

# O cuidado em saúde em cena: relato de experiência na formação em Nutrição na Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista

## The health care in scene: a training experience in Nutrition at Universidade Federal de São Paulo, Baixada Santista campus

Maria Fernanda Petrolí Frutuoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde, Instituto de Saúde e Sociedade. Santos-SP, Brasil.

Correspondência / Correspondence  
Maria Fernanda Petrolí Frutuoso  
E-mail: fernanda.frutuoso@unifesp.br

### Resumo

A partir do relato de uma cena vivenciada em uma atividade interdisciplinar do curso de Nutrição da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, discutiu-se alguns aspectos do cuidado em saúde para a formação de nutricionistas. Nessa experiência de formação, a construção e execução de projetos de cuidado para uma família, composta pela mãe e quatro filhos, trouxeram problematizações quanto ao cuidado em situação de vulnerabilidade, incluindo alimentação, para todos os estudantes, independente da área de formação. O uso de inquéritos alimentares e dados antropométricos para diagnóstico nutricional perdeu sentido diante da complexidade da condição de vida e saúde da família, da possível situação de insegurança alimentar e nutricional e da perspectiva de cuidado a partir de ações interdisciplinares e intersetoriais. Com base no diagnóstico de dislexia das crianças, a construção social da saúde e a possível patologização da vida foram temas de discussão entre alunos, docentes e equipe de saúde. Concluiu-se que esta estratégia de formação interdisciplinar provoca o questionamento de diagnósticos descontextualizados e de ações de cuidado que reforçam as condições vulneráveis de vida e de saúde, que resultam em práticas profissionais prescritivas com pouca resolutividade. Não se trata de desvalorizar a utilização de protocolos, técnicas e prescrições no cuidado em saúde, na formação e prática profissional de nutricionistas, mas de dar sentido ao uso.

**Palavras-chave:** Ensino. Nutricionistas. Sistema Único De Saúde. Integralidade em Saúde. Vulnerabilidade Social.

## Abstract

From the report of a scene lived in an interdisciplinary activity of the Nutrition Course of the Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (Federal University of São Paulo, Baixada Santista campus), some aspects of health care for the training of nutritionists were discussed. In this training experience, the construction and execution of care projects for a family, composed of the mother and four children, have raised questions about the care in vulnerable situations, including food, for all students, regardless of the training area. The use of food surveys and anthropometric data for nutritional diagnosis lost meaning in the complexity of the family's life and health condition, the possible food insecurity situation and the perspective of care based on interdisciplinary and intersectoral actions. Based on the diagnosis of dyslexia in children, the social construction of health and the possible pathologization of life were topics of discussion among students, teachers and health team. We concluded that this strategy of interdisciplinary training causes the questioning of decontextualized diagnoses and care actions that reinforce the vulnerable life and health conditions, which result in prescriptive professional practices with little resolution. It is not a matter of devaluating the use of protocols, techniques and prescriptions in health care, in the training and professional practice of nutritionists, but in giving meaning to their use.

**Keywords:** Teaching. Nutritionists. Unified Health System. Nutrition. Teamwork. Integrality In Health. Social Vulnerability.

## Uma cena para pensar sobre o cuidado em saúde

*A equipe da Unidade Saúde da Família sugeriu que acompanhássemos um caso de uma mulher solteira, mãe de quatro filhos, sendo que três tinham um possível diagnóstico de dislexia. Na primeira visita domiciliar, entramos, eu e as estudantes, na casa construída com placas de madeira em um beco sinuoso da região de palafitas. A agente comunitária de saúde nos acompanhava. Era uma tarde ensolarada e a casa, iluminada com luz elétrica, era um cômodo pequeno que servia de quarto, sala e cozinha, com uma diminuta separação para o banheiro. Fazia muito calor e no momento da visita apenas o filho menor estava em casa com a mãe, Ana. O menino, ao referir sede, abriu a geladeira para pegar água. A porta da geladeira estava vazia e não pudemos ver o que havia no interior do eletrodoméstico. Passamos a maior parte do tempo da visita conversando sobre os filhos de quinze, doze, cinco e dois anos de idade. Todos frequentavam creche ou escola. A renda da família era proveniente do Programa Bolsa Família e da pensão paga pelo pai dos dois filhos maiores, que no momento*

*estava desempregado. Após a visita, caminhando com as alunas de volta para a unidade de saúde, surgiram muitas questões, entre elas: Como eles dormem? O que eles comem? Os três filhos de Ana são disléxicos? O que podemos propor no projeto de cuidado, uma vez que não há nada óbvio como o diagnóstico de alguma doença de Ana ou o de desnutrição no(s) filho(s)?*

Trata-se do relato de uma cena da experiência como docente, desde 2009, em uma das atividades interdisciplinares que envolvem a integração ensino-serviço do curso de Nutrição da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista (UNIFESP-BS). Entende-se que experiência “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (p. 21).<sup>1</sup>

Nesse sentido, a escolha da cena considerou os deslocamentos, estranhamentos e possibilidades que emergiram durante a experiência de construção/execução de projetos de cuidado, a partir do acompanhamento de Ana e seus quatro filhos, por alunos, docentes e trabalhadores de um equipamento de atenção básica em saúde. Com inspiração na proposta de um “dispositivo para fazer-pensar as forças atravessadas naquele momento vivenciado” (p. 57),<sup>2</sup> pretendeu-se, a partir da cena, problematizar algumas questões relacionadas ao cuidado em saúde, discutidas por todos os atores desta experiência interdisciplinar de integração ensino-serviço.

A aposta de integração ensino-serviço da UNIFESP-BS requer postura ativa do estudante na produção de conhecimento e de cuidado e atitude facilitadora/mediadora do docente no processo ensino/aprendizagem em um modo de agir e cuidar que é permeado por avanços, mas também por tensões e disputas.

Estudos têm mostrado que a integração tem produzido mudanças nas práticas dos serviços e na construção de redes de cuidado<sup>3,4</sup> e tem sido marcante na avaliação dos estudantes sobre o processo de formação.<sup>5</sup> Para a formação em Nutrição, a experiência interdisciplinar tem evidenciado a potência do trabalho em equipe e a construção de estratégias de cuidado, a partir da escuta e do vínculo, em que o outro é reconhecido como legítimo, com seus saberes e desejos. Em contrapartida, os estudantes apontam dificuldades de propor ações compartilhadas de cuidado a partir das demandas e significados para o sujeito e referem receio em perder a identidade profissional em ações para além de aspectos técnicos consolidados na área, como, por exemplo, o diagnóstico nutricional e as orientações dietéticas prescritivas.<sup>6</sup>

Inserir os alunos nos cenários de práticas profissionais, na perspectiva adotada pela Universidade, implica, entre outros objetivos, colocar em discussão as condutas de cada área profissional e a concepção de saúde e de cuidado, incluindo aspectos relacionados à alimentação.

Muitos autores têm se debruçado sobre a discussão do cuidado em saúde,<sup>7-11</sup> indicando que uma das perspectivas do cuidar, a da normatização da vida que prioriza a lógica queixa-diagnóstico-conduta e ações de cuidado fragmentadas, não tem respondido às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

O cuidado em saúde, envolvendo a dimensão nutricional, é norteado predominantemente pela relação entre ingestão de nutrientes e risco de adoecimento e morte, resultando em condutas baseadas em prescrições dietéticas normativas e culpabilizadoras, distantes do ambiente simbólico, social, cultural e subjetivo da comida e do comer.<sup>12,13</sup>

Nesse contexto, sem esgotar a discussão que o cuidado em saúde instiga, interessa dar visibilidade às questões que emergem da inserção dos estudantes de diversas áreas profissionais em um equipamento de atenção básica na perspectiva da formação e do cuidado em saúde. Ou seja, as estratégias de formação interdisciplinar da UNIFESP-BS provocam que tipo de problematizações das práticas predominantes e que possibilidades de construção conjunta de outras proposições relacionadas ao cuidado em saúde?

### Sobre o contexto pedagógico da cena

O Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Nutrição da UNIFESP-BS, iniciado em 2006 e atualizado em 2016, é orientado pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; pela prática profissional como eixo norteador do PPP; pela interdisciplinaridade e pela integração com a comunidade.<sup>14</sup> Esta aposta político-pedagógica, inserida no movimento de mudanças da formação em saúde, valoriza a dissociação entre os lócus de formação e de trabalho, inserindo os alunos em locais de prática profissional, fortalecendo o papel formador do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>15-17</sup> e contemplando as necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS, preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso.<sup>18</sup>

Tendo como perfil do egresso a “formação interprofissional fundamentada em princípios éticos e humanísticos, voltada para uma visão de integralidade da atenção e do cuidado à saúde dos indivíduos e coletividades, e voltada para o trabalho em equipe, construída com base na prática contínua dos conhecimentos e vivências adquiridos na interface sociedade-universidade, em todos os períodos do Curso” (p. 29),<sup>14</sup> a matriz curricular está estruturada em quatro eixos, compostos por módulos que aglutinam disciplinas/áreas temáticas afins, favorecendo a construção do trabalho em equipe, bem como a integração de conteúdos e a potencialização dos processos de formação em busca do cuidado integral.<sup>14</sup>

Um dos eixos, “Aproximação à prática específica do Nutricionista”, é denominado eixo específico, uma vez que é direcionado somente aos estudantes do curso e seus módulos atendem

às grandes áreas de “Atenção em Nutrição” e “Práticas com os Alimentos”, fundamentais para a formação do nutricionista.

Os outros três eixos, “O ser humano e sua inserção social”, “O ser humano e sua dimensão biológica” e “Trabalho em saúde”, são denominados eixos comuns, uma vez que mesclam alunos de Nutrição com estudantes dos outros cursos do *campus*: Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, rompendo com a formação isolada de uma única profissão e com a estrutura disciplinar tradicional.

Embora a presença de todos os eixos, bem como as interações entre eles sejam reconhecidamente fundamentais para a formação dos nutricionistas, interessa colocar em evidência algumas questões que surgem da experiência das práticas interdisciplinares proporcionadas aos alunos de Nutrição. Nesse sentido, destacam-se as atividades dos módulos do eixo Trabalho em Saúde (TS), nos quais, com diferenciação e avanço da complexidade das tarefas, os alunos são expostos à vivência dirigida nos territórios e cenários de práticas, a partir do trabalho em equipe, para explorar as diversas possibilidades do trabalho em saúde e da produção de cuidado.<sup>19</sup> A descrição das atividades nos diferentes módulos do eixo encontra-se no quadro 1.

**Quadro 1.** Descrição dos módulos do Eixo Trabalho em Saúde do Curso de Nutrição da UNIFESP-BS.

<b>Módulo</b>	<b>Ano/Semestre</b>	<b>Objetivo geral e estratégias</b>
Condições de vida e a produção social da saúde	Primeiro semestre	Analisar e discutir o processo saúde-doença na perspectiva do sujeito em território, e as implicações para a prática profissional em saúde. Turmas mistas realizam práticas em diferentes territórios e equipamentos de saúde.
Desigualdades sociais e políticas de saúde no Brasil	Segundo semestre	Discutir os fundamentos básicos de análise das condições de vida, situação de saúde e trabalho, bem como as contribuições da epidemiologia na gestão em saúde em um contexto de desigualdade social. Discutir a constituição histórica da Seguridade Social e da política nacional de saúde, os princípios, diretrizes e bases legais do Sistema Único de Saúde e a gestão e organização dos serviços públicos de saúde. Turmas mistas realizam práticas em diferentes territórios e equipamentos de saúde.

continua

<b>Módulo</b>	<b>Ano/Semestre</b>	<b>Objetivo geral e estratégias</b>
Encontros e a produção de narrativas*	Terceiro semestre	Contribuir para a construção de uma abordagem comum às diversas áreas profissionais que considere a realidade vivida pelas pessoas e as diversas dimensões envolvidas no processo saúde/doença/cuidado. Duplas mistas de estudantes realizam narrativas com indivíduos em diferentes territórios da cidade.
Trabalho em equipe e práticas coletivas*	Quarto semestre	Possibilitar o exercício de práticas coletivas comuns às cinco áreas da graduação com grupos populacionais ampliando os espaços de escuta, diálogo e reflexão a fim de possibilitar ações de promoção da saúde. Equipes mistas de estudantes, a partir da escuta das diferentes condições de vida e das principais demandas de saúde da população residente nas diversas regiões de Santos, criam ações interventivas de promoção de saúde, usando o dispositivo grupal.
Clínica integrada: produção de cuidado*	Quinto e sexto semestres	Dar continuidade à formação de uma clínica integrada e <i>comum</i> aos vários campos profissionais, avançando na produção e gestão do cuidado individual e coletivo em saúde. Duplas ou trios mistos de estudantes elaboram e implementam projetos terapêuticos de cuidado para pessoas e/ou famílias selecionadas pelas equipes dos serviços de saúde.

\*Módulos oferecidos em dois semestres, para metade da turma em cada ocasião.

Observação: os estudantes do curso de Serviço Social participam dos módulos dos três primeiros semestres.

Fonte: UNIFESP.<sup>14</sup>

Os estudantes vivenciam o convívio com o outro e com a construção de relações interpessoais e de práticas profissionais compartilhadas com alunos, docentes, trabalhadores e usuários. O apoio e supervisão de todas as atividades do eixo são realizados por docentes da área de Saúde Coletiva e também das diferentes áreas profissionais que se combinam para a discussão e interação entre saberes e práticas de diferentes profissões, bem como de diversas formações.

Destaca-se que, na matriz do curso, o conteúdo de Saúde Coletiva é abordado de maneira transversal, tanto nos módulos do eixo TS, quanto nos do eixo específico. Os conteúdos de políticas

públicas, sistema de saúde; organização do processo de trabalho e da rede de serviços; conceito de saúde; trabalho em equipe; cuidado integral, entre outros, estão presentes no eixo TS.

A cena em análise é fruto da experiência no módulo ‘Clínica integrada: produção de cuidado’, em que duplas ou trios de estudantes são convidados a propor e refletir sobre estratégias de cuidado construídas em conjunto, rompendo com saberes hegemônicos.

Neste módulo, a estratégia de formação pauta-se no conceito de clínica *comum* às diversas áreas profissionais. A proposição da clínica *comum* envolve um sentido relacionado ao que é fundamental para qualquer profissional de saúde, como, por exemplo, a escuta, o diálogo, o vínculo, a ética, a capacidade de estabelecer relações de confiança, a responsabilização. Outro sentido comporta o que acontece na produção de estratégias compartilhadas de intervenção, no encontro das diferenças das áreas profissionais, na exploração do ‘entre’ as áreas disciplinares.<sup>5,6,19</sup>

O projeto de cuidado, atividade norteadora do módulo semestral, é construído a partir de visitas domiciliares semanais a um indivíduo/família e inclui a descrição das demandas e necessidades identificadas, das prioridades de saúde assumidas, do estudo da situação acompanhada a partir da fundamentação teórica, dos objetivos e das ações de cuidado propostas.

Na perspectiva da clínica *comum*, a aprendizagem ocorre a partir da experiência dos encontros com usuários, trabalhadores, estudantes e docentes, onde há o distanciamento das formas prontas de cuidar e a criação de ações compartilhadas por todas as áreas profissionais.<sup>5,19</sup>

A experiência tem mostrado que, diante da complexidade das situações de vida e de cuidado e do constante movimento de diálogo e discussão com as equipes de saúde, muitos acompanhamentos e projetos de cuidado têm continuidade e desdobramentos nos semestres subsequentes, como Ana e seus filhos.

Outra dimensão da continuidade diz respeito à articulação de ações entre as diversas frentes de integração ensino-serviço da Universidade nos equipamentos e no território, como, por exemplo, na Unidade Saúde da Família (USF) em questão, onde há atividades de estágios curriculares de Nutrição e Educação Física e de outros módulos do eixo TS. Estas estratégias têm se mostrado potentes na discussão de casos com as equipes, na construção da rede de cuidado e na parceria entre a Universidade e a Unidade Saúde da Família.

### Sobre as questões do cuidado em saúde que emergiram da cena

O processo de acompanhamento de Ana e seus filhos produziu uma miríade de imbricadas questões do cuidado em saúde especialmente relacionadas ao cuidado em situação de vulnerabilidade e ao cuidado a partir de um diagnóstico.

A cena em análise evidenciou a perspectiva do cuidado em, ou a partir de visitas domiciliares que implicaram o contato direto e concreto com o contexto de vida de Ana e seus filhos. Nesse sentido, as questões “como eles dormem?”, “o que eles comem?” ilustram problematizações a partir do que foi observado na visita, e não necessariamente foi dito no(s) encontro(s) com Ana, e também pelas sensações e presenças – espaço, cheiro, temperatura, pessoas, animais. Estas questões, relativas aos hábitos de vida da família e sobretudo à alimentação, foram comuns a todos os alunos, docentes e trabalhadores, independente da área de formação.

Nesse contexto de vulnerabilidade, a hipótese de Ana e os filhos viverem em situação de insegurança alimentar e nutricional tornou-se parte central da construção dos projetos de cuidado, especialmente pelas condições de moradia e pela emblemática cena da porta da geladeira vazia durante a primeira visita. A discussão sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)<sup>a</sup> permeou as supervisões e ampliou o significado da alimentação, na medida em que relativizou a comida como necessidade biológica e considerou, concretamente, o acesso, preparo e consumo dos alimentos. Desse modo, os alunos compreenderam que o setor saúde, muitas vezes, não dá conta de responder às demandas da população e que as estratégias de cuidado, para Ana e seus filhos, teriam sentido somente a partir da perspectiva intersetorial.

Investigar aspectos como o acesso e a quantidade de alimentos consumidos pela família constituiu um dos desafios para a construção das ações de cuidado, uma vez que as condições de vulnerabilidade indicavam a delicadeza de abordar o tema da alimentação no sentido de reforçar a falta/carência/vulnerabilidade da família. A pergunta “eu preciso aplicar um recordatório de 24 horas para descobrir o que a família come e pensar em ações de cuidado?” foi recorrente entre os alunos de Nutrição.

Entrar nos domicílios implica se aproximar de contextos sociais e culturais que colocam em foco os limites de algumas ações técnicas inerentes às profissões e evidenciam alternativas que, muitas vezes, envolvem a articulação de pessoas, saberes e serviços.<sup>21</sup> Assim sendo, a visita domiciliar abriu a perspectiva de perceber a alimentação por meio de informações que não necessariamente precisavam ser ditas ou investigadas por meio de um instrumento de avaliação do consumo alimentar. Não se trata, portanto, de negligenciar o uso de indicadores tradicionalmente usados para avaliação nutricional e segurança alimentar e nutricional,<sup>22</sup> mas de pensar em que medida estas avaliações auxiliariam nos projetos de cuidado propostos.

---

a Direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.<sup>20</sup>



A discussão da dimensão do diagnóstico, no que concerne ao sentido e implicação para a definição de estratégias de cuidado, a partir do caso de Ana e seus filhos, apareceu também em referência à dislexia e à desnutrição.

Em relação à pergunta “os três filhos de Ana são disléxicos?”, mais que a confirmação do diagnóstico de dislexia, definida como um distúrbio ou transtorno de aprendizagem na área da leitura, escrita e soletração,<sup>23</sup> os projetos de cuidado envolveram problematizá-lo, principalmente com a equipe da USF.

Se, por um lado, a dislexia pode ser entendida em uma perspectiva organicista, como doença genética, decorrente de alterações neurobiológicas relacionadas à aprendizagem, comportamento e atenção; por outro, pode ser considerada um transtorno a partir do processo de patologização da educação, como fenômeno construído socialmente.<sup>23,24</sup> Assim, “questões de caráter afetivo, socioeducacional, pedagógico, linguístico, cultural e político se transformam em aspectos de ordem orgânica na escola e na clínica” (p. 972).<sup>23</sup>

Os estudantes apontaram tensão ao ter que definir projetos de cuidado sem a confirmação do diagnóstico de uma patologia, como exemplifica a pergunta “o que podemos propor no projeto de cuidado, uma vez que não há nada óbvio como o diagnóstico de alguma doença de Ana ou o de desnutrição no(s) filho(s)?”

Diante da vulnerabilidade da família de Ana, a perspectiva de avaliar, além do consumo alimentar, o estado nutricional das crianças foi discutida pelos docentes, alunos e trabalhadores.

Entender a possível insegurança alimentar da família para além da concepção biológica, que dilui a questão da alimentação ao diagnóstico de déficit nutricional, ou desnutrição, especialmente em crianças, foi uma das prolematizações do grupo. O conceito clínico reduzido da fome (ou insegurança alimentar) e suas consequências físicas (como a desnutrição) presente em estudos de população de baixa renda reforça a importância de considerar, para além das sensações físicas, os sentidos e símbolos individuais e intersubjetivos “gerados pela insegurança concreta de alimentar-se” (p. 38).<sup>25</sup>

Em outras palavras, ainda que o monitoramento do crescimento infantil e a prevenção, controle e tratamento da desnutrição sejam atribuição da atenção básica em saúde, questões importantes sobre o diagnóstico de desnutrição, trazidas pelos estudantes, permearam a discussão sobre os projetos de cuidado. Não se tratou de negar a evidência científica, tampouco critérios objetivos e mensuráveis das condições de vida e saúde da família, mas interessava não reduzir a precária situação familiar a um diagnóstico antropométrico e biológico, distante de um contexto sociocultural e cotidiano de vulnerabilidade e de uma possível violação ao direito à alimentação.

O amplo entendimento sobre a normalidade e a patologia não se delimita somente a critérios mensuráveis, pautados em distribuições de valores e médias populacionais, como no caso do estado

nutricional infantil, mas é permeado por construções sociais. A saúde pode ser flexível, uma forma de viver harmônica distante da busca pela cura e de um estado ideal.<sup>26</sup>

A problematização do que é a normalidade e a desnutrição merece ser interpretada para além das curvas de crescimento, especialmente em crianças de baixa renda, para as quais a normalidade e formas leves de déficit nutricional não são consideradas problemas de saúde relevantes, tampouco o contexto socialmente produzido nas regiões de elevada vulnerabilidade.<sup>25</sup> Nesse sentido, a pergunta “o que o diagnóstico nutricional (de desnutrição) mudaria no projeto de cuidado?” foi com a intenção de dar sentido ao diagnóstico a partir da antropometria.

Compreender o processo de saúde-adoecimento-cuidado, a partir das singularidades e complexidade das situações de vida/alimentação observadas na visita domiciliar e no território, trouxe à tona os limites da atuação profissional, e os estudantes depararam com o “não saber”. Informar Ana sobre o estado nutricional dos filhos foi uma proposta que perdeu forças ao longo do processo de cuidado porque pareceu, naquele momento, não alterar as estratégias de intervenção. Durante as discussões, predominou a defesa da ideia de que poderia ser mais um “problema” a ser informado a uma mulher, solteira, mãe de quatro filhos, moradora da região de palafita de um bairro periférico. Além disso, Ana (que tem 1,50 m de estatura) referiu em uma das conversas que “o pai dos filhos mais velhos tinha a mesma altura que ela”.

O desconforto de informar o diagnóstico de desnutrição, neste caso, provocou o distanciamento da lógica de um diagnóstico que resulta em um determinado tratamento definido *a priori*, que, por seu turno, determina um prognóstico, no qual importa a doença e não o sujeito.<sup>27</sup> Dessa forma, os projetos de cuidado não contemplaram a mensuração do peso e estatura das crianças.

A perspectiva da clínica *comum*, estratégia utilizada nesta experiência de formação, portanto, distancia-se da apresentação e defesa de um modo de fazer preestabelecido, de um cuidar em saúde conhecido *a priori*. Nessa perspectiva, os projetos de cuidado para Ana e seus filhos não partiram do pressuposto da aplicação de uma técnica específica de cada profissão, mas de pensar sobre aspectos mais relevantes, fragmentos significativos do cuidado em saúde, a partir das demandas da família e da experiência interdisciplinar de formação e, também, de prática profissional.

### Sobre as propostas de ações de cuidado em saúde que emergiram da cena

As conversas com Ana no domicílio, em passeios pelo território, em visitas à USF e a realização de um piquenique, em espaço ao ar livre localizado no território, foram atividades propostas que permitiram aos estudantes tomar contato com o repertório alimentar da família.

Para além dos alimentos consumidos, importava ter pistas sobre o lugar da comida para aquelas pessoas. Ana relatou que era responsável pelo preparo das refeições em casa, predominantemente,

arroz, feijão, legumes e carnes, e que utilizava o dinheiro do Programa Bolsa Família (PBF) para a compra de alimentos e, quando sobrava, para atividades de lazer ou recreação. Referiu que os filhos sempre comentavam sobre a comida da escola e que os professores relatavam bom consumo alimentar das crianças na instituição escolar. A alimentação escolar, neste caso, poderia garantir parte da alimentação cotidiana das crianças e contribuir para minimizar a possível situação de insegurança alimentar.

Emergiu do acompanhamento do caso a discussão do Direito Humano à Alimentação Adequada e do desafio de assegurá-lo diante de um cenário de extrema vulnerabilidade. Tomou-se contato com o referencial teórico dos programas de transferência condicionada de renda (TCR), como estratégias potenciais para garantia da SAN.<sup>28,29</sup>

A mulher como a principal interlocutora dos programas de TCR colocou Ana como beneficiária do PBF e responsável pelo cumprimento das condicionalidades, como acompanhamento da vacinação e frequência das crianças na escola. Uma das estratégias de cuidado foi auxiliá-la no contato com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), para conhecer os programas em nível municipal. Uma possibilidade foi o Programa Municipal de Transferência de Renda Nossa Família, para aquelas com renda média *per capita* de até cento e vinte reais e com filhos e/ou dependentes menores de 16 anos em situação de risco, que visa garantir renda mínima e fomentar a inclusão social.<sup>30</sup>

Ao se debruçarem sobre as questões de gênero e os programas de TCR, os estudantes trouxeram a questão de famílias monoparentais, que reforçam o papel feminino, de Ana, como responsável pelos cuidados dos filhos, incluindo a alimentação. Se, por um lado, a mulher como beneficiária do PBF pode reforçar o lugar de mulher cuidadora e os contextos socialmente configurados;<sup>31</sup> por outro, pode conferir autonomia para arbitrar sobre seu uso e oportunizar o papel da mulher como interlocutora entre a família e o mundo, sem a necessidade de figuras masculinas.<sup>32</sup>

Considerando a complexidade do papel feminino na esfera doméstica e de reprodução e, particularmente, o lugar de Ana como chefe de família, alguns temas foram abordados nos encontros, como a possibilidade de trabalho formal e as redes informais de cuidado, como familiares, amigos e vizinhos, que se mostraram frágeis. Nesse sentido, Ana referiu fazer alguns “bicos” diante da dificuldade de trabalhar rotineiramente devido à filha, que frequenta a escola somente no período da manhã, e à dependência da vizinha para cuidar da criança.

As atividades dos projetos de cuidado contaram, algumas vezes, com a presença dos filhos de Ana e a interação com as crianças foi crescente e, em situações concretas, a linguagem falada estava presente. Atividades com livros e gibis também foram propostas para estimular a relação das crianças com este material e a inclusão da mãe e dos irmãos na ressignificação da aprendizagem das crianças, na tentativa de dar um lugar à leitura na vida familiar.

Estas estratégias ilustram a composição de uma forma de pensar a partir da articulação de saberes e setores e também das diferentes tecnologias de cuidado: dura, leve-dura e leve. A primeira se refere aos procedimentos de diagnósticos e terapêuticos (exames laboratoriais, medicamentos); a segunda permite processar o olhar do profissional sobre o usuário a partir de um pensamento estruturado (a epidemiologia, por exemplo); e a última produz relações a partir do encontro com o usuário, da escuta, da construção de vínculo e de confiança. Nesse campo, das relações, constroem-se formas de captar a complexidade e singularidade do contexto de vida e saúde de cada pessoa/família, constitutivos do trabalho vivo, em ato.<sup>33</sup>

Na experiência em questão, pode-se dizer que os estudantes puderam pensar sobre a possível combinação entre as tecnologias, a depender das demandas identificadas e dos desejos de Ana, em encontros de produção de atos de saúde com predominância de tecnologias leves.

Para o fortalecimento da parceria ensino-serviço, de estratégias de educação permanente em saúde e do papel formador do SUS, todas as ações dos projetos de cuidado foram informadas e discutidas com a equipe da USF, durante o semestre ou em reuniões de finalização de módulo. Considerando que o diagnóstico de dislexia das crianças foi o que motivou a equipe de saúde a indicar a família de Ana para acompanhamento no eixo TS, questionamentos quanto ao que é considerado “normal”, à existência de um modelo dominante e homogêneo de desenvolvimento infantil, à qualidade das interações no contexto escolar e familiar e à precariedade do sistema de ensino brasileiro e da formação docente, foram norteadores dos diálogos entre todos os atores envolvidos na discussão do caso.

Em reunião com a equipe da USF, foram sugeridas duas frentes para continuidade das ações de cuidado à família de Ana: 1. atenção ao momento do cadastramento dos beneficiários do PBF, atividade realizada pela equipe da USF em parceria com os estagiários de Nutrição, quando acontece a avaliação antropométrica das crianças, com a ressalva de que os dados antropométricos dos prontuários eram inexistentes ou inconsistentes (a única informação disponível nos prontuários era que a terceira criança havia nascido com baixo peso); 2. agendamento de uma reunião de rede, com representantes dos equipamentos de saúde, educação, assistência social e Universidade, para discussão mais aprofundada da situação familiar, com vistas a fortalecer a rede de cuidado formal da família.

Ainda que a estratégia pedagógica desta proposta de formação – o exercício da clínica *comum* por meio de projetos de cuidado – tenha possibilitado aos estudantes pensar, propor e executar ações de cuidado contextualizadas, foram muitos os desafios do trabalho de campo no sentido de transitar por espaços de vulnerabilidade, distantes da realidade de vida dos discentes; de ter contato com os imprevistos do trabalho em saúde, como a ausência de Ana no domicílio em

algumas visitas agendadas previamente; e de perceber a complexidade do encontro no espaço privado da residência.

Esta aposta de integração ensino-serviço não é a única forma de pensar sobre, e experimentar, o cuidado em saúde contemplada na matriz curricular do curso. Diferentes módulos ofertam aos alunos a oportunidade de vivenciar o cuidado em diferentes cenários de práticas e perspectivas de atuação dos nutricionistas. São muitos os desafios para sustentar e fortalecer tal proposta, como as dificuldades do trabalho de campo (chuva, alagamento); da integração com os trabalhadores (em tempos de precarização e quadro reduzido de profissionais) e do trabalho docente (em constante negociação e pactuação com diversos níveis da gestão da saúde do município e nas instâncias dentro da Universidade). Tomando a formação em saúde, pensar em ações de cuidado contextualizadas e problematizar as práticas profissionais instituídas são desafios colocados não só aos estudantes, mas também aos docentes e trabalhadores, em uma experiência carregada de muitas perguntas e dúvidas e poucas certezas. Trata-se, portanto, do cotidiano do cuidado em saúde e do trabalho vivo, sempre em construção.

## Considerações finais

A cena e os projetos de cuidado descritos nesta experiência de formação em saúde, que envolve a clínica *comum*, permitem afirmar que pensar sobre as condições de vida e de saúde, incluindo a alimentação, e sobre o diagnóstico de patologias como dislexia e desnutrição são temas que extrapolam as especificidades das áreas profissionais.

Ainda que o relato tenha se concentrado em uma atividade de um dos módulos do terceiro ano do curso de Nutrição, as discussões e estratégias de cuidado indicam que a vivência nos outros módulos do eixo, bem como o conhecimento adquirido nos outros eixos, é ferramenta que compõe as discussões e ações de cuidado propostas.

A estratégia de formação interdisciplinar da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, provoca o questionamento dos diagnósticos descontextualizados e de ações de cuidado que reforçam a marca de condições vulneráveis de vida e de saúde e que resultam em práticas profissionais com pouca resolutividade. Para a formação de nutricionistas, a experiência do eixo TS faz um convite à reflexão sobre como estabelecer estratégias de cuidado nutricional a partir da reflexão sobre o uso de protocolos, técnicas e prescrições, o que não significa desvalorizá-los, mas dar sentido ao seu uso.

## Agradecimentos

Aos membros do LEPETS – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, e a todos os envolvidos nas atividades do Eixo Trabalho em Saúde.

## Referências

1. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; 19:20-28.
2. Siegmann C, Fonseca TMG. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. *Interface* 2007; 11(21):53-63.
3. Junqueira V, Frutuoso MFP, Castro e Silva CR. Os (des)compassos entre a universidade e os serviços de saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO. organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* Rio de Janeiro: Hucitec; 2013. p. 229-247.
4. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface* 2016; 20(56):147-158.
5. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. *Interface* 2013; 17(45):357-370.
6. Frutuoso MFP, Junqueira V, Capozzolo AA. A experiência de formação (em) comum de nutricionistas na Unifesp, *campus* Baixada Santista. *Saúde em Debate* 2017; 41(112):298-310.
7. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6(1):63-72.
8. Pinheiro R. Cuidado em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *Dicionário da educação profissional em saúde* [Internet]. 2009. [acesso em: 30 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>
9. Silveira LC, Vieira AN, Monteiro ARM, Miranda KCL, Silva LF. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. *Escola Anna Nery* 2013; 17(3):548-554.
10. Camargo Jr KR. Epistemologia numa hora dessas? (os limites do cuidado). In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO; 2013. p. 159-172.
11. Bustamante V, McCallum C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis* 2014; 24(3):673-692.
12. Bosi MLM, Prado SD. Alimentação e nutrição em saúde coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1):7-17.
13. Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(2):453-462.

14. Universidade Federal de São Paulo. Instituto de Saúde e Sociedade. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Nutrição. Santos: UNIFESP; 2016. [acesso em: 23 abr. 2017]. Disponível em: [https://www3.unifesp.br/prograd/app/cursos/index.php/prograd/arq\\_projeto/782](https://www3.unifesp.br/prograd/app/cursos/index.php/prograd/arq_projeto/782)
15. Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(3):757-762.
16. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; 376:1923-1958.
17. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozzolo AA, Henz AO, Casetto SJ. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-58.
18. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição. *Diário Oficial da União* 9 nov. 2001; Seção 1:39.
19. Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, Kinoshita RT. Movimentos de constituição do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Henz AO, Casetto SJ. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 69-123.
20. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 18 set. 2006.
21. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface* 2013; 17(44):61-73.
22. Burlandy L. Methodological reflections on food insecurity, nutritional status, and poverty. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(2):235-236.
23. Signor R. Dislexia: uma análise histórica e social. *Rev Bras Linguísta Apl.* 2015; 15(4):971-999.
24. Massi G, Santana APO. A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades. *Paidéia* 2011; 21(50):403-411.
25. Freitas MCS. *Agonia da fome*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA; 2003. 281 p.
26. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.
27. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Cerqueira P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC. organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.
28. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1441-1451.
29. Siliprandi EM. A alimentação como um tema político das mulheres. In: Rocha C, Burlandy L, Magalhães R. organizadores. *Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 187-198.

30. Santos. Prefeitura Municipal. Benefícios assistenciais e auxílios. Assistência social. [acesso em: 30 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/?q=cidadeaberta/link/889426-beneficios-assistenciais-e-aux-lios>
31. Mariano SA, Carloto CM. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família. Revista Estudos Feministas 2009; 17(3):901-908.
32. Pires A. Orçamento familiar e gênero: percepções do Programa Bolsa Família. Cad Pesquisa 2012; 42(145):130-161.
33. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Recebido: 07/05/2017

Revisado: 11/07/2017

Aceito: 24/08/2017