

JULIANA FONSÊCA BENEVIDES

Memorial Reflexivo: Experiências da caminhada (Trans) formativa de uma Residente Médica da Saúde da Família e Comunidade com a Residência Multiprofissional

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

Orientador: JOÃO ANDRÉ SANTOS DE OLIVEIRA

BAHIA

2020

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	2
1. Por que ser médica? E fui aprovada no vestibular!.....	2
2. A universidade e o tripé.....	3
3. Trajetória profissional: Enfim Médica!.....	5
4. A escolha da Residência.....	7
5. Residência Médica e Multiprofissional juntas.....	8
6. Abordagem Centrada na Pessoa.....	10
7. Qual a definição de saúde, afinal?.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	18

INTRODUÇÃO:

Eu, Juliana Fonseca Benevides, mulher, filha, irmã, mãe, esposa, feminista, trabalhadora, médica, estudante. Nossa, quantas definições de uma mesma pessoa! Acabo de citar papéis sociais que gosto de desenvolver e que um pouco me definem. Pois posso ir muito mais além, transcender! Como todo ser humano, sou um ser complexo e singular em processo diário de transformação.

“A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (BONDÍA, 2002, p 21). E foi colecionando experiências que trilhei a minha caminhada formativa nesses dois anos de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Entendia o programa como um espaço de formação profissional que buscava formar pessoas em termos de conhecimento técnico e prático, mas viver e conviver é algo mais complexo. Eu fui além, sofri uma TRANS formação e tornei-me alguém diferente. Acredito que nossas escolhas e experiências são as protagonistas da nossa construção e desconstrução diária. Construir esse memorial será um exercício desafiador e ao mesmo tempo nostálgico, pois se tenho dificuldade de uma auto descrição objetiva, imagine fazer uma auto-análise a partir de um processo vivido com imersão diária e com tantos atores envolvidos?

Enfim, com o objetivo de sistematizar esse resgate reflexivo do meu processo de aprendizagem durante a minha especialização, decidi por relatar essa trajetória contando fatos da minha vida acadêmica e profissional que antecederam o programa, e com momentos significativos do período propriamente dito, para poder ilustrar o meu deslocamento pessoal.

1. POR QUE SER MÉDICA? E FUI APROVADA NO VESTIBULAR!

Para iniciar a retomada da minha caminhada, início com a pergunta que tanto me fazem: Por que eu escolhi ser médica? Não foi um sonho de criança; na verdade, pensei em múltiplas profissões e uma das primeiras grandes certezas que tinha era que, independente do curso escolhido, seria realizado na Universidade Federal da Bahia (UFBA), uma doce ilusão. Quando tinha algo que despertava o meu interesse, virava rapidamente a minha futura profissão! A melhor parte eram as minhas buscas por informações a respeito, que, com o passar dos anos, ficaram cada vez mais refinadas e eram decisivas entre continuar ou mudar de escolha.

As mudanças foram muitas: Cantora, Atriz, Bailarina, Estilista, Agrônoma, Jornalista, Diplomata, Advogada, Farmacêutica... Médica! Quando decidi pela medicina, no meu imaginário tinha construído a ideia de um profissional que iria estudar para tratar pessoas com doenças. Queria ser oncologista, bem simples assim! Profissão interessante que ia me proporcionar uma vida de investigação e cuidado, nada monótona. Após alguns anos de cursinho pré-vestibular, fui aprovada na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), em Petrolina; fiquei feliz pela aprovação e desapontada por não ser em Salvador. Mudança para um outro estado...outra cidade....um desafio que decidi aceitar.

2. A UNIVERSIDADE E O TRIPÉ:

Antes mesmo do meu ingresso na universidade, tinha como meta aproveitar ao máximo os espaços de construção de conhecimentos teóricos e práticos que me seriam ofertados, buscando envolvimento em atividades que abordassem pelo menos uns dos pontos do tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão. Acreditava que apenas as aulas teóricas não seriam suficientes para uma formação completa. Era necessário uma qualificação também científica. Comecei pelo Ensino, sendo monitora de Bioquímica 1 e 2. Monitor é, antes de tudo, um facilitador na aprendizagem extraclasse, sendo o primeiro elo do processo de ensino-aprendizagem. Assim, a iniciação à docência foi o primeiro resultado obtido

quando realizei as minhas monitorias. Além disso, elas me ajudaram a desenvolver ainda mais a minha autonomia e fortaleceu aspectos como: o senso de responsabilidade e de cooperação.

No que se refere a pesquisa, participei do Núcleo de Epidemiologia e Saúde (NES) da UNIVASF, no qual eu colaborei com o Projeto de Pesquisa intitulado: "Estado Nutricional e condição bucal de gestantes usuárias de serviços públicos de saúde, na perspectivas do SUS". A minha inserção no NES, apesar de ter sido por pouco tempo, me proporcionou um maior conhecimento da dinâmica que gira em torno da construção de um trabalho científico, o qual engloba muitas etapas (coletas de dados, organização e análise deles) antes do início das produções acadêmicas e publicações.

Retomando o tripé, a maior quantidade de oportunidades mais significativas foram os projetos desenvolvidos na Extensão, pois contribuíram para a resignificação do meu olhar, já que as ações eram voltadas para a comunidade e na comunidade.

Sou de classe média e natural de uma capital nordestina de grande porte, soteropolitana. Sendo assim, pude crescer em um ambiente que não possuía grandes agravantes: como seca, pobreza extrema e vulnerabilidades socioeconômicas importantes. Isso não quer dizer que eu fosse ignorante em relação a existência de tais realidades, mas confesso que era menos sensível do que sou agora em relação a esses quadros sociais.

Dentre as atividades desenvolvidas na extensão, a que foi mais significativa em termos de deslocamento pessoal foi o PET-Saúde. O mesmo foi realizado no município de Santa Maria da Boa Vista-PE, na linha de análise e ação sobre os determinantes da mortalidade infantil no município. Foi uma experiência incrível que me proporcionou uma vivência e atuação em uma realidade nova e rude, pois se tratava de uma cidade sertaneja de população carente de assistência e insumos. Meu primeiro e único contato com a população rural. Todas essas vivências ficaram marcadas como experiências em mim, pois me transformaram e tornaram ainda maior o meu desejo de cuidar das pessoas e de contribuir de alguma forma para o

bem-estar delas com os meus conhecimentos prévios e construídos no meu processo de formação universitário. A partir desse momento, escolhi não ser mais oncologista e desejei ser, por enquanto, apenas médica.

3. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: ENFIM, MÉDICA!

Vivi a turbulência de uma gravidez não planejada no último ano de internato. Mesmo sendo a maior realização da minha vida, um presente de Deus, o nascimento da minha filha gerou incertezas e medos, os quais se fizeram presentes de forma bem intensa nessa última etapa da minha graduação. Com o apoio da minha família e amigos consegui galgar essa fase e concluir o curso, sem atrasos. Motivo de superação e orgulho pessoal. Trago um trecho do texto do meu convite de formatura que resume muito bem o que eu estava sentindo na época :

“Há alguns anos uma escolha e muitos desafios. Às margens do São Francisco, dei início a uma nova etapa da minha vida. Com o coração cheio de saudades e medos, me fiz forte, por mim e por todos que amo, perseverei. E agora, transbordando de alegria, chego ao fim de mais um ciclo, enfim médica! Nessa caminhada não estive sozinha tenho muito a agradecer a todos que me acompanharam e me ajudaram a realizar esse sonho (...) (BENEVIDES, 2017, p. 1)

Mas meus planos para o futuro já não eram só meus, tinha uma bebê de três meses, minha pequena Alexandra, que era o centro das minhas prioridades. Por isso, voltei. Eu, recém-formada, vi-me longe das margens do São Francisco/Petrolina-PE, local que chamei de lar por seis anos da minha vida. Agora, regressando para minha terra natal, Salvador/BA , com o coração cheio de saudades e de muita felicidade, estava de novo mais perto da minha família. Com apenas uma semana de formada, iniciei a minha vida profissional, conseguindo um emprego como médica generalista, na atenção básica, a qual eu não conhecia (nem as referências, e nem a dinâmica dos serviços da rede). A insegurança era grande, própria de quem iria, de fato, entrar no mercado de trabalho em um cenário totalmente novo e desconhecido. Como seria isso? Estava preparada, de fato?

Eis que fui admitida e muito bem acolhida pela gerente e equipe da unidade, o que foi uma grata surpresa! Foram sete meses na Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Mônica, meses esses de muito aprendizado e amadurecimento pessoal e profissional; um período no qual trabalhar era prazeroso devido ao apoio e paciência dos meus agentes de saúde e da minha gerente, mesmo com a ausência da enfermeira da equipe, a qual estava de licença.

Participei de capacitações ofertadas pelo o município e, por ser uma unidade que recebia estudantes de fisioterapia, nutrição e medicina, pude contar com uma ambiente propício para o ensino e a troca de saberes multiprofissionais. Os preceptores e alunos eram muito solícitos. Com muita autonomia, pude aplicar os meus conhecimentos prévios e ajustar a minha identidade clínica. Dentre os desafios, a gestão da minha agenda e a coordenação e qualificação da reunião de equipe foram os mais expressivos. Essa reunião era quinzenal e nela eram feitas as marcações de visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários, que as restringiam aos acamados e usuários com dificuldades de locomoção. Com diálogos e pactuações, a reunião passou a ser semanal, com discussão de casos e agendamento das visitas em comum acordo.

A agenda da equipe, que era por programas, passou a ser parcialmente aberta e livre para agendamentos, pois mantive turno específico apenas para as gestantes, mas com flexibilidade. A pauta fixa da reunião de unidade era o acolhimento. Os tais acolhimento...acessibilidade...universalidade...não eram muito claros para mim como é agora após a residência; são temáticas que aprofundei e vivenciei em formatos diferentes nos últimos dois anos. Penso que acolhimento é uma questão de atitude e escuta qualificada acima de tudo, pois, assim, podemos prestar um cuidado centrado na pessoa com mais equidade e efetividade, minimizando os potenciais danosos de uma espera prolongada para uma consulta agendada ou de uma assistência não longitudinal nas superlotadas unidades de pronto atendimento e hospitais.

4. A ESCOLHA DA RESIDÊNCIA:

Um ambiente de trabalho leve e uma população acolhedora, que foram características da minha primeira oportunidade de emprego, rapidamente, tornou-se opção. E, assim, com o desejo de buscar uma melhor capacitação na área da saúde da família, optei pela residência de medicina de família e comunidade.

Tinha como expectativa que a residência médica fosse um espaço que oportuniza-se a associação da vivência profissional, com todas as suas demandas e obrigações reais, com o apoio pedagógico que auxiliaria e orientaria a minha prática, propiciando momentos de aprimoramento teórico-técnico e apresentaria a rede de saúde municipal. Ao final da especialização, seria uma profissional mais capacitada e segura. O saber acadêmico sempre foi algo que muito estimei. A academia, para mim, era o centro do conhecimento e ninguém poderia alcançar uma boa formação longe dela. A modelagem da residência me ajudou a ressignificar isso, pois a prática me rendeu um terreno fértil para cultivar e colher novos e diferentes tipos de saberes. Sendo estes também científicos, empíricos (oriundos da minha relação com a comunidade, com a equipe e com minha própria prática profissional) e os filosóficos, fruto das minhas reflexões. Todos esses elementos citados proporcionaram as mais diversas experiências.

De acordo com Bondía (2002,p 24):

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço.

E foi exatamente assim! As experiências vividas corroboraram com a minha qualificação profissional e auxiliaram o aprimoramento de uma das principais habilidades que um médico de família deve dominar, a comunicação. É crucial estabelecer vínculo com as diversas famílias do território de saúde para a realização de um cuidado empático, longitudinal e com integralidade. Pois “o diálogo faz parte de uma relação de cuidado e não deve ser utilizado apenas para a passagem de informações, mas como um ato de cuidar.” (SILVA et al, 2015,p 427). Saber escutar de forma atenta e qualificada, perceber nas entrelinhas, respeitar o tempo e os sentimentos envolvidos no encontro, estabelecer uma relação médica-paciente em que o centro é o usuário, são a base de uma boa e efetiva comunicação.

A comunicação também é importante para auxiliar os processos de trabalho desenvolvidos na unidade de saúde, pois conversar e conviver com pessoas impares de uma equipe multiprofissional, formada por conhecimentos comuns e tantos outros específicos, torna a convivência interessante e ao mesmo tempo algo complexo.

5. RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL JUNTAS

Iniciei o meu programa de residência na Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, em Lauro de Freitas, e esse foi meu campo de atuação por quase um ano. No segundo ano, fomos transferidos para o município de Camaçari, onde finalizei minha residência. Em Lauro de Freitas, éramos cinco equipes na mesma unidade, e com isso, tínhamos o privilégio de ter a presença diária dos residentes do Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), o que representava, para mim, um grande diferencial. Em pouco tempo, entre nós residentes, já existia uma sintonia, sentimentos de cumplicidade e amizade, que só fortalecia o engajamento para tentar transformar e melhorar ao máximo o cuidado prestado a nossa comunidade adscrita.

De acordo com Brasil(2014,p11) :

O NASF constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações

desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes.

Para ofertar esse suporte especializado o NASF faz uso da tecnologia de gestão denominada apoio matricial.

Segundo Campos e Domitti (2007, p.401) :

O apoiador matricial como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

Posso afirmar que fui matriciada e que, com isso, me tornei uma melhor profissional! Consegui adquirir mais segurança na condução de casos, principalmente, com as temáticas nutrição e saúde mental. Manejar casos complexos de transtornos mentais foi uma das minhas grandes conquistas resultante dessa interação multiprofissional, pois, na graduação, não tive oportunidade de acompanhar situações similares. Hoje com maior intimidade com os conceitos e prática, produzidos através de discussões de casos, construção de planos terapêuticos singulares, consultas e visitas domiciliares compartilhadas com os residentes psicólogos e a preceptoria, tornei-me capaz de ofertar um cuidado mais longitudinal e integral aos usuários, realizando encaminhamentos para profissionais de outros núcleos profissionais quando necessários, de maneira menos precoce e com a manutenção do cuidado compartilhado sempre.

Temos medo do desconhecido e de tudo que não é tão habitual. Mas, ao sermos apoiados, esse sentimento de insegurança é diminuído e possibilita um avanço no cuidado prestado e a coragem para sairmos da nossa zona de conforto.

6. ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA:

Conviver e poder compartilhar conhecimentos a partir de um lugar totalmente diferente da nossa formação nos faz pensar e ver sentido em coisas que antes não pareciam tão óbvias, acarretando uma transmutação. Com a finalidade de ilustrar uma vivência do matriciamento vivido e de fazer uma provocação a respeito do cuidado centrado na pessoa, transcrevo um dos trechos do meu portfólio escrito logo nos primeiros meses da residência :

“ Obesidade, tem que tratar!?”

Esse foi um caso que ocorreu nos primeiros meses da residência, uma das minhas primeiras consultas já assumindo agenda na USF São Judas Tadeu

E chamo a próxima consulta agendada, a usuária entra no consultório e já na inspeção o primeiro diagnóstico foi no mínimo obesidade grau 2 e logo a organização mental foi para um plano de cuidado focado nisso, com certeza, além de outras queixas essa teria que existir. Mas ao perguntar como poderia ajudá-la naquele momento o que ouvi foi:

- “quero exames de rotina, faço todo ano”

- “apenas isso?”Para

- “sim!”.

Como seria possível? só exames? minha cabeça inquieta e inconformada me questionava. mas lembrei que ao dar uma olhada nos poucos registros que existiam no seu prontuário verifiquei que a mesma estava realizando consultas com psicólogo do NASF e sofria com a separação recente e tinha uma filha pequena.. pensei, não deve ser o momento... Continuei a anamnese completa, antecedentes pessoais e familiares, pois era o nosso primeiro encontro, e a mesma referiu que era casada, o que deixou o caso mais intrigante. Segui para o exame físico...PA normal... e cálculo do IMC que evidenciou a obesidade grau 3. Questionei a respeito dos resultados dos exames do ano passado, a mesma referiu normalidade em todos, mas não os trouxe e não tinha registros. Enfim, busquei algum risco cardiovascular familiar ou pessoal, estava buscando doença? não sou assim! mas obesidade TEM que ser TRATADA!

Conversei a respeito do resultado do cálculo do IMC e o risco cardiovascular que ele representava, a mesma referiu que tinha engordado

após a gravidez e que não tinha conseguido perder o peso excedente, não esboçando nenhum incomodo com isso. Pedi licença e fui conversar com a nutricionista do NASF, após o breve resumo e já falando que minha prática em outro serviço era orientar, solicitar exames e encaminhar ao CEDEBA para um cuidado compartilhado, pedi sua opinião, se deveria fazer o mesmo ou marcar uma consulta compartilhada com ela. A minha grande surpresa foi quando a nutricionista orientou não fazer nada a respeito do aspecto nutricional, e abordou um outro ponto de vista, que após ela falar pareceu tão óbvio quanto estranho, que era para encarar a obesidade como algo secundário quando isso não é importante para o usuário, buscando vinculação e assim quando o mesmo tiver motivação criar um plano de intervenção com ele. Voltei para a consulta e finalizei solicitando novos exames já que ela não tinha os do ano passado e aguardei retorno.

Contei esse relato na roda de campo, turno pedagógico e roda de núcleo. Não apenas para ter a minha conduta avaliada, mas também, com o intuito de partilhar e criar a oportunidade de escutar outros pontos de vista da equipe multiprofissional. E foi maravilhoso o resultado para mim! Consegui perceber a importância de considerar o caráter múltiplo e heterogêneo da obesidade que leva em conta os fatores biológicos, socioeconômicos e culturais. considerando o significado do ato de comer e da comida para o usuário e se o mesmo não está passando por algum sofrimento e a comida seja um mecanismo compensatório, por exemplo.

Tento sempre aplicar as ferramentas e levar em consideração o método clínico centrado na pessoa, mas as amarras biomédicas centradas na doença ainda se fazem bem presentes. No final, acabei acessando a psicóloga que estava realizando o acompanhamento e a mesma me referiu que a usuária após reconciliar com o marido e após algumas consultas solicitou o encaminhamento para o nutricionista e começou a perder peso. A reencontrei na recepção após alguns meses da nossa consulta e presenciei a nutricionista a parabenizando, fiquei muito feliz! Enfim, com todo aprendizado concluo que obesidade tem que tratar, quando o paciente desejar e de forma bem pactuada.”

(Texto publicado no Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA FESF SUS no dia 21 de abril 2019)

De acordo com Ferreira et al (2014,p 285) :

Historicamente, a medicina caminhou no sentido da priorização das doenças e de seu processo diagnóstico, em detrimento da pessoa que sofre o padecimento, paralelamente à busca de uma ordem ou norma para fundamentar diagnósticos – padrões sintomáticos que se repetem em determinados padecimentos são nomeados de doenças, consideradas um desvio do que se espera do organismo normal, independentemente da variância individual do processo do adoecer.

Esse é um exemplo de modelo biomédico de consulta, o qual é centrado na doença e garante ao médico um lugar confortável, onde o mesmo conduz a entrevista com a única finalidade de garantir respostas para elaboração da sua hipótese diagnóstica e conduta terapêutica baseada exclusivamente no seu saber e pautada nos modelos biológicos; esse modelo menospreza o processo saúde-doença e a subjetividade do paciente em questão. Infelizmente, esse é o formato dominante tanto na prática médica quanto no ensino na graduação e na pós-graduação em medicina, estando bem longe de ser um modelo de consulta ideal.

Essa forma de compreender a saúde, a doença e cuidado, tem sido alvo de muitas críticas negativas, tanto dos profissionais de saúde, quanto das pessoas que buscam a assistência. Assim, a partir de um entendimento crítico em relação às características desse modelo biomédico, foi desenvolvido o método clínico centrado na pessoa.

Para Barbosa e Ribeiro (2016, p 218) o método centrado na pessoa é definido como:

um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde

Sendo assim, a postura profissional precisa contemplar a escuta e o compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Uma consulta

efetiva e satisfatória tem que buscar a vinculação e a integralidade do sujeito. Ou seja, “(...)concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes(...) (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p.389). Fazendo um paralelo com o relato “Obesidade, tem que tratar!?”, percebo quanto avancei na teoria e na prática da prestação da assistência. Ficou evidente o quanto o modelo centrado na doença era latente em mim e ainda não tinha conseguido desvencilhar-lo totalmente da minha prática clínica; e sem a intervenção da colega nutricionista, certamente, a condução teria como centralidade o achado ou diagnóstico “obesidade grau 3”.

Inquestionavelmente, uns dos conceitos teóricos e práticos fundamentais adquiridos no período da minha residência foi aprender a realizar um cuidado centrado na pessoa. Gradualmente, com uma prática orientada em conjunto com acompanhamento de casos mobilizadores, como o citado acima, fui alcançando a maturidade clínica, a qual me garantiu melhor desempenho profissional.

Comecei a valorizar as especificidades da estratégia da saúde da família no auxílio a assistência, como a possibilidade de um acompanhamento a longo prazo baseado em uma vinculação terapêutica pautada na confiança entre o binômio médico-paciente. Também passei a reconhecer a importância do uso das ferramentas de abordagem familiar para otimização da coordenação do cuidado.

A possibilidade de acessar a comunidade, os familiares e o próprio domicílio é o grande diferencial da estratégia da saúde da família e torna ainda mais possível a avaliação da situação de forma mais ampla e personalizada. A usuária em questão, por exemplo, possuía um transtorno mental grave que causava uma grande disfunção familiar; por isso, precisei fazer uso de uma abordagem familiar em um segundo momento, quando a mesma buscou ajuda no serviço durante uma crise, o que foi fundamental.

Então, será que eu faria algo diferente do relato em questão, atualmente, após todo aprendizado e vivências? A resposta é afirmativa. Eu não teria abordado sobre o

diagnóstico e os riscos de ser obeso, pelo menos não nessa primeira consulta. Teria tentado entender melhor o significado da necessidade da realização dos exames laboratoriais de forma rotineira e agendaria um retorno precoce, mas com tempo hábil para uma discussão do caso com o psicólogo que a estava acompanhando para entender melhor a indicação do cuidado da mesma.

Somos resultados dos espaços, relações interpessoais e conteúdos obtidos a partir de cada uma de nossas vivências; quando isso acontece, é porque sofremos transformações e produzimos experiências. Todo processo de aprimoramento demanda tempo e dedicação. Contudo, a inserção em um espaço que propicie a estimulação para tal, otimiza a lapidação. Sendo assim, acredito que desenvolver uma prática em uma unidade de saúde com um programa de residência garantiu o mais próximo de um ambiente ideal para que houvesse esse grande deslocamento.

QUAL A DEFINIÇÃO DE SAÚDE, AFINAL?

A constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) afirma: "(...) saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade". E esse trecho da constituição foi para mim, por muito tempo, o exemplo de uma visão evoluída e ampla de saúde; essa visão mudou após a residência. Antes de entrar no programa, acreditava que a saúde era a ausência de doença e enfermidade, o que considero, hoje, uma definição limitada; no entanto, não me sentia uma pessoa ruim por pensar assim. Na verdade, não pensava a respeito disso.

Ainda no acolhimento realizado na primeira semana na unidade, tivemos uma dinâmica facilitada por nossa apoiadora de campo sobre o tema da saúde. Esse momento foi importante para mim, pois fui questionada a respeito de algo que acreditava ter um bom domínio e que, durante a atividade com as discussões, percebi que estava enganada. Saúde vai além da ausência de doença, meu conceito inicial.

Durante o meu processo de formação, participei de outras tantas discussões de casos clínicos, de conversas informais e de consultas compartilhadas com

profissionais exemplares de outras categorias, que auxiliaram ainda mais na desconstrução e na construção mais ampla a respeito do que é saúde e, por conseguinte, das possibilidades de pensar o cuidado.

Em especial, gostaria de relatar um caso vivido em uma visita domiciliar na USF de São Judas Tadeu:

Homem, 42 anos, que vivia isolado há 10 anos e que estava inserido em um realidade delirante que influenciava diretamente a sua forma de pensar, vestir e o modo de vida; intitulava-se como “O Soldado de Deus” e fazia uso de uma “armadura” (confeccionada pelo o mesmo com sacos plásticos e borracha que envolvia o seu corpo e botas) que o ajudava a salvar vidas e captar as dores do mundo. A casa que vivia era própria, encontrava-se limpa e organizada. Alimentava-se através de doação de quentinha de um restaurante da rua e de um benefício que perdeu. Apenas os seus dentes não tinha bom aspecto. Aceitou nos receber em seu domicílio, eu e agente de saúde, com a finalidade de ajudarmos a reaver o direito do seu benefício, o qual a antiga vizinha o ajudou a conseguir, mas a mesma tinha se mudado não podendo dar mais esse suporte ao mesmo. Passamos quase uma hora conversando e o seu discurso livre seguia uma lógica dentro do seu delírio, o que era incrível! Tudo tinha uma conexão e finalidade. Terminamos a visita com a promessa de voltar com informações a respeito do auxílio e pactuamos que iamos retornar também com um odontólogo devido a demanda de uma dor de dente esporádica e para avaliação.

Esse caso foi um dos primeiros mais complexos que tive contato na unidade no primeiro ano da residência. Quando cheguei da visita, fui para o auditório e acabei compartilhando o caso com uma residente do apoio institucional do segundo ano, enfermeira de formação; após descrever o caso, conclui referindo que a minha maior inquietação era saber qual medicação eu deveria iniciar pensando na adesão e a melhor forma de abordagem para o uso ser contínuo. Não pensei em diagnóstico e ia buscar a informação para dar um retorno da demanda dele. Pensei comigo: “Que grande médica de família e comunidade estou me tornando, fazendo uso de uma abordagem centrada na pessoa e de lista de problemas”. Mas, então,

fui questionada pela colega sobre o delírio do usuário em questão: “Ele é importante para esse homem?”, “ Ele está provocando algum risco ao homem ou a alguém da comunidade?”, “ será que é o momento de tratar isso?” “sem esse delírio, com o que mais ele pode contar?” e “ você pode fornecer agora essa retaguarda?”. Perguntas cruciais e que foram os meus nortes a partir desse momento.

O motivo que resgatei esse caso foi para questionar: será que esse homem tem saúde? De acordo com a OMS, acredito que sim. Ele tinha como única demanda o benefício dele, no mais, estava satisfeito e orgulhoso da sua vida cheia de obrigações, devido a grande importância do seu posto e como primeira impressão, para mim, demonstrou possuir bem-estar físico, mental e social na perspectiva dele.

Então, qual a definição de saúde, afinal? Respondo acreditando que o conceito de saúde tem que passar pela ideia que é possível, em vigência de doença e enfermidade, pensar diferente disso; chega a ser cruel, principalmente para as pessoas com algum tipo de comorbidade. Já vivemos em uma sociedade que discrimina o “diferente” e o portador de deficiência colocando-os como dignos de pena e não os fornecendo o mínimo de direito, de respeito e empatia.

Mas entro em desacordo com a OMS, quando a mesma determina a necessidade do “completo bem-estar físico, mental e social”. Ao levar em consideração a complexidade existencial humana, podemos inferir que é impossível alcançar o ideal de plenitude de tudo o tempo todo. São muitas variáveis ao nosso entorno que fazem pensar que ser saudável é algo tão pessoal que não deveria ser definido.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Finalizo o programa de residência com um saldo super positivo. Minhas expectativas foram alcançadas em sua maioria. A formação buscada virou uma (Trans) formação, pois envolveu também o meu íntimo e foi além. As experiências vividas e os encontros estabelecidos acarretaram em uma mudança com amor e, às vezes, com a dor. A subjetividade alcançada não era esperada; não acreditava que,

para ser um profissional melhor, eu teria que tornar-me uma pessoa melhor. Hoje parece óbvio, mas, antes de entrar na residência, não era.

Tenho lacunas que foram preenchidas e outras que não foram, mas acredito que conquistei ferramentas e as usarei como apoio na busca que não termina com o programa. Aprender a ser autocrítico e saber se auto-avaliar para construir os meios de alcançar o que te faz falta ou que incomoda não tem preço. Me orgulho de quem tornei-me e sei que grande parte disso tudo tem relação direta com o trabalho desenvolvido em equipe e com as trocas/encontros multiprofissionais. Não sei o que o futuro reserva, mas sigo desejando um Sistema Único de Saúde mais fortalecido e uma atenção básica mais valorizada.

Para finalizar, escolhi a música “Eu Apenas Queria Que Você Soubesse” de Gonzaguinha, pois representa muito dos sentimentos vividos nessa caminhada e de agora :

“ Eu apenas queria que você soubesse
Que aquela alegria ainda está comigo
E que a minha ternura não ficou na estrada
Não ficou no tempo, presa na poeira
Eu apenas queria que você soubesse
Que esta menina hoje é uma mulher
E que esta mulher é uma menina
Que colheu seu fruto, flor do seu caminho
Eu apenas queria dizer
A todo mundo que me gosta
Que, hoje, eu me gosto muito mais

Porque me entendo muito mais também
E que a atitude de recomeçar
é todo dia , toda hora
é se respeitar na sua força e fé
é se olhar bem fundo até o dedão do pé
Eu apenas queria que você soubesse
Que essa criança brinca nesta roda
E não teme o corte das novas feridas
Pois tem a saúde que aprendeu com a vida” (GONZAGA,1988)

8. REFERÊNCIAS:

BARBOSA, Mírian; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde - **Rev Med Minas Gerais** 2016; 26 (Supl 8): S216-S222

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2002, n.19, pp.20-28. ISSN 1413-2478.
<https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 39)
Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano ISBN 978-85-334-2118-9 1. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) 2. Atenção à Saúde. 3. Políticas Públicas em Saúde. I. Título.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200016>.

FERREIRA, Debora Carvalho et al . A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 2, p. 283-288, June 2014 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200016&lng=en&nrm=iso>. acessado em 10 Abril. 2020.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saude em Debate**, v.29, n.31, p.385-96, 2006. Disponível em: <<http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br:8080/jspui/handle/prefix/484>> Acessado em 14 Abril. 2020

GONZAGUINHA. Eu apenas queria que você soubesse soubesse Rio de janeiro, Gravadora: EMI-Odeon / Ano: 1988 / Nº Álbum: 791167 1 / Lado A / Faixa 4 / Gênero musical: MPB

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/ WHO) 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acessado em 11 Abril 2020

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 424-431, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300424&lng=en&nrm=iso>. acessado em: 10 Apr. 2020.

