



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: O PAPEL DO
NUTRICIONISTA NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

VANESSA ANDRÉIA GALVÃO ROLIM

JOÃO PESSOA – PB
2015

VANESSA ANDRÉIA GALVÃO ROLIM

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: O PAPEL DO
NUTRICIONISTA NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Orientador: Prof. Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo.

R748c Rolim, Vanessa Andréia Galvão.

A Construção do cuidado integral em saúde: o papel do
nutricionista no projeto terapêutico singular / Vanessa
Andréia Galvão Rolim. - - João Pessoa: [s.n.], 2015.

60f. : il. -

Orientador: Lindemberg Medeiros de Araújo.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Integralidade. 3. Nutrição.
4. Projeto Terapêutico Singular.

VANESSA ANDRÉIA GALVÃO ROLIM

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: O PAPEL DO
NUTRICIONISTA NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Aprovada em ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo
Orientador - (UFPB/CCS/DN)

Prof.^a Dra. Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos
Membro interno - (UFPB/CCS/DN)

Prof.^a Msc. Sônia Cristina Pereira de Oliveira Ramalho Diniz
Membro interno - (UFPB/CCS/DN)

Saber Viver

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das
pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar"

A todos aqueles que me ensinaram e continuam me ensinando a viver:

Em especial a:

Francisca Zita Rolim Galvão (*in memoriam*)

Lina Maria Rolim Galvão

Altamira Maria Galvão Gomes

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por todas as graças alcançadas em minha vida, hoje especialmente, pela oportunidade de estar realizando este sonho. Sem Ele, nada disso seria possível. Agradeço por toda a força e perseverança que foi depositada a mim para que conseguisse caminhar sem fraquejar, por toda misericórdia, amor e bondade que me permitiu ser capaz de seguir o almejado e me fez compreender que o caminho, muitas vezes mais difícil, nos faz ser mais fortes e nos proporciona frutos valiosos.

Agradeço a minha família, por todo apoio e ajuda em todos os momentos. Em especial à memória da minha amada avó Francisca Zita que contribuiu em todos os anos de minha existência para uma boa criação, educação e qualidade de vida.

À minha mãe Lina Maria Rolim Galvão por todos os cuidados e confiança.

À minha madrinha e tia Altamira Maria Galvão Gomes e ao seu esposo e meu padrinho José Neurion Gomes, meus mais sinceros agradecimentos, por todo o investimento e credibilidade sobre minha educação, desde adolescência até hoje. Vocês são chaves fundamentais para a abertura dessa nova porta.

À minha tia Tânia Maria Galvão por toda preocupação e esforços para me ajudar a realizar esse sonho.

Ao meu irmão Luiz Eduardo Galvão por todos os conselhos sobre o melhor caminho a ser trilhado, inclusive, a escolha do curso que hoje estou concretizando.

Ao meu namorado Thiago Belmont por toda força e incentivo em todos os momentos para que conseguisse concluir esta etapa tão importante em minha vida.

Aos meus queridos amigos Roberto Ranierre Cartaxo, Noemi Moraes, Renata Queiroga e Anne Louise Moraes pela sincera e bela amizade, que me fazem ser mais feliz e mais forte.

Aos meus amigos e colegas realizados durante a graduação, especialmente, Tamires Sena, Talita Rabelo, Pamela Alexandria, Ana Gabriela Mascarenhas e Mirela Ribeiro. Vocês

tornaram muito mais prazerosos os caminhos percorridos para chegar até aqui. Agradeço por todos os momentos compartilhados e todos os aprendizados em conjunto.

Ao meu orientador e professor Dr. Lindemberg Medeiros de Araújo, meus sinceros agradecimentos, por todo conhecimento passado a mim, toda paciência e dedicação, principalmente, ao longo desses últimos meses.

À todos os professores do curso de Nutrição, meus calorosos agradecimentos, por todos os ensinamentos e desafios proporcionados para que seus alunos se tornassem profissionais, em especial à prof.^a Dra. Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos e a prof.^a Msc. Sônia Cristina Pereira de Oliveira Ramalho Diniz por aceitarem fazer parte da minha banca examinadora.

À UBISF São José, por permitir toda vivência para a construção da prática do processo do trabalho em saúde e nutrição.

Ao paciente acompanhado no PTS e todas as pessoas envolvidas, agradeço por toda confiança e pela troca de experiências que permitiram a realização de um trabalho digno.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte da construção desse sonho, seja diretamente ou indiretamente. Certamente, vocês são participantes dessa conquista tanto quanto eu.

RESUMO

Pretende-se ressaltar a importância do profissional nutricionista e suas intervenções nas práticas de Atenção Básica à Saúde, mais precisamente na atuação interdisciplinar junto a um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Entende-se que a atuação do nutricionista no PTS reforça a integralidade da atenção à saúde, principalmente quando este é incluído de maneira acolhedora na realidade do paciente e de sua família, realçando como se deve agir diante de determinadas situações sociais, econômicas, culturais, com a finalidade de melhorar o prognóstico do indivíduo doente. Objetivou-se compreender como se dá a construção das práticas de saúde, através de ações realizadas no território da Unidade Básica Integrada de Saúde da Família (UBISF) no bairro São José, em João Pessoa-PB. O trabalho foi construído na lógica de relato de experiência resultante de um Projeto Terapêutico Singular, o que envolve diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação. A vivência dessas etapas foi o foco do relato, principalmente a três primeiras. O trabalho permitiu apreender, de forma circunstanciada aspectos do território, como as condições de vida e moradia, o estabelecimento dos diálogos necessários à ação multidisciplinar e interdisciplinar e o acompanhamento contínuo, compreendendo-se melhor as condições de vida e saúde, as relações estabelecidas no âmbito familiar em função do adoecimento, as necessidades e os cuidados a serem tomados, de forma humanizada e humanizadora. Com isso abrem-se espaços para a inserção do nutricionista no planejamento de futuros projetos terapêuticos singulares, comprometidos com a gestão da atenção individual e coletiva.

Palavras-Chave: Atenção Básica à Saúde. Integralidade. Nutrição. Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

The aim is to highlight the importance of professional nutritionist and their interventions on Attention practices primary health, specifically the interdisciplinary performance with a Singular Therapeutic Project (PTS). It is understood that the nutritionist's role in PTS strengthens the integrity of health care, especially when this is included cosily in reality the patient and his family, highlighting how to act with respect to certain social, economic, cultural situations, in order to improve the prognosis of the individual patient. The objective is to understand how the construction of health practices, through actions carried out within the Primary Care Family Health Integrated (UBISF) in the neighborhood St Joseph in João Pessoa-PB. The work was built on the experience of reporting logic of a Single Therapeutic Project, which involves diagnosis, goal setting, division of responsibility and reassessment. The experience of these steps was the focus of the story, especially the first three. The work allowed the learning of detailed aspects of the territory so as living conditions and housing, the establishment of the dialogues necessary for multidisciplinary and interdisciplinary action and continuous monitoring, understanding better the living conditions and health, the relations established in family environment due to the illness, needs and care should be taken, in a humane and humanizing way. With that open up spaces for Nutritionist insertion in planning future singular therapeutic projects, committed to the management of individual and collective attention.

Keywords: Primary Health Care Completeness. Integrality. Nutrition. Singular Therapeutic Project.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAPS - Centros de Atenção Psicossociais
CFN - Conselho Federal de Nutricionistas
CNS- Conferência Nacional de Saúde
EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF – Estratégia Saúde da Família
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PESC – Práticas de Extensão na Saúde Coletiva
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB – Portal do Departamento de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Participação Social
PSF- Programa Saúde da Família
PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PTS – Projeto Terapêutico Singular
SAN- Segurança Alimentar e Nutricional
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIC- Segundo Informações Colhidas
SUS – Sistema Único de Saúde
TCN - Terapia Clínica Nutricional
UBISF – Unidade Básica Integrada de Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPB- Universidade Federal da Paraíba
VD – Visita Domicilia

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	12
2.REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	14
2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.3 CLÍNICA AMPLIADA.....	20
2.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	22
2.5 AÇÕES DE NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	25
2.6 NUTRIÇÃO E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	27
2.7 O CUIDADO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	29
3. METODOLOGIA	32
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	32
3.2 ESTRUTURAS DO LOCAL DE ATUAÇÃO DO PROJETO.....	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
4.1 PROCESSO DE TERRITORIZAÇÃO.....	36
4.2 CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	38
4.2.1 DIAGNOSTICO.....	38
4.2.2 DEFINIÇÃO DE METAS.....	41
4.2.3 DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES E TAREFAS.....	42
4.3 REFLETINDO SOBRE POSSIBILIDADES E NECESSIDADES DE PROCESSOS DE INTERVENÇÃO.....	44
4.3.1 CONDUTA NUTRICIONAL TERAPÊUTICA.....	47
4.4 REFLEXÕES SOBRE AS VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS.....	49
5. CONSIDERAÇÕES	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o campo da saúde passou por mudanças significativas a partir da década de 70. O movimento de Reforma Sanitária, nesse período, estabeleceu uma nova consciência social quanto ao saber e ao fazer em saúde. O referido movimento contou com a participação civil, jurídica e política e buscou problematizar a reestruturação da atenção em saúde. Com foco na descentralização das ações, se propôs que a população fosse assistida em seu território, independente dos níveis de complexidade.

Consecutivamente, uma série de transformações foi desenvolvida. De acordo com Elias (2004), o caminho até a Constituição de 1988 foi um marco importante, que consolidou a nova consciência social de promoção de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este também se tornou a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, além de caracterizar o surgimento de uma nova relação entre o Estado e a Sociedade Civil em benefício da construção do acesso pleno aos serviços, independente do fator econômico ou político, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania social.

Baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e nas diretrizes de descentralização, regionalização, municipalização e hierarquização, estabeleceu-se a Atenção Básica como estratégia principal para alcançar os objetivos traçados universalizando o acesso aos serviços. Todavia, apesar de o processo de criação e construção do SUS ter proporcionado tais avanços na assistência, esses conceitos ainda estão sendo constituídos na prática e estruturados por uma complexa rede de relações na busca de melhorias para os usuários.

No âmbito da atenção básica à saúde, a atuação da equipe multidisciplinar ocupa um espaço de suma importância, uma vez que composta por profissionais de diversas áreas, com formações acadêmicas diferentes, permite uma cooperação entre vários saberes, que trabalham em prol de um único objetivo. Essa equipe permite uma ação clínica e educativa unificada decorrente de ângulos diferentes do saber. A equipe multidisciplinar permite dotar os seus elementos de estratégias com as quais podem construir uma resposta mais integradora à situação em questão.

No espaço da equipe multidisciplinar, pode-se destacar o papel do nutricionista. A formulação e a implementação das ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde devem considerar os níveis de intervenção, gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional, propriamente dito, englobando ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado (assistência); voltados para o sujeito das ações,

podendo ser este o indivíduo, a família e a comunidade; e também apresentar o caráter das ações universais, tais como aquelas ações que visam à garantia da SAN e à promoção de alimentação saudável (aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida) e específica, aplicáveis a uma determinada fase do curso da vida, ou seja, ações destinadas a gestantes, crianças, escolares, adolescentes, adultos e idosos.

Partindo dos avanços ocorridos na trajetória de construção e estruturação do modelo de atenção à saúde, considera-se entre as ações significativas a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Clínica Ampliada, a Humanização e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tais movimentos corroboram as práticas de cuidado em saúde.

Caminhando nesse processo, a perspectiva deste trabalho elege, dentre estes movimentos mencionados, o PTS como um instrumento imprescindível para a promoção da saúde do usuário, voltada à atenção para a formulação de estratégias, ou seja, para a definição de um novo perfil assistencial e para a organização de novas ações de saúde, baseadas na humanização do cuidado.

Diante do exposto, este trabalho ressalta a importância da inserção do nutricionista nas estratégias da ABS, mais precisamente no PTS, uma vez que desenvolve um papel necessário na equipe interdisciplinar, por atuar através de diferentes olhares, saberes e fazeres, proporcionando um trabalho pautado numa visão de saúde-doença que considera também os aspectos sociais, econômicos e psíquicos dos usuários, e não só os biológicos, para que se alcance a integralidade do cuidado.

O trabalho foi construído através da vivência na Unidade Básica Integrada de Saúde da Família (UBISF) no bairro São José. O interesse pelo tema surgiu devido às experiências vividas no projeto de Práticas de Extensão na Saúde Coletiva (PESC), nos anos de 2012 e 2013, com o intuito de ampliar os conhecimentos nessa área. A sistematização da experiência deu-se nos momentos em que foram realizadas Visitas Domiciliares (VD) ao paciente e família escolhidos para a construção do PTS.

O objetivo primordial fixa-se na discussão quanto à importância da atuação do nutricionista no PTS. Os objetivos secundários destacam a importância da ação multidisciplinar e interdisciplinar no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), evidenciando a importância da atuação do nutricionista no cuidado individual e coletivo na Atenção Básica à Saúde, avultando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como espaço de reforço a integralidade na atenção básica à saúde e constando as possibilidades, dificuldades e desafios do funcionamento do SUS.

Portanto, o questionamento que presidirá todo o trabalho é: quais as possíveis intervenções do nutricionista no Projeto Terapêutico Singular?

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A história da atenção à saúde é marcada por acontecimentos desenrolados, simultaneamente, em nível mundial e nacional. Na década de 80, por exemplo, no momento em que fora do País estava sendo realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, onde o termo Promoção de saúde recebeu ênfase, no Brasil acontecia o desfecho político do movimento pela reforma do sistema de saúde, tendo como pressupostos, princípios para uma reforma democrática do Estado. Este movimento, que na verdade, já remontava a década dos anos 70, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Ambos os acontecimentos visavam a um mesmo propósito: promover a saúde para que, desse modo, houvesse uma melhoria na qualidade de vida da população.

No plano internacional, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde deu-se em resposta a um movimento que buscava renovar a concepção mundial de saúde pública fazendo com que emergisse a promoção da saúde. O termo Promoção da Saúde refere-se ao envolvimento entre os diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na tentativa de buscar soluções para os problemas de saúde da comunidade. Porém, isto só se torna possível a partir de uma combinação de estratégias que incluem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos e do sistema de saúde (SOUZA et al., 2005).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, objetivou-se estabelecer garantias fundamentais a todo cidadão, propiciando aos indivíduos condições mínimas para o pleno gozo de seus direitos. A partir de então, incluiu-se ao rol dos direitos fundamentais os direitos sociais, consagrando, por conseguinte, o direito à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados (MORAES, 2005)

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como finalidade modificar a assistência desigual à saúde da população. Sua criação foi estratégica para implementação de ações nesta área, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão (BRASIL, 2011).

O SUS está embasado em princípios e diretrizes básicas como: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada; e suas ações devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2007).

O SUS dispõe de um conjunto de ações e serviços para cumprir o artigo constitucional sobre promoção, proteção e defesa do direito à saúde da população brasileira. Esses serviços e ações visam garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo. Dessa maneira, ele avança de forma consistente na consolidação da rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada.

O Ministério da Saúde discorre que a rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades. No espaço do território, o SUS dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público (BRASIL, 2010).

Um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção é a Linha de Cuidado. A Linha de Cuidado é uma estratégia para a ação, isto é, proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa.

Na concepção de Ayres (2004), o Cuidado, no contexto da saúde, deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde. No plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial.

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social

das políticas públicas e da gestão dos serviços. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

Ao tratar sobre saúde pública, Facchini et al. (2006), revelam que torna-se essencial a avaliação de políticas e programas, pois tal avaliação contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável, e previne o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes.

Maio e Lima (2009) citam que o processo de implementação do SUS tem tido duas expressões: uma teórica e outra prática. A teórica fornece os elementos empíricos desafiadores para a elaboração teórica ou para a análise de hipóteses no campo de políticas e gestão públicas, incluindo o entendimento da gestão federativa, das possibilidades de gestão democráticas, relações público/privado e sustentabilidade das políticas universais. A prática implementa e apoia os dispositivos que cuidam do fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, garantindo saúde para todos.

O enfoque da promoção da saúde é uma diretriz que tem norteado o processo de implantação e consolidação do SUS. Este enfoque está centrado no indivíduo e projetado para a família ou grupos sociais que, ao partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação e reflexão sobre estes como forma de enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos.

O ponto de vista de Machado et al. (2007) no que diz respeito à promoção da saúde é a de que a sua responsabilidade não se restringe ao setor saúde, mas se constitui de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam-se através de políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos.

Fadel et al. (2009) exprimem que são inúmeras e constantes as tentativas de ampliação de mecanismos que levem à otimização dos serviços públicos de saúde e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema, mas, apesar de crescentes, as estratégias que consolidam o SUS assumem forte complexidade ao considerarem as enormes desigualdades geográficas, culturais e socioeconômicas que há tempos permeiam o país.

Silva et al. (2013) concluem que ao introduzir no sistema de saúde novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe-se que o profissional de saúde mude sua prática desenvolvendo um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e

para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Isso também pressupõe a instituição dos espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção primária à saúde surgiu para organizar o modelo de assistência oferecido aos cidadãos brasileiros pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É a porta de entrada preferencial para o usuário sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde com fins de construir um atributo acessível à população, eliminando barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (STARFIELD, 2002).

O termo Atenção Básica à Saúde (ABS) é designado como o primeiro nível de atenção à saúde. Está sustentado no princípio da integralidade e compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A atenção básica é considerada como uma ação expressa do SUS com seus princípios e diretrizes organizativas, o que inclui a Estratégia Saúde da Família que, desde a sua origem, consubstancia um jeito de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera a premissa de que a Atenção é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A ABS é desenvolvida pelas práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando os critérios de risco, a vulnerabilidade, a resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

No Brasil, a atenção básica se materializa através do Programa Saúde da Família (PSF). Este foi implantado como um programa diferenciado vinculado ao modelo sanitista definindo-se como uma estratégia de mudança assistencial. É caracterizado como uma intervenção vertical que possibilita a integração e organização das atividades em um território definido implementando a vigilância à saúde. Seu principal objetivo é ser um substituto da rede de atenção básica tradicional, oferecendo um acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários, assistindo com humanização, cidadania e solidariedade todas as pessoas que procuram pelo serviço de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é compreendida como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Rodrigues e Cols (2008), em estudo sobre a representação social do cuidado no programa saúde da família, afirmam que para se pensar um novo desenho assistencial em saúde, centrado no usuário, é fundamental ressignificar o processo de trabalho que passa a ser a produção do cuidado, orientada pela integralidade que requer, para sua efetivação, o trabalho de uma equipe multiprofissional. Indo para além do autor, pode-se compreender o processo de trabalho da ABS, em muitos casos, como interdisciplinar dadas as suas possibilidades de composição e intervenção.

A estratégia de saúde da família aponta para os princípios de responsabilidade de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades das localidades e atores sociais. Se implementa através de um conjunto de unidades de saúde que prestam serviços assistências, sendo centralizadas nos postos e centros de saúde, atualmente chamados de Unidade de Saúde da Família. Estas fornecem atendimento generalista oferecendo serviços de saúde pública nas áreas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde bucal, controle da hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase como também ações de promoção da saúde. Devem ainda realizar a vigilância epidemiológica e sanitária de sua área adstrita, garantindo uma perspectiva melhor para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso a utilização de serviços, efetivando o direito a saúde em nosso país (BRASIL, 2007).

Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MIRANDA *ET AL.*, 2008).

A noção de território é fundamental para as ações de promoção de saúde, pois, como já se viu não se restringe a um espaço geográfico ou uma área física delimitada; trata-se de um espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, relações de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante, mutante. Conhecer-lo é condição para o planejamento das estratégias e políticas públicas. Portanto, é fundamental conhecer o local, quem habita o território, como, as relações afetivas, as trocas, as tensões, as necessidades – enfim, o emaranhado que compõe o território e que, a partir de uma prática intersetorial, pode ser atendido em sua complexidade em direção à promoção de saúde (SACARDO; GONÇALVES, 2007).

A ESF se insere na comunidade através das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e de outros profissionais da equipe. Na condição de moradores da área de abrangência do serviço de saúde, os ACS convivem no cotidiano com a comunidade, participam dos problemas e dificuldades estruturais relacionados à saúde, educação, habitação, transporte, etc. Esta condição facilita a entrada dos ACS nos domicílios e seu papel de mediador entre os serviços de saúde e a comunidade. Nas visitas são reforçadas as ações de rotina, propiciando o controle social que ao mesmo tempo se aproxima de uma fiscalização da vida privada dos usuários, seus hábitos e estilos de vida. Neste caso, percebemos uma fronteira tênue que por vezes mistura orientações técnicas com intervenções de caráter normativo e moral. Apesar de tais riscos, o acesso dos ACS à comunidade também proporciona espaços de troca e diálogo potencialmente emancipatórios (COHN; NAKAMURA; GUTIERRES, 2009).

A expansão do acesso e a entrada do profissional nos domicílios das famílias possibilitam um contato próximo com a comunidade e a escuta de novas demandas que chegam ao profissional e ao serviço. Contudo, tais demandas muitas vezes transcendem a organização e estrutura do serviço, desafiando o instituído, inclusive o saber-fazer do profissional.

A ABS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006; TAKEDA, 2004).

A utilização dos serviços de ABS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não na doença), na família e na comunidade.

2.3 CLÍNICA AMPLIADA

A clínica tem sido influenciada por novos contextos e expectativas de atenção à saúde, provocados pelas transformações estruturais no modelo assistencial do SUS. Um fato comprovado é que a atuação dos profissionais de saúde não pode restringir-se apenas aos aspectos biomédicos. Quando se considera a complexidade dos fatores envolvidos no adoecimento, verifica-se que se faz necessário ampliá-los, visto que, as pessoas não se limitam às expressões das doenças das quais são portadoras. A dependência dos usuários dos serviços de saúde evidencia a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços e os limites da prática clínica centrada na doença. Indubitavelmente, é indispensável a presença de uma clínica que corresponda satisfatoriamente às necessidades desses sujeitos.

Caminhando no âmbito de ter um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, foi que se planejou o que se denomina clínica ampliada. A clínica ampliada assume a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; reconhece os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e busca ajuda em outros setores, agregando outros conhecimentos produzidos nestes. A clínica ampliada também assume um compromisso ético profundo, o que exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores que estão em jogo na sociedade (BRASIL, 2007).

Conforme HAFNER et al. (2010) explicam, a clínica ampliada pode ser entendida como a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que aspectos do sujeito, além do biológico, sejam compreendidos e trabalhados pelos profissionais. Também visa à produção de saúde nos distintos meios curativos, preventivos, de reabilitação

e cuidados paliativos; e do mesmo modo, a expansão do grau de autonomia do usuário, família e da comunidade. Nessa possibilidade, a autonomia dos usuários seria ampliada a partir de ações de promoção, tornando-os mais capazes de compreender as inerentes necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como corresponsáveis no processo de produção da saúde.

Rodrigues et al. (2008) definiram a clínica ampliada como meio necessário nos serviços de saúde, uma clínica para além da doença, da pessoa e de seu contexto, que fosse responsável tanto pela cura e reabilitação quanto pela prevenção e proteção individual e coletiva. Uma clínica que conseguisse compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborasse projetos terapêuticos singulares com ações visando intervenção nas diversas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento. Enfim, uma clínica comprometida com o cuidado e produção de saúde e de vida.

Uma estratégia que surgiu para corroborar e prestar assistência às ações da clínica ampliada foi a Humanização da Atenção. Para o Ministério da Saúde, a política de humanização não pode ser reduzida a algo vago, associado às atitudes humanitárias de caráter filantrópico e voluntário, mas como fazendo parte do direito à saúde. Para sua consecução, não basta focar apenas o usuário como detentor do direito, mas incluir o papel do trabalhador como elo da relação que produz saúde. Assim, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Existe, assim, a necessidade de adotar a humanização como política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Desse modo, a humanização deve constituir-se, cada vez mais, uma vertente orgânica do SUS (BRASIL, 2004).

A humanização oferece esse parâmetro como estratégia de construção/ativação ética para qualificar a atenção, pois se trata de operar como sujeitos em rede, fomentando as relações e a conectividade. A ética tem, justamente, como referência, um sujeito em relação. Por isso, o Ministério da Saúde propõe como princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: valorizar a dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão; estimular processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional; atuar em rede com alta conectividade; fomentar a informação, comunicação e educação permanente (BRASIL, 2004).

A escuta do sujeito na perspectiva do acolhimento considera que as necessidades humanas, traduzidas no ato clínico pela expressão do sofrimento e pela necessidade de

cuidado do usuário, não podem ser compreendidas de forma fragmentada pelo profissional em saúde. A tradicional forma especializada de escuta do sujeito tem como resultado uma intervenção específica por parte dos profissionais da área da saúde. Essa especificidade na metodologia do campo de ação clínica tornou a escuta do profissional seletiva somente para as expressões de sofrimento de sua área, isto é, aquelas manifestações originadas de outros campos do saber eram desconsideradas, ocorrendo “uma total surdez a toda fala que não se enquadrasse na linguagem correspondente à fronteira de sua possibilidade de intervenção” (BENETTI; RAMIRES, 2003).

A crescente autonomia dos sujeitos em relação à saúde, visando à reorientação das relações entre profissionais de saúde e usuários, tem passado por abundantes transformações. Comprova-se que nas duas últimas décadas, a construção social da saúde baseava-se no fortalecimento do cuidado, da promoção à saúde, na ação intersetorial e na interdisciplinaridade. Isso tem gerado a necessidade de estender a óptica clínica. Ampliar e compartilhar a clínica no plano da saúde coletiva é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada. Todas essas práticas resultam nas construções dos projetos terapêuticos singulares.

2.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado com o usuário da saúde não o considerava como sujeito ativo de seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações, desde a criação do SUS, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico (PINTO ET AL., 2011).

BARROS (2009) propõe que os projetos terapêuticos devem superar o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas para responder às necessidades das pessoas, o que gera mudança de vida. Para o autor é recomendada a utilização da terminologia Projeto Terapêutico Singular.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007).

A princípio, a estratégia intitulou-se Projeto Terapêutico Individual. Entretanto o nome Projeto Terapêutico Singular, é considerado mais apropriado porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (BRASIL, 2007).

O PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO ET AL., 2011).

Nesse sentido, para Oliveira (2007) o PTS é definido como um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário, “é o encontro de desejos, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade” (OLIVEIRA, 2007).

Reforçando a mesma posição, MORORÓ (2010) define projeto terapêutico como o conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, que objetiva, além da melhoria de sintomas, a ampliação da rede social e o aumento de espaços de contratualidade para modificar o curso do adoecimento.

Considerando a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, o Projeto Terapêutico Singular é composto por quatro momentos: o diagnóstico; a definição de metas; a divisão de responsabilidades; e a reavaliação (BRASIL, 2007).

No diagnóstico, a equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operavam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e o meio social. Na fase da definição de metas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. Na divisão de responsabilidades, são definidas as tarefas de cada um com clareza. Essa estratégia serve para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. E, finalmente, a reavaliação que é o

momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados (Caderno da Atenção Básica: Diretrizes do NASF, 2009, pag. 30-31).

A fim de garantir a elaboração e operacionalização de um PTS, BOCCARDO et al. (2011) propõem a adoção de alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a ênfase no contexto da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com duração previamente acordada.

O trabalho em equipe deve ser baseado nas necessidades dos usuários, integralidade das ações e interdisciplinaridade e, para tanto, são propostas mudanças na forma de organização e relações de poder entre os membros da equipe e desta com os usuários (PEDUZZI, 2007).

Ainda de acordo com PEDUZZI (2007), convém lembrar que o conceito e a prática do ‘trabalho em equipe’ tiveram sua origem na racionalização da assistência médica e na necessidade de integração de diferentes práticas no desenvolvimento da assistência à saúde, a partir da nova concepção do processo saúde-doença definida pela Organização Mundial da Saúde, que passou a incorporar as dimensões socioculturais e coletivas envolvidas no processo saúde-doença, e não mais apenas a dimensão biológica e individual. Nesse contexto, o trabalho em equipe deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes.

Introduzir no sistema de saúde novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Também, pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais (PIROLO et al., 2011).

O desenvolvimento do princípio da integralidade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde traduz-se na implicação da equipe em compreender e formular estratégias de modo a atender às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade (BARROS, 2010).

BARROS (2009) sugere que as reuniões de equipe sejam a base de organização dos serviços e que devam contemplar espaços para discussões de casos e decisões conjuntas. Os profissionais envolvidos devem desenvolver maior clareza sobre os papéis que desempenham na equipe e junto aos usuários sob seus cuidados. Da mesma forma, os espaços de discussão entre usuários, família, equipe e a interlocução da equipe com outros serviços envolvidos no cuidado e as reavaliações sistemáticas são fundamentais no desenvolvimento de cada PTS.

As reuniões de equipe devem ser organizadas como espaços de reflexão, discussão, compartilhamento e divisão de tarefas e responsabilidades, promovendo horizontalização do conhecimento, para que todos na equipe sintam-se membros e responsáveis (LEÃO; BARROS, 2008; FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008; NUNES et al., 2008).

2.5 AS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Devidamente respaldado no âmbito do ensino, da prestação de serviço e do órgão fiscalizador do exercício profissional, compete ao Nutricionista, no exercício de suas atribuições na área de Saúde Coletiva, prestar assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas e em consultório de nutrição e dietética, através de ações, programas, pesquisas e eventos, direta ou indiretamente relacionados à alimentação e nutrição, visando à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde (Brasil, 2005).

A Nutrição no Brasil teria surgido no emanar dos anos 1930-1940, como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista cuja conjuntura histórica demarcou a implantação das bases para a consolidação de uma sociedade capitalista urbano-industrial no país. A figura do nutricionista nasce, portanto, no contexto social do modo de produção capitalista com funções voltadas para as determinações estatais (DEMETRIO et al, 2011).

Algumas políticas públicas no setor da nutrição no Brasil podem-se ser postos em destaque. De acordo com Arruda (2007), a criação do INAN, em 1972, teve grande importância, pois este tinha a finalidade de assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; elaborar, executar e avaliar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN); e funcionar como órgão central das atividades deste campo de conhecimento. O instituto também era responsável pela gestão do Programa de Nutrição em Saúde e do Programa de Combate às Carências Específicas. A extinção do INAN, em 1997, levou ao surgimento da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, atual Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Na PNAN, aprovada em 1999, o Ministério da Saúde atestou seu compromisso, reconhecendo a alimentação e a nutrição como requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde. A política também foi um marco para pesquisas no campo de nutrição científica,

responsáveis por influenciar a mudança da concepção da relação entre alimentação e saúde, fortalecendo o reconhecimento da necessidade de investimentos na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (SILVA et al., 2002; BAPTISTA et al., 2009).

Em articulação à PNAB e à PNAN, em 2006, foi elaborada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), visando à criação de mecanismos que reduzissem as situações de vulnerabilidade, defendendo a equidade e incorporando a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. A PNPS trouxe, como eixos estratégicos, a promoção da alimentação saudável com vistas à promoção de ações relativas à alimentação saudável, realização da intra e da intersetorialidade, implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional e reorientação dos serviços de saúde, com ênfase na AB (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de ampliar o escopo das ações de Atenção Básica, a partir de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se caracterizam pela constituição em equipes multiprofissionais, pertencentes à ESF, atuantes no âmbito da saúde e assistência social, sendo o nutricionista um dos profissionais que pode fazer parte delas (BRASIL, 2008).

O NASF funciona a partir da perspectiva de apoio matricial, ou seja, o conjunto de profissionais contribui com suas especificidades e experiências para complementar a equipe de referência – no caso, a equipe multiprofissional de saúde da família – e promover, em parceria, estratégias de intervenção e compartilhamento da responsabilidade pela clientela atendida. A perspectiva interdisciplinar favorece a criatividade dos profissionais envolvidos na construção dos dispositivos na atenção básica (BRASIL, 2009).

A atenção nutricional na Atenção Básica pode ocorrer para além das ações das equipes do NASF. A Portaria nº 2.029, de 24/08/2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, definindo ações para o cuidado domiciliar na Atenção Básica, ambulatorial e hospitalar. As ações do nutricionista na Atenção Domiciliar são desenvolvidas no âmbito das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) em conjunto com outras áreas do saber, e devem tanto potencializar as ações de nutrição dirigidas aos usuários em internação domiciliar, quanto expandir e divulgar os programas e protocolos relacionados à área, para outros profissionais e usuários do Sistema (BRASIL, 2009).

Outro marco importante, já em 2009, foi a publicação da “Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde”, publicada no ano seguinte à criação dos NASF. Veio com o objetivo de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional, para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas no âmbito da

AB, visando ao aperfeiçoamento da ação governamental, em especial no que tange às três políticas: PNAN, PNAB e PNPS (BRASIL, 2009).

Em 2011, a PNAN foi reeditada com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira, consolidando-se como referência aos novos desafios a serem enfrentados na área, dentro do SUS (BRASIL, 2012).

Na atualidade, várias ações, na área de alimentação e nutrição vêm sendo implementadas pelo governo brasileiro. Jaime et al. (2011) destacam as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, com o uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; de Promoção da Saúde e da Alimentação Saudável, com a implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira, da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável e do Programa Saúde na Escola; e de controle e prevenção da obesidade, doenças crônicas e deficiências de micronutrientes, com foco na anemia ferropriva e hipovitaminose A.

A Nutrição em Saúde Pública enfoca os aspectos da alimentação e nutrição relacionados ao bem-estar de saúde das populações. O interesse no estudo da nutrição humana por parte dos profissionais de saúde pauta-se na influência que os fatores nutricionais, seja por deficiência ou por excesso, exercem no perfil de morbi-mortalidade das nações. A complexidade dessas relações constitui ainda um grande desafio que exige maior entendimento das suas bases epidemiológicas, e abordagem integrada de aspectos biológicos, ambientais, comportamentais e políticos. Outros aspectos destacados são a importância da alimentação e nutrição como área prioritária para as políticas saudáveis e o caráter intrinsecamente integral e de cidadania da segurança alimentar e nutricional, revelando a necessidade da avaliação qualitativa e quantitativa das políticas e programas de alimentação e nutrição. Sem dúvida, o tratamento dado ao papel do nutricionista e das ações de alimentação e nutrição na atenção à saúde é destacável (PEDRAZA, 2013).

2.6 A NUTRIÇÃO E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Nos dias atuais, a nutrição constitui-se em uma ciência multidisciplinar, caracterizada pela reunião das dimensões biológica, social e ambiental. Trabalhadores e profissionais da saúde pública vêm repensando estratégias de ação e produção do cuidado que contribuam para melhorar a qualidade dos serviços. Por esse motivo, buscam a concretização

de metas como: a humanização da saúde e o atendimento integral, uma vez que tais realizações culminariam no êxito do Projeto Terapêutico Singular (VASCONCELOS, 2010).

Para que os propósitos do PTS sejam atingidos, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe propicia a integração das ações dos profissionais e é essencial para o novo modelo de atenção proposto, porém, os autores evidenciam a dificuldade deste tipo de organização, uma vez que algumas equipes ainda estão centradas no modelo biomédico e apresentam dificuldade de comunicar-se e compartilhar os saberes (ADUHAB et al., 2005).

Dentre as principais vantagens da atuação multiprofissional estão: um maior número de indivíduos atendidos; melhor adesão ao tratamento; cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes, favorecendo ações de pesquisa em serviço, entre outros (PINTO, 2011).

Para a execução do trabalho e construção do projeto terapêutico, os profissionais utilizam vários referenciais teóricos, sem a predominância de nenhum deles. Percebe-se que ocorre a combinação entre referenciais a partir de dois eixos principais: o da formação técnica específica dos profissionais e o das diretrizes do SUS. É necessário também, que os profissionais estabeleçam uma relação de confiança com o usuário, reconheçam as suas necessidades, e, periodicamente, avaliem se o projeto terapêutico é dinâmico, flexível e aberto às modificações. Para isso, é importante, perceber seus propósitos, distinguir as dificuldades de cada interação e intervenção, avaliar o seu desempenho, refletir e analisar se as ações estão ajudando o usuário a atingir uma melhor qualidade de vida. Mais do que a superação da crise, o pilar de construção de um projeto terapêutico deve ser a vida (MÂNGIA et al., 2006).

O PTS incorpora a noção interdisciplinar recolhendo a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões, incluindo o nutricionista. Assim, após uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência acompanhará as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção

de outros profissionais ou serviços de apoio, caso necessário, e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (SILVA et al., 2013).

Como profissional da área da saúde e reintegrando as práticas alimentares ao conjunto de experiências, saberes e intervenções voltadas ao atendimento das necessidades sociais dos indivíduos e grupos sociais, o nutricionista pode avançar na construção de uma proposta de atuação capaz de contribuir para a redução das iniquidades em saúde e a garantia da qualidade de vida. A escolha de novas ferramentas metodológicas deve penetrar na formação e no exercício profissional, tendo por intuito romper a fragmentação tecnicista tradicional e promover a integralidade, a intersetorialidade, a equidade e a participação social (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Demétrio et al. (2011) constata que a dimensão humana, vivencial e psicossociocultural da doença, bem como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não verbal precisam ser considerados no processo relacional entre o profissional da saúde e os usuários. O estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade entre nutricionista e paciente deve permear as práticas de atenção à nutrição e à saúde no intuito de ampliar a sua humanização e o vínculo terapêutico.

A concepção da clínica nutricional ampliada é uma temática nova para o campo da nutrição, sobretudo da nutrição clínica. Diante do processo de reformulações nos cenários de práticas em saúde no âmbito do SUS, esse tema instiga substancial interesse na produção científica, na formação e na prática clínica do nutricionista com a aplicação de competências comunicacionais e a ampliação do olhar técnico-nutricional perante o processo saúde-doença-cuidado, que podem contribuir para a reconfiguração da relação nutricionista-paciente a fim de ampliar sua humanização (DEMÉTRIO et al., 2011).

2.7 O CUIDADO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

No cenário mundial, pode-se afirmar que a emergência da Nutrição, como campo específico de saber científico, é um fenômeno relativamente recente, característico do início do século XX. Segundo evidências históricas, foi no entremeio da revolução industrial europeia, com a Primeira Guerra Mundial no século XX, que se começou a pensar na constituição desse campo científico. No período entre as duas Guerras Mundiais, tanto em países europeus (Inglaterra, França entre outros) como em norte-americanos (Estados Unidos e Canadá) e, posteriormente, latino americanos (Argentina e Brasil), foram fundados os primeiros centros de estudos e pesquisas, cursos para formação de profissionais especialistas e

agências condutoras de medidas de intervenção nutricional. Nos países latino-americanos, a nutrição se estrutura sob a forte influência do médico argentino Pedro Escudero, criador do Instituto Nacional de Nutrição da Escola Nacional de Dietistas da Universidade de Buenos Aires, em 1926, que oferecia o curso de Dietologia, para médicos. É neste período que também cria as leis que regem a nutrição: leis da qualidade, quantidade, harmonia e adequação (VASCONCELOS, 2002).

O Conselho Federal de Nutricionistas — CFN — afirma que a transição nutricional no Brasil é marcada pela dupla carga de doenças, com a convivência de doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição e carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação, tais como Obesidade, Hipertensão, Doenças Cardiovasculares, Diabetes e alguns tipos de Câncer, em todas as faixas de renda da população, em particular, entre as famílias de menor poder socioeconômico (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2010).

A Nutrição é a ciência que estuda os alimentos, seus nutrientes, sua ação, interação e balanço em relação à saúde e doença, além dos processos pelos quais o organismo ingere, digere, absorve, transporta, utiliza e excreta os nutrientes (FISBERG et al, 2005, p. 65).

A Dietoterapia ou Terapia Clínica Nutricional (TCN) compreende uma série de cuidados nutricionais que devem ser observados durante o tratamento de doenças específicas. Além de desempenhar um papel principal no crescimento, desenvolvimento, saúde e condicionamento físico, prevenindo e retardando o aparecimento de doenças relacionadas à dieta, a Nutrição pode ser uma ferramenta poderosa para o tratamento de várias enfermidades.

De acordo com Ministério da Saúde - MS (2014), nas últimas décadas, o Brasil passou por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que evidenciaram transformações no modo de vida da população. A ampliação de políticas sociais na área de saúde, educação, trabalho e emprego e assistência social contribuiu para a redução das desigualdades sociais e permitiu que o país crescesse de forma inclusiva. Também se observou rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, apresentando como consequência maior expectativa de vida e redução do número de filhos por mulher, além de mudanças importantes no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira. As principais doenças que atualmente acometem os brasileiros deixaram de ser agudas e passaram a ser crônicas. Apesar da intensa redução da desnutrição em crianças, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da população.

Passos (2006) afirma que a hipertensão é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A simplicidade de seu diagnóstico facilita a realização de estudos de prevalência populacionais. Desde a década de 70, estudos realizados em áreas diferentes do Brasil, empregando processos amostrais e critérios diagnósticos diversos, apresentaram frequências de hipertensão em adultos variando de 11,6% a 44,4% (SCHMIDT et al., 2009).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a alta prevalência e as consequências sociais e econômicas da hipertensão arterial sistêmica a caracterizam como um problema de saúde pública no Brasil (LONGO, et al., 2009).

A prevalência do diabetes também vem crescendo mundialmente e configura-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. O sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. As hospitalizações atribuíveis ao diabetes mellitus representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde (ROSA & SCHMIDT, 2008).

Uma estratégia mundial de alimentação saudável, atividade física e saúde será um marco na prevenção e controle integrados das doenças não transmissíveis. Deve-se incluir também o apoio aos modos de vidas saudáveis, a facilidade de segmentos mais sadios e fornecimento de informações e serviços de saúde pública, assim como a participação destacada dos profissionais de saúde e de outros campos pertinentes, junto com todas as partes interessadas e os setores comprometidos a reduzir os riscos dessas doenças e melhorar os modos de vida e da saúde das pessoas e das comunidades. Nesse contexto, os governos desempenham um papel fundamental para criar, em cooperação com outras partes interessadas, um segmento que potencialize e impulse mudanças no comportamento das pessoas, das famílias e das comunidades para que estas adotem decisões positivas em relação à alimentação saudável e à realização de atividades físicas que lhes permitam melhorar suas vidas (WHO apud CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), para o enfrentamento desse cenário, é emergente a necessidade da ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Nesse contexto, o setor saúde tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável, compromisso expresso na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde. A promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) deve

fundamentar-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Este trabalho faz-se a partir do relato de experiência vivenciada pela autora enquanto acadêmica de Nutrição. As atividades foram realizadas durante os meses de agosto de 2014 a janeiro de 2015, sob a supervisão do orientador da pesquisa, ex-coordenador do projeto de Práticas de Extensão na Saúde Coletiva (PESC)¹ e docente do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na UBISF, no bairro São José no município de João Pessoa/PB.

O interesse para a construção do mesmo se deu com o intuito de retomar as experiências vivenciadas no PESC nos anos de 2012 e 2013, visando à importância de um aprofundamento teórico/prático no que era abordado com prioridade no mesmo, sendo este, a construção de PTSs. O PESC possibilitou atividades que promoveram educação em saúde entre docentes, discentes, profissionais de saúde, usuários e familiares. Também proporcionou um saber fazer consciente, crítico, transformador e humanizador.

O desenho da pesquisa seguiu o de um estudo de caso enfocando um paciente crônico e sua família, e foi composto de elementos descritivos e analíticos sintonizados com os objetivos do Projeto Terapêutico Singular (PTS), dispositivo utilizado na atenção básica à saúde com o fim de impingir eficácia ao cuidado. Para a construção do PTS foram realizadas Visitas Domiciliares (VD). Como a pesquisa foca em um caso específico, foram realizadas visitas em algumas residências com a finalidade de escolher para o estudo, um caso. Os registros destas vivências foram feitos através da transcrição das mesmas.

¹ O PESC é uma modalidade de Extensão da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que se articula de forma indissociável com o ensino e a pesquisa e destina-se à complementação da formação teórico-prática e cidadã de estudantes de graduação das áreas de saúde, introduzindo-os o mais precocemente possível nas suas áreas de trabalho. O projeto tem como meta introduzir graduandos na construção conjunta de processos de qualificação da Atenção Básica nos territórios de abrangência da UBISF.

A metodologia foi estabelecida com base nos objetivos do Projeto Terapêutico Singular que é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, desenvolvido em espaços de atenção à saúde como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando os aspectos além do diagnóstico e da medicação no tratamento dos usuários. O PTS firmou-se em quatro pilares cruciais para o seu desenvolvimento: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação. Sendo os três primeiros, o foco do trabalho.

Também se buscou somar ao PTS as observações de MINAYO (2009) que define que a pesquisa qualitativa responde questões particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e fenômenos que não podem ser quantificados. Ou seja, cada experiência vivida é particular, sendo instigante buscar uma possível homogeneidade/heterogeneidade dos fatos análogos vividos.

Foram desenvolvidas no *diagnóstico* a caracterização e problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Este momento foi considerado importante, pois, possibilitou uma leitura mais singular da situação do sujeito, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco. Nessa etapa procurou-se compreender como o sujeito singular se comportava diante da vida e da situação de adoecimento.

A fase seguinte foi a *definição das metas*, nela buscou-se atuar sobre os problemas. A equipe trabalhou propostas de curto, médio e longo prazo que seriam negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. A negociação foi intermediada pelo profissional de referência, que foi a gestora e nutricionista da UBISF, pelos profissionais da área quatro e também pelo ACS, que é o membro da equipe que apresenta uma proximidade maior e melhor vínculo com o paciente.

Após definirmos as metas, partimos para a *divisão de responsabilidades*, etapa na qual foram definidas as tarefas de cada membro da equipe. Por ser uma estratégia que favorece a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações, escolheu-se um profissional de referência, o qual se manteve informado do andamento de todas as ações planejadas no projeto terapêutico. Esse profissional acionou a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos casos necessários e também articulou grupos menores de

profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do projeto terapêutico.

O PTS ainda possui a fase de *reavaliação*, onde é o momento em que se discute a evolução e se faz correções dos rumos tomados. Porém, pelo limite temporal deste trabalho, focou-se apenas nas três primeiras etapas do PTS.

O processo de escolha do caso clínico aconteceu da seguinte maneira: A proposta de construção do PTS foi apresentada na UBISF, primeiramente aos gestores e posteriormente a algumas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's). Após entrar em consenso, foi escolhida uma ACS responsável pela equipe quatro. A mesma estabeleceu alguns casos que mereciam mais atenção na sua área de abrangência, sendo estes então, os pacientes propostos para as visitas domiciliares para a escolha do caso a ser acompanhado.

Após a escolha do caso, realizaram-se as primeiras visitas, a partir das quais foi elaborado um plano de cuidados para o paciente contendo as condutas propostas, os serviços que precisavam ser acionados, a periodicidade das visitas, o papel de cada membro da equipe e o profissional de referência. Houve diálogos com os profissionais de saúde da equipe quatro, tais como o médico, enfermeira e dentista, para se associarem ao PTS em construção. Eles trouxeram informações e relatos de experiências vivenciados anteriormente baseados no acompanhamento até então.

As visitas domiciliares aconteceram quinzenalmente no horário da manhã. Foi feita uma anamnese nutricional, para que se tivessem os subsídios iniciais necessários à intervenção (PTS). A anamnese permitiu que os profissionais reconhecessem as singularidades do caso e das pessoas envolvidas; e que se fosse além dos limites das classificações diagnósticas. Indo além da história clínica se pode trazer para perto os sintomas, queixas e demais elementos da vida dos sujeitos, permitindo que houvesse um aumento da consciência sobre as queixas e suas relações com a sua vida dos envolvidos.

A partir da análise dessas informações, elencou-se os problemas e se buscou na literatura dados das patologias, medicações, tratamentos atuais e outras dúvidas demandadas pelo usuário e sua família. Também foram elaboradas, junto à equipe de saúde e ao usuário, as metas a serem alcançadas, bem como o plano de cuidados. O PTS foi apresentado ao usuário e família, para que fosse validado a partir de suas análises e se fizessem as considerações que julgassem pertinentes, pois, sabe-se que para efetivação do tratamento é primordial que o usuário e a família participem do processo.

As reuniões do PTS aconteceram quinzenalmente, entre as visitas. No encontro estavam presentes a ACS e os membros da equipe quatro. Também foi realizada reunião com

toda a UBISF, ocasião em que o caso foi apresentado para todas as equipes, mostrando que o PTS é um dispositivo que pode ser aplicado pelos outros profissionais também. Vale dizer que um dos aspectos mais importantes em relação à reunião da equipe foi o vínculo dos membros com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trouxe para a reunião diferentes aspectos e recebeu tarefas divergentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo.

É importante dizer que por se tratar de um relato de experiência, sem a identificação das pessoas envolvidas, não houve a necessidade de seu encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa, previsto na Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

3.2 LOCAL DE ATUAÇÃO DO PROJETO

A Unidade Básica Integrada de Saúde da Família (UBISF) São José localiza-se na Rua Vigolovino Florentino da Costa, s/n, Bairro Manaíra, João Pessoa – PB.

A UBISF São José é integrante do Distrito Sanitário V e composta por quatro ESF. A Unidade funciona, também, como campo de estágio das disciplinas Prática em Saúde Coletiva e Estágio Supervisionado III (Saúde Coletiva), do Curso de Graduação em Nutrição, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Nela também funcionam projetos de extensão, dentre eles o projeto PESC-UFPB, através do qual foi possível o primeiro contato vivenciado com o objeto de trabalho.

Quanto à estrutura física é composta por: Recepção; Sala de Nebulização/Nutrição; Sala de Marcação de exames; Sala de Reunião; Sala de Imunização; Sala de Coleta; Sala de Observação; Sala de Citológico; Sala de Apoio. Quatro Consultórios Odontológicos, quatro consultórios de Enfermagem e quatro consultórios Médicos; Farmácia; Almoarifado; Espaço de Acolhimento e realização outras atividades; Quatro banheiros; Copa; Higienização; Expurgo; Depósito de material de limpeza e Centro de material e esterilização.

Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS's, uma equipe de saúde bucal com um dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Integra também à UBS um apoiador técnico, um apoiador administrativo, dois recepcionistas, três marcadores, três auxiliares administrativos, um agente administrativo, três auxiliares de limpeza, dois seguranças, duas técnicas de enfermagem; e mais uma enfermeira,

um médico, uma psicóloga e, atualmente, uma nutricionista. Ao todo, a Unidade é composta por 66 profissionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PROCESSO DE TERRITORIZAÇÃO

Na manhã do dia 20 de agosto de 2014 deu-se início às visitas domiciliares. Acompanhada pela ACS da equipe quatro seguimos para as residências dos pacientes selecionadas na sua área de abrangência por necessitarem de maiores cuidados. Cinco casas foram escolhidas para as visitas. No primeiro contato planejei conhecer, ainda que de forma superficial, os pacientes e suas famílias, a ambiência, as patologias apresentadas, assim como também as suas formas de tratamento, um pouco de suas histórias de vida e também suas rotinas e hábitos.

As visitas ocorreram em torno de pacientes idosos, com exceção de uma criança.

A primeira visita realizada foi a de um paciente idoso de 63 anos de idade que reside com o irmão, cunhada e dois filhos do casal. A cunhada é responsável pelos cuidados que o paciente necessita. Ele apresenta diagnóstico de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC) com confusão mental e dificuldades de locomoção. É acamado. Faz uso de medicamentos para o controle das patologias. Era alcoolista antes de ser acometido pelas enfermidades. Para ser atendido por um profissional, preferencialmente, devido às dificuldades apresentadas pela locomoção, deve ser em sua residência. A rotina familiar consiste, logo cedo, na saída do irmão para trabalho, dos dois sobrinhos (filhos do casal cuidador) para a escola e no início dos afazeres da cunhada dividida entre os trabalhos domésticos e o cuidado do paciente.

A segunda residência visitada foi a de uma senhora de 73 anos de idade que mora com o filho, nora e a neta. Ela apresentava diagnóstico de hipertensão, diabetes tipo 1 e sequelas de um AVC isquêmico que lhe paralisara um lado do corpo. Também ficara com problemas para se comunicar e não reconhecia a família. Fazia uso de medicamentos e insulina para o controle de suas patologias. Há pouco menos de um mês havia sido internada por conta de um novo AVC, este hemorrágico, que piorou bastante seu diagnóstico e prognóstico. Depois de voltar à sua residência, no pós- internação apresentou formação de escaras, para as quais estava em busca de tratamento. A neta era responsável pelos cuidados da avó e junto com a mãe (nora da paciente) dividia as responsabilidades da casa.

A terceira visita foi à residência de um casal idoso. O paciente apresenta 69 anos de idade, e sua parceira, 78. Os dois moram sozinhos e cuidam um do outro, o que gera preocupações devido a suas idades. Não possuem filhos atualmente. Tinham um único que faleceu. Não mantem contato com o restante da família e alegam que o motivo é apresentarem classe social inferior, o que faz os outros evitarem aproximação. O paciente apresenta dificuldades na locomoção desde um acidente no trabalho que sofreu há vinte anos. Era alcoolista até há cinco anos. Sofre de asma. Sua companheira apresenta diagnóstico de hipertensão. Não toma medicamentos com frequência, apenas quando sente sinais que sua pressão está elevada (sic). Alega sentir-se pior com a ingestão frequente de medicações, mesmo sendo explicada a necessidade de toma-los para a manutenção da estabilidade de sua saúde. É fumante desde a adolescência. Possuem dois gatos de estimação e apresentam falta de higiene no cuidado da residência.

A quarta residência visitada foi a de um idoso de 83 anos de idade que habita sozinho em seu lar, apenas com a companhia de um gato de estimação. Tem histórico de câncer de próstata. Superou a doença há três anos, mas atualmente está para fazer novos exames, pois fez um recentemente e apresentou próstata crescida (sic). Apresenta diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes tipo 2, com uso de medicamentos para o controle dessas doenças. Tem sinusite (sic) e relata ficar gripado com frequência. Era chefe de cozinha de um hotel muito conhecido em João Pessoa e afirma ter conhecido muitos lugares do Nordeste. Relatou que tinha condições financeiras boas, mas usufruiu todos os seus bens com atividades fúteis. Há dez anos, depois que começou a apresentar problemas de saúde suspendeu o álcool. Depois do diagnóstico de câncer se apegou à religião. Afirma que tem um amigo com quem pode contar para resolver os problemas fora de sua residência, esse amigo é seu “irmão de igreja”. É bastante consciente quanto à alimentação e evita muito alimentos que sabe que não seriam recomendados devido as suas patologias. A ACS afirma que o mesmo apresenta sintomas de depressão por ficar muito só.

Por fim, a última visita foi na casa de uma criança de sete anos de idade, que reside com a mãe, o irmão mais novo, a avó, o tio e a prima. Apresentou paralisia cerebral devido à demora em ser realizado o seu parto, afetando assim sua coordenação motora. Apresenta pouca capacidade de se comunicar através da fala. Todos na residência ajudam nos cuidados com o menino. A mãe relata que ele fazia fisioterapia na FUNAD. Fez por um tempo de cinco anos e parou. A UBSIF está ciente e pretende providenciar fisioterapia para o mesmo. A mãe afirma que sente dificuldade de conseguir os direitos, para o filho, pelo SUS. O mesmo fazia uso de um leite específico que é de custo elevado e sua família não tem condições de compra-

lo. Agora está fazendo uso de leite integral pasteurizado, mas não apresentou nenhum desconforto quanto a isso. Também fazia uso de suplemento para ganho de peso, pois o mesmo encontrava-se abaixo do peso. Não foi realizado há algum tempo a avaliação do seu peso, mas a avó relata que visualmente ele ganhou alguns quilos (sic). A mãe relata que a alimentação dele é normal. Aparentemente possuem uma condição de vida melhor do que os outros pacientes visitados.

No dia seguinte, realizamos outra visita nas mesmas residências, porém desta vez, além da ACS, também foram ao encontro, o médico (responsável pela área quatro), três graduandos em medicina e a nutricionista da UBISF. Estas visitas do médico e/ou com a equipe de saúde ocorrem pelo menos uma vez por mês. Nesta visita fomos surpreendidos pelo falecimento de uma das senhoras que havíamos visitado (paciente da segunda visita). A mesma faleceu na cama. A família relatou que havia deixado a senhora pronta para receber a visita do médico, o que infelizmente, não chegou a acontecer.

Com o falecimento dessa senhora, as escolhas se restringiram em quatro casos. O dela, provavelmente era o mais urgente, mas infelizmente não houve possibilidades de fazer um processo de intervenção a tempo, uma vez que para que isso acontecesse deveriam ser tomadas ações a curto, médio e longo prazo.

Todos os casos merecem atenção e cuidado. E como o foco seria em um único, com o objetivo de aprofunda-lo, a intuição e a sensibilidade guiaram-nos para um caso que ao nosso ver precisaria com mais urgência de cuidados e intervenções. A escolha foi para o primeiro paciente visitado.

4.2 CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

4.2.1 DIAGNOSTICO

O paciente J.A.G. apresenta-se dependente do irmão e da cunhada para realizar quaisquer ações, seja caminhar, se alimentar e se higienizar. Não apresenta condições mentais para tomar atitudes e ações cotidianas. Desde que se tornou acamado, há dois anos, encontra-se nessas condições. Porém, aparentemente é bem cuidado e tratado. Os padrões de qualidade de vida se mantem estáveis com o que recebem financeiramente. O irmão trabalha como pedreiro e a cunhada cuida dos trabalhos de casa, inclusive, cuidando do paciente. J.A.G, assim como o irmão, trabalhava como pedreiro. Atualmente não é aposentado, mas recebe

um amparo social equivalente a um salário mínimo há seis meses, após muita luta junto ao INSS.

Seu histórico patológico pode ser caracterizado por um conjunto de acontecimentos ao longo dos anos de sua vida. O álcool foi grande determinante do quadro patológico e das condições de vida em que se encontra hoje. Segundo seus responsáveis, o álcool foi introduzido em seu cotidiano desde a adolescência, aumentando gradativamente com o passar dos anos. Aos vinte e poucos anos se casou e teve nove filhos. Os desentendimentos com a esposa eram frequentes devido ao comportamento gerado pelo uso abusivo do álcool. Tais comportamentos geraram a separação do casal com o abandono dos filhos pela mãe. Segundo seus responsáveis, ele também fazia uso de algumas outras substâncias, que quando presente em seu organismo desencadeava comportamentos agressivos e impulsivos.

Após a separação a ex-mulher de J.A.G foi reconstruir sua vida no Rio de Janeiro e, após estabilizada, levou os filhos, a maioria deles, para morar com ela, onde encontram-se até hoje; com exceção de um que faleceu em um acidente de carro e outro que reside em João Pessoa. O filho que reside na capital, assim como o pai, apresenta problemas relacionados com o consumo do álcool e problemas de saúde. Nenhum deles mantém relação afetiva com o pai e nem o ajudam financeiramente.

Abandonado pela família começou a residir com o irmão e a cunhada. O rumo de sua vida mudou então aos 39 anos de idade. Dez anos após o acontecido, ele abandonou o emprego e passou a viver somente para o vício. Há aproximadamente dois anos, com o descontrole no consumo alcoólico apresentou hiperglicemia e hipertensão arterial fora do controle. Neste período teve um AVC, provavelmente desencadeado pelo estilo de vida que levava. Mantinha-se resistente aos tratamentos, não fazendo uso dos medicamentos, escondendo-os em baixo da cama e inúmeras vezes deixando de se alimentar. Ficou internado no hospital um período e depois retornou a residência. Apresentou sequelas como comprometimento da coordenação motora, confusões mentais e alterações de consciência. Provavelmente pela abstinência do álcool, passou a sofrer alucinações.

Esse quadro alucinógeno resultou em um episódio marcante em sua vida, em uma madrugada, como “*tentativa de fuga*” de uma suposta ilusão de perseguição, já sofria desses delírios (sic), mesmo com dificuldades na locomoção conseguiu deslocar-se pela casa e subir num muro interno que separava sua residência de outra vizinha, escalando através de uma grade ali existente, momento em que sofreu um acidente caindo no quintal do vizinho. Os familiares só o encontraram na manhã seguinte machucado e ensanguentado. Afirmam ter

percebido um barulho estranho, mas não se levantaram para conferir o que era, pois alegaram a possibilidade de ser algo acontecendo na vizinhança do bairro.

Ao encontra-lo pela manhã, levaram-no para o hospital. Depois de alguns dias J.A.G retornou a sua residência e voltou aos cuidados do irmão e da cunhada. Após a queda passou a apresentar mais limitações físicas que o levaram a ficar definitivamente acamado. Desde então está sob os cuidados, mais ostensivos, da cunhada e do irmão.

A cunhada dedica-se ao bem estar do paciente, fazendo seu asseio diariamente, incluindo a troca de fraldas, o preparo da alimentação e a manutenção do seu amparo. Em uma das visitas, em meio a suas falas afirmou que *“Não teria coragem de abandona-lo em casa de idosos por que sei que iriam maltrata-lo, por isso faço tudo por ele”*. Afirmou também que tem dias que ele está descontrolado *“Semana passada ele arrancou os fios de telefone da parede e quebrou o chuveiro que a água foi parar na sala”*.

O quarto em que o paciente encontra-se possuiu uma cama, uma cadeira de rodas encostada no canto da parede, um chuveiro e vaso sanitário, não havendo parede separando-os. Aparentemente o ambiente em que se encontra mantém-se higienizado, com exceção de uma visita domiciliar em que percebi que o local encontrava-se com odor fétido de urina.

Há alguns meses perdeu a mãe num acidente doméstico com uma jarra de vidro. A cunhada afirma que quando a sogra era viva, ela realizava os cuidados dos dois. Assim como o filho, a mãe apresentava problemas de saúde.

Para o controle das patologias utiliza medicamentos. Para a hipertensão faz uso do medicamento Captopril com dosagem de 25mg duas vezes ao dia. Faz ainda uso de Metformina para o controle do diabetes com dosagem de 850 mg uma vez ao dia. Quando esta apresentando comportamento agitado faz uso do medicamento Bromazepam para o controle da ansiedade.

Quanto à alimentação, o paciente não possui problemas de aversão alimentar. Por não possuir dentes, alimenta-se preferencialmente de comida pastosa. Às vezes apresenta diarreias, principalmente quando da ingestão de papa de aveia. Na maioria das vezes conta com a ajuda da cunhada para poder se alimentar corretamente. Desde que se tornou acamado não foi avaliado o seu peso.

Nas visitas realizadas o paciente quase sempre se apresentou confuso quanto às respostas a serem dadas as perguntas a ele formuladas, muitas vezes referindo-se a fatos que acabaram de acontecer, mas ele não se recordava com clareza. Os relatos nas visitas aconteciam na maioria das vezes pela cunhada e algumas vezes juntamente com o irmão.

Fez o cadastramento no HiperDia¹ no ano de 2009. Na ficha de cadastro tive acesso a algumas informações a respeito das avaliações feitas naquele período como utilização de medicamentos, avaliação física (peso e altura) e sobre os valores referentes à pressão arterial (PA) e ao diabetes.

Um ponto importante que merece atenção também é o acompanhamento e as orientações para os outros membros da família do paciente acompanhado, uma vez que o PTS abrange o cuidado para toda a família. E também para que o paciente seja cuidado de forma eficaz, os seus responsáveis devem apresentar-se com saúde e disposição.

Caminhando nesse processo busquei o conhecimento sobre a vida do paciente e da sua família, buscando uma problematização com consecutivas propostas de medidas de intervenções, realçando os aspectos sociais, psicológicos e o contexto em que o usuário está inserido, destacando os pontos mais vulneráveis como foco de atuação.

4.2.2 DEFINIÇÃO DE METAS

Após a realização de algumas visitas e o conhecimento da história de vida do paciente foram realizadas reuniões com a equipe quatro da UBISF. A ACS é o elo principal entre o paciente e a UBS, pois apresenta um vínculo maior através do acompanhamento contínuo ao longo dos anos de seu trabalho. Nas reuniões realizadas o diagnóstico do paciente foi discutido com a equipe de saúde, que demonstrou conhecer o “caso” e saber alguns aspectos sobre a vida do mesmo, posto que em alguns momentos de suas vidas o atenderam e o acompanharam. Desta forma, buscou-se atuar sobre os problemas apresentados pelo paciente (um sujeito singular para o PTS). A partir dessas reuniões com a equipe estabeleceram-se propostas de curto, médio e longo prazo para serem posteriormente negociadas pelo paciente e as pessoas envolvidas.

Fruto dessas reuniões definiu-se que todos os profissionais iriam refazer visitas ao paciente para atualização do seu quadro patológico e social, ficando a ACS de marcar e intermediar as visitas junto à profissional de referência. Também ficou acertado uma atualização dos exames bioquímicos do paciente e a definição da necessidade de consultas especializadas com a neurologia e a endocrinologia, assim com outros serviços que poderiam ser colocados a sua disposição.

¹Segundo ao MS (2008) o sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento dessas doenças.

A negociação foi intermediada pelo profissional de referência, que é a gestora e nutricionista da UBISF, que tomou a frente no encaminhamento das decisões tomadas para o acompanhamento do paciente e para a solicitação de serviços e profissionais de saúde fora da UBS, através do Distrito ou do NASF, quando necessário.

Assim, as negociações e propostas de intervenções foram estabelecidas ao paciente acompanhado, dando ênfase à segunda fase do Projeto Terapêutico Singular, para posterior divisão de tarefas.

4.2.3 DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES E TAREFAS

Dando continuidade à definição de metas, partimos para a divisão de responsabilidades, etapa na qual foram definidas as tarefas de cada um individualmente e em equipe. Nesta etapa destacamos as necessidades do paciente e então chegamos à conclusão de que ele precisava do acompanhamento do médico, enfermeira (o), técnico de enfermagem, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo ou psiquiatra e o agente comunitário de saúde.

De acordo com as metas estabelecidas, foram programadas as visitas domiciliares com os profissionais de saúde, primeiramente com os presentes na UBISF, que são o médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo (atuante na gestão da UBISF) e agente comunitário, e posteriormente, feito à solicitação de profissionais do NASF, para o acompanhamento do fisioterapeuta. Também houve o encaminhamento pelo médico para especialidades médicas e exames laboratoriais para uma atualização dos dados diagnósticos.

Foram realizadas visitas domiciliares com o médico, acompanhado de estudantes de sua área, assim como também da dentista e estudantes de odontologia e a nutricionista, que atua na gestão da UBISF (profissional de referência).

Na visita do médico colheram-se informações do estado em que o paciente se encontra, juntamente com diálogos com a família e retiradas de dúvidas. Houve aferição da PA e da glicemia, que se mantinham dentro da normalidade. O médico, na UBISF realizou a solicitação de exames laboratoriais para a verificação do estado de saúde do paciente, visto que há algum tempo não se realiza esse procedimento. Realizou-se a solicitação de exames de sangue e exames de fezes e urina. Também foi realizado o encaminhamento para o Neurologista e Psiquiatra, destacando a importância do acompanhamento devido às consequências do AVC sofrido.

Houve a necessidade da coleta do exame na residência do paciente, pois o mesmo não apresenta condições de se deslocar para ir a UBISF. A ACS solicitou técnicos de enfermagem

para realizar o procedimento. Para que o paciente possa realizar a consulta com o Neurologista e Psiquiatra, a profissional de referência se responsabilizou em solicitar um meio de transporte pelo Distrito para acompanhá-lo, pois devido às condições encontradas por ele, não seria possível completar o planejado sem um suporte. A solicitação foi encaminhada.

A visita com a dentista foi realizada para identificar o estado bucal do paciente. Foi realizada uma higienização com antisséptico bucal. Foi dado um kit (pasta dental, escova dental e antisséptico bucal) para a realização da higienização duas vezes ao dia e foi orientado passo a passo de como deve ser realizado o procedimento, à cunhada do paciente. Na avaliação feita a dentista percebeu a presença de um único dente, sendo este um molar, localizado no final da arcada. Foi questionada a possibilidade de extração devido a possível ocorrência de ferimento e posterior inflamação e mesmo desequilíbrio das arcadas. A profissional explicou à família do paciente a importância de se manter uma boa higienização bucal e do quanto se evita o aparecimento de outras doenças devido à quantidade de bactérias que se proliferam nessa região. A hipótese sobre a implantação de prótese dentária também foi levada em questão.

Posteriormente, houve a visita da nutricionista e profissional de referência escolhida para o PTS. A mesma conversou com o paciente e com a família a respeito da alimentação do paciente e dos hábitos alimentares familiares, assim como costumes e horários das refeições. Realizou algumas orientações a respeito de alimentos que seriam bons para o consumo e outros que seriam interessantes evitarem. A continuidade do acompanhamento nutricional foi feito pela autora da pesquisa.

Foi realizada uma avaliação nutricional no paciente com o intuito de verificar seu estado nutricional para o acompanhamento a ser feito posteriormente e para um melhor diagnóstico. Como métodos de avaliação, foi realizado a aferição do peso (49kg), com uma balança digital disponibilizada pela pesquisadora, altura do joelho (45cm), para uma estimativa e comparação dos dados colhidos na ficha do HiperDia, que registrava a altura de 1,51 m, Dobra Cutânea Tricipital (7cm) com a utilização de um Adipômetro do tipo Cescorf clínico, circunferência do braço (24cm) e circunferência da panturrilha (29 cm), com utilização de uma fita métrica. Vale salientar que o paciente consegue ficar e se manter em pé com ajuda de terceiros.

De acordo com as avaliações o paciente encontra-se com IMC de 21,49 kg/m² (peso do cadastro do HiperDia utilizado) classificando-se como baixo peso (Eutrofia < 22). A prega cutânea tricipital (PCT) é uma forma indireta de mensuração da adiposidade corporal, de fácil localização e que apresenta forte correlação com o percentual total de gordura corporal.

A adequação da PCT(%) do paciente foi de 63,63 % classificando-se como desnutrição grave (Eutrofia < 90), de acordo com a tabela de percentis de Frisancho (1981). A adequação da Circunferência do Braço(%) foi de 86,33 %, classificando-se como desnutrição leve (Eutrofia < 90), de acordo com a tabela de percentis de Frisancho (1981). Com relação à massa muscular, a circunferência da panturrilha (CP) tem sido considerada a medida mais sensível em idosos, sendo um bom indicador de desnutrição. Circunferência da Panturrilha menor que 31 cm corresponde a um marcador de desnutrição, que é o caso do paciente em questão, que apresenta 29 cm.

Nos dados colhidos no cadastro do HiperDia o peso apresentado pelo paciente foi de 51 kg. Os dados são referentes ao ano de 2009. Passados cinco anos, apresentou perda de 2 kg do peso habitual. Lembrando que neste período o mesmo deambulava e não havia sido acometido pelo AVC, mas apresentava hábitos não saudáveis decorrentes do vício.

As demais visitas foram programadas para serem executadas posteriormente. Houve a articulação com os profissionais presentes na UBISF e todos se comprometeram em assistir o paciente. Assim, de acordo com a disponibilidade de cada um foi planejado como seriam executadas as visitas. Um ponto importante foi o conhecimento já adquirido sobre o paciente ao longo dos seus anos de trabalho. Essas informações contribuíram para um melhor planejamento de ações e intervenções.

Houve uma reunião com toda UBISF em que o PTS foi apresentado para todos os profissionais, ressaltando a importância do planejamento e da prática de um projeto terapêutico singular (PTS) e da capacidade de se estruturar e fazer um cuidado integral ser possível, apesar das dificuldades encontradas no cotidiano da atenção básica. A ACS que acompanha o paciente J.A.G serviu de referência para as outras ACS's da UBISF, ressaltando a eficácia de um trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar.

4.3 REFLETINDO SOBRE POSSIBILIDADES E NECESSIDADES DE PROCESSOS DE INTERVENÇÃO

Como metas de intervenção podem ser destacadas diversos fatores que influenciaram/influenciam de maneira direta ou indireta na saúde do paciente, ressaltando a necessidade da compreensão e do olhar crítico diante das situações encontradas e apresentadas nas visitas domiciliares.

Um ponto que merece atenção na visão de cuidado é o isolamento do idoso das atividades e do convívio social, que quando não percebido ou não tratado pode desencadear

quadros de depressão. É comum relatos de idosos que apresentam inatividade social e qualidade de vida reduzida. O paciente em questão possui boa relação com os cuidadores, porém o abandono por parte dos filhos pode ter influenciado no seu estado emocional e mental atual, provocado sensação de desprezo e influenciado de maneira negativa na saúde e no processo de tratamento, pois o apoio e a relação afetiva do paciente com os familiares é algo importante e decisivo.

O abandono pelos filhos, pelo que se apurou, se deu pelas relações familiares conflituosas que contraiu ao longo da vida; e, que, principalmente depois do surgimento das patologias e da velhice, intensificam-se na exclusão e na negligência velada pelo fato do idoso ser visto como um incômodo para a vida e para as atividades cotidianas dos que ficam no entorno familiar e social, o que gera uma carga pesada (e a mais) para o idoso. Somado a isto, acrescenta-se a ausência do estabelecimento de relações afetivas como as amizades, um fator importante na qualidade de vida do paciente, pois promove momentos prazerosos e de bem estar. A ausência desses fatores implica na intensificação da solidão e da perda do estímulo de viver e de enfrentar as adversidades presentes no dia-a-dia.

A importância da qualidade de vida expande-se não somente para o paciente, mas, também para os cuidadores. A cunhada caracteriza-se como cuidadora primária e está completamente relacionada com todas as atividades diárias do paciente; e além destas, administra todos os deveres de uma dona de casa. Essas atividades podem ser consideradas intensas e cansativas, e pode gerar uma sobrecarga sob a mesma, podendo haver impactos na saúde, nas relações sociais, no lazer e na sua qualidade de vida. Portanto é importante que os deveres e tarefas sejam equilibrados entre os membros cuidadores. Pode-se destacar a importância de haver mais pessoas contribuindo no cuidado do paciente, pois iria ser um benefício para a saúde do mesmo, e indiretamente, para a saúde dos seus cuidadores primários.

A atenção à saúde do paciente restringe-se a sua residência, uma vez que o mesmo não se desloca a UBISF. A ausência de meio de transporte adequado contribui para a não realização desse procedimento, diminuindo as aberturas para um tratamento mais eficaz. O PTS em casos como este apresenta papel de muita importância, pois promove a atenção integrada na residência do paciente e busca suprir as necessidades apresentadas pelo mesmo nas diversas áreas de saúde.

A ambiência é um fator que também merece atenção, como a estruturação da casa e a organização dos móveis presentes, pois pode interferir de maneira direta ou indireta na saúde do paciente, quando há pouco espaço ou inadequação dos cômodos gerando

desconforto, impossibilidades de locomoção com segurança, acentuando o risco de quedas. Associado a isto se inclui o processo de higienização do ambiente, que quando não realizado corretamente pode deixar o indivíduo susceptível a infecções e doenças.

É significativa para o tratamento do paciente a busca de medidas para melhoria da qualidade de vida, e é notável a diferença da postura do indivíduo em relação à busca de formas mais eficientes e eficazes, de efetivação de direitos e oportunidades disponíveis para o sujeito/cidadão, quando é instruído ou possui escolaridade mais elevada. Os cuidadores de J.A.G. apresentam-se com ensino médio incompleto, o que, aliado a outros fatores de exclusão, limitam conhecimentos e a procura de medidas e ações para melhoria da qualidade de vida do paciente.

Uma proposta considerável para incluir aumento na qualidade de vida dos cuidadores do paciente, principalmente a cunhada, é a participação em grupos de apoio ou grupos de quaisquer atividades propostas pela UBISF, com o intuito de desenvolver uma concepção melhor de cuidado e promover atividades e interação social. A divulgação desses grupos devem ser postos em prática, principalmente pela ACS, pois devido ao pouco deslocamento à Unidade de Saúde, podem acarretar a falta dessas informações.

O paciente será encaminhado para a psiquiatria para uma análise e cuidado de sua saúde mental, pois há a hipótese de apresentar necessidades de acompanhamento nesta área, principalmente depois de ter sido acometido pelo AVC e problemas da abstinência do álcool. O médico mesmo ressaltou essa questão e realizou o encaminhamento, assim como fez para a neurologia. Confirmando-se essa hipótese abre-se espaço para indagação quanto à preparação e a sensibilidade da equipe multidisciplinar para lidar com pacientes com doença mental, exigindo do profissional uma visão universal, sendo qualificado como profissional completo. A ACS por ser o elo mais próximo da equipe de saúde poderia ter levantando essa hipótese anteriormente, mas talvez haja limitações quanto ao conhecimento em relação à deficiência mental. A indicação para o CAPS² seria uma medida de intervenção, caso confirmado a suspeita.

Um fator notório para a eficácia das metas estabelecidas para o cuidado do paciente constitui-se em um elo de confiança criado entre o usuário e a família, como também entre os profissionais de saúde. A relação de afetividade promove uma chance maior à adesão as recomendações propostas e ao cumprimento das metas estabelecidas. Destaca-se como

²Os CAPS são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades.

dificuldade no atendimento da ABS o cuidado continuado pelos diversos profissionais, tendendo a uma fragmentação ao longo do tempo. É imprescindível que essa ligação seja fortalecida ao longo do tratamento e que as metas estabelecidas sejam reavaliadas para verificar a eficácia das propostas e modificar as que não atingirem resultados significativos. O PTS inclui-se perfeitamente nesse processo de elo contínuo entre os profissionais e nas avaliações criteriosas quanto ao cuidado a ser mantido.

4.3.1 CONDUTAS NUTRICIONAIS TERAPÊUTICAS

Através do conhecimento adquirido nas visitas domiciliares, estabeleceram-se orientações quanto à alimentação do paciente, intervindo nos hábitos alimentares e complementando informações necessárias a manutenção do seu estado nutricional.

De acordo com os valores das avaliações nutricionais realizadas, o paciente encontra-se em um quadro de desnutrição. Os fatores devido a essa ocorrência podem ser atribuídos a diversas causas. O acompanhamento nutricional e monitoramento tenderão a uma eficácia nutricional, promovendo, gradativamente, uma melhora em seu quadro. Vale ressaltar que os exames laboratoriais solicitados não estão disponíveis para um melhor diagnóstico.

Na realização do planejamento dietético alimentar, é imprescindível a compreensão de todas as peculiaridades inerentes às mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento, da análise dos fatores econômicos, psicossociais, de intercorrências farmacológicas associadas às doenças que interferem no consumo alimentar, do estado mental/cognitivo, funcional, da saúde oral e, sobretudo, da necessidade de nutrientes. Primeiramente, foi realizada anamnese alimentar para conhecer os hábitos e rotinas alimentares do paciente e de sua família, assim como horários das refeições, preferências alimentares, costumes e/ou teorias ou crenças enraizadas sobre alimentos. O indivíduo idoso normalmente tem maior dificuldade de aceitar mudanças em seu estilo de vida, por isso a intervenção nutricional deve ser gradual, para que a orientação seja mais bem aceita.

Diante das situações encontradas, percebeu-se que o padrão alimentar do paciente consiste em uma dieta basicamente pastosa, devido à ausência de dentes. Essa ausência pode ser atribuída ao reflexo de deficiências no cuidado à saúde bucal ao longo dos anos de sua vida. Existe uma forte relação entre uma boa condição bucal e a alimentação, podendo refletir no estado nutricional do indivíduo. A alimentação pastosa pode levar à restrição de alguns alimentos, podendo acarretar na ausência de alguns nutrientes adequados às necessidades biológicas. Associado a isso, o fato de apresentar autonomia comprometida para realizar suas

próprias higienizações contribui para outra dificuldade. E também, destacam-se os fatores associados às alterações fisiológicas decorrentes da idade, como a diminuição da capacidade mastigadora (intensificada pela ausência de dentes), a dificuldade de deglutição e as modificações no paladar, sendo efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo.

Como já mencionado a hipótese de implementação de prótese dentária foi levada em questão pela dentista e pela equipe multidisciplinar, porém nem mesmo a substituição dos dentes por prótese confere o conforto e a naturalidade necessários para a alimentação adequada. Desta maneira, como promoção de saúde e prevenção de agravos, torna-se necessário direcionar programas de atenção à saúde bucal específico às pessoas com idade acima de 60 anos, oferecendo oportunidade à população idosa de envelhecer com qualidade de vida.

Doenças associadas ao envelhecimento estão presentes em grande parte da população idosa e elas podem exacerbar as deteriorações sensoriais e motoras consequentes do processo natural de envelhecimento e levar essa população a ter prejuízos no controle postural. Atribuídos a estes fatores ainda inclui-se o processo de envelhecimento e as causas naturais que acarretam em impactos nutricionais, devido às mudanças físicas que ocorrem. Considerando estes fatores concomitantes no paciente acompanhado, orientou-se a responsável pelo mesmo um suporte no momento do processo da alimentação, pois algumas vezes, constatou-se nas visitas domiciliares, pela manhã, o paciente realizando o jejum em seu quarto e não conseguindo realizar de forma eficaz o procedimento, desperdiçando o alimento por não conseguir completar com firmeza a movimentação até a boca.

O paciente em acompanhamento não apresenta aversões alimentares e apresenta apetite preservado, o que é um fator importante para o seu estado nutricional. A responsável (cunhada) por seus cuidados mantém-se bem informada sobre evitar alguns alimentos que seriam prejudiciais e poderiam levar a complicações devido as suas patologias.

Existe uma estreita relação entre as patologias apresentadas pelo mesmo (diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e AVC) e a alimentação. Dessa forma, a dietoterapia apresenta-se como fator importante no tratamento específico, devido ao conjunto de medidas terapêuticas, que têm como principal objetivo as modificações do estilo de vida do indivíduo, promovendo melhoria no organismo debilitado.

A terapia nutricional é imprescindível no tratamento do diabetes, pois está completamente relacionado ao metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídeos. A recomendação apresentada constitui-se na ingestão de uma dieta balanceada, que forneça todos os macro e micro nutrientes essenciais, em quantidades corretas. A terapia nutricional

deve objetivar o equilíbrio glicêmico e também a prevenção do risco cardiovascular, visando o controle dos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, além de mediar os processos inflamatórios.

Para o controle da hipertensão arterial, a terapia nutricional aliada a hábitos de vida saudáveis e aos medicamentos constituem-se as medidas de maior relevância. Esse controle, por meio de medidas dietéticas específicas, visa não apenas a redução dos níveis tensionais, mas também a incorporação de hábitos alimentares permanentes. Somado a isto, as recomendações importantes a serem adotadas é a restrição da ingestão de alimentos industrializados com grandes quantidades de sódio e a redução da ingestão de sal, que é considerado o principal fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão. As medidas terapêuticas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial fazem parte de uma mudança comportamental global. A incorporação de novos hábitos de vida garante que os benefícios alcançados sejam duradouros desde que as mudanças no estilo de vida sejam permanentes.

É importante que todos os atores de uma unidade de saúde tenham conhecimento acerca das orientações nutricionais direcionadas ao paciente para que não haja contradições entre os que participam do seu cuidado, contribuindo para que a prescrição se torne efetiva e capaz de modificar seu padrão alimentar. Além disso, o apoio da família e dos profissionais de saúde é fundamental para o cumprimento do plano elaborado, pois a falta de motivação contribui para resistência às mudanças, uma vez que o paciente passou boa parte de sua vida com estilo de vida diferente e também a procura de “milagres” dificulta o segmento desse plano. Entretanto, cada um desses pontos pode ser trabalhado para aumentar as chances de sucesso. A educação para a monitoração quanto ao aspecto nutricional proposto a partir do instrumento educacional se faz necessária para consolidar esse apoio por parte da equipe de saúde.

Portanto, através do diálogo e do acompanhamento contínuo pode-se atuar na intervenção do estado nutricional do paciente, a médio e longo prazo. A educação e a conscientização do paciente e de todos envolvidos em seu cuidado é o primeiro passo para que a mudança de comportamento aconteça efetivamente.

4.4 REFLEXÕES SOBRE AS VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS

O nutricionista é o profissional de saúde capacitado e habilitado para oferecer um atendimento integral à saúde, promovendo práticas alimentares saudáveis e prevenindo agravos. Além de orientar na alimentação, o profissional tem a responsabilidade de monitorar

o estado nutricional e contribuir para a melhoria na qualidade de vida. Por isto, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da Atenção Básica é uma forma econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de doenças do que referenciá-los para o serviço hospitalar, num futuro próximo em decorrência de suas complicações.

Nessa perspectiva, o Projeto Terapêutico Singular é considerado como estratégia primordial na ABS, já que suas ações influenciam positivamente na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, principalmente por atuar através da interdisciplinaridade, incluindo assim os diversos profissionais, dentre eles o nutricionista. Sendo assim, o objetivo desta vivência concentrou-se no olhar terapêutico sobre as visitas domiciliares.

Visando que as visitas fossem produtivas, a triagem e o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais dos serviços de saúde foram de essencial importância. Esse processo de ação recíproca entre duas ou mais pessoas aconteceu principalmente entre o usuário e o ACS. Sabe-se que o ACS tem a função de acompanhar a situação de saúde das famílias, principalmente aquelas que estão expostas a maiores situações de risco, bem como transferir à equipe as necessidades de sua comunidade, além de ser o membro da equipe que funciona como elo permanente entre as famílias, a comunidade em geral com a própria ESF. Conjuntamente às ações do ACS, esperou-se que os profissionais fossem capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

No cerne da discussão, Azeredo (2007) corrobora essa ideia ao fundamentar que o acompanhamento dos ACS em microáreas selecionadas no território, de responsabilidade das UBS, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego da atenção domiciliar, considerando que esses profissionais observam a situação no domicílio e o comportamento das famílias, conversam com as pessoas para aprofundar o conhecimento sobre a situação observada, orientam sobre atitudes promotoras e protetoras de saúde, encaminham para atendimento programado ou não e informam para os outros profissionais da equipe as situações de maior risco.

Juntamente com a agente comunitária que se disponibilizou e os integrantes da equipe de saúde como médico, dentista, enfermeira e outros profissionais, como o NASF, realizaram-se as visitas domiciliares onde se teve a oportunidade de conhecer e intervir construtivamente no projeto terapêutico singular. Participar das visitas permitiu adquirir e compartilhar experiências e saberes, tanto o saber popular, quanto o técnico-científico.

As experiências vivenciadas por meio do projeto terapêutico possibilitaram a percepção empírica do impacto positivo na atenção aos usuários. Tal fato evidenciou-se com maior relevância quando se superou a atenção isolada dos atendimentos e se experimentou a construção do cuidado a partir das necessidades do sujeito em processo de cuidado.

O acolhimento esteve presente nas relações e encontros, sua existência permitiu a aproximação e o envolvimento, remetendo a uma atitude de inclusão. Carvalho et al. (2012) avigora essa lógica ao dizer que o acolhimento engloba o compromisso de reconhecimento do outro em sua individualidade, como um ser que tem suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seu modo de viver, sentir e estar na vida. Além disso, promoveu a qualificação da escuta, a construção de vínculo e garantia do acesso com responsabilização e resolutividade.

O vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família foi um dos aspectos mais importantes nos momentos do encontro para a realização do PTS, já que ele alicerçou a criação de uma relação de compromisso entre a equipe, usuário e família, favorecendo uma ligação mais humana e singular. Carvalho et al. (2012) reforça que quando o vínculo criado possibilita uma parceria pautada pela sinceridade e responsabilidade, e permite que seja ofertado um atendimento que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias assumindo caráter de equipe, que, certamente, estará mais sensível à escuta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas.

Refletindo especificamente sobre a prática do nutricionista na ABS, a questão intersetorial pode nortear a atuação destes profissionais nos diversos cenários, que ultrapassam o âmbito das unidades de saúde. São inúmeros os espaços nos quais a nutrição pode estar articulada. A partir da intersetorialidade é possível inserir o nutricionista em outros ambientes sociais, como por exemplo, na comunidade. Nesse sentido, Ferreira (2007) corrobora enunciando que as parcerias setoriais, o somatório dos saberes técnicos e populares, a superação do modelo biomédico dominante com a incorporação da visão integral dos indivíduos, assim como, a habilidade técnica dos profissionais, parece ser o caminho para incorporar a nutrição dentro da proposta de promoção à saúde.

Existem desafios e fragilidades na Atenção básica a saúde e o PTS surge como um dispositivo que tem a capacidade de amenizar e contribuir para a superação de algumas dificuldades encontradas nesse meio, a principal delas é promover a aproximação da equipe de saúde. A experiência de trabalho em uma equipe multiprofissional capacita os profissionais para uma mudança no modelo assistencial, pois o profissional precisa desempenhar sua

profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deverá ser realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais.

Sendo assim, o trabalho em equipe é a base para ações integrais na saúde, atendendo com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida, pois, a abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, e o mesmo passa a ser atendido por todos os membros da equipe que também o envolve na resolução de sua problemática. O trabalho em equipe integrado exige o conhecimento e a valorização do trabalho do outro, para que assim construam consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e é a maneira mais adequada de atingi-los, sendo, portanto necessário que a equipe se organize e tome medidas para impedir que estes problemas adquiram maiores proporções. Esse ponto é muito importante tanto para eficácia da integralidade como para o aprendizado e experiência pessoal.

A união da equipe, que é considerado como um fator de suma importância no PTS apresenta-se ainda com fragilidades e precisa ser superado de forma mais satisfatória, para que se alcancem os objetivos almejados. Essa ação conjunta é um fator que pode tanto ajudar como prejudicar o desenvolvimento do processo de cuidado, e é imprescindível que seja trabalhado para melhorar esse aspecto. Apesar dos esforços, algumas dificuldades foram encontradas para se concluir o plano terapêutico. O fato de a UBISF estar envolvida em outras responsabilidades pode ter contribuído para os profissionais em determinadas situações não corresponderem como se deve com a conduta terapêutica exigida no caso clínico.

Levar o atendimento a residência do paciente proporciona uma melhor visão a realidade do mesmo, uma vez que é permitido ter a oportunidade de enxergar de perto e ter as próprias conclusões sobre a vida do outro, diferentemente de um paciente que é atendido em uma UBS ou hospital, pois nos permite ver além do seu diagnóstico e além do que se é relatado. Outro ponto importante é à qualidade de vida proporcionada ao paciente assistido e a sua família. Devido às patologias apresentadas e os problemas sociais e pessoais encontrados, propor medidas e soluções para uma melhor assistência transmite conforto e bem estar emocional aos envolvidos no cuidado, principalmente aos mais próximos.

Por meio do fortalecimento das práticas de atenção como a ESF, a inserção e participação do nutricionista na ABS são fortalecidas. Tal atuação ainda precisa configurar-se melhor para superar as perspectivas intervencionistas de mudança de hábitos alimentares. Não obstante, a inserção de nutricionistas pode ter o potencial de promover a integralidade, a perspectiva da promoção da saúde e da intersetorialidade e o fortalecimento da cidadania alimentar (NAVOLAR et al., 2012).

Apesar de todos os ocorridos, o Projeto Terapêutico Singular atingiu resultados significativos. Mostrando dessa forma que quando uma equipe de saúde unida no mesmo propósito com sua comunidade se dispõem para trabalharem com estratégias organizadas, consegue-se promover saúde e trazer melhorias na qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES...

Compreender, na prática, as possibilidades de intervenção do nutricionista no âmbito da saúde coletiva, é um exercício interessante. Desvendar as atividades desenvolvidas por esse profissional especialmente no que tange à sua atuação na atenção básica à saúde, é algo bastante relevante e pertinente, pois ajuda-nos a entender as próprias potencialidades da ABS, estratégia de atenção firmada em ações multiprofissionais e interdisciplinares que respaldam e são respaldadas pela ação coletiva.

Durante este trabalho foram expostas e analisadas possíveis contribuições do nutricionista nos projetos terapêuticos singulares, e, conseqüentemente, nas ações propostas pelo SUS e pela ABS. Ficou entendido que o nutricionista desenvolve um papel importante na sociedade o que torna essencial a inserção deste profissional na rede de atenção básica.

Neste sentido, vale a pena propor uma reflexão coletiva sobre o exercício profissional do nutricionista. Tal exercício possibilita ao nutricionista o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias à prática multidisciplinar, exigindo uma participação compartilhada e corresponsável.

Dessa forma, o nutricionista desenvolve interações e ações que evitem considerar somente as patologias apresentadas, mas, observam-se também, dentre outros, os fatores sociais e os recursos disponíveis. Além disto, o desenvolvimento para as ações de nutrição e de práticas alimentares saudáveis devem respeitar a diversidade ética, cultural e econômica da população.

A atuação da equipe multidisciplinar destacou-se como fator imprescindível na aplicação do PTS, ressaltando a eficácia da integralidade do cuidado. Esse ponto é considerado de suma importância para a continuação do processo de intervenção e de medidas a serem propostas e repensadas ao longo do tempo.

A experiência na UBISF demonstrou que existem diversas maneiras de prevenção e promoção à saúde. Dentre estas maneiras está a visita domiciliar. Por meio das visitas, pôde-se conhecer o território, as condições de moradia e estabelecerem-se os diálogos necessários. Foi possível compreender melhor as condições de vida e saúde, as relações familiares

estabelecidas na família em função do adoecimento de um dos seus membros, as necessidades e as precauções a serem tomadas para o devido cuidado às pessoas doentes ou acamadas.

Tais dinâmicas abrem espaço para a inserção do nutricionista no planejamento e execução de projetos terapêuticos comprometidos com a gestão da atenção individual e coletiva. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e atuar com vista à integralidade de suas ações, procurando ampliar seu olhar, de forma a identificar em cada encontro, necessidades de vida e saúde singulares e abrangentes.

Tendo em vista os aspectos observados, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da Atenção Básica é uma maneira econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de doenças do que referenciá-los para o serviço hospitalar, num futuro próximo em decorrência de suas complicações. Além de outras ações, cumpre ao nutricionista o papel de também identificar e respaldar um padrão que garanta uma vida digna e saudável para a população.

Vencer os desafios apresentados na UBS e por em prática os planos de cuidado ao paciente fortalece a esperança e confiança do funcionamento do SUS, valendo ressaltar que para isto, faz-se necessário dar o melhor de si como profissional e estimular a atuação da mesma forma dos outros membros da equipe.

Por fim, pode-se concluir que a atuação na ABS promove satisfação por possibilitar a aproximação da realidade do próximo e estabelecer uma relação de confiança e afeto, capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o bem estar físico e mental e buscando constantemente medidas de intervenções a serem alcançadas. Este relato de experiência possibilitou aprender que o PTS constitui-se em uma ferramenta edificante e útil no processo de cuidado e integralidade da saúde. Percebeu-se também que o nutricionista desempenha papel importante na atuação na atenção básica à saúde via projeto terapêutico singular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.V.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

ADUHAB D, SANTOS A.B, MESSEBERG C.B, FONSECA RMGS, ARANHA E SILVA A.L. O trabalho multiprofissional no Caps III: um desafio. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 2005; 26(3): 369-380.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Março / Abril, 2007.

Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 2007;7(3):319-26.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, maio/junho, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dezembro, 2004.

BARROS J.O. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado, [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.111p

BENETTI, S. P. C.; RAMIRES, V. R. R. A extensão e a construção do conhecimento no campo da saúde como locus para uma prática transdisciplinar. In:HUPFFER, H. M.; BEMVENUTTI, V. L. *Cadernos de Extensão IV*. São Leopoldo:Unisinos, 2003.

BOCCARDO A.C.S, ZANE FC, RODRIGUES S, MÂNGIA EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011; 22(1): 85-92.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª Edição. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 40-56, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS*: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União* 2008; 24 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª Edição. **Série E. Legislação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 09, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Baptista TWF, Fausto MCR, Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis*. 2009;19(4):1007-28.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-59, 2007.

CARVALHO, C. A. F. Humanização da Atenção em Cuidados Paliativos: reflexões sobre a integralidade da assistência. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em Saúde Pública). **Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, p. 7, abril, 2012.

COHN, A.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K.A. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: COH, A. (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009, p. 141-167.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), disponível em:

<http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/O_Papel_do_Nutricionista_na_Atencao_Primary_a_Saude.pdf>; acesso em 20 de dezembro de 2014.

Coutinho J.G, Gentil P.C, Toral N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única de nutrição. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 2):S332-S340.

DEMÉTRIO, F.; PAIVA, J. B.; FRÓES, A. A. G.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, L. A. S. A Nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista – paciente: contribuições para reflexão. **Revista Nutrição**. Campinas, v. 24, n. 5, p. 743-763, setembro/outubro, 2011.

Elias P.E. Estado e saúde – os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva 2004 jul-set; 18 (3):41-6.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V. RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Pelotas, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, março / abril, 2009.

FERREIRA, V.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, julho, 2007.

FILIZOLA C.L.A, MILIONI DB, PAVARINI SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Rev Eletrônica de*

Enfermagem. 2008; 26(3): 491-503.

Gallian D.M.C. A desumanização do comer. *Estud Ava*. 2007; 21(60):179-84

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HAFNER, M. L. M. B.; MORAES, M. A. A.; MARVULO, M. M. L.; BRACCIALLI, L. A. D.; CARVALHO, M. H. R.; GOMES, R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1715-1724, 2010.

Jaime PC, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011;24(6):809-24.

LEÃO A, BARROS S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção a possibilidades de inclusão social. *Ver Sociedade*. 2008; 17(1): 95-106.

LINASSI J, STRASSBURGER D, SARTORI M, ZARDIN MV, RIGHI LB. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Rev Contexto e Saúde*. 2011; 10(20): 425-434

LONGO, Giana Zarbato et al . Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.93, n. 4, oct. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. >. acesso em 20 De dezembro de 2014.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Fortaleza – CE, v. 12, n. 2, p. 335-342, março / abril, 2007.

Maior M.C, Lima N.T. Fórum: O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública* 2009 jul;25(7):1611-13.

MÂNGIA. E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio / agosto, 2006.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MORIN, E. Os sete saberes necessários para a educação do futuro. São Paulo:Cortez; UNESCO, 2002

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da nutrição complementar integrada. Comunicação saúde e educação. Santa Catarina, v. 16, n. 41, p. 515-27, abril / junho, 2012.

Paim J.S, Teixeira C.F. Configuração Institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2007;12 suppl 1:1819-29.

PNH, Ministério da Saúde, Textos Básicos, 2006

PARANHOS, Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde:** Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. v.2. n.1. Belo Horizonte: Meritum, 2007.

Passos VM, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saude.2006;15(1):35-4

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista Saúde Pública. 2007; 35(1):103-109.

PINTO D.M, JORGE M.S.B, PINTO A.G.A, VASCONCELOS M.G.F, CAVALVANTE C.M, FLORES A.Z.T, ANDRADE A.S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Rev Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3): 493-502.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social no cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, janeiro / fevereiro, 2008.

ROSA RS, SCHMIDT MI. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999- 2001. Epidemiol Serv Saude. 2008;17(2):131-4.

SACARDO, D.P.S.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Org.) *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007, p. 111-129

Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. Cad Saude Publica. 2002;18(5):1367-77.

SILVA, E. P.; MELO, F. A. B. P.; SOUSA, M. M.; GOLVEIA, R. A.; TENÓRIO, A. A.; CABRAL, A. F. F.; et at. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da

Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SCHMIDT et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl 2):74-82

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, agosto, 2005.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, maio / agosto, 2002.

VASCONCELOS, F. A. G. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n. 6, p. 935-945, novembro / dezembro, 2010.