

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Kelly Dandara da Silva Macedo

**PRODUÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS À FORMAÇÃO
EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Santa Maria, RS
2021

Kelly Dandara da Silva Macedo

**PRODUÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS À FORMAÇÃO EM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Maria Fighera Olivo

Santa Maria, RS
2021

Kelly Dandara da Silva Macedo

**PRODUÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS À FORMAÇÃO EM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde**.

Aprovado em 19 de março de 2021:

Vânia Maria Fighera Olivo, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Bruna Dedavid da Rocha, Ma. (PMSM)

Vanderléia Laodete Pulga, Dra. (UFFS)

Vera Regina Real Lima Garcia, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2021

Se no hospital simbolicamente impera
o medo da morte, na Atenção Básica
impera a vontade de viver.
(Gustavo Tenório Cunha)

RESUMO

PRODUÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS À FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

AUTORA: Kelly Dandara da Silva Macedo
ORIENTADORA: Vânia Maria Fighera Olivo

Introdução: A Atenção Básica é uma das principais estratégias de consolidação do Sistema Único de Saúde, sendo ela um serviço territorializado, que possibilita conhecer os modos de vida dos usuários, e as necessidades da população local, de forma que possa ofertar e produzir cuidado de acordo com as características e necessidades da localidade em que está inserida. Dessa forma, a AB mostra-se como um potente ambiente de aprendizagem. No entanto, as formações em saúde se dão majoritariamente no ambiente hospitalar, com condutas prioritariamente centradas em queixa conduta e as intervenções com base no saber médico. **Objetivo:** Relatar, de modo crítico-reflexivo, o sentido da produção em saúde no território vivido da Atenção Básica (AB) tendo como referência os desafios experienciados na formação em residência multiprofissional na Saúde da Família. Como **método**, trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo, do tipo narrativo. **Resultados:** O Relato evidenciou que a residência multiprofissional representa uma potente e desafiadora estratégia de formação interdisciplinar e interprofissional, voltada para uma clínica ampliada e co-produtora de saúde e vida no território, tendo a Atenção Básica como referência da integração ensino-serviço. **Considerações finais** é possível inferir, a partir desse relato de vivência, que urge a necessidade de repensar os modelos de formação desde a graduação de modo que venham a convergirem com outra lógica de produzir saúde, orientada por uma clínica ampliada com foco nas reais necessidades do usuário, tendo como referência seu território vivido, que nos convoca a diminuir a distância da academia e dos serviços em saúde, agregando novos e diversos saberes e fazeres.

Palavras-Chave: Produção em Saúde; Atenção Básica; Formação em Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

HEALTH PRODUCTION IN BASIC CARE: CHALLENGES TO TRAINING IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE

AUTHOR: Kelly Dandara da Silva Macedo
ADVISOR: Vânia Maria Figuera Olivo

Introduction: Primary Care is one of the main strategies for consolidating the Unified Health System, being a territorialized service, which makes it possible to know the users' ways of life, and the needs of the local population, so that it can offer and produce care for patients, according to the characteristics and needs of the locality in which it is located. In this way, AB shows itself as a powerful learning environment. However, health training courses are mostly carried out in the hospital environment, with conducts primarily focused on complaints of conduct and interventions based on medical knowledge. **Objective:** To report, in a critical-reflexive way, the meaning of health production in the lived territory of Primary Care (AB), having as reference the challenges experienced in training in multiprofessional residency in Family Health. As a method, it is a qualitative, narrative-type experience report. **Results:** The Report showed that the multiprofessional residency represents a powerful and challenging interdisciplinary and interprofessional training strategy, aimed at an expanded clinic and co-producer of health and life in the territory, with Primary Care as a reference for teaching-service integration. **Final considerations,** it is possible to infer, from this experience report, that there is an urgent need to rethink the training models since graduation so that they may converge with another logic of producing health, guided by an expanded clinic focused on the real needs of the patient. user, having as a reference their lived territory, which calls us to reduce the distance from academia and health services, adding new and diverse knowledge and practices.

Keywords: Health production. Basic Attention. Training in Multiprofessional Residence.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	6
II. METODOLOGIA	7
III. RELATO DA VIVÊNCIA	8
3.1 (Re)Significando a lógica da formação: desafios à graduação em saúde	9
3.2 Aprender no e com o serviço: desafios à formação em Residência	11
3.3 Clínica Ampliada: a convocação da formação em residência multiprofissional	13
3.4 Produção em saúde na Atenção Básica: ressignificando o território vivido	16
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19

I. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é a política de saúde dentro do Sistema Público com a expressão e incorporação mais forte dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma importante estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde o qual nos permite múltiplas possibilidades de criação e [re]invenções necessárias para superar o modelo hegemônico de atenção à saúde.

A Atenção Básica é incorporada pelas diretrizes e princípios do SUS, além de ser uma das principais portas de entrada do Sistema, devendo ser prioritariamente a porta de entrada dos usuários no SUS, é a unidade fração mais próxima do lugar onde a vida das pessoas acontece. É uma das maiores estratégias de consolidação do SUS e do conceito ampliado de saúde, sendo ela um serviço territorializado, que possibilita conhecer os modos de vida desses indivíduos, e as necessidades da população, os determinantes e condicionantes de saúde e a epidemiologia local, de forma que possa ofertar e produzir cuidado de acordo com as características e necessidades da localidade em que está inserida.

Dessa forma, a AB mostra-se como um potente ambiente de aprendizagem, para estudantes, profissionais em formação e para os trabalhadores das equipes que ali [co]habitam. Para além do saber técnico-científico adquirido, é nos encontros e nas relações tecidas a partir desses encontros no território que vamos tecendo o conhecimento sobre aquilo que não é prescritivo, como a escuta qualificada, o trabalhar e gerenciar conflitos, os nossos conflitos, os conflitos dos profissionais-educandos-profissionais-educadores-profissionais-trabalhadores-usuários do Sistema de saúde.

Potente como ambiente de aprendizagem, pois como lugar de habitação, vivenciar a produção em saúde na atenção básica, nos propicia um aprendizado alinhado aos preceitos da proposta pedagógica de Paulo Freire, desvelando e investigando aquilo que nos é trazido, relatado ou vivenciado, tornando possível a busca pelo significado social a partir da problematização (Freire, 1979. p. 45), o que torna rico de significado o apreendido.

No entanto, mesmo sendo esse um lugar de aprendizagem significativa, uma vez que o que se pretende aprender parte do vivido, a lógica dos modelos de atenção ainda está alinhada ao saber médico hegemônico de caráter prescritivo, centrado na doença e nas ações curativas. As relações nas equipes são ainda muito verticalizadas, por vezes sem valorização do que é trazido pelo usuário, devido seu caráter prescritivo, naturalizando essa lógica entre os demais

profissionais da equipe de saúde. Tais problemáticas traduzem-se como desafios não só para a mudança de modelo de atenção à saúde no SUS, mas também como um desafio para as transformações necessária às formações em saúde nas graduações, que ainda perpetua um modelo de formação fragmentado, evidenciando a valorização de núcleos profissionais em detrimento a uma atuação coletiva e compartilhada.

Dessa forma, percebe-se na residência multiprofissional em saúde um movimento importante de transformação e de ruptura do modelo de formação, na tentativa de responder às complexas demandas de atenção e de gestão que o SUS impõe. Tais mudanças são evidenciadas na metodologia empregada pela residência, que privilegia ambientes de ensino-serviço como espaços de aprendizagem e produção do saber, alinhando conhecimentos e práticas em saúde a partir de um modo de fazer e pensar interdisciplinar-interprofissional-intersetorial. Isso demanda a valorização de produções coletivas, usuário-centrado e com base na realidade vivida no cotidiano dos serviços em saúde, o que converge para um novo fazer em saúde.

Nesse sentido, considerando que o SUS fomentou a necessidade de se discutir a reorientação dos modelos assistenciais existentes, devendo a Atenção Básica ser a principal porta de entrada no Sistema, torna-se relevante tecer alguns questionamentos crítico-reflexivos: quais os desafios para alavancar mudança na lógica da formação alinhadas às necessidades de qualificação dos serviços na rede SUS ? Como preparar profissionais para trabalhar em equipes de forma interprofissional se a formação ainda privilegia uma formação de base uniprofissional? Como formar equipes multiprofissionais para trabalhar na Atenção Básica, com uma formação que acontece majoritariamente no ambiente hospitalar?

Considerando o contexto problematizado e os desafios delineados a partir dos questionamentos acima, este relato de vivência tem como **objetivo**: *Relatar, de modo crítico-reflexivo, o sentido da produção em saúde no território vivido da Atenção Básica (AB) tendo como referência os desafios experienciados na formação em residência multiprofissional na Saúde da Família.*

II. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relato de vivência que faz uso de uma abordagem de caráter qualitativo, para Minayo (2001) o método qualitativo responde a questões muito particulares, aprofunda-se no mundo dos significados e das ações e relações humanas, um

lado não perceptível e não captável em equações. A partir disso, utilizou-se a narrativa reflexiva para explicitar o processo de vivência na formação em saúde para o SUS.

Segundo Muylaert et.al. (2014) as narrativas caracterizam-se como uma forma artesanal de comunicar, com a intenção de compartilhar conteúdo a partir das experiências, que são individuais e são constitutivas de fenômenos sócio históricos, além de serem carregadas de significações. Deste modo, a partir das narrativas o autor não informa sobre sua experiência, mas conta sobre ela, tendo com isso a oportunidade de pensar algo que ainda não havia pensado, identificando assim os significados subjetivos de suas experiências, criando bases para a sua própria prática (Cunha, 1997). Ainda para Para Muylaert et.al. (2014), a narrativa é fundamental para a construção da noção do coletivo.

A experiência a ser relatada ocorreu durante período de vivência na Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família, em um território adscrito por uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família e campo de formação da residência, de um município de médio porte da região central do Estado do Rio Grande do Sul no período de março de 2019 a fevereiro de 2021.

Para realizar a narrativa foram utilizadas memórias, registrados ao longo da formação em saúde, na graduação e na residência em saúde da família, em diferentes documentos como textos, trabalhos publicados, bem como o portfólio, onde registrou-se os fatos significativos na trajetória como residente, acompanhado de reflexões e significações. Os colaboradores do estudo foram os profissionais trabalhadores da equipe de saúde da família, residentes e docentes inseridos nesse processo formativo.

A partir da narrativa utilizou-se a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado para a interpretação e ressignificações das vivências. Em primeiro momento foram elaborados alguns questionamentos que serviram de base para narrar as vivências mais significativas no processo para a autora, deste modo, o trabalho será estruturado em unidades de significados, que buscam ressignificar a produção de saúde na Atenção Básica e os desafios da formação para o SUS.

III. RELATO DA VIVÊNCIA

Este relato é estruturado a partir das seguintes unidades de significado, que emergiram da análise das vivências mais significativas: (1) Ressignificando a lógica da formação: desafios à graduação em saúde; (2) Aprender no e com o serviço: desafios à formação em Residência;

(3) Clínica Ampliada: a convocação da formação em residência multiprofissional; (4) Produção em saúde na Atenção Básica: (re)significando o território vivido.

3.1 (Re)Significando a lógica da formação: desafios à graduação em saúde

Durante minha trajetória acadêmica no período da graduação, pude vivenciar alguns processos formativos diferenciados, extracurriculares, que foram importantes marcos conceituais para definir os rumos de minha trajetória profissional, pois me mobilizaram a fazer reflexões críticas sobre a lógica da formação nas universidades. Entre tais vivências o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER_SUS, e também alguns projetos de extensão da universidade que fomentaram mais significado ao meu processo de aprendizagem, devido dois aspectos essenciais: pela vivência com estudantes de outros cursos de graduação da área da saúde e de outras áreas do saber, bem como com sujeitos de movimentos sociais, trabalhadores da saúde; seja pelo local de aprendizagem, nos serviços, discutindo e aprendendo a partir do vivido cotidiano.

Destaco nesse relato a vivência no VER-SUS devido a representatividade desse projeto nacional criado pelo Ministério da Saúde desde 2002, tendo como foco a formação de profissionais para o SUS. O programa é baseado em estágios e vivências que permitem que os alunos de graduação das universidades experimentem um diferente espaço de aprendizado dentro do cotidiano dos serviços de saúde. A experiência pode abarcar conhecimentos sobre gestão do sistema, estratégias de atenção básica e processos de educação na saúde (REDE UNIDA, 2012).

Assim, o Projeto VER-SUS visa ampliar o diálogo sobre a formação para trabalho no SUS, educação permanente em saúde e potencializar discussões sobre a educação e as práticas interprofissionais. A proposta é aproximar o estudante da realidade do SUS, ampliando o seu olhar em relação à organização do sistema de saúde, seus problemas, desafios e potencialidades (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013).

Considerando as vivências nestes projetos extracurriculares e comparando-as com as demandas curriculares que experienciava na graduação, começava a identificar as lacunas existentes e os grandes desafios a serem superados, em especial quando falamos numa formação para atender as necessidades do SUS. Conseguia identificar que os conteúdos elencados nas e pelas disciplinas, e respectivas experiências vividas durante a graduação,

muitas vezes ficavam distante da realidade vivida pelas equipes, no cotidiano dos serviços no SUS.

Estudos que analisam as propostas curriculares institucionais voltadas a uma formação para o SUS, evidenciam que apesar das mesmas sinalizarem a necessidade das disciplinas buscarem novos olhares sobre o sujeito atendido, no sentido de capacitar o estudante para intervir sobre as reais necessidades de saúde, tais propostas ainda privilegiam os modelos hegemônicos centrado nas doenças e em tecnologias dura. Observa-se assim, certa dicotomia entre seus conteúdos e as recomendações das diretrizes curriculares. (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011). Nesse sentido, analisando as vivências na graduação, percebe-se que os currículos ainda são compostos por disciplinas com limitada integração efetiva com os serviços, culminando num aprendizado fragmentado pois não traduz as reais necessidades da formação e dos serviços. É visível a limitação de propostas pedagógicas que proporcione aos graduandos discutirem e vivenciarem experiências de maneira que possam experimentar uma construção coletiva de práticas e saberes.

Assim, embora as mudanças nos currículos dos cursos de graduação têm avançado nos últimos anos sinalizando importantes mudanças na formação em saúde, com destaque a articulação entre o ensino, extensão e pesquisa, é possível inferir, a partir da minha trajetória na formação, que essas estratégias ainda não conseguiram se expressar como potência para a transformação do modelo de formação de profissionais para o SUS. Paradoxalmente ainda é muito visível uma lógica de formação em saúde repete o modelo hegemônico de atenção à saúde, um modelo que é centrado em queixa-conduta, uma formação hospitalocêntrica e fragmentada, tanto na teoria como na prática. Causa estranhamento quando vemos os cursos que compõem uma grande área da saúde não terem componentes curriculares conjuntos, que lhes proporcione discutir e vivenciar experiências de maneira que possam experimentar uma construção coletiva de práticas e saberes.

Percebo que a falta dessa experiência se reflete ainda hoje na prática profissional, em equipes multiprofissionais ricas em conhecimentos e experiências, mas que não conseguem criar e potencializar esses conhecimentos, criar novas tecnologias integradas de cuidado. Torna-se evidente, portanto, a necessidade das instituições de ensino superior na área da saúde sensibilizarem-se enquanto sujeitos de mudança, estando abertos a discutir e a construir projetos político-pedagógicos que promovam a formação de profissionais com as competências e as habilidades imprescindíveis à consolidação do SUS.

As vivências me fizeram acreditar que é possível investir na construção de uma nova lógica de formação para a atenção em saúde, tendo como eixo de sustentação a perspectiva de vivências compartilhadas entre ensino e serviço, e como eixo de orientação, os Princípios e Diretrizes do SUS. Dessa forma, considero importante refletir sobre os seguintes questionamentos: como avançar nessas perspectivas quando os cursos de graduação não produzem espaços de trocas entre diferentes disciplinas de diferentes núcleos profissionais? Quando não colocam os estudantes para conversar, para trocar experiências? Quando a uniprofissionalidade é mais valorizada que a interprofissionalidade, mesmo este cenário não condizente com as realidades do que o trabalho em saúde necessita?

E foi buscando essas respostas que após concluir minha graduação ingressei na residência multiprofissional na perspectiva de buscar um aprimoramento desse processo de formação, conforme relatado na unidade a seguir, entendendo que a formação de profissionais da saúde é uma importante estratégia na mudança de modelo de atenção à saúde. Ou seja, enquanto a formação for fragmentada em teoria e prática, distante dos serviços, dos usuários, o cuidado em saúde vai continuar com essas mesmas características, fragmentada e de um somatório de um monte de saberes depositados no sujeito sem nenhuma articulação (Cunha, 2004, p. 40).

3.2 Aprender no e com o serviço: desafios à formação em Residência

A formação profissional em Residência Multiprofissional reconhece o caráter fragmentado da formação e dos serviços de saúde ofertados no SUS, evidenciando que os órgãos formadores necessitam interagir mais efetivamente sobre este processo, qualificando profissionais que consigam responder às necessidades de mudança do sistema público de saúde. Parte da evidência de que não existe apenas uma precária interação profissional nas equipes de trabalho, mas também há uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema. Esta construção pela integralidade da atenção nos vários níveis do sistema pressupõe não fragmentar o caráter da formação, ou seja, não reproduzir modos de capacitação focados, segundo níveis de atenção vistos isoladamente.

Em meio a toda esta efervescência dos processos formativos é muito relevante destacar nesse relato o lugar em que se encontram as justificativas para desenvolver uma pós-graduação na modalidade de residência, pressupondo a articulação entre serviços e ações de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos

para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Assim, relatar a experiência como residente num Programa de residência multiprofissional com ênfase em saúde da família parte do entendimento de que esse tipo de formação viabilizou traçar um caminho inverso das formações tradicionais, em especial, no caso deste estudo, valorizando o território e a vivência com equipes multiprofissionais como um espaço de aprendizagem. Evidenciou, principalmente, o desafio que é colocar profissionais em formação e profissionais dos serviços, atuando no território do incomum, no espaço do vazio e das incertezas. Em outras palavras, é a desconstrução da lógica dominante no momento em que nos coloca nesse espaço e evidencia que ali, no território, no cenário da Atenção Básica, contexto dessa vivência, é o lugar mais significativo do aprender.

E é justamente na concretude das vivências cotidianas, que muitas vezes somos incitados a ter respostas, a ter protocolos operacionais e de assistência, mas que no território do incomum é o espaço das [in]certezas, é o vazio onde tão importante quanto ter protocolos, é ter implicação em criar e construir e CO-PRO.DU.ZIR coletivos e coletividades. É importante ressaltar que esses processos não se dão desconectados de metodologias de aprendizagem e nem distante da práxis.

A vivência na residência me permitiu compreender e internalizar que aprender e apreender no serviço é significativo quando é compartilhado, problematizado, quando há valorização de espaços de discussão em equipe, de tutorias, preceptorias, espaços em que seja possível refletir criticamente acerca dos processos de trabalho e do vivido.

Pude compreender que o aprender no serviço, como é proposto pela residência multiprofissional, nos coloca num espaço em que a produção e o significado do apreendido são mútuos pois se dá no encontro entre os profissionais em formação com os profissionais dos serviços. Ou seja, esse encontro ocorre nas discussões de casos em que há uma troca de saberes de clínica, de núcleo, de vida e de vivido, que não é orientadora, mas problematizadora da realidade. Esse é o movimento que enche de significado a formação em serviço, uma vez que o vivido nos estimula a estudar em maior profundidade a partir dos encontros entre tutores, preceptores e equipe, e o resultado disso nos dá um maior arcabouço para atuar nos processos co-produtivos do serviço.

Ainda, esse processo em que a residência se propõe como modelo de formação de profissionais para o SUS, traz contribuições do ensino para o serviço sem que esse esteja

desconectado da realidade vivenciada pelas equipes, e valoriza o território como um espaço de produção do saber, como colocado por Davini (2009, p. 45):

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

Assim, relatar o vivido de um processo formativo, que se dá a partir do cotidiano dos serviços, aliado a espaços de discussão e reflexão, como a elaboração de portfólios, nos possibilita (re)significar o papel social da universidade, visto que, contribuímos com os serviços e equipes de saúde, e conseqüentemente com o cuidado das pessoas. O movimento de mudança na formação em saúde que a residência faz, experienciando outras metodologias de ensino, mais horizontais, dialógicas e participativas, mostra-se como um importante dispositivo de transformação da educação em saúde para o SUS, estimulando novas práticas educadoras a partir da vivência no e para o ensino-serviço. Para tanto, é necessária abertura dos atores envolvidos nos processos de aprendizagem, pois é um processo que pressupõe comprometimento e construção compartilhada.

E finalizo esta unidade compreendendo que esse movimento é importante não só na pós-graduação, mas se faz necessário também na graduação, uma vez que, nem todos formandos passarão por espaços formativos como as residências antes de serem profissionais trabalhadores. Nesse sentido, é importante que os docentes consigam fazer movimento de mudança na graduação, posto que, os mesmos estão inseridos na residência, pois a formação em saúde é parte importante na luta de defesa do Sistema Único de Saúde e na mudança de modelo de atenção à saúde.

3.3 Clínica Ampliada: a convocação da formação em residência multiprofissional

A proposta da residência multiprofissional de assumir novos arranjos de formação em saúde, ancorados em referenciais como os das Políticas Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que são políticas que buscam seu referencial em Paulo Freire e na educação problematizadora, provocam a necessidade de assumir novos arranjos também na composição de residentes que serão inseridos nos serviços.

Tais premissas partem da necessidade de diminuir a fragmentação da formação e das práticas profissionais, para que possamos traçar caminhos significativos e mudanças nas formas de produção de saúde (Ellery, 2019).

Partindo desta perspectiva, a residência multiprofissional nos provoca a criar uma nova clínica em saúde, uma clínica ampliada partindo de um conceito ampliado de saúde, visto que, uma vez que reconhecemos que os problemas de saúde são multicausais, necessitamos de uma maior diversidade de núcleos profissionais atuando juntos. Contudo essa atuação conjunta não diz respeito apenas ao espaço físico, mas à uma nova lógica de atuação e formação integrada, de base interdisciplinar e interprofissional. Mas para a maioria, essa proposta de vivência é inédita, assim como para muitos trabalhadores dos serviços em que a residência está inserida, pois, por vezes recebem residentes de núcleos profissionais em que eles não estão habituados a trabalharem.

Trabalhar de forma interligada, articulada, integrada em cooperação e em troca de saberes, foi muito desafiador, principalmente quando nossas bases de formação não nos dão respaldo para isso, sendo que quase todos os colegas residentes foram preparados para trabalharem de forma quase que isolada em seus núcleos profissionais. A atuação de forma interdisciplinar (trocas de saberes) e interprofissional (cooperação entre diferentes núcleos profissionais) constitui-se como um dos maiores desafios da residência multiprofissional na perspectiva de formação para o SUS, uma vez que essa troca de saberes e de cooperação se dá a partir de uma relação de troca de afetos, como colocado por (Ellery e Barreto, 2019)

A interprofissionalidade é um processo de trabalho, mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes (interdisciplinaridade); e na modificação das práticas, quer seja através da colaboração interprofissional, no núcleo específico de atuação de cada profissão; ou/e na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente.

Logo que cheguei no campo da residência, não tinha a compreensão de como poderíamos trabalhar articulados, integrando saberes, e tão pouco poderia dimensionar o impacto dessa vivência na minha formação. Entretanto, ao longo do processo, que não é dado, mas construído a partir das experimentações possíveis, fui percebendo como essa integração

de saberes e práticas aconteciam, permeadas pelo diálogo, pela problematização e pelos encontros, como o relato que segue, retirado do meu portfólio (Macedo, 2019)

Parafrazeando a cantiga de Lima, 2013, “sozinhas seremos três, juntinhas seremos um”. Logo que comecei nas consultas de puericultura, percebi o quanto eu acessava a nutricionista e logo pensei o quanto seria interessante fazermos juntas, um dia a TO pediu para entrar comigo também, e eu fiquei de queixo caído. Juntas fomos aprendendo a compartilhar o cuidado com os pequenos. Trabalhar com outros núcleos tem sido uma vivência que não cabe do lattes (meio piegas), mas é real, não cabe no lattes o que tenho apreendido com outros núcleos, porque multi é um monte de gente de núcleo diferente juntas em um mesmo espaço, agora inter é isso, é compromisso, compartilhamento e fortalecimento.

Ao trabalhar com diversos núcleos profissionais percebi que era necessário abrir aquelas caixinhas as quais fomos formados. Foi preciso ES.TAR aberto para reconhecer que o conhecimento do outro também é importante, também é conhecimento, que as suas interpretações me possibilitaram uma nova forma de interpretações coletivas, e de criação de intervenções inédita e de práticas compartilhadas. A atenção básica como o espaço de aprendizagem é mais uma estratégia contra hegemônica do modelo biomédico em que ainda é pautada a formação de profissionais da saúde.

Da mesma forma o território, como um lugar de aprendizagem e que nos convoca a construção de inéditos. Nesse sentido, trabalhar com outros núcleos profissionais na residência possibilitou ampliar a minha visão, estando mais atenta na minha escuta para algumas questões que outrora eu não estaria, por não [re]conhecer ou por ter uma escuta guiada apenas pelo meu saber de núcleo. Tendo em vista que a nossa forma de ser e estar no mundo afeta a nossa forma de agir, a soma de saberes de diferentes núcleos amplifica a nossa leitura de mundo, uma vez que somos afetados pela forma do outro de ser e estar no mundo e pela sua leitura.

Isso nos impulsionou a desenvolver capacidade e conexão com as vidas que pulsam e a [re]inventar modos de produzir saúde e afetar vidas. E assim, vamos tecendo inéditos, a partir de escutas compartilhadas, de encontros, e de experimentações de práticas de cuidado compartilhado, dos desejos de aprender e fazer junto. É algo vivo, acontece na ação, assim como a vida.

Considerando tais prerrogativas, passei a compreender, durante o vivido na residência, que reconhecer essas questões é muito importante, para que possamos compreender possíveis resistências e divergências, pois o que sentimos, a maneira como somos afetados pelas pessoas e acontecimentos, influenciam nossas ações, nossas formas de ser e estar no mundo.

Nesse sentido, estar na residência é compreender que todo o processo vivido é pedagógico. Desafiar a desconstrução do modo de fazer e pensar a clínica individual para uma clínica ampliada, de base interdisciplinar e interprofissional foi o processo mais pedagógico e mais rico de significados que vivenciei na residência. Tais sentidos eram identificados no ato de aprender a realizar uma escuta qualificada junto ao usuário e sua família, aprender a fazer vínculo, aprender a integrar com a equipe de trabalho. Enfim, isso não se aprende na teoria, se aprende fazendo, ressignificando e refazendo.

Dessa forma, a vivência na residência me possibilitou entender e aprender a estar com o outro, bem como, experienciar em profundidade a singularidade que permeia os encontros interprofissionais, de diferenças objetivas e subjetivas, reconhecendo que os espaços para as divergências de opiniões são legítimos, pois é algo que é inerente do ser humano, tornando nosso trabalho rico de significados. Contudo, por vezes essa riqueza acaba sendo compartimentalizada, seja porque a clínica para a qual fomos formados não é a clínica de co-produções, de criações e intervenções coletivas, seja porque, por vezes, compreender os jeitos do outro de ser e estar no mundo não é fácil.

Assim, esse processo me propiciou entender que a “trajetória desse rio” que representa o movimento do profissional em formação na residência em saúde numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, nos desafia a olhar para além, com profundidades, aprendendo a contornar obstáculos, pois, apesar de nossos nascedouros serem distintos, o curso dessas águas nos convoca a trabalhar de maneira integrada e interligada. Águas calmas com águas profundas, águas turvas com águas cristalinas, por vezes os encontros das águas doces com as águas salgadas, é a pororoca do fazer em saúde.

3.4 Produção em saúde na Atenção Básica: ressignificando o território vivido

Durante as aulas da residência várias vezes ouvi provocações sobre os termos que usamos no nosso cotidiano para nominar se o modelo de Estratégia de Saúde da Família - ESF, deve ser chamado de Atenção Primária à Saúde - APS (nomenclatura que é reconhecida e usada mundialmente) ou Atenção Básica - AB (nomenclatura que foi adotada no Brasil), eu particularmente ainda não consegui me posicionar sobre isso, e às vezes até me incomodo sobre essa discussão. Mas às vezes eu também me pego questionando o que seria esse Básica, qual ideologia empregada neste termo? Será que é básica no sentido de garantir o que é básico

para a saúde humana? Por que a AB é considerada de baixa complexidade quando não é? Tento fazer o contra-argumento que são só termos, mas não são.

Um dia, quando estava na graduação, ouvi uma enfermeira do hospital falando que detestava AB, que jamais trabalharia na AB, que os profissionais não faziam nada e que ela não era resolutiva. Quando estava iniciando a residência esse relato vinha à minha mente e me questionava: será que serei mais umas dessas profissionais que a enfermeira do hospital relatou? Então com a vivência fui compreendendo a complexidade que envolve atuar no território do usuário e de sua família, complexidade essa, certamente não identificada por aquela colega enfermeira durante seu processo de formação na graduação.

IN.CO.MUM, era a palavra que me remetia a algumas respostas e provocações frente à ação no território. Em uma busca rápida no google pelo significado dessa palavra, para ver se ela traduzia o que eu sentia, eu achei: inusitado, esquisito, estranho, exótico, - e agora as que eu mais gostei: extraordinário, excepcional, original, raro, singular, surpreendente e único.

Eis aí, um punhado de palavras que resumem os sentimentos e a forma de como o território passou a me significar e me afetar, durante a formação na residência. Inusitado, esquisito, estranho e exótico, sentimentos e emoções que vivenciei quando nas minhas primeiras vivências e experimentações por territórios. Naquele furor do estudante quando vai para sua primeira prática fora da universidade, de repente, o território, sim, inusitado porque é muito diferente da teoria; esquisito, estranho e exótico, porque por mais que se assemelhe aos lugares que passei e vivi, é diferente. Outros jeitos de ver a vida e de viver, outros hábitos, é exótico, porque é diferente da minha vivência enquanto ser e enquanto um ser da academia.

E por mais que eu já tivesse iniciado essa vivência na academia durante a graduação, não foi diferente na residência, no novo, tudo de novo. Isso porque, cada território é um território, único e singular. E o que mais me afeta é a nossa capacidade de ressignificar, que aquele território outrora estranho, agora é original, é raro é único, é singular, é surpreendente onde o nosso olhar acadêmico muitas vezes acha que não pode ser, ele é extraordinário e por isso eu chamo de TERRITÓRIO DO INCOMUM.

Vi.ven.ciar o território do incomum foi um aprendizado de ressignificações, ou seja, de dar novos significados, no modo de aprender e de significar o aprendido. Significar que ser e estar no território produzem impactos na forma de ser e estar de todos que ali [co]habitam. Ressignificar o cuidado para mim, entre tantas traduções, foi vivenciar cuidar e ser cuidada. Como quando um usuário que trouxe nominalmente cartões de natal para a equipe, e ao

entregar os cartões ele agradecia a cada um pelo cuidado, pela atenção e pelas conversas com ele ao longo daquele ano que se findava. Tinha também um usuário que todos os dias, 10 minutos antes do nosso horário de saída chegava na unidade, esperava o nosso horário e nos levava até a parada.

No território do incomum, aprender a trabalhar, trabalhar e aprender, possibilitou a minha compreensão como profissional da saúde em formação que produzir saúde é co-produzir vida. E que essa prática de produção de saúde transpõe a clínica, o diagnóstico, a oferta de procedimentos centrados na queixa biológica exposta pelo usuário, que muitas vezes, usam desse artifício para poder chegar até a equipe de saúde, para serem ouvidos, para terem atenção e tentar estabelecer uma relação. Essa produção passa por um processo de tecimento de vínculo e de relações em ato (Brasil, 2009; Sochaczewsk, 2017; Merhy 1998, 2004).

Transpor a clínica para mim, evidenciou-se na forma que cada encontro acontecia, e como os vínculos iam sendo tecidos, como por exemplo, as ações de saúde na escola, onde os estudantes, crianças e adolescentes nos chamavam para escutá-los, para pedir ajuda sobre algo que identificavam como uma necessidade de saúde deles ou de algum colega. Essas escutas nem sempre eram fáceis de serem ouvidas, pois tratavam, por vezes, de problemas sociais gravíssimos como automutilações, violências física, sexual, entre outras agressões. Eram demandas que pressupunham a construção de relação de confiança, de vínculo afetivo, acolhedor e com uma escuta atenta, principalmente tratando-se de crianças e adolescentes. Essas e outras necessidades apresentavam-se para nós residentes e equipe como algo completamente complexo, não só pelo problema em si, mas pela necessidade de uma atuação integrada em rede.

As visitas domiciliares constituíam-se como outro fundamental espaço de produção de saúde, pois as vivências permitiram evidenciar que a atenção no domicílio envolve um conjunto de ações complexas, principalmente quando nos deparávamos com histórias de vida e necessidades distintas das que entendíamos como prioritárias. Certa vez, após discutir com a equipe alguns casos para trabalhar com o Projeto Terapêutico Singular - PTS, escolhemos um caso em que a usuária tinha uma série de vulnerabilidades socioeconômicas e de saúde. No entanto, em nosso primeiro encontro, a partir da narrativa de história de vida dela, pude perceber que o que mais ela destacava como uma necessidade eram relações de afeto, como um trecho da fala dela que segue.

Eu nunca tive amor de mãe, nem de pai nem de ninguém [...] Queria que ele conversasse mais comigo, que fosse carinhoso [...] se for para ser assim, eu não quero mais ficar aqui, eu posso trabalhar e se precisar sair pedindo nas casas eu vou, eu não tenho vergonha.

Esse relato me marcou, uma vez que ao discutir com a equipe a proposta de ofertarmos o PTS à essa usuária, listamos uma série de necessidades em saúde que julgávamos prioritárias. No entanto, quando conversamos com ela sobre o plano de cuidado a partir das necessidades de vida que ela considerava prioritárias, nos surpreendemos pois nenhuma das necessidades em nossa lista era sua prioridade.

Dessa forma, posso afirmar que o território me fez enxergar não apenas as necessidades intrínsecas de transformações do território, mas também as necessidades extrínsecas de transformações advindas de nós profissionais, para a promoção de mudanças necessárias para uma nova prática e um outro modelo de atenção à saúde. Quando comecei a compreender que o [re]conhecimento do outro se sobreponha à protocolos, ressignifiquei o sentido do incomum no ato de produzir saúde na Atenção Básica. Não tem como ser prescritivo, quando cada situação é uma situação, quando cada encontro é diferente, não tem comportamento padrão e por tanto não tem como ter conduta padrão em um encontro junto ao usuário e sua família como é o do profissional no território vivenciado no SUS,

Ressignificar o território vivo e vivido é isso, é compreender que o inédito se faz necessário sempre, que as necessidades de saúde e de vida de um território não cabe em aprendizados inteiramente acadêmicos e compartimentalizados. Mas que transpassa práticas de aprendizagem e ensino coletivas vivenciadas no cotidiano e nas múltiplas realidades da vida rumo a novas práticas co-produtivas de saúde, de vida e outros modelos de atenção à saúde.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação na residência multiprofissional me possibilitou vivenciar no serviço, mas dentro da academia, outros processos de aprendizagens possíveis, proporcionando com que eu pudesse olhar de maneira mais crítica e reflexiva os processos formativos da academia e de que esses mesmos são passíveis de mudanças. Ainda, a vivência entre o ensino-serviço me possibilitou enxergar a formação como um pilar importante para a mudança do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, precisamos olhar para as nossas instituições formadoras, para os nossos cursos de formação e pensar numa formação para o modelo de atenção à saúde que queremos.

Como teremos profissionais críticos, que trabalhem articulado, com novas práticas, que façam clínica ampliada e usuário-centrado se a nossa formação é a mesma? Se a nossa formação é voltada para um modelo de saúde que é tradicional, prescritivo? Se a nossa formação vem repetindo padrões metodológicos que não geram mudança nos processos de aprendizagem?

A residência não é e não pode ser a solução absoluta da mudança na formação. Precisamos de mais experiências ricas em processos de aprendizagem pautados em relações, coletividades, conectadas com a realidade, comprometidos com a formação em saúde no e para o SUS. Mas há muitas experiências exitosas de residências que nos dão pistas sobre os caminhos de mudança que necessitamos na formação para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, integral, humanizado, com práticas de cuidado e produtivas de vida.

Nesse sentido, assim como os processos formativos da residência fazem movimento de mudança no serviço e o serviço faz na formação na residência, precisamos que esses movimentos provocadores de mudança também sejam realizados na base de nossas formações em saúde. Dessa maneira, faz-se necessário diminuir a distância da academia e dos serviços uma vez que necessitamos de processos de aprendizagem conectados com a realidade nos serviços para a criação de novos inéditos viáveis e de uma clínica ampliada, coletiva e agregadora de novos e diversos saberes e fazeres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. Campinas, SP, 2004.

CUNHA, M.I da. CONTA-ME AGORA! as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. Rev. Fac. Educ. v. 23 n. 1-2 São Paulo Jan./Dez. 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551997000100010. Acessado em: fev 2021.

CAVALHEIRO, M. T. T; GUIMARÃES, A. L. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço**. Caderno FNEPAS • Volume 1 • Dezembro 2011 | P. 19-27

DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

ELLERY, A, E, L; BARRETO, I, C, H, C. **Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos**. in Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde/ Julio Cesar Schweickardt... [et al.], organizadores. 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 182 p.: – (Série Vivências em Educação na Saúde; nº15) ISBN(Eletrônico): 978-85-54329-29-7 DOI: 1018310/9788554329297. p: 36-47

ELLERY, A, E, L. **Interprofissionalidade**. i n EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p. : i l. – (Série Vivências em Educação na Saúde), p.146-150.

FERLA, A. A; DALL'ALBA, R; ANDRES, B; et al. **Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas**. RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, Dez., 2013

FREIRE, P. 1921 - F934c **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire** / Paulo Freire; [tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. – São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

MACEDO, K. D. S. **Portfólio - Vivências do primeiro semestre da residência multiprofissional em saúde, ênfase em Atenção Básica**. 2019

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. In: Emerson Elias Merhy: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E. E; Feuerwerker, L. C. M; Santos, M. L.M; et al. **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 6, P. 70-83, DEZ 2019

MINAYO, M. C.S. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MUYLAERT, C.J; SARUBBI JR, V.; GALLO, P.R.; NETO M.L.R; REIS, A.O.A. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. Rev Esc Enferm USP. São Paulo. v.48, n.2. pág. 193-199. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf. Acessado em: fev. 2021.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.

SOCHACZEWSK, S. **A Produção de Vida**. Revista Ciência do Trabalho – Nº 17. abril de 2017. P 149-160

SCHWEICKARDT, J. S; GAI, D. N; MARTINS, F. M; et al. **Coletivos; grupelhos; equipes: aprendendo a trabalhar em conjunto na saúde**. in Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde/ Julio Cesar Schweickardt... [et al.], organizadores. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 182 p.: – (Série Vivências em Educação na Saúde; nº15)

LIMA, R. **A Cidade Viva Alimenta a Participação**. in: De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

REDE UNIDA. VER-SUS. 2012. Disponível em:

<http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/versus/versus/apresentacao>