

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Leonardo Bortoluzzi Mostardeiro

**MEMÓRIAS DA RESIDÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: FOCO NA FORMAÇÃO**

Santa Maria, RS

2018

Leonardo Bortoluzzi Mostardeiro

**MEMÓRIAS DA RESIDÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: FOCO NA FORMAÇÃO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Orientadora: Profa. Dra. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS

2018

Leonardo Bortoluzzi Mostardeiro

MEMÓRIAS DA RESIDÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FOCO NA FORMAÇÃO

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Aprovado em 28 de fevereiro de 2018:

Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)

(Presidente/ Orientadora)

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, Me. (SMS)

Vania Maria Fighera Olivo, Dra. (UFSM)

Clarissa Faverzani Magnago, Me. (UFSM)

Santa Maria, RS

2018

RESUMO

MEMÓRIAS DA RESIDÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FOCO NA FORMAÇÃO

AUTOR: Leonardo Bortoluzzi Mostardeiro

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

Este estudo trata das (com)vivências produzidas durante os dois anos de Formação em um Programa de Residência Multiprofissional, na Atenção Básica, em unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria, RS. Memórias subjetivas e coletivas da residência versam sobre alguns ca(u)sos e respectivas construções, bem como situações desafiadoras vividas durante o processo formativo de um grupo de residentes. A operacionalização deste “ensaio” consiste numa operação de pensamentos sobre a experiência e a criação de uma narrativa na qual interagem elementos referentes à concepção de saúde, de educação e da vida cotidiana, incluindo profissionais e usuários do sistema público de saúde. Reconhecem-se o valor da humanização do cuidado e das tecnologias leves nos processos de trabalho em saúde. O Sistema Único de Saúde é um campo fértil para a formação humana (ampliação das nossas capacidades de ação e reflexão no mundo) e a Atenção Básica um profícuo cenário para a capacitação (criação efetiva dos espaços de ação envolvidos).

Palavras-chave: Formação Profissional, Atenção Primária à Saúde, Humanização, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

MEMORIES FROM THE RESIDENCY IN PRIMARY CARE/FAMILY HEALTH STRATEGY: FOCUS ON TRAINING

AUTHOR: Leonardo Bortoluzzi Mostardeiro

ADVISOR: Elenir Fedosse

This study is about the experiences produced during the two years of training in a Multi professional Residency Program in Primary Care, at Family Health Strategy services in the city of Santa Maria, RS. Subjective and collective memories of the residence are related to some cases and respective constructions, as well as challenging situations during the formative process of a group of residents. The operationalization of this essay consists of an operation of thoughts about the experience and the creation of a narrative in which elements related to the conception of health, education and daily life interact, including professionals and users of the public health system. The value of humanization of care and of light technologies in health work processes is recognized. The Unified Health System is a fertile field for human formation (expanding our capacities for action and reflection in the world) and Basic Care is a profitable scenario for professional qualification (effective creation of the spaces of action involved).

Keywords: Professional training, Primary Health Care, Humanization of care, Unified Health System.

SUMÁRIO

1. DO FOCO E DAS INTENÇÕES	7
2. O PERCURSO PERCORRIDO	8
3. CA(U)SOS E RESPECTIVAS CONSTRUÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS	9
3.1 Saúde e Sobriedade.....	9
3.2 Brasileiro Gosta de Fila	12
3.3 Saúde de Bairro.....	15
3.3.1 Rafael e sua mãe.....	16
3.3.2 Grupo do Futebol	18
4. DEIXANDO (IM)PRESSÕES.....	22
5. REFERÊNCIAS	23

1. DO FOCO E DAS INTENÇÕES

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são meios para a formação profissional de qualidade. O financiamento e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política visam mudar o desenho tecnoassistencial e consolidar o campo da gestão da educação como estratégia fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A potencialidade dos Programas de Residência está em contribuir para qualificar a atenção que os serviços de saúde locais necessitam ofertar às comunidades (BRASIL, 2006a).

Defende-se que os Programas de Residência Multiprofissional podem apresentar respostas efetivas e coletivas para problemas complexos de forma transdisciplinar, intersetorial e atentam para questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas. E, no conjunto dessas respostas, destacam-se a criação de espaços de saúde pensados junto com a população, a equipe de saúde, o controle social, as escolas do bairro, entre outros (BRASIL, 2006a).

A Atenção Básica (AB), termo e conceito adotados no Brasil para se referir à Atenção Primária à Saúde, é desenvolvida por meio de extrema descentralização e capilaridade, posto que a implementação das equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) possibilita chegar ao domicílio das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários no SUS. Por isso, é imprescindível que se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, 2012).

É importante destacar que os aspectos acima mencionados podem ser potencializados pelo princípio da Humanização, compreendido como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, destacado na Política Nacional de Humanização - PNH - (BRASIL, 2003). Tal política carrega os valores da autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde e aposta na AB como espaço privilegiado na construção do SUS humanizado (BRASIL, 2010b).

Outra Política Nacional importante de ser mencionada neste trabalho é a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006). A Promoção da Saúde, na AB, é entendida como um modo de pensar e construir ações que respondam às necessidades sociais em saúde. Deve focar-se nos determinantes e condicionantes da saúde, como, por exemplo, violência, desemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, fome, etc. Essa política, numa perspectiva ampliada de saúde, potencializa formas mais amplas de intervir, e, baseia-se, dentre

outras diretrizes, na intersetorialidade - compreendida como uma articulação de distintos setores para pensar a saúde e responsabilizar-se pela sua garantia enquanto um direito humano e de cidadania, visando criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população (BRASIL, 2010c).

No sentido acima, a AB constitui-se como um cenário de prática de extrema importância para a formação em saúde, sobretudo porque, no caso, os pós-graduandos/profissionais residentes, ao atuarem nas Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, têm a oportunidade de se aproximarem da realidade das comunidades/populações e, assim, desempenharem um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012). Maturana e Rezepka (2000) definem a educação como um processo de transformação na convivência, que visa ampliar as nossas capacidades de ação e reflexão no mundo; a educação fundamenta-se na tarefa da formação humana. Assim, pode-se afirmar que as construções produzidas durante a “Residência” convergem para a noção de capacitação, definida por Maturana e Rezepka (2000) como a criação efetiva dos espaços de ação (saber-fazer) e vice-versa (fazer-saber). Portanto, a produção de capacidades envolve o refletir para fazer e o fazer para refletir. Adotando-se essas reflexões, a pergunta que se fez para a elaboração deste ensaio foi: o que sentiram, o que fizeram e o que entenderam os residentes, preceptores e tutores da AB, ao longo dos dois anos de formação de um grupo multiprofissional (odontologia, educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia)?

Para responder às indagações, aqui apresentadas, estabeleceu-se como objetivo resgatar e entremear as memórias do autor deste ensaio com a de outros residentes, preceptores e tutores da AB, focalizando-se, assim, o processo formativo de todos os envolvidos em um Programa de Residência Multiprofissional em AB/ESF.

2. O PERCURSO PERCORRIDO

A operacionalização deste “ensaio” consiste numa operação de pensamentos sobre a experiência e a criação de uma narrativa subjetiva com falas do coletivo em que interagem elementos referentes à concepção de saúde, de educação e da vida cotidiana, por isso, foram incluídos os profissionais (residentes, preceptores e tutores) e os usuários da AB do sistema público de saúde local, no qual ocorreu o aprimoramento da formação profissional, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

No sentido acima, são apresentadas situações e reflexões sobre o vivenciado pelo autor e seus interlocutores. Apresentam-se ca(u)sos e suas respectivas construções, revelando conteúdos relativos à Humanização na AB: acolhimento, mudança de processos de trabalho, intersectorialidade e práticas coletivas.

O material usado na elaboração desta narrativa foi levantado a partir das memórias do autor (registro de atividades – uma das formas de acompanhamento e avaliação dos residentes usado no Programa de Residência Multiprofissional) e de entrevistas com os residentes, preceptores e tutores, realizadas no final dos dois anos de formação (entre dezembro de 2017 e janeiro de 2018).

Convém ressaltar que os princípios da pesquisa com seres humanos foram respeitados, de modo que os participantes assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE), da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número CAAE 53596916.0.0000.5346.

3. CA(U)SOS E RESPECTIVAS CONSTRUÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS

3.1 Saúde e Sobriedade

Trabalho o acolhimento de um rapaz virado da noite e alcoolizado. Segundo (BRASIL, 2006b), o acolhimento é tido como uma das diretrizes de maior relevância da PNH (BRASIL, 2003) e fundamental de ser praticado na AB (BRASIL, 2012¹). Esse ca(u)so representa a incorporação da noção de produção de saúde prevista na Política Nacional de Humanização:

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde. Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (BRASIL, 2006b, p.12, grifos meus).

¹ Optamos por utilizar a referência de 2012 da Política Nacional de Atenção Básica (baseada na portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011), por questionar a rapidez e a legitimidade do modo como foi reformulada, em 2017, pelo Ministério da Saúde.

Lembro-me de que nem sempre eu colocava uma pauta para as reuniões de equipe semanais, mas, geralmente, eu pedia a palavra; sempre dei mostras, para a equipe, de como estava sendo o processo formativo do grupo de residentes: os dilemas, os aprendizados e as construções. Assim como eu, outros pensavam a formação em serviço, como constatado no excerto da fala de um colega residente:

A Residência me parece ser a parte pensante também. Não que a equipe não seja. Mas a Residência está como cutucadora; está como provocadora de espaços de reflexão. E acho que isso a gente não pode deixar morrer. Essa é a função mais importante da Residência. Não causar a mudança, necessariamente, mas causar a reflexão. (R2b)

Vamos ao ca(u)so. Tudo começou quando Marlene (nome fictício da recepcionista) gritou: - *Thor!* (apelido atribuído, por ela, a mim), frente a Davi (nome fictício) bêbado, debruçado sobre o balcão da recepção. Cheguei e tentei uma conexão. As pessoas da sala de espera olhavam com desprezo. Não fiquei abalado. Acreditei na potência do trabalho afetivo, em sua capacidade de incidir nos processos de produção de subjetividade e na força afetiva produzida pelo encontro (LANCETTI, 2011).

Perguntei se ele estava com sede, com fome... Ordenou-me que lhe pegasse uma água. Peguei uma garrafa na geladeira e dois copos. Convidei-o para sentarmos num banco de concreto, do lado de fora, perto da porta da unidade, para podermos conversar com privacidade. Ele tirou um papel e um pacote de fumo do bolso e ordenou-me que fechasse o palheiro para ele.

Falei que não sabia executar tal ação, mas que poderia ser uma boa oportunidade para aprender. Quando ele retrucou “*fechar um bauro²... tu sabe né!?*”. Fechei como pude, pedi um isqueiro para Marlene, que me emprestou um prontamente. A fumaça do cigarro entrou para a sala de espera. Marlene pediu que fôssemos mais longe para fumar. Conversamos até o palheiro acabar.

Trinta e sete anos tinha o Davi. Contou-me da família, das perambulações, do sofrimento que existia em sua vida. Que tomava cachaça e catava latinhas. Pediu que medisse a sua pressão. Falei que iria pedir ajuda a uma colega. Davi entrou na unidade e se sentou. Ao seu lado, sentei-me também, pedindo que esperássemos a colega vir aferir sua pressão arterial.

Durante a espera ... Seguimos conversando. Sugeri um café preto, imediatamente aceito por ele. Falou do pai já falecido. Sentia falta de sua supervisão. Contou-me que o velho acompanhava seus passos, fazia-o refletir sobre os caminhos que percorria.

² Vulgo cigarro de maconha.

Davi também me falou que não conseguia entender o porquê de estar recebendo a minha atenção. Falei que era um profissional da saúde e que o SUS é para todos. Que atendê-lo era um direito dele e meu dever. Notei que um senhor, sentado atrás, observava-nos; quando foi embora, deu-me dois “tapinhas” nas costas e assentiu com a cabeça. Interpretei como um reconhecimento pela minha atitude (escuta e presença física ao lado do Davi, acompanhando-o em suas necessidades).

Davi pediu mais café. Agradeceu muito depois que a sua pressão foi aferida. Pergunto-me: será que era só a pressão das artérias que ele fora “medir”? Haveria outra pressão que o seu velho media, mas que agora, esse “aparelho” não existindo mais, Davi atribuía à unidade de saúde? A equipe de saúde da unidade tem-se apresentado como um dispositivo capaz de cuidá-lo?

Na sequência, Davi perguntou onde ficava o banheiro. Na volta, agradeceu-me muito, falou que na próxima semana ia chegar cedo para “pegar ficha” para sua irmã (à época ainda operava o “benficiente modelo de agendamento por fichas e fila”, mas sobre este tema falarei mais adiante no “Brasileiro Gosta de Fila”).

Despedimo-nos. Davi só foi saber mais ao final do encontro que eu sou psicólogo. Chegou a me perguntar por que eu não usava jaleco. Respondi que é porque não realizo procedimentos invasivos. Na verdade não é só por isso, mas foi a resposta que me ocorreu naquele momento. Desconfio que Davi nunca foi tão bem atendido num estabelecimento de saúde, nem quando na sobriedade. É preciso “desviciar” o olhar dos profissionais da saúde, conforme apontou uma das preceptoras entrevistadas:

Então, eu acho que tem, tem muita diferença, até na mudança da visão, na mudança dos profissionais, sabe? No comportamento dos profissionais. Eu vejo que a residência apoia isso. E tudo com muito jeito, né. Eu acho que também vai do tipo de residente que a gente tem. E eu vejo que vocês têm um jeito muito bom sabe? Um jeito muito agradável de potencializar as mudanças. E também, nós da equipe, temos um olhar e vocês, que eu digo “de fora” e a menos tempo, conseguem ver muito melhor. O que a gente já tá viciado, sabe? O nosso comportamento aqui já é viciado. E vocês vêm pra justamente o contrário. (P4)

A propósito dos ditos vícios, passo a discutir o processo de trabalho – um tema caro à formação profissional durante a Residência –, na seção que segue.

3.2 Brasileiro Gosta de Fila

A frase que dá nome ao ca(u)so foi proferida por um jovem profissional integrante da equipe de saúde, durante uma reunião, na qual se discutiam possíveis mudanças na forma de agendamento das consultas para dar cabo ao dramático sistema de fichas e filas. O rapaz comentou que não tinha por que a gente perder tempo falando sobre isso simplesmente pelo “fato” de que brasileiro gosta de fila.

Lembrei-me do primeiro dia de Residência no campo. Cheguei antes de abrir a unidade. Não sabia que os profissionais entravam pela porta dos fundos e esperei a porta ser aberta; conversei com as pessoas na fila, rotina de muitas para conseguir ser atendida na unidade, e me deparei com o seguinte estranhamento: pensava que ficha e fila não existissem mais. Pensei: vou ter que chutar cachorro morto? Vai vir desafio pela frente. E, não tardou, logo escutei de um profissional da equipe a naturalização das fichas e das filas.

Lembrei-me do filme “O nome da Rosa” (1986), baseado no livro de Umberto Eco lançado em 1980 que carrega o mesmo nome e que se refere ao período histórico da baixa idade média, no tempo da inquisição, assistido numa aula de história, durante os anos fundamentais. Tiveram duas cenas que eu não esqueci e espero nunca esquecer. A primeira é a da fila para o pagamento de indulgências, na qual um personagem fala: “por tudo aquilo que destes na terra, receba cem vezes no céu. Podes ir”. A segunda cena é o que acontece quando dois personagens estão investigando um crime, no lado de fora do monastério, e observam restos de comida sendo lançados no chão a um grupo de pessoas ávidas por alimento. Junto da cena, um dos personagens comenta com o outro: “Outra doação generosa da igreja aos pobres”.

Recorro a Moffat (1982) para discutir a beneficência como uma das formas de desqualificar e humilhar o ser humano nos serviços de saúde: “Tome estas migalhas e agradeça-me” (p.65). É essa a mensagem que as fichas e as filas me passam.

Esta minha indignação e reflexão dialoga com o que a PNH diz sobre serviços que ainda convivem com filas madrugadoras na porta, onde as pessoas disputam por atendimento/cuidado, pelo critério da hora de chegada.

Muitos serviços de saúde reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento (BRASIL, 2006, p. 14);

Posso dizer que fomos um grupo de residentes bastante unidos; resistimos durante dois anos, bravamente. Orgulho-me de ter sempre lutado, de ter assumido uma posição, não ter me omitido perante os absurdos. Em outras palavras, ter amado em tempos odiosos; ter criado um modo de habitar dignamente um campo tão complexo como é o da AB.

Para efetuar mudanças é preciso desenraizar-se; é preciso arrancar-se para se mover um pouco melhor. A equipe, muitas vezes, acha tudo muito difícil. Vejamos as falas de duas preceptoras:

Eu acho que não tem como comparar o nosso serviço antes e depois, com a chegada da Residência. Tem uma diferença muito grande. Muito grande mesmo. Eu acho que a Residência é um disparador de discussão de processos, disparador de várias ações. Aí, a equipe acha difícil, mas a residência vai lá e dá o apoio para a equipe ... para que consiga dar certo. (P4)

Vi muitas mudanças depois que a Residência entrou. Muitos processos de trabalho mudaram; a gente terminou com agendamento de consulta, a gente começou acolhimento. Muitas coisas foram organizadas depois que a residência entrou. Os residentes fazem parte da equipe, mas também vão dar o apoio para equipe quando ela precisar andar sozinha, sabe. (P3)

Confesso que até o último semestre de Residência, eu e uma colega - com a qual conversei muito sobre os processos da equipe – concordamos que sairíamos da unidade sem ver esse sistema de fichas e filas “desmoronar”. Ainda bem que nos enganamos. Assim, esperamos ter feito “obra de arte”, no sentido que Deleuze e Guattari (2010) a conceituam: para se tornar obra, uma arte precisa manter-se em pé sozinha, para além dos seus criadores.

Realmente, foi possível terminar com a questão de se ter um dia fixo para agendar consulta, sem critérios e sem uma escuta prévia. E esse fato por si só já merece muita comemoração. Porém, a mudança de lógica de atendimento precisa acontecer concomitante a uma mudança de pensamento sobre a concepção que se tem sobre saúde e sobre o país. É Campos (2018, p. 5) quem ensina que “O SUS é melhor e mais generoso do que o Brasil”:

Em grande medida, o SUS é a expressão concreta de uma história de luta pelo direito à saúde. É necessário falar sobre o SUS, comentar sobre essa utopia e sonhar com a possibilidade concreta de que isto seja possível, algo que depende da defesa do que foi construído, mas também de mudanças que superem inúmeros impasses que separam o SUS da lei daquele SUS real vivenciado no dia a dia (CAMPOS, 2018, p.6).

No dia a dia da AB, do sistema de saúde local, convivemos com problemas de perfil profissional (trabalhadores insatisfeitos com o cargo e/ou com a profissão) e com outros que não veem a hora de que ele acabe, mas que não abrem mão das garantias do emprego público e do salário que, em certos cargos, é bom.

Além do apoio da Residência para transformar processos de trabalho, a unidade contou, no mesmo período, com o apoio de facilitadores do processo de Planificação da AB, coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e trazido para o município pela Secretaria da Saúde, então sob a responsabilidade da mentora do Programa de Residência Multiprofissional na AB/ESF, e com o terceiro ciclo (avaliação externa) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde (MS). A conjunção desses movimentos tem possibilitado as mudanças nos processos de trabalho das equipes de ESF. A propósito, como a unidade conta com duas ESF's, optou-se por iniciar a mudança por uma delas e, cerca de dois meses depois, as duas equipes já estavam operando via Acolhimento, definido como:

(...) um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006b, p.21).

Dia desses, o médico de uma das ESF's reclamou que estavam passando o usuário acolhido sem conversar previamente com ele sobre o caso, contrariando o que foi combinado em reunião de equipe: sempre antes de lançar consulta médica, o responsável por sua acolhida compartilharia o já levantado, garantindo melhor cuidado e trazendo agilidade ao serviço.

A ideia central que fez com que ocorresse a referida mudança no processo de trabalho foi a prática da escuta, abrir-se para o usuário, antes de mais nada. Ouvir o sujeito para construir o seu cuidado. Mas, ainda hoje, há certa resistência de algumas categorias em querer realizar essa escuta, caracterizando um ponto difícil de manejar.

Essa escuta é vista como algo de menor importância, perda de tempo ou mais uma atribuição. Na verdade, este ponto de vista ainda reproduz uma relação de poder entre as categorias profissionais o que dificulta a cooperação da equipe na execução das atribuições comuns a todos os trabalhadores e, a tão almejada, prática interdisciplinar, que implica parceria entre as categorias.

Brasil (2006b) afirma que a Humanização vem no sentido de cidadanização das pessoas. E que a grande questão, hoje, é perceber que o acolhimento muda a relação de poder entre as categorias profissionais e não a competência das categorias, ou seja, refere-se para o modo com que se relacionam e se conectam os profissionais, tendo em vista a integralidade do cuidado.

Neste sentido, tem-se a percepção de que um Programa de Residência Multiprofissional pode produzir isso:

Aqui na Estratégia, vejo uma interação muito maior com a equipe. Vejo o quanto foi um divisor de águas a Residência, aqui dentro. Tanto na opinião dos residentes quanto a opinião dos próprios servidores daqui, dos próprios profissionais. Houve uma diferença antes e depois da Residência... para melhor. Realmente, é aquele princípio: a Residência potencializou o serviço. (R1c)

Mas, mais do que avançar na relação interprofissional, no interior das equipes de saúde, ocorreu avanço na relação da ESF com outros equipamentos sociais do entorno da unidade de saúde. A seguir, tratarei das ações intersetoriais, das práticas coletivas e (com)vivências em saúde.

3.3 Saúde de Bairro

Conforme discutido na seção anterior, um dos desafios trazidos pela PNH, para efetivação dos princípios do SUS, é reativar, nos encontros, a capacidade de escuta e acolhimento dos profissionais de saúde. Isso implica, entre outros fatos, assumir o *coletivo* como plano de produção da vida e o *cotidiano* como plano de reprodução, experimentação e invenção de modos de vida (BRASIL, 2006b).

No sentido acima, Capistrano Filho (1999) elenca três conceitos essenciais para que se alcance Saúde da Família, a saber: *grupo, território e responsabilização*. O autor invoca o olhar do profissional para o contexto familiar e social (conhecer como as pessoas vivem) e para o cultivo de uma nova sociabilidade. Propõe, assim, a formação ou o fortalecimento de práticas grupais que efetivamente existam no território, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população com sua estrutura, história, cultura e organização. Qualifica, por fim, como um trabalho enérgico e que requer “uma entranhada ética de responsabilidade de toda a equipe pela vida da população que lhe é confiada” (CAPISTRANO FILHO, 1999, p. 95).

As entrevistas mostraram que as unidades que conseguem operar segundo as lógicas da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b) e da Política Nacional de AB (BRASIL,

2012) ou seja, no modelo de ESF são às que contam com a participação dos residentes, conforme as falas que se seguem:

O trabalho dessa equipe que tem Residência é mais ampliado. São ações bem mais diversificadas. Existe mais ação de promoção, de prevenção e de educação em saúde. Existe uma articulação maior com as escolas. Existe isso do território mais ampliado. Naquelas unidades que não têm Residência, a gente vê que, às vezes, a equipe consegue dar conta daquilo que mais chega na unidade. daquelas consultas que são preconizadas. Mas, ela muitas vezes não consegue sair tanto. Fazer tantas ações, né, tantas intervenções diversificadas. (P5)

Uma política, por exemplo, que tá em vigor aqui na estratégia de saúde é o próprio acolhimento, que tá na política de humanização do SUS. É um exemplo, mas que começou pela participação da Residência. A Residência potencializou essa ação. Mas, se a Residência não faz, a gestão não faz. Os funcionários, os servidores não fazem. Então, e a gente teve, vamos dizer, sorte por pegar uma equipe que acolheu realmente essa iniciativa da Residência e realmente parece que vai ter futuro, não vai parar com a Residência, sabe? Porque os profissionais puderam ver a mudança que teve tanto da interação da equipe quanto dos usuários com essa política, com esse princípio da política. (R1c)

E eu saliento que a Residência impactou, desde quando ela foi implantada ela impactou, de uma forma muito grande no município, como força de trabalho e como força de mudança de realidade, realidade das unidades de saúde, de uma visão mais ampla né? De um olhar de estruturação... de uma saúde muito ampliada que não existia antigamente. (T1)

Pois bem, foi tendo em vista a importância de compartilhar as mudanças referidas pelos sujeitos envolvidos com a Residência e, sobretudo, as práticas coletivas, de acordo com o abordado por Capistrano Filho (1999), que escrevi esta seção - Saúde de Bairro – por meio de dois ca(u)sos: “Rafael e sua mãe” (parceria de trabalho da ESF com a Educação Infantil) e “o Grupo do Futebol”. Ambos buscam concretizar a *intersetorialidade*, caracterizada pela articulação entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, por saberes, poderes e vontades diversos. Abordando-se um tema ou situação em conjunto, visa-se superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2010).

3.3.1 Rafael e sua mãe

Conheci Rafael (nome fictício) quando ele tinha cinco anos e estava matriculado na EMEI (Escola Municipal de Educação Infantil) há um ano, mas não havia se inserido na turma. Ficava sentado num banco do corredor de entrada da escola, ao lado de sua mãe. A diretora demonstrou preocupação e pediu auxílio da ESF, pois não conseguia fazer com que o menino entrasse para

a sala de aula e passasse a conviver com os colegas; confiou-nos a tarefa de tentar desvendar o caso, pois, no ano seguinte, Rafael iria para o Ensino Fundamental.

Convém dizer que Rafael nem sempre dava “oi”, nem sempre fazia “contato visual”. Ao ser questionado sobre algo, olhava para a mãe comunicando que ela respondesse. Quando a sós com os profissionais, fazia perguntas incríveis, por exemplo: como se formam e de que são feitas as nuvens? Logo identifiquei – Rafael quando junto da mãe não precisava saber nada: tinha um tudo, naquela mulher total. Combinei com a colega enfermeira residente em atendê-los, de propósito, na própria escola, aproveitando a rotina da escola e o modo de participar dela de Rafael e sua mãe. Minha colega ficaria com Rafael e eu com a mãe - Juliana (nome fictício) - que tinha 31 anos.

Juliana contou que Rafael era o filho caçula de quatro (dois meninos e duas meninas) e que com os outros filhos, não existiu uma dependência tão forte assim em relação a ela, e que tiveram um ingresso tranquilo na escola. Contou também que saiu de casa cedo e que se casou também cedo; esses dois fatos tinham relação com um acidente que havia acontecido há uns 15 anos: ia à padaria com a irmã mais nova, a qual ela praticamente criava, quando um carro atropelou-a e, assim sua irmã faleceu. A culpa lhe corroe. As relações familiares se fragilizaram. Um mal estar sobre uma suposta culpabilização pelo ocorrido fez com que ela deixasse o lar de origem e fosse constituir família.

Em novo encontro com Juliana, quinze dias depois do primeiro, agora já na unidade de saúde, pensávamos meios de como ela poderia se permitir exercer autoridade sobre Rafael, pois me parecia que ela encarava os discursos do menino como lei. Tal fato se concretizou quando Rafael “invadiu a sessão”, ergueu a blusa de Juliana e mamou (Rafael já estava com quase seis anos). Aproveitei esse momento pós-mamada para conversar com Rafael. Perguntei-lhe o nome de seus familiares e os escrevi num papel. Houve resistência dele em dizer o nome do pai, revelado o apelido (algo como “Tchun” [também fictício], dando uma sensação de movimento com velocidade: algo que passa e escapa rápido), depois de muita insistência minha.

Após dois meses, em novo contato com Juliana, na unidade, fiquei sabendo que um acidente de trabalho fez com que o pai ficasse uma temporada em casa. É possível pensar os efeitos positivos dessa parada na vida do menino e da família, pois Juliana à época, conseguiu matricular Rafael num projeto social, no turno inverso da escola, o que mostrou maior autonomia de ambos. No entanto, um fato novo me preocupou - uma parente de Juliana, que também frequenta a unidade de saúde, contou-me que Rafael cortou as tetas de uma gata com

uma tesoura. Tal situação pode ser interpretada como um movimento de Rafael cortar sua ligação com a mãe. Ressalto que, em se tratando do cuidado na AB, uma aparente “fofoca de parente” pode contribuir com melhor conhecimento da saúde das pessoas, de modo a se poder trabalhar os dilemas das famílias, certamente que com o apuro ético necessário. Os profissionais crescem muito quando praticam ações em coerência com o contexto de vida das pessoas, podendo, então, fazer parte de algumas transformações ocorridas nas (com)vivências.

Várias vezes convidei Rafael para participar do Grupo do Futebol, mas ele não compareceu, mesmo morando bem perto do campo. Porém, numa mateada que fizemos como atividade de promoção de saúde ele jogou futebol com a gente, muito bem integrado. Isso foi no final da Residência.

Meu último encontro formal com Juliana foi no inverno de 2017, meu segundo ano de Residência. Demonstrei minha preocupação em prevenir questões de saúde mental de Rafael; disse-lhe que era preciso uma ação imediata para criar uma vinculação mais saudável entre eles. E, enquanto coordenação de cuidado, a equipe de ESF estava alerta e em busca da continuidade de um cuidado terapêutico apropriado ao caso.

Um primeiro deslocamento do olhar serviu de aprendizado para todos os envolvidos com este caso: levar a lógica da ESF para dentro da escola, fazendo com que a história do grupo familiar nos ajudasse a entender as relações estabelecidas e não individualizássemos o problema, ou seja, focar apenas no menino.

A partir deste caso, foi constituindo-se um trabalho de apoio da ESF à EMEI (ambos estabelecimentos se localizam lado a lado). Costumávamos brincar que o nosso público é praticamente o mesmo e não havia por que não nos aliarmos, o que se concretizou no caso de Rafael. A propósito, a diretora da EMEI mostrou-se feliz e agradecida pelo fato de Rafael ter se inserindo na turma. Juliana, por sua vez, comentou que agora a batalha era outra: a mudança de escola. Rafael havia se apegado à EMEI de tal maneira que queria frequentá-la até nos finais de semana. Observamos, assim, que a mãe se autorizou a confiar na escola e trabalhar o seu medo de que algo de ruim acontecesse com o seu filho, como aconteceu com a sua irmã mais nova.

3.3.2 Grupo do Futebol

O Grupo do Futebol foi criado por meio da parceria entre residentes, uma moradora, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) de uma das doze micro áreas de abrangência da

unidade de saúde, e muitas crianças e adolescentes do bairro. Teve como objetivo promover saúde, acompanhar o cotidiano de vida das pessoas e fortalecer os laços sociais e comunitários, conforme previsto na Política Nacional de AB (BRASIL, 2012) e especialmente no Caderno de Atenção Básica (Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família), no capítulo Projeto de Saúde no Território – PST (BRASIL, 2010a).

Em comum acordo, foram escolhidos dois turnos – um de manhã e outro de tarde, a fim de garantir o acesso e a participação das crianças e adolescentes no período inverso ao escolar. Para sua operacionalização, foi criado um termo de autorização assinado pelos responsáveis. De início, adotamos uma metodologia mais cooperativa que competitiva, tendo o futebol como potente meio para trabalhar as relações humanas: o futebol para além de um caminho para a ascensão social, o sucesso e a riqueza. Queríamos ver o que era possível com o que tínhamos no local, ou seja, buscávamos potencializar a potência das relações comunitárias.

As atividades desenvolvidas foram, então, ao encontro da proposta de PST, que se baseia na promoção de saúde, participação social, intersetorialidade, funcionando como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida, assim como para redução das vulnerabilidades num dado território (BRASIL, 2010a).

Vamos aos ca(u)sos/sujeitos e às (com)vivências André (nome fictício) - um menino de nove anos que carregava o peso de ser filho de um “suposto” traficante, era muito visado no bairro. Suas ações, fossem elas agressivas ou amorosas, sempre eram seguidas dos comentários: “- *Ah esse é o filho do traficante. Só podia ser o filho do fulano...*” etc. Os proponentes do grupo sempre resistiram em vê-lo através do espectro do pai. Sua avó, nossa referência familiar, era quem mais incentivava a participação de André no futebol. Ele nunca faltou a um treino e, gradativamente, foi aprimorando (e precisa continuar) suas condições de expressão afetiva.

Rogério (nome fictício) um jovem de 19 anos que conheci por meio do discurso da avó materna, após um grupo de saúde destinado ao público idoso. Ela o descreveu como “problemático e precisado de um tratamento, para dar entrada ao pedido de benefício social” (provavelmente pretendia que fosse um Benefício de Prestação Continuada - BPC). Rogério, realmente, tinha em seu histórico de saúde relatos de intercorrências negativas durante sua gestação, algum problema de desenvolvimento que culminaram com dificuldades de leitura e escrita, estudando em um colégio que contava com Educação Especial. Porém, deparei-me com um jovem muito ativo e com sede de autonomia, que se declarava abertamente contra o discurso da avó: não queria saber de benefício nenhum. Fazia bicos. Queria trabalhar e terminar o Ensino

Médio. A luta, então, passou a ser: conseguir um atestado psiquiátrico mostrando que ele tinha condições para o trabalho.

Vejam só a questão do estigma familiar, escolar e social ampliado (no bairro, eram comuns piadinhas e comentários; atribuía-se a ele o carimbo de uns dos “louquinhos do bairro”): ele precisava provar que tinha potências, pois a rasa leitura corriqueira mostrava apenas suas características diferentes (ditas deficientes), suas supostas limitações. No futebol, Rogério mostrava-se competitivo e explosivo. Ao longo do tempo, pudemos manejar tais comportamentos. Num grupo de caminhada, Rogério levou consigo um pedaço de ferro escondido na roupa, dizendo que era para se proteger (ser respeitado, imagino eu). Rogério também me acompanhou em viagem e eventos de Saúde Mental, mostrando habilidade social, pró-atividade junto ao coletivo, empatia e cordialidade no trato das pessoas (parece-me que poucos visualizavam tal competência de Rogério).

Um dia, chegou no “campinho” com uma sacola em mãos tirando de dentro dela um colete vermelho e o crachá de um supermercado. Anunciou que começaria a trabalhar em poucos dias. Lembro que choramos (eu, a Agente Comunitária de Saúde e a moradora que coordenava o projeto). Ele lutou, por conta própria – apesar de apoiado pelo Grupo do Futebol –, até conseguir toda a papelada necessária para fazer um curso de formação e ingressar no trabalho.

A propósito, da relação Escola/ESF, convém dizer que no pátio da unidade tem uma Academia da Saúde sucateada e que atrás tem uma Escola Estadual de Ensino Fundamental e de Ensino Médio, de modo que a academia serve de ponto de encontro para os estudantes (antes de entrar para a aula) e desses com os profissionais da unidade, se assim quiserem. Esse local foi bem importante para construção de rápidos diálogos de acompanhamento do público adolescente e jovem do bairro.

Certa feita, meio dia passado, estacionei e vi vários meninos da Escola e do futebol emparedados pela polícia. Cheguei perto e acompanhei os discursos dos policiais. Tinha um tom educativo do tipo: “- *Reflitam rapaziada que futuro vocês querem*” ... Tinha acontecido uma briga dentro da escola, que não foi manejada e culminou com o paredão na frente da unidade de saúde. Assim que os meninos me viram, cumprimentaram-me: - *E aí sor (professor)!* Mote que me permitiu apresentar-me aos policiais. Disse que os conhecia e que convivía com eles no Grupo do Futebol, aprimorando suas condições de convívio social. Fiquei desconfiado do porquê da briga não ter se resolvido dentro da escola, uma vez que se iniciou lá. Também

fiquei indignado com o modo com que a polícia os educou à luz do dia, sobretudo, pelo comentário de um dos policiais “*Hoje a gente está dando uma colher de chá para vocês*”. Por fim, a situação se resolveu, apesar de os policiais terem quebrado o celular de um dos meninos; primeiro liberaram os brancos. Com os negros a conversa foi mais demorada (a gente já conhece essa história, não é Brasil?).

Paulo - menino negro de 14 anos – contou-me que não entendeu o porquê dessas atitudes, mas disse estar acostumado com a violência, de bairro e policial, acrescentou que já viu gente matando gente, bem de perto mesmo; que já foi incitado a ser violento. Convém dizer que no caso de Paulo, a coordenação do cuidado foi interrompida; ele atravessava uma faixa perigosa para ir ao futebol, de bicicleta, morava numa micro área mais distante e parou de ir aos jogos para trabalhar como auxiliar de pedreiro, no turno inverso da escola, no auge dos seus 14 anos.

Neste ponto da narrativa, convém introduzir uma inusitada situação vivenciada no Grupo do Futebol: uma tarde, apareceu no grupo um jovem de outro bairro. Na roda de conversa, Felipe (nome fictício) começou a contar sobre as abordagens da polícia durante a noite. Disse que, às vezes, “os policiais chegam muito loucos ... parece até que estão drogados ou estão querendo encontrar drogas para usar” ... Contou da força dos pontapés, dos tapas na cabeça, etc. Tentou demonstrar para um outro menino, numa espécie de jogo teatral (bem realístico), mas ninguém quis interpretar o papel dos abordados pela polícia. Pensei na potência de trabalhar com o teatro (uma das artes) com a molecada. Lembrei-me do livro “Falcão: meninos do tráfico”, no qual, no capítulo “Brincadeira de Criança”, MV Bill e Celso Athayde (2006) observam a brincadeira das crianças na favela e descrevem-na como um teatro muito bem ensaiado, pelo qual a vida imita o crime, na arte de imitar a realidade. E de Deleuze (2011), em a “Crítica e Clínica”, especialmente no capítulo “O que as crianças dizem” quando explicam que a arte diz o que as crianças precisam dizer. É preciso ouvir as crianças e de quaisquer maneiras.

No futebol, também conheci Jeferson (nome fictício) de 27 anos. Presidiário. Ofereceu-se para cortar a grama do campinho e disse que eu nunca o veria “mandar uma ideia” errada para as crianças: jamais incitaria um crime. Inversamente, essa história lembrou-me o caso de uma mãe que “aprisionava” o seu filho no lar e nas tecnologias (celular, tablet, computador e vídeo-game), pois alegava que o bairro era perigoso. Não apresentava o mundo e maneiras de habitá-lo para o filho. O tempo passava, mas o menino seguia infantilizado e infantilizando-se.

Até que bateu na sua mãe. Tentei mostrar para ela a complexidade do assunto violência e que o ato do filho talvez fosse “apenas” um grito de liberdade.

Finalmente, é possível dizer que Grupo do Futebol operou como um espaço de cooperação e aceitação do outro como legítimo outro na convivência (MATURANA, 2001), tornando-se uma oferta de cuidado da ESF, parte integrante de Projetos Terapêuticos Singulares, contando com envolvimento familiar e ampliando as relações da unidade com a comunidade, inclusive, abrindo espaço para a participação de pessoas de outras micro áreas do território de abrangência da ESF.

Eu não sei se o Grupo do Futebol terá continuidade por parte da equipe. Se um trabalho iniciado por residentes tem de ser continuado, essa é uma decisão que não passa somente pelos residentes, mas pelo conjunto das pessoas/da equipe que precisa (re)conhecer suas condições e seus desejos para o trabalho.

Essa preocupação com a continuidade de práticas também apareceu nas entrevistas:

Bom, esses dias ocorreu uma discussão entre nós residentes, já R2, que nós estamos fazendo um papel que não tem continuidade, a gente inicia trabalhos que são concluídos no momento que a gente sai. Deveria ter uma maior articulação dos gestores e preceptores em passar para os residentes que estão entrando e deixar eles já capacitados antes de inserir eles no campo. (R2c)

4. DEIXANDO (IM)PRESSÕES

Todas essas (com)vivências, ca(u)sos e respectivas construções teórico-práticas, sob o título de memórias subjetivas e coletivas (falas de outros envolvidos na formação), adentram no cotidiano do SUS e do Brasil real, com suas especificidades loco-regionais. Assim, as impressões que ficam são de que o Sistema Único de Saúde é um campo fértil para a formação humana (ampliação das nossas capacidades de ação e reflexão no mundo) e que a Atenção Básica é um profícuo cenário para a capacitação (criação efetiva dos espaços de ação envolvidos).

Pôde-se, na AB, ampliar a capacidade de refletir sobre a produção de saúde e a capacidade de agir diante de um usuário alcoolizado durante um acolhimento em Saúde e Sobriedade, apontando os vícios do olhar dos profissionais. Pôde-se viver as mudanças de uma equipe de saúde que se empenhou a melhorar o acesso e a Humanização do cuidado oferecido à população, por meio da extinção das fichas e filas, contrariando o dito de um jovem profissional

ao afirmar que o Brasileiro Gosta de Fila. Pôde-se, também, ampliar as ações da unidade, no território em Saúde de Bairro. Narrou-se uma parceria Intersectorial com a Educação Infantil e o desenvolvimento de um projeto de Saúde no Território, o Grupo do Futebol.

Ao final deste ensaio, espera-se que ele tenha deixado (im)pressões - marcas e desafios - de que a formação em Residência Multiprofissional é uma das principais estratégias educacionais para a qualificação profissional, para o fortalecimento do SUS, principalmente da AB, e para a consolidação da democracia no Brasil.

5. REFERÊNCIAS

- ATHAYDE, Celso; BILL, MV. **Falcão: meninos do tráfico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2006.
- BRASIL. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.
- BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- CAMPOS, G.W. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 22, n. 64, p. 5-8. Botucatu, SP: UNESP, 2018.
- CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**. v.13, n. 35, p. 89-100. São Paulo: Editora da USP, 1999.
- DELEUZE, Gilles. **Crítica e Clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** 3.ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.
- LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

MATURANA, H; REZEPKA, S.N. **Formação humana e capacitação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo: Cortez: 1982.