhado histórico podemos fazer uma comparação com a discussão sobre o HIV. Inicialmente acreditava-se que discutir sobre o HIV poderia incentivar a pratica sexual, principalmente entre adolescentes, porém com o tempo viu-se a gravidade do vírus e com isso tounou-se uma questão de saúde pública. Essa questão se assemelha com o suicídio, já que estima-se que a cada 45 segundos uma pessoa tenta cometer suicídio no mundo.

No Brasil, algumas das propostas da Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, centram-se na qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar de serviços com assistência humanizada, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); inclusão das ações da saúde mental na atenção básica e a reinserção social de pacientes longamente institucionalizados na família e na comunidade, além da Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2007).

Trazer questões do tipo: “quem diz que quer morrer só quer chamar atenção”; “só comete suicídio quem tem algum problema mental”; “falar sobre o suicídio pode influenciar a prática”, “o suicídio é uma forma de aliviar a dor”; dentre outras, e logo após a leitura dos mitos e verdades abrir um momento para discussão, proporcionou uma maior interação entre os profissionais envolvidos e o público em questão, possibilitando também a identificação de casos específicos, e indo mais além, incentivou a criação da linha de cuidado em saúde mental para as USF's.

Com isso, percebi que o “desbloqueio” em relação à alguns temas/assuntos na saúde da família são primordiais para a atenção integral preconizada. Além de proporcionar a aproximação e a possível identificação com temas anteriormente desconhecidos. Posso falar isso por experiência própria, uma vez que tinha um certo “receio” com questões de saúde mental, e agora quero seguir a linha de saúde mental, mostrando mais uma vez o leque de oportunidades que a saúde da família pode abrir para os profissionais.

6.2. GRUPO DE AURICULOTERAPIA

O grupo de auriculoterapia surgiu como uma proposta do NASF para ampliar o cuidado aos usuários da USF PHOC CAIC, uma vez que na USF Nova Aliança já ocorria o Grupo de Práticas Corporais às terças e quintas, o que possibilitava um cuidado maior em Nova Aliança. Com isso, foi marcado uma reunião entre o NASF para a discussão e elaboração de um projeto para garantir o correto planejamento e funcionamento do grupo.

A auriculoterapia é uma técnica na qual o pavilhão auricular é estimulado para tratar tanto enfermidades físicas quanto mentais. A aurícula possui pontos de reflexo que se relacionam com os órgãos e funções do corpo, e quando esses pontos são estimulados fazem com que o cérebro desencadeie diversas reações que irão promover a melhora do paciente. Apresenta ótimos resultados em anestesia e analgesia, além de tratar várias enfermidades. Ótimos resultados são também obtidos quando se associa a acupuntura e a auriculoterapia (SOUZA, 2013).

A inserção da auriculoterapia na rotina das equipes deve sempre configurar uma ação de ampliação de acesso e qualificação do serviço, na perspectiva da integralidade. A auriculoterapia por se tratar de uma técnica simples, rápida e fácil pode estar inserida em diversos momentos, seja no atendimento individual de urgência ou programado, seja no atendimento em grupos. É importante identificar quais são os profissionais da equipe que dominam a técnica e quais estão interessados em aprendê-la, para assim organizar processos de educação permanente com apoio desses profissionais especialistas ou instituições formadoras, a fim de ampliar a oferta da ferramenta (DUNCAN, 2013).

Durante a elaboração, foram definidos alguns objetivos para o grupo, sendo eles: ofertar através de uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde (auriculoterapia), terapêutica complementar para o acompanhamento de questões de saúde de usuários acompanhados na USF; aplicar os conhecimentos acerca da prática em auriculoterapia como tratamento único e/ou complementar para as demandas de saúde acompanhadas; disponibilizar um método terapêutico de baixo custo, com poucas contraindicações e não invasivo; avaliar a eficácia da auriculoterapia como uma estratégia de cuidado para pacientes acompanhados na Atenção Básica.

Os encontros aconteceram semanalmente, durante o período de 8 semanas, com a presença de 15 usuárias selecionadas conforme lista de interesse disponibilizada anteriormente na recepção da USF, com a duração média dos encontros de 2 horas.

Cada encontro contou com um momento de educação em saúde com duração média de 1 hora. Dentre os temas trabalhados nos encontros estão: saúde e alimentação; saúde mental; exercício físico; saúde sexual. A ideia inicial era aproveitar a quantidade de usuárias e o comprometimento com o grupo para potencializar a corresponsabilização da saúde, para que quando o grupo encerrasse, as usuárias tivessem o domínio do cuidado da sua saúde, fazendo as escolhas mais adequadas para sua realidade e/ou condição.

Durante os encontros realizados foi possível a identificação de condições que comprometem o bem estar biopsicossocial como: ansiedade, dores crônicas, alcoolismo, compulsão alimentar, insônia e condições crônicas (hipertensão e diabetes). : O uso de práticas integrativas e complementares em saúde possibilita a oferta de um cuidado através de métodos de baixo custo, com poucas ou sem nenhuma contraindicação e em sua grande parte não invasivos, contribuindo assim para a continuidade da assistência à saúde de pessoas acompanhadas na atenção básica de saúde. Além disso, a escuta qualificada realizada, permite um maior vínculo entre profissionais e usuários, tomando como base a Política Nacional de Humanização.

A criação do grupo de auriculoterapia contribuiu para a ampliação da oferta de cuidado em saúde, racionalização das ações de saúde, motiva ações referentes a participação social, incentiva o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde. É fundamental nos serviços de saúde a capacitação dos profissionais.

6.3. MATRICIAMENTOS SOBRE SAÚDE MENTAL

Durante a elaboração das ações da Linha de Cuidado em Saúde Mental proposta pelo NASF, muito se foi discutido sobre alguns temas para serem trabalhados com as equipes, o que demonstrou também a necessidade de um momento de matriciamento para o NASF. Para o NASF foi um pouco mais fácil esse processo, uma vez que realizamos a análise dos acionamentos por núcleo, e com isso, soubemos os pontos em que deveríamos nos aprofundar e elaborar o plano de ação para trabalhar com as equipes.

Dentre os temas relacionados à saúde mental, os principais levantados pela equipe como uma dificuldade foram: dúvidas em relação ao apoio psicológico no geral; violência; ansiedade; depressão e automutilação/tentativa de suicídio. Com isso

buscamos formas de trabalhar esses assuntos entre o NASF para nos apropriarmos e poder levar da maneira mais dinâmica, clara e objetiva para a eSF. Esse momento foi de extrema importância, visto que foi fundamental o nosso amadurecimento enquanto NASF para poder levar as propostas de forma mais concreta para a eSF, visando o apoio de toda a equipe para a construção da linha de cuidado de saúde mental.

Os temas trabalhados nos matriciamentos foram: transtornos mentais e suicídio; uso abusivo de álcool; adesão ao tratamento; automutilação; violências contra a mulher; HAS e DM e aspectos emocionais; psicologia e NASF; saúde mental e práticas corporais; memória e emoções. Todos esses temas foram escolhidos de acordo com a necessidade de cada equipe, e pensando também nas equipes como um todo, ocorrendo adaptações para que pudesse contemplar da forma mais adequada todas as 8 equipes que o NASF cobre (4 equipes em Nova Aliança e 4 equipes no CAIC).

Os matriciamentos serviram como uma forma de aproximar tanto o NASF quanto a eSF do campo da saúde mental, que é um tema que ainda traz bastante angústia e dúvidas (posso falar por experiência própria). Inicialmente a falta de experiência e a falta de aproximação com o tema me causou um certo desconforto para trabalhar com o tema, porém, não existe trabalhar em saúde da família e não estar próximo da saúde mental, uma vez que é uma demanda diária e de diversos usuários, onde diversos fatores contribuem para alterar o bem estar biopsicossocial dos usuários.

Em *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*, aponta-se que a saúde mental deve ser organizada segundo um modelo de rede de cuidados, do qual o CAPS não é o único dispositivo, somando-se a eles, entre outros, a atenção básica. Em municípios com menos de vinte mil habitantes, a rede de saúde mental pode ser estruturada a partir das unidades de atenção básica. Três eixos são descritos para organização da saúde mental na atenção básica: (1) apoio matricial às equipes de atenção básica; (2) formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica; (3) inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica.

O apoio matricial é proposto como arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e a principal estratégia de qualificação da eSF para atender às demandas de saúde mental da população. Uma equipe técnica responsável pelo apoio matricial compartilha casos com equipes de saúde da família, por meio de discussões

conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos compartilhados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Para subsidiar o matriciamento em saúde mental na atenção básica, o Ministério da Saúde publicou o *Guia prático de matriciamento em saúde mental*, com sugestões de formas de operacionalizar o trabalho em parceria com os profissionais especialistas em saúde mental e as equipes de saúde da família. Este trabalho pode envolver: interconsultas, isto é, atendimento em conjunto de pacientes por profissionais do NASF e da ESF, visitas domiciliares, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos, intervenções em grupos, atividades educativas com a ESF, entre outros, desde que não se estabeleça uma relação de encaminhamento entre NASF e ESF, e que o NASF não funcione como porta de entrada para os usuários (CHIAVERINI, 2011).

Os matriciamentos permitiram a ampliação do debate acerca da saúde mental para grande parte das eSF. Um problema encontrado durante os matriciamentos foi o mesmo encontrado anteriormente: o comprometimento da equipe nesses espaços, uma vez que a grande parte desse momento ocorriam nas reuniões de equipe, e algumas pessoas subestimavam essa dinâmica dentro desse espaço, devido ao pensamento de que as demandas assistenciais (visita domiciliar, discussão de casos e outras pautas assistenciais) eram mais importantes, se tornando uma prioridade frente aos espaços de matriciamento. Mas, na maioria dos espaços, por ser um tema de interesse e inquietação de grande parte da equipe, as equipes conseguiram tirar diversas dúvidas e amenizar as angústias relacionadas.

7.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência na Residência em Saúde da Família proporcionou ampliar o olhar para diversas questões de saúde que só são possíveis vivenciar na prática e nas rotinas das Unidades de Saúde da Família. Esses momentos estão comumente ligados a diversos fatores que impactam no bem estar biopsicossocial dos usuários, mostrando que na saúde da família a saúde deve ser vista de forma ampliada, observando fatores como: moradia, relação familiar, relação social, ocupação, alimentação, renda, entre outras.

A graduação em nutrição precisa passar por uma reforma curricular, valorizando as disciplinas e as questões voltadas para o social. As disciplinas que vivenciei como optativas deveriam ser obrigatórias, o que prepararia de uma forma mais completa os profissionais que visam atuar na atenção básica. De uma certa forma, as disciplinas

induzem cada vez mais os profissionais à atuarem na clínica, dentro do seu “quadrado”, sem a possibilidade de compartilhamento do cuidado. As ações dentro dos consultórios são limitadas e muitas vezes focadas em: antropometria, inquérito alimentar e prescrição dietética, o que leva à uma limitação de tempo, fazendo com que o profissional fique focado somente nos aspectos nutricionais, esquecendo a clínica ampliada.

O “ser NASF” me permitiu engrandecer tanto no lado pessoal, quanto no profissional. Poder me colocar no lugar do usuário; entender o outro como pessoa; compartilhar experiências com diversas pessoas com outras experiências; vivenciar problemas de relações interpessoais; poder entender que deixar as emoções fluírem é normal para um profissional de saúde; e permitir me conhecer e entender em um turbilhão de sentimentos é fundamental para meu lado pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment.** J Am Diet Assoc. 1994; 94(8):838-9.

ANJOS, KF, et al. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.

BENOIT CS, JANSSON M, SMITH M, FLAGG J. **Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers.** J Sex Res. 2017 Nov;17:1-15.

BOOG MCF. **O papel do enfermeiro no cuidado nutricional ao paciente hospitalizado.** Rev Campi-neira Enf. 1999; 2(1):17-21.

BOOG, M. C. F.; RODRIGUES, K. R. M.; SILVA, S. M. F. **Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP.** Rev. Nutrição, Campinas, v. 2, n. 1, p. 55-87, jan./jun. 1989.

BOSI, M. L. M. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; Ed. UFRJ, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

CAPRARA A, FRANCO ALS. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica.** Cad Saúde Pública. 1999; 15(3):647-54. doi: 10.1590/S 0102-311X1999000300023.

CARVALHO, M. N. et al. **Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas unidades básicas de saúde no Brasil, 2008-2013.** Saúde em Debate [on-line], Rio de Janeiro, vol. 40, n. 109, p. 154-162, 2016.

CASTAÑEDA H. **Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany.** Soc Sci Med. 2013 May;84:94-101.

CERVATO-MANCUSO, AM et al. **A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano.** Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(12).

CHIAVERINI DH, organizador. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília (DF): Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde; 2011.

COMBINATO DS, VECCHIA MD, LOPES EG, MANOEL RA, MARINO HD, OLIVEIRA ACS, et al. **“Grupos de Conversa”:** saúde da pessoa idosa na estratégia da saúde da família. Psicol Soc. 2010; 22(3):558-68.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil de atuação profissional do nutricionista no Brasil.** Brasília: CFN, 2006. 88p.

COSTA, N. M. S. C. **Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil.** Rev Nutrição, Campinas, v. 12, n. 1, p. 5-19, jan./abr. 1999.

CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** Cad Saude Publica 2004; 20(3):780-8.

DE MARCO, M. A. **Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: Um projeto de educação permanente.** Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Educação Médica; 2006; 3(1):61-72.

DELVAS RL. **A importância do acolhimento e da integração na cultura organizacional: O Manual de Acolhimento como instrumento de socialização de novos servidores do Instituto Federal do Triângulo Mineiro – Uma proposta.** INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO.

FERNANDES HS, PULZI JÚNIOR AS, COSTA FILHO R. **Qualidade em terapia intensiva.** Rev Bras Clin Med.2010;8(1):37-45.

FREITAS MCS, PENA PGL, FONTES GAV, SILVA DO, SANTOS LAS, MELLO AO, et al. **Uma leitura humanista da nutrição.** In: Freitas MCS, Fontes GAV, Oliveira N. Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA; 2008. Unidade 11.

FREITAS MCS. **Educação nutricional: aspectos sócio—culturais.** Rev Nutr. 1997; 10(1):45-9.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A.V. **Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 31-38, 2011.

HELENA ETS, NEMES MIB, ELUF-NETO J. **Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família.** Saúde Soc. 2010; 19(3):614-626. 2010.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à Administração.** Ed. Compacta. São Paulo: Atlas, 2009. 294p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília (DF): MS; 2003.

MITRE SM, SIQUEIRA-BATISTA R, GIRARDI-DE-MENDONÇA JM, MORAIS-PINTO NM, MEIRELLES CAB, PINTO-PORTO C, et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Cien Saude Colet. 2008; 13 suppl 2:2133-44.

MOURÃO SM, FREITAS CASL, DIAS MSA, LOBO MGP. **A visita domiciliar como instrumento para a promoção de práticas de higiene: uma revisão bibliográfica.** Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2010

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, C.M.A. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. **Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Espírito Santo, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011.

DRULLA AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar.** Cogitare Enferm [serial on the internet]. 2009.

OLIVEIRA, N; SANTOS, S. M. C. **Desenvolvimento comunitário na formação do nutricionista: relato de experiência em um curso de Nutrição.** Rev. Nutrição, Campinas, v. 27, n. 6, p. 775-783, dez. 2014.

OLTRAMARI L. C.; CAMARGO B. V.. **Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS.** Estud Psicol (Natal). 2004;9(2):317-23.

PINTO E, DELLA-FLÓRA AM, SILVA LD, RORATO TJ, REQUIA J, MARTINS ESR, ET AL. **O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado.** Rev Bras Queimaduras2014;13(3):127-129.

RANEBENNUR V, GAIKWAD S, RAMESH S, BHENDE A. **Addressing vulnerabilities of female sex workers in an HIV prevention intervention in Mumbai and Thane: experiences from the Aastha project.** HIV AIDS (Auckl). 2014 Feb19;6:9-18.

SALOMON, J. B. R. **A Formação do nutricionista nos cursos de Graduação.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 5.; CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRICIONISTAS, 8., 1976, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: Febran; Agan, p. 99-102, 1976.

VASCONCELOS, F. A. G.; BATISTA FILHO, M. **História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan. 2011.

WHO (World Health Organization). **Defining sexual health.** Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: WHO, 2006.