



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS



**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
FESF- SUS / FIOCRUZ**

**Verônica Moitinho Sena**

**A potencialidade dos afetos como ferramenta norteadora na trajetória de uma  
fisioterapeuta residente em Saúde da Família**

Salvador,  
2020

**Verônica Moitinho Sena**

**A potencialidade dos afetos como ferramenta norteadora na trajetória de uma  
fisioterapeuta residente em Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão da Residência,  
apresentado para o programa de  
Residência Multiprofissional em Saúde da  
Família / FESF – SUS / Fiocruz para  
certificação como especialista em Saúde da  
Família.

Orientadora: Fernanda Amorim Helfenstein

Salvador,  
2020

BANCA EXAMINADORA

---

Fernanda Amorim Helfenstein

(Especialista em Saúde da Família – FESF-SUS/FIOCRUZ)

## AGRADECIMENTOS

Ao Fórum Nacional de Residências em Saúde (FNRS), na personificação de Sophia Rosa, Rafael Tritany, Juliana Eufrásio, Gabriele Bampi, Gabriel Franke, Douglas Willian, e, especialmente, João Costa, que deveria ter imposto algum limite nas minhas solicitações online. Vocês foram responsáveis pelo maior espaço de formação política que tive contato nesse contexto da especialização. Dentro das suas singularidades, me forneceram disponibilidade, garra e fé inabalável para acreditar que estou trilhando o caminho certo na defesa do SUS que acreditamos.

Ao Coletivo Baiano de Residentes em Saúde, por ser minha retroalimentação de esperanças via conversas de WhatsApp ou de forma presencial. Vocês foram o ápice da coerência, mesmo quando me faziam trabalhar além de 60 hs/semana.

À turma de 2018, por proporcionar a experimentação de um trabalho com alta potência, leveza e coletividade. Obrigada pela oportunidade de acessar seus saberes e pela construção de vínculo.

Às amigas do ensino médio, Driele e Mírian, que desempenhavam o papel de psicólogas desde antes de ingressarem e se formarem no curso superior dessa área.

À minha família. É aterrorizante imaginar um mundo sem todo apoio e amor de vocês sobre as minhas escolhas de vida. Um agradecimento especial para meu pai Adilson, pelo suporte para alcançar as oportunidades de educação que foram negadas a ele. À minha mãe Josenilda, pela preocupação em todas as noites de sono perdidas. À meu irmão Adiel, por me recepcionar com um sorriso enorme no rosto depois de um dia de trabalho. E à minha bisavó Celina, por toda a sabedoria.

“Cuidar do outro é cuidar de mim  
Cuidar de mim é cuidar do mundo”  
Ray Lima.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ALFACON - Alfa Concursos

AI - Apoio Institucional

AVA - Ambiente Virtual de aprendizagem

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS III - Centro de Atendimento Psicossocial III

CAPS AD - Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPSi - Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-juvenil

CRAM - Centro de Referência de Atendimento à Mulher

D. A. - Diretório Acadêmico

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

EC – Emenda Constitucional

EqSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FNRS - Fórum Nacional de Residências em Saúde

G. T. - Grupo de Trabalho

HGRS - Hospital Geral Roberto Santos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LABED - Liga Acadêmica para Estudo da Dor

LASF - Liga Acadêmica de Saúde Feminina

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NUPE - Núcleo de Ensino e Pesquisa

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNS - Política Nacional de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPP - Projeto Político Pedagógico

PSF - Programa Saúde da Família

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Plano Terapêutico Singular

R1 - Residente do primeiro ano

R2 - Residente do segundo ano

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCR - Trabalho de Conclusão de Curso

USF - Unidade de Saúde da Família

UFBA - Universidade Federal da Bahia

## Lista dos Pseudônimos - Personalidades Negras

- Aqualtune: Princesa africana, filha do rei do Congo. No final do século XVI, foi para a frente de batalha, comandando 10 mil homens e mulheres para defender sua nação da invasão de mercenários. Foi presa e embarcada em um tumbeiro para ser escrava no Brasil. Avó de Zumbi dos Palmares (SANTOS, 2009).
- Carolina Maria de Jesus: Escritora brasileira negra, pobre, pouco alfabetizada que, contra todas as determinações sociais, criou produções literárias evidenciando as desigualdades e gerou grandes repercussões na busca por transformações sociais. Sua principal obra foi o livro *Quarto de despejo*, lançado em agosto de 1960 (MACHADO, 2006).
- Dandara: Excelente capoeirista, estrategista de combates e companheira de Zumbi dos Palmares. Representa um dos principais símbolos da resistência feminina negra e luta contra a opressão no Brasil (SANTOS, 1985).
- Luís Gama: Aos 10 anos, foi vendido pelo pai para pagar uma dívida de jogo. Fugiu aos 18 anos, ao saber que sua mãe era uma escrava livre e sua situação ilegal. Se tornou um importante líder abolicionista, jornalista e poeta brasileiro. É o patrono da cadeira n.º 15 da Academia Paulista de Letras (CÂMARA, 2009).
- Malcolm X: Ativista político com ótima oratória. Interlocutor de guerrilheiros, intelectuais, teólogos e primeiros-ministros ao redor do planeta. Responsável por atrair grandes multidões de negros urbanos em comícios contra o racismo e a injustiça social (MARABLE, 2013).
- Maria Firmina do Reis: Escritora negra abolicionista, fez das suas obras uma arma política contra o regime escravocrata brasileiro, com uma abordagem transversal sobre as duas classes subalternizadas do século XIX, os escravos e as mulheres (DUARTE, 2004).

## SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Objetivos	11
3. Método	12
4. Afetações	14
5. Um programa de residência multiprofissional	18
6. Cenário de práticas: 2 anos - 2 municípios	20
6.1. Território Novo	21
6.2. R2 com sentimento do R1	26
7. O conhecimento como o maior dos afetos	28
8. Micropolítica	30
8.1. Horta Comunitária	33
9. Interferências na saúde da população negra	36
9.1. Abordagem antirracista no PSE	39
9.2. Saúde mental e racismo	40
9.3. Grupo de trabalho de combate ao racismo	41
10. Conclusão	42
11. Referências	44

## 1. INTRODUÇÃO

“A história do indivíduo é também, em grande parte, aquela de suas aprendizagens e de sua relação biográfica com o saber e o aprender”.  
Delory-Momberger.

Antes do sinal de largada desta leitura, me permita trazer uma importante observação: nos próximos parágrafos, seguirão linhas que tratam do que me evade, do que me transpassa e do que já não permanece o mesmo, em um autorretrato comparativo do antes e depois dessa experiência, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O presente trabalho não é repleto de certezas e não contém verdades universais. Ele não é apenas fruto dos meus aprendizados acadêmicos, mas, se configura em uma miscelânea de diversos registros que me acompanharam em vivências, de quando aprendi a olhar com outros olhos e escutar com outros ouvidos. Dessa forma, no decorrer do texto haverá exposições parciais do meu percurso até os dias atuais, para facilitar a compreensão dos capítulos subsequentes.

Ao concluir a graduação de fisioterapia, trabalhei em diversos campos da minha profissão: na área hospitalar, em clínicas com planos de saúde, home care e dando aulas de pilates (assessorias esportivas e estúdios). Muitos desses serviços que vivenciei profissionalmente não tinham a concepção de saúde, ou não estimulavam a execução do perfil profissional que eu acredito. Na área hospitalar, por exemplo, trabalhava em hipervigilância sobre o que pronunciava, como conduzia as intervenções (era cobrada por uma atuação no modelo queixa-conduta), como me portava e precisava comprovar constantemente a minha competência.

O tempo foi passando, a situação financeira complicou e veio uma decisão contrária à vontade do coração: iria mudar para o Paraná, ficar na sede de uma empresa focada em concursos públicos, na qual seria monitora – a ALFACON (ALFA Concursos) – e me preparar para a carreira militar. Em contrapartida, visualizar a lista do resultado do processo seletivo da residência, ler o meu nome e assimilar que tinha sido aprovada, me concedeu a garantia de que iria permanecer exercendo a fisioterapia, continuar morando na Bahia (perto da família) e ter alívio financeiro. Foi uma mistura de emoções que se manifestou em lágrimas de felicidade.

Minha caminhada até a Saúde da Família não partiu de uma oferta prioritária durante a formação ou da inserção no mercado de trabalho, mas, teve início na ambição de atuar em uma área que me fez ser afetada pela história do Sistema Único de Saúde (SUS) e que despertou o desejo de afetar a maior quantidade de pessoas possíveis. Saber que seria residente exatamente na área que optei por aprofundar e que apostei ser a ideologia de saúde pela qual valia a pena lutar, foi uma sensação indescritível. A concepção de Saúde que eu buscava não era a saúde que, historicamente, tem seu conceito designado como mera ausência de doenças, mas sim, aquela que se permutou para ser entendida como um direito de todos e dever do Estado, assim como foi definido na Constituição Federal de 1988, em pleno contexto de redemocratização do Brasil (BRASIL, 1998).

Para suplementar os escritos da Constituição, em 1990, houve a criação do SUS, através da Lei nº 8.080. Este nasceu envolto de princípios e diretrizes que justificam a compreensão da saúde para além do foco queixa-conduta e expande horizontes através do ato de incorporar os princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade e da participação social, como também as diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e da participação da comunidade. No entanto, a inserção na constituição e na prática da garantia da saúde como direito, exigiu e exige uma maior dinâmica de múltiplos fatores sociais, afinal, “nada foi dado, tudo foi conquistado” e por isso, até hoje, se faz necessária a criação/mediação de políticas públicas, econômicas e sociais intersetoriais. Mas, nada disso seria possível sem os afetos que impulsionam todo o poder da mobilização social (VIANA; DAL POZ, 2005).

Os princípios, diretrizes e constituições do SUS me impulsionaram a buscar exercer uma saúde socialmente referenciada, bem como a minha trajetória na Residência me permitiu ser agente político de mudanças, desencadeado pelas múltiplas afetações vivenciadas. A abordagem que ultrapassa o sentido semântico da palavra afeto é a ferramenta impulsionadora da temática do meu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), e como poderia ser diferente? Os afetos se manifestam fisicamente em nós, ganham uma dimensão biológica e tornam-se propulsores ou imobilizadores, sendo fundamentais nos processos de trabalho e na vida.

## 2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Retratar as experiências vividas por uma fisioterapeuta residente, compreendendo os afetos como eixo estruturante e impulsionador, no âmbito da saúde da família.

Objetivos específicos:

- Referir as potencialidades da micropolítica norteadas pelos afetos;
- Referir o racismo como determinante social em saúde nos processos de trabalho e a potencialidade da abordagem dessa temática a partir das afetações.

### 3. MÉTODO

Este trabalho foi construído no formato de memorial formativo e reflexivo, mediante a interposição de fundamentação teórica, memórias e o relato dos afetos que permeiam as vivências de uma fisioterapeuta, durante o período de dois anos de atuação em unidades de saúde de dois municípios da região metropolitana de Salvador-BA.

Assumo que fui atingida por um bloqueio para escrever um Trabalho de Conclusão de Residência na proposta de memorial e quebrar com essa barreira foi mais difícil do que poderia cogitar. Apesar de todas as desconstruções vivenciadas no primeiro ano da residência (R1) e no segundo (R2), ainda permanecia com a dúvida: como poderia produzir conhecimento e me aprofundar na elaboração de pesquisa fora dos moldes tradicionais e das regras científicas? Demorou um tempo para descobrir que não estava fazendo as perguntas corretas.

Enquanto estava no Diretório Acadêmico (D.A.) da faculdade, existia a pauta para a criação de grupos para elaboração de pesquisa científica com a coordenação do curso de fisioterapia. Durante a finalização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), participei do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUPE) do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) com a coordenação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Caroline Guerreiro e, logo após a conclusão do trabalho, ingressei no Grupo de Estudo e Pesquisa em Epi-genética com a coordenação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita Santos. No mesmo período, estava como colaboradora da Liga Acadêmica para Estudo da Dor (LABED), na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e da Liga Acadêmica de Saúde Feminina (LASF), na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Todos esses contatos anteriores, juntamente com a vontade de cursar um mestrado, me impulsionaram a não entender a lógica de um memorial como trabalho de

conclusão. Toda a minha experiência prévia e expectativas futuras desenhavam uma bússola em direção a um trabalho nos moldes já conhecidos. Abrir mão de um modelo habitual, sair da zona de conforto para lembrar, refletir e referenciar a minha trajetória, trouxe estranhamentos. Durante esse processo, o mais desafiador foi me autorizar a escrever. Ah, como o olhar para si pode ser difícil! Transcrever esse olhar em parágrafos, então? Instantaneamente, o nível de dificuldade aumenta. Sentar em frente ao computador, sabendo que havia autonomia para a produção, proposta de rever a trajetória como residente, me colocar em um local de autorreflexão, exceder a estrutura de ter um objeto de estudo para ocupar a posição de narrador, analista e protagonista do trabalho foi um deslocamento demasiadamente inesperado.

Foi através do estudo sobre o método do memorial e do mergulho pelos acontecimentos do R1 e R2 que me permiti cessar as solicitações sobre a necessidade do desenvolvimento de pesquisas, saltar para além do mundo tradicional e acadêmico, e me lançar para devaneios sobre os assuntos que foram transversais durante esses dois anos. Após isso, comecei a visualizar o memorial como um dispositivo pedagógico e de grande valor para reflexões e para a autocrítica.

O processo inicial foi composto por diversos rascunhos. A última página do caderno se tornou afluyente de frases soltas e sem nexos, que rememoravam emoções de momentos variados dos quais emergiram felicidade, luta, dúvidas, êxtase, inquietações e superações. Selecionar um tema através dessas frases e momentos não foi algo repentino.

Outro fato que contribuiu para o tardar do alcance de uma organização pessoal para sentir, focar e escrever, foi a preocupação com o tipo de retorno social que eu realmente estava construindo na residência dentro de um contexto de desmontes. Analisar a conjuntura nacional, a fragilidade do controle social, portarias ministeriais, o novo financiamento da Atenção Básica (AB), a necessidade de maior organização política entre o coletivo dos residentes e receber uma bolsa-salário constituída do dinheiro público, me davam energias para imaginar, planejar e fazer ações que enxergava/classificava como de maior urgência/significância e me afastaram de buscar um arranjo prévio sobre o TCR.

A construção desse memorial baseou-se em um resgate teórico com o intuito de trazer um conteúdo bibliográfico sobre como se conceitualiza e como acontecem as afetações e o conhecimento, atrelado a uma sequência cronológica do relato de experiência de uma residente e a transversalidade dos afetos, durante o período do programa de Residência em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da

Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Todos os relatos aqui presentes constarão de pseudônimos, tendo os nomes verdadeiros substituídos pelos nomes de personalidades negras que provocaram grandes afetações na história do combate aos racismos. Esta é uma forma de proteção à identidade dos envolvidos e simultânea homenagem aos que lutaram em prol da equidade racial antes de mim (Lista de Personalidades Negras).

#### 4. AFETAÇÕES

“Escuta, escuta  
O outro, a outra já vem  
Escuta, acolhe  
A dor do outro também  
Cuidar do outro faz bem”  
Ray Lima.

Pela definição aristotélica, o ser humano é um animal racional, mas, sobretudo, humanos são seres afetivos. Existe uma contradição acerca do que sentimos sobre os afetos e o modo como vivemos. O nosso modelo de sociedade e sua construção histórica nos motivaram a deixar os afetos e as emoções em segundo plano. Percebemos uma maior evidência disso no mundo moderno, no qual valorizamos muito a racionalidade padronizada, o convencional, o escanteio do lado emocional, o perfeitamente adequado e o politicamente correto (JOUR, 2009).

Apesar de todas as relutâncias para reproduzir esse modelo de sociedade padrão nas minhas condutas fisioterapêuticas e com todas as persistências para que a minha criança interior reinasse na minha vida exterior, fui podada e moldada durante anos para conduzir minhas ações de forma direta, sucinta e técnica. Me ensinaram através de palavras, gestos e ações que quanto mais objetiva, melhor. Quanto mais rápido o raciocínio diagnóstico cinesiofuncional, mais profissional. Quanto mais prática e menos emotiva for, mais competente. Quanto mais restrita ao pensamento pato-anatômico, maior o nível de validação.

Nunca quis absorver 100% desses ensinamentos anteriores como se fosse o único caminho existente e por isso, enquanto fisioterapeuta, despertei interesses em estudar e atuar no complexo mundo da dor e na saúde da família, pois, são as áreas que dão maior fidedignidade ao modelo biopsicossocial e geram necessidade de ir além

da parte biomédica. Tive alguns contatos para querer seguir esse caminho, mas nada teve uma força tão norteadora como conhecer Dona Carolina Maria de Jesus e trabalhar em uma USF (Unidade de Saúde da Família) no formato da residência para reafirmar intensamente que uma conduta com escuta empática, a subjetividade do sujeito e uma anamnese permeada de afetividade devem ser consideradas fatores significativos no vínculo terapeuta-paciente, na adesão ao tratamento, na disposição e na configuração de sentidos.

Era uma quinta-feira pela manhã, eu tinha cinco atendimentos agendados e um dos usuários (termo mais adequado aos que usam os serviços públicos) não compareceu a consulta compartilhada com o enfermeiro, então, cedi o consultório para os internos de medicina e fui fazer uma sala de espera na recepção sobre as indicações, pré-requisitos e o fluxo do exame preventivo, devido a alguns casos relatados pelo núcleo de enfermagem. No final da sala de espera, encontrei o rosto conhecido de uma moradora que nunca tinha visto na USF. Segue um trecho da nossa conversa:

Eu: Bom dia! Meu nome é Verônica, sou fisioterapeuta. A senhora costumava ficar sentada na esquina da escola, não é? Nunca mais te vi. Está tudo bem?

Dandara (filha): Ela parou de falar, doutora. É minha mãe. De um tempo pra cá, ela só fica deitada na cama. Não quer comer, não quer falar, só quer dormir de noite e de dia. Não se mexe nem pra ajudar a vestir a roupa. A gente colocava ela na cadeira de rodas na esquina de casa, mas ela piorou muito. Quero ver a médica pra pegar os remédios. Tudo a gente tem que carregar ela.

Eu: Entendo. Podem me chamar de Verônica. Qual o nome de vocês? Tem alguém além da médica acompanhando?

Dandara: O meu é Dandara. O dela é Carolina. Acho que tem uma enfermeira.

Eu: A senhora veio foi toda arrumada, viu dona Carolina! Tá mais bonita do que o normal com essa sandália rosa!

Dona Carolina balbucia algo que não compreendi, mas, balança a cabeça e estica as pernas como se me concedesse permissão para continuar conversando com ela e que tinha gostado do elogio.

Dandara: Na esquina ela ficava com uma amarela.

Eu: Sim, eu lembro! Que bom que vocês vieram aqui no posto. A senhora me dá um abraço? Gostei de te ver.

Dona Carolina não se conteve com a proposta de um abraço sentada, coloca os pés para fora da cadeira de rodas, apoia os pés no chão e estende os braços.

Eu: Por favor, pode segurar a cadeira de rodas, Dandara?

Dandara me olha surpresa e segura a cadeira.

Eu estabilizo os seus membros inferiores, seguro o corpo magro de dona Carolina. Ela ergue um pouco mais o corpo e conseguimos ficar em pé em um abraço.

Dona Carolina Maria de Jesus é uma mulher preta de 74 anos. Seis gestações, quatro partos e dois abortos. Ex-trabalhadora rural. Tabagista e etilista dos 14 aos 40 anos. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Depressão. Histórico de violências. Mora com a filha mais nova Dandara, o genro e uma neta. Depois do relato anterior, o caso de Dona Carolina foi discutido com a equipe, levado para a reunião do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) e começou a ser acompanhado de forma multidisciplinar na USF, encaminhada para o Centro de Atenção ao Idoso e para oficinas no Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) para uma corresponsabilização do cuidado. A filha e a neta dela começaram a frequentar a unidade de saúde também. Em todas as consultas e visitas domiciliares, Dona Carolina apontava para a sandália rosa, eu comentava o quanto ela estava bonita, ela agradecia e estendia as mãos para levantar e me dar um abraço.

Apesar do declínio funcional e do relato familiar de extrema incapacidade, ela não teve limitação física que a impedisse de ficar em pé para responder um estímulo emocional. Ela me mostrou que aquele era o máximo de esforço que ela poderia fazer e não foi necessário o uso de nenhum teste padrão. Aquele foi o abraço mais apertado que ela poderia dar e foi o maior tempo que ela poderia permanecer em pé até o corpo mandar o sinal de “Opa! Preciso sentar!”, os joelhos levemente se flexionarem e ela direcionar a força dos membros inferiores para os braços. Isso tudo foi em um encontro, mas, Dona Carolina me ensinou muito e definitivamente me orientou na escolha de abordagem que devo seguir, foi combustível para continuar cumprindo as atividades da agenda e reafirmou que devo apostar nas afetividades como uma forte ferramenta no dia-a-dia.

Normalmente, é apenas neste tipo de afeto que costumamos pensar, o que sempre associamos com carinho ou afeição. Este conceito não está errado e tem grande preciosidade, assim como foi descrito nos parágrafos precedentes. Entretanto, no sentido filosófico, o termo afeto (*affectus*) tem origem da afetação e manifesta a transição de um estado a outro, tanto do corpo afetado como do corpo afetante. Ele é o que resulta da interação com o meio ambiente, é o resultado da fusão daquilo que nos marca e dos fenômenos que possuem validade para serem considerados. O importante aqui é romper com a ideia de que os afetos fazem correlação única a um modo passivo e/ou ainda que pode ser explicado por um princípio unificador como o amor. Ênfase

que manter somente esse princípio esvazia, em muito, o que justamente necessita ser concebido neste trabalho (SPINOZA, 2009).

Existem várias possibilidades de reviver e retratar eventos que foram compreendidos como de ordem afetiva, de acordo com a variação semântica do termo (como substantivo no singular ou no plural, como verbo ou na adjetivação). Este trabalho assumirá referência ao emprego da palavra no campo das afetações e no campo das afetividades (MENEZES, 2017).

O desafio, portanto, é questionar as experiências afetivas e compreender que nelas ocorre a existência, tanto de uma dimensão redutora, quanto de outra expansiva. Será que estas experiências afetivas estão diretamente envolvidas na potência criativa da vida? Como um profissional do SUS pode se beneficiar disso na obtenção de plasticidade para adaptações? Qual o valor de pensar sobre essas concepções dentro do âmbito da residência?

Baruch de Espinosa, também conhecido como Spinoza, filósofo do século XVIII, foi o pioneiro a divulgar ao mundo sobre a importância do afeto e relatar que o primeiro objeto das ideias da mente são as afecções do corpo. Existe um jogo de afetos baseado nas experiências e estas sempre são singulares. Sempre ocorrem em primeira pessoa. Não temos como acessar a experiência do outro de maneira direta e completa, mas, quase tudo o que é vivenciado, de alguma maneira, irá tomar forma no campo da ação. Por exemplo, uma maior ou menor quantidade de publicações no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), uma mudança de postura, a abertura ou fechamento para diálogos, dentre outras (DELEUZE, 2010).

Esses conceitos apresentados admitem que todo corpo afeta e é afetado por outros corpos. É a compreensão dos choques desses afetos que produzirá os bons e maus encontros. Quando um encontro nos aumenta, dá fôlego para a vida, nos alegra, nos produz ação. Quando um encontro nos diminui, ele nos torna inerte porque nos tira a ação (paralisa) e por isso, nos entristece. Estando a quantidade de intensidade de vida que ganhamos ou perdemos entrelaçada com a assimilação da alegria e tristeza por meio dos afetos, esse fator desencadeará a intensidade para as nossas relações, para as nossas decisões e para o nosso trabalho, de forma consecutiva. As nossas interações se fundamentam originalmente das nossas afecções (SAFATLE, 2015).

## 5. UM SOBREVÔO HISTÓRICO

“Lembrar não é reviver, mas re-fazer”

Marilena Chauí.

O interesse da exposição de uma linha cronológica consiste na possibilidade de examinar alguns marcos no desdobramento de afetações, incluindo, as implicações político-sociais. Também se faz possível, perceber a potência criativa de vida dos residentes e demais atores durante as dinâmicas históricas desse processo preambular. Esses fatos irão sedimentar o caminho que a leitura irá percorrer.

A escrita da Constituição de 1988 se configura no resultado de mobilizações dos representantes brasileiros na busca de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos. No artigo 200 é atribuído ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Dentre as variadas tentativas de cumprimento deste item, com a competência da integração de serviço, ensino, gestão e participação social, surgiu a Residência em Área Profissional da Saúde, em prol de uma atenção resolutiva às necessidades da comunidade (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994, nas cidades de Sobral e Quixadá, no Ceará, com base na reorientação do modelo assistencial a partir da busca pela consolidação da Atenção Básica (AB), sendo definido por uma equipe mínima responsável pela atenção e cuidado como foco na abordagem familiar em uma delimitada área geográfica. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi um dos impulsionadores na criação do PSF e se destacou, principalmente, pelos êxitos obtidos através do investimento no elo entre a comunidade e os serviços (BRASIL, 2010).

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), junto à Unidade Sanitária São José do Murialdo, se tornou referência para a promoção de um perfil humanista e de mudanças nas práticas de trabalho e acolhimento dos usuários ao criar, em 1996, a primeira Residência Médica em Medicina Comunitária. Um ano depois, é publicado o Decreto nº 80.281, referente à Residência Médica como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, sendo considerada o "padrão ouro" da especialização médica, com propostas vinculadas aos interesses e necessidades do SUS e pressupostos presentes na Política Nacional de Saúde (PNS). Decorrente dos bons resultados, inaugurou-se a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), uma formação com base na atenção integral, visando a troca de saberes e experiências (CECCIM, 2018).

No panorama de cerceamento dos direitos humanos durante a ditadura militar e com a expansão desordenada dos programas, os residentes se organizaram em seus locais de atuação e associações por hospital, estado e em nível nacional, para pautar a formação e reivindicar uma regulamentação. Eles também estavam mobilizados pelas pautas sociais, democráticas e visualizaram as necessidades da população e da criação de políticas públicas, conseqüentemente, firmando o movimento da Renovação Médica e sendo agentes ativos da Reforma Sanitária Brasileira.

O tópico sobre a reforma do setor da saúde continuou como centro de grandes debates na década de 1990, incluindo a formulação de um Relatório de Avaliação do Projeto de Reforma do SUS com análise dos impasses e apresentação de possíveis estratégias governamentais como recurso de enfrentamento. Além disso, incluiu a criação de um Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS), através de um empréstimo de R\$650 milhões entre os Bancos Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Mundial (BIRD) e o governo brasileiro (BRASIL 2003).

A partir de 2002, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) passam a compor o ReforSUS, a fim de viabilizar as reformas que estavam sendo introduzidas mediante o contrato firmado para obtenção de financiamento internacional. Esse arranjo culminou na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003, na busca de articular ações e políticas no sentido da educação permanente dos trabalhadores do SUS (KARAM, 2002).

A regulamentação das RMS e a criação da Comissão Nacional de Residência Multidisciplinar em Saúde (CNRMS) enquanto órgão deliberativo de caráter colegiado, ocorreram a partir da promulgação da Lei nº 11.129, no dia 30 de junho de 2005. Em novembro do mesmo ano, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 instituiu, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005).

Nessa sequência de acontecimentos, percebe-se que o surgimento, consolidação e reformatação dos programas de residências estão indissociados dos processos de afetações do contexto sócio-político-econômico. Em março de 2018, comecei a fazer parte dessa história, através do ingresso na Residência Multiprofissional em Saúde da (FESF/Fiocruz). Um programa de especialização na modalidade presencial que visa o ensino em serviço e tem regime de dedicação exclusiva, com carga horária mínima de 5.760 horas, sendo 60 horas semanais. O Programa ocorre de

forma integrada com a Residência Médica e adota como princípio a Pedagogia Problematizadora que tem como metodologia a abordagem crítica com constantes reflexões e diálogos diante dos problemas da realidade social. Não escondo que esbocei um sorriso no canto do rosto quando li o Projeto Político Pedagógico (PPP) pela primeira vez e me deparei com esse termo. Foi uma condução imediata à grande referência de Paulo Freire e já percebi que eu não estava me inserindo em uma oferta educacional com o perfil comum (FESF, 2018).

Existem duas instâncias auxiliares da CNRMS (com as reuniões suspensas de forma hierárquica pelo governo atual), definidas como Comissão de Residência Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Elas atuam como braços da organização estrutural, a nível institucional, para que os programas alcancem o objetivo de formar profissionais com competências técnico-científicas, sociopolíticas e ético-humanistas, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Uma das atribuições da COREME e da COREMU é a coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos programas de residência da instituição formadora, através de reuniões de colegiado com os representantes e suplentes, incluindo residentes, docentes, coordenadores e gestor local de saúde (FESF, 2018).

A programação da semana de acolhimento da residência, o PPP, a existência das comissões, os materiais norteadores, os repasses do corpo pedagógico e da coordenação eram sinalizadores de que minhas expectativas seriam superadas ao conhecer o formato do programa, afinal, o modelo bancário sempre foi a bandeira orientadora na maioria das instituições em que estudei. E, como filha de uma professora da rede pública que sempre seguiu o ensino tradicional, adentrar em um ambiente que rompe a barreira desse modelo de ensino já gerou a primeira abertura para as afetações consecutivas durante a residência.

## 6. CENÁRIO DE PRÁTICAS: 2 ANOS - 2 MUNICÍPIOS

“Talvez não tenha conseguido  
fazer o melhor, mas lutei para que  
o melhor fosse feito. Não sou o  
que deveria ser, mas Graças a  
Deus, não sou o que era antes”  
Marthin Luther King.

Após conhecer a estrutura macro, fui apresentada às divisões micro que lidam diariamente com as intervenções nos cenários de prática e burocráticos como as

subdivisões da coordenação (geral, supervisão da residência médica, coordenação da residência multiprofissional, acompanhamento do campo, atividades teóricas e teórico-práticas, secretaria (acadêmica e administrativa) e equipe pedagógica, que inclui o apoio pedagógico de campo/ institucional, matricial e de núcleo (FESF, 2017).

As vivências construídas nessa especialização têm o cenário de prática como o eixo estruturante e as relações como eixos transversais para o alicerce do aprendizado. A maioria dos saberes adquiridos passa pela elaboração, revisitação e ressignificação junto ao corpo docente nos espaços teóricos garantidos em agenda para os residentes.

Durante o primeiro ano, ocorreu o Grupo Diversidade (GD). Este grupo era composto por residentes de diferentes categorias e locações, que dialogavam com as preceptoras responsáveis pela facilitação dos encontros utilizando a metodologia da espiral construtivista e dando retorno sobre as atividades realizadas presencialmente e no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Houve alguns momentos no qual o GD foi utilizado como uma “roda de desabafos” diante de variadas dificuldades encontradas no percurso, mas, sua serventia principal é a troca de experiências, o conhecimento de diferentes realidades e a resolução conjunta de desafios teórico-práticos que evidencia erros e acertos sobre a nossa inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para cada ano, existem aprendizagens gerais (campo) e específicas (núcleo) que devem ser alcançadas e que são organizadas por Unidades de Aprendizagem (UA) para considerar os diferentes perfis de residentes que ingressam no programa, suas experiências anteriores e deslocamentos atuais, a partir de uma metodologia que não segue uma linearidade. No meu processo de aprendizagem, entendo que o ápice da efetuação do conhecimento veio com a sensação do desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes que foi confirmada pela conformação de pensamentos e pelas ações.

### 6.1. Território novo

O primeiro ano da residência também costuma ser nomeado como R1. Esse foi um período de foco na imersão dos processos de trabalho da USF São Judas Tadeu, no bairro da Itinga, localizada no município de Lauro de Freitas, que contava com os 19 bairros distribuídos entre as 5 regiões de saúde, na região metropolitana de Salvador.

Essa USF contava com 5 equipes mínimas e um NASF que dava cobertura somente para essa unidade. O NASF contava com 2 residentes de cada categoria (educação física, fisioterapia, nutrição e psicologia) e 3 profissionais contratados pelo município para cumprir 20 horas/semana (assistente social, nutricionista e psicóloga).

Nas primeiras semanas, notei que havia uma grande quantidade de tarefas de gestão e rotina da USF, então, descobri que temos acesso a documentos que foram elaborados por outras turmas, pelo corpo pedagógico e/ou pela coordenação. Ter conhecimento sobre todos os itens só aconteceu de forma mais rápida, devido ao acesso de um importante documento intitulado Manual para Organização do Serviço. Este manual foi de grande auxílio nos primeiros contatos, pois, fornece a sistematização de um conjunto de informações práticas para estruturação dos diversos serviços e estratégias que constituem o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF), equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes de Apoio Institucional (AI).

Comecei a me inteirar das funções compondo a equipe do NASF e descobri que o conceito deste núcleo vai além de uma simples definição sobre oferta de apoio à equipe mínima. Correspondendo a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ele aborda as dimensões técnico-pedagógica e assistencial, sendo uma estrutura extremamente importante para a ESF, porque através dele é possível a busca pela ampliação, qualidade da atenção e da gestão da saúde, promoção da construção de redes de atenção, ampliação da resolutividade e da capacidade de pensar a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (MOROSONI, 2018).

A saúde que visualiza ações restritas a oferta de serviços de saúde se contradiz com a definição do adjetivo que lhe foi atribuído: universal. Entretanto, o SUS foi regulamentado e moldado a partir das legislações complementares à constituição e isto abriu um leque de modificações na interpretação da responsabilidade ao ente federativo deste pleno direito constitucional. O perfil variado entre os cargos comissionados, profissionais concursados e da residência, enfatizavam uma dicotomia em relação ao modelo de saúde. Isso possibilitou vivenciar dois perfis de trabalhadores no mesmo NASF.

Fazer parte do NASF da residência foi o mais próximo que já trabalhei com um grupo de profissionais que realmente apoiou ideias, expressões e desejos de colocar a declaração de Alma-Ata sobre uma saúde para todos em prática. Posso me considerar

um sujeito de sorte, pois, as equipes mínimas compostas por residentes também apoiaram a realização das ideias menos biomédicas. Estava em um grupo que também visualizava a necessidade de humanizar as práticas e que compreendia que a saúde era um direito básico e universal. Esse alinhamento ideológico foi um denominador comum para criação de afetividades e desenvolvimento de semelhantes afetações (PIRES; ALVES, 2017).

Ser NASF me dava ânimo e respaldo para estudar e propagar sobre o apoio matricial, a clínica ampliada e o uso de ferramentas que nem sempre eram utilizadas da forma idealizada no planejamento devido as dinâmicas do trabalho, como no caso das estratégias de cuidado do Plano Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST). Espero que os demais profissionais que trabalharam com o nosso NASF tenham se permitido, de alguma forma, serem afetados pelas propostas e planejamentos fora da linha curativista, pela atuação transprofissional centrada na pessoa, e, principalmente, pela necessidade de construir e consolidar redes (Exemplo; equipamentos sociais, rede de educação, rede socio-assistencial e líderes comunitários).

Houveram vários conflitos locais, justificados por brigas de poder, não-aceitação da residência, dificuldade com a atuação em rede, centralização das ações, antagonismos ideológicos, infra-estrutura inadequada, entre outros fatores. Inclusive, algumas dessas contendas eram decorrentes de eventos que precederam a chegada da minha turma. Então, na busca de entender as intenções, o histórico daquele local e materiais para análise/guia em futuras decisões, fui buscar o repasse de informações dos residentes do segundo ano que já estavam inseridos no contexto.

Uma batalha mental épica aconteceu para entender e lidar com a dualidade entre as emoções, expectativas, ansiedades de uma R1 que ingressa na área que sempre sonhou *versus* os desgastes, frustrações e decepções de R2's saturados de combates passados. O levantamento desse histórico foi o primeiro baque sobre como pode ser errôneo mantermos o costume de colocar a dimensão dos afetos apenas no que diz respeito à vida individual dos sujeitos e esquecermos que cada um de nós compõe uma mini-sociedade nos nossos ambientes laborais.

As repercussões das influências de quem já estava no espaço por um maior período de tempo foram desenhadas em omissões, criações de hipóteses não-verídicas e pré-julgamentos nos R1's. E, apesar de decidir com o grupo que iria aguardar para coletar informações suficientes para uma análise própria e sem vieses, as

consequências das afecções negativas surgem e atuam independentemente do grau de veracidade da observação local. A riqueza de detalhes de alguns relatos e a retirada de algumas dúvidas só foram ocorrer meses depois, após uma reunião com a coordenação e um encontro com uma das pessoas envolvidas no processo de implantação da residência no município.

O tempo passou e o contato direto com a comunidade chegou! Tem trabalho melhor do que ser gente cuidando/pensando no cuidado de gente? Com todos os desafios e prazeres, eu realmente sinto que não tem. Sempre é dinâmico, inovador e reflexivo. Existe todo um processo para estabelecer relações de escuta, de diálogo, de confiança e de respeito com os usuários. Com alguns, o vínculo surgiu de forma instantânea. Com outros, surgiu com a ajuda do tempo, dos familiares e de outros profissionais. E depois, essas relações contribuíram na percepção de vulnerabilidades sociais e ciclos intergeracionais de violências existentes por trás de queixas principais, na adesão terapêutica, na construção de soluções em conjunto e na melhora da qualidade da atenção em saúde. O contato com o povo foi fonte de retroalimentação de energias para assembleias, reuniões de equipe-unidade-comunidade e controle social durante todo o período da residência.

Um grande vínculo do R1 que merece destaque foi com o “Clube dos amigos”, liderado por Luís Gama e composto por homens que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas que se encontravam na praça localizada entre o ponto de ônibus e a USF. Que localização estratégica! Em pouco tempo um “Bom dia!” virou um “Vá no posto me ver”, virou pauta na reunião do NASF e busca por maiores informações com os ACS (Agente Comunitário de Saúde), virou a criação de ações com educação em saúde e a transversalidade do lazer como direito, virou o uso de dominó, baralho e música para fortalecer vínculos, virou diálogos com as equipes, com o Consultório de Rua, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Óbvio que a maioria dos funcionários não gostou dessa atitude de fazer articulação de redes na perspectiva do cuidado integral e de mostrar que a unidade também era um serviço que pertencia a eles.

Em novembro de 2018, sediamos a primeira reunião de rede em uma USF do município. Fomos os primeiros profissionais da saúde pensando o cuidado em rede, neste formato, com representantes da educação, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de outros setores. Estávamos animados com a superação de obstáculos, com os frutos da articulação e com o retorno da comunidade sobre a nossa atuação. No decorrer da semana, convidamos um conselheiro de saúde e fizemos uma

reunião com a comunidade, com a finalidade de apresentar como funciona a implantação de um conselho local e sua importância. Dias depois, a avalanche de conflitos teve o desligamento da residência como desfecho final. Nossa agenda foi modificada temporariamente para o CAPS Gregório de Matos, no Pelourinho, e, apesar do contexto indesejado de quebra de vínculo com a USF, sou grata pela experiência de atenção em saúde para as pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas desse serviço, pelo contato com profissionais abertos para o compartilhar e pela observação de que a dicotomia do modelo de saúde atua de diferentes formas a depender do lugar e das pessoas.

Hoje, consigo visualizar que obtive um ganho no sentido pedagógico, além da abrangência de visão, postura profissional e, principalmente, de desenvolvimento individual que, provavelmente, não teria acontecido se tivesse permanecido em Lauro. A mudança foi um período difícil para todos do programa, porque envolveu um forte nível de quebra da normalidade, mas, hoje reconheço que com o desligamento da residência do município, pude vivenciar experiências diferentes em relação ao modelo de NASF, a interação com a gestão municipal, a gestão pública, a rede de saúde, outro corpo docente e outros profissionais. Obtive aprendizagens por estar na zona de esforço, por autonomia, por leitura de espaços, e, principalmente, por ter que me desapegar de uma equipe coesa, da comunidade e das atividades fixas como o Grupo de Caminhada e Práticas Corporais, Bem Viver (saúde mental), o Feliz Idade (grupo de convivência) e o grupo com as gestantes do CRAS.

Lembro, com afeto, do meu caderno verde que foi apelidado como “Censo de Itinga”. Era organizado por matérias para cada equipe de saúde (reuniões e dados sobre os usuários que acompanhava), planejamento dos grupos, matriciamentos e salas de espera, reuniões do NASF, articulação de rede, controle social, agenda, ações para o calendário anual e pendências. No dia da nossa saída de Lauro, eu já tinha páginas com projetos e ações definidas até o mês de agosto de 2019.

As emoções turbulentas desencadeadas pelo desligamento abrupto em Lauro, a ruptura de vínculos e planos, o repasse de notícias sobre o agravamento do quadro clínico de alguns usuários e o processo de transição para outro município foram um ápice de afetações e influenciaram grande parte do meu percurso no segundo ano da residência.

## 6.2. R2 com sentimento de R1

O segundo ano foi vivenciado no município de Camaçari, região metropolitana de Salvador, com 8 regiões de saúde, recentemente, distribuídas em 3 distritos sanitários de saúde (Sede, Abrantes e Monte Gordo). A região que compete a atuação da residência é a região 04 e conta com 05 unidades de saúde (Parque das Mangabas, Piaçaveira, Nova Aliança, PHOC CAIC e PHOC III). Em 2020, houve a expansão das unidades com profissionais da residência, devido a inauguração das USF Verde Horizonte I e II, na região 5.

Nesta transição, a readaptação de voltar a morar com os pais e o irmão mais novo, o pouco descanso, muitas horas sentada e a rotina de viagens intermunicipais que necessitava de 3 conduções para chegar na rodoviária de Camaçari foram mudanças que levaram um menor período de tempo para conseguir me acostumar. Porém, a saudade do vínculo com a comunidade e das aulas de teatro do oprimido, a falta de propriedade sobre os equipamentos sociais e a RAS, os diferentes fluxos e pessoas, a falta de conhecimentos prévios sobre o local e as relações que ali existiam, juntamente com a ausência de uma análise situacional de saúde foram tópicos que exigiram um maior tempo para conseguir me adaptar.

Sou grata pela recepção da preceptora do NASF que mesmo com tantos residentes com diferentes opiniões no mesmo núcleo, sempre mostrou dedicação para o alinhamento do trabalho em equipe e estava disponível para meus questionamentos individuais. Agradeço também pelos demais preceptores que acolhiam algumas dúvidas quando eu visualizava que minha preceptora com muitas demandas. E agradeço, especialmente, as 4 amigas que foram referências de afetividade, como também, fundamentais nesse processo de reinvenção, na consolidação e análise dos dados, no entendimento da realidade de saúde local, na construção de saberes e realização de práticas que envolviam trabalho de núcleo e de campo.

No R2, os residentes continuam a assumir atividades nas USF's para promover a interlocução entre os setores e acontece um rodízio que é organizado por uma divisão em três estágios: O optativo, que é caracterizado pela opção do residente por um serviço da RAS do município que é definida pela linha de cuidado. O eletivo, que acontece em um local de preferência do residente. E gestão, que envolve um período em diretoria, departamentos ou na sede dos distritos do município.

O estágio da gestão ocorreu no Distrito Sanitário de Abrantes (DSA), era um campo novo no município e como oferta da residência. Até mesmo os profissionais não

sabiam nos responder a função e os objetivos que ali existiam (alguns respondiam isso por conveniência, falta de aproximação com o processo da residência, desconfiança, mas, outros era realmente por desconhecimento). Apesar de ter uma boa estrutura física, em comparação aos demais estágios, o DSA era uma comprovação de que sem profissionais disponíveis e dispostos, acontece a dificuldade de inserção no funcionamento/rotina e dificulta o fator da coletividade, excluindo a possibilidade do processo de trabalho fluir da melhor forma possível.

Nesse período, me senti sozinha. Tinha ao meu lado uma dupla que sempre foi uma grande parceira na prática assistencial, mas, estagiar por 2 meses com a pessoa de referência ausente, com funcionários ainda sem entendimento ou confiança em figuras externas e sem uma apoiadora de gestão, foi complicado. Retornei a uma solidão pedagógica, ao misto de desconhecimento e achismos, a lidar com a angústia da necessidade de construir algo que realmente fizesse sentido sobre receber uma bolsa-salário com dinheiro público, minha presença e mão de obra neste ambiente.

Esperei ansiosamente pela apoiadora de gestão para o último mês de estágio. O dia da chegada dela, foi também um dos meus maiores alívios nessa trajetória. Ela superou todas as expectativas e, apesar de encontrar residentes saturados e desgastados, conseguiu ter percepção das barreiras que enfrentávamos, reduzir as lacunas de aprendizagem, apoiar os materiais que estavam sendo construídos e ajudar a planejar outros.

Do levantamento de possibilidades de produtos no início do estágio, se iniciou a criação do manual de serviços de saúde e equipamentos sociais que se definiu pela atualização do Guia de Redes do distrito sanitário da Sede com o levantamento dos demais distritos sanitários (Abrantes e Monte Gordo). Este foi o momento de maior articulação de rede que fiz no município de Camaçari. Foram realizadas diversas reuniões, troca de e-mails e telefonemas com diretorias, coordenações, gerentes, Agentes Comunitários de Saúde, NASF, visitas a diferentes USF's, construção de palestras sobre territorialização para além do campo geográfico, demonstração da invisibilização sobre a presença de indígenas e quilombolas na hora de pensar a produção de cuidado do território, e a possibilidade de espalhar o referencial teórico de Milton Santos.

O R2 mostrou que é essencial buscar ainda mais o conhecimento, valorizar muito mais as microrrelações, me fez entender que um usuário pode ser uma grande referência pedagógica e pude perceber que, apesar das afetações negativas, é possível

brotar habilidades individuais que nunca enxerguei em mim, como por exemplo, a liderança. Sendo assim, ser residente teve grande papel para eu construir e assumir uma ressignificação na minha trajetória pessoal, política e profissional.

## 7. O CONHECIMENTO COMO O MAIOR DOS AFETOS

“Reconhecendo com profundidade e sabedoria o que de fato estamos fazendo e a forma de ação que estamos usando, podemos nos direcionar para agir como geradores de equilíbrio e felicidade”  
Lama Padma Samten.

Durante a residência, aprendi a internalizar que o conhecimento não é algo fixo e verticalizado. Confesso que sentia falta de mais espaços teóricos, mas, acredito que essa falta marcava presença devido ao processo de adaptação por ter acabado de sair de um ambiente extremamente tradicional.

Às vezes, sentia que as metodologias eram excessivamente ativas devido à contratação incompleta do corpo docente e ao fato de minha turma de R1 ter conduzido sozinha alguns espaços pedagógicos, o que diminuiu a participação atenta e colaborativa dos residentes e ocasionou sentimento de perdas no processo de ensino e aprendizagem. Depois de fazer uma melhor interpretação das relações locais, pude perceber que um grande motivo dessa situação ter ocorrido foi nossa preceptora também exercer outras importantes funções, como ser o elo de ligação com os funcionários de fora da residência, ter diálogo acessível com outros atores, nos ajudar a prever, amenizar e lidar com os tensionamentos.

Esse episódio me mostrou que o conhecimento pelo conhecimento, aquele que não nos afeta, pode não ser capaz de nos mostrar caminhos tão eficazes. O conhecimento está na relação que estabelecemos, acontece nos e pelos afetos. A preceptoria do NASF já é um cargo que exige grande dedicação e, apesar de perceber a sobrecarga de funções que ocorria, especialmente, nos espaços teoricamente reservados na agenda, é preciso considerar que conhecer é poder fazer parte da relação entre o todo e as partes. E a função que ela estava desenvolvendo ao não permanecer no espaço também era de grande relevância. Classifico até que seria um dos motivos da nossa estadia em Lauro ter durado quase 1 ano.

A frequência desses episódios e a necessidade de qualificar os espaços teóricos, foram assuntos discutidos entre os R1's do NASF. Decidimos elaborar um cronograma para o Turno Pedagógico sem estabelecer uma programação na qual a presença da nossa preceptoria fosse essencial, visto que ela era a principal mediadora de conflitos e a maior conhecedora das personalidades, dos vínculos políticos, quem mais nos fazia o repasse de informações e era útil manter todos esses itens. Assim, começamos a elencar temas que precisávamos debater de acordo com o PPP, com a prática diária e com os nossos interesses já determinando possíveis nomes que pudessem fazer a facilitação do espaço. Esse momento foi primordial para nossa autonomia, para compartilhar conhecimentos prévios, aprender com o outro e ampliar nossas abordagens de ensino e de aprendizagem.

Acredito que seja impossível sair da residência com a mente cética sobre as diversas formas de aprendizado. A coleta de informações e a transmutação do pensar e agir que pode acontecer depois de uma conversa com os usuários, de uma caminhada desbravando o território, de compreender a comunidade, de construir ações interativas, de experimentar o empírico, da troca com diferentes núcleos profissionais e diferentes pessoas do corpo pedagógico são somente alguns exemplos que me fizeram sentir na pele a potência da frase de Paulo Freire que diz: "Não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes" (FREIRE, 1996).

O conhecimento é o mais potente e transformador de todos os afetos. A nossa mente, ao invés de criar ficções imaginárias, pode ser usada para que pensando, eu me afete melhor na vida e nas interações. O conhecimento de si e das diferentes realidades deve irrigar para as relações interpessoais, coletivas e sociais (SEVERAC, 2009).

Outras situações que demonstram a importância do contexto para o cenário de prática em saúde da família, é a necessidade de ter conhecimento sobre o que corresponde a gestão municipal e o que é referente ao programa da residência, os tensionamentos que permeiam a AB para a compreensão desta área e da sua função base na reestruturação do modelo assistencial de acordo com os princípios do SUS. Também é válido saber o que é condizente aos processos de trabalho, os fluxos, o que ocorre na política municipal, estadual e/ou nacional, dentre outros aspectos que podem poupar um desgaste energético e diminuir drasticamente as chances de afetações negativas.

Esse capítulo teve como propósito, mostrar que o conhecimento deve ser priorizado quando se pensa em impulsionar afetividades, quando se quer evitar conflitos e quando se quer potencializar a organização da rotina da residência. O senso comum

poderia contradizer isso: razão e emoção não são opostos? Mas, a filosofia e as experiências nos mostram que a razão precisa da emoção para tornar-se efetiva e a emoção pode conduzir-se muito melhor com a ajuda da razão. Elas são opostas e complementares. E a gente aplica isso na vida (LIMA, 2007).

Há em Spinoza uma transmutação dos afetos. Uma apologia ao uso prático do corpo, um convite à experimentação, afinal, o conhecimento nos abre tantas possibilidades! Se os afetos se ligam à razão, ao conhecimento, para tornarem-se mais potentes então, ao mesmo tempo, eles nos abrem muitos caminhos inexplorados!

Há uma aliança entre mente e corpo, emoção e razão, que possibilita a produção de novos sentidos e uma melhor análise do ambiente. Esta relação se atualiza em nossa vida diária, um conhecimento prático, uma arte dos encontros, que em cada nova experiência pode se colocar à prova e ter como resultado o aprimoramento.

Claro que esta busca pelo conhecimento e pela mistura entre razão e emoção é árdua! Um caminho bem extenso! O conhecimento é útil por si mesmo. Precisamos viver as possibilidades afetivas que a razão nos oferece e aprender com os valores que brotam desta relação. Se tivermos conhecimento e noção de como ele nos afeta ou pode afetar ou outros e o ambiente no qual estamos inseridos, podemos transformar causas externas ao nosso favor e adequá-las às nossas necessidades, às necessidades do trabalho ou da comunidade. O conhecimento como o mais potente dos afetos é fonte de transmutação, base para uma transformação criativa que aumenta a nossa potência de agir (YONEZAWA; SILVA, 2018).

## 8. MICROPOLÍTICA

“É nas coletividades que encontramos reservatórios de esperança e otimismo”  
-Angela Davis.

A categoria dos afetos não é, contudo, uma garantia absoluta de equilíbrio nos processos de trabalho no âmbito da residência e da saúde pública como um todo. Ela precisa ser potencializada pela relação entre a macropolítica e a micropolítica. A natureza dos afetos é frágil diante da facilidade de cairmos na areia movediça do trabalho morto, abstrato e alienado que é pautado por uma legislação social predatória. Por isso, temos que exigir dessa natureza, permanentemente, uma retroalimentação de

disposição para planejar, produzir e avaliar resultados que acontecem, majoritariamente, com ações da micropolítica (MERHY, 2002).

A relação da macro e micropolítica surge em tópicos como panorama político, excesso de demandas, intersetorialidade, associação com o território e a relevância do coletivo. O macro acontece nos grandes centros de poder, impõe normas, regulamentos, protocolos e interfere nos processos de trabalho. Mas, a produção de subjetividades acontece no micro, na perspectiva de auto-responsabilidade, na lógica de colaboratividade e no campo do invisível que reside a possibilidade de efetivas mudanças nas práticas cotidianas de cuidado em saúde (ROMAGNOLI, 2016).

As forças que compõem a proposta de uma especialização na modalidade da residência em saúde passam por diversos fatores da macropolítica, mas, seus componentes de micropolíticas conseguem se entrelaçar com a dimensão do visível com menos obstáculos do que os espaços e trabalhadores que estão fora do contexto da residência. O fato é que os profissionais de saúde mais suscetíveis podem estimular movimentos de mudança ou de resistência dentro das conformações de viabilidade do cenário. Estes movimentos são, fundamentalmente, frutos da micropolítica e da captura social em constante modificação. Para a ocorrência desses movimentos, é necessário a interação dos afetos, da subjetividade e da cooperação. Esta interação é o esforço do trabalho vivo na prática, das afetações para criação e autoria que intervêm nas composições de modo consciente ou inconsciente, da mesma forma como questões políticas, sociais e culturais mediam a história do SUS (HAMRAOUI, 2014).

Em domínio dos tensionamentos e complementações da macropolítica com a micropolítica, podemos pensar nas implicações em torno das práticas de poder nas relações afetivas e cotidianas. Reconhecer esse local especial de resistência que os profissionais de saúde podem atuar que são as microrrelações. Uso a palavra resistência, não somente como uma forma de lutar contra ou de garantir a permanência de algo considerado benéfico, mas, também, no sentido de construir campos inventivos e propor saídas. É sair de uma postura de pura queixa e utilizar de uma leitura crítica das relações de poder para inventar rotas de fuga e perspectivas que lutem contra os problemas que vão sendo percebidos.

Ao lidar com o campo da Saúde da Família, com o tempo comecei a me questionar: Quais as formas de resistência que aqui são possíveis? Temos que perceber como lidar com as malhas de poder em nossa volta, com as práticas políticas e éticas que desenvolvemos e como somos afetados por elas. Assim, podemos sair de um

contexto de receituários, detenção de poder e modelos pré-estabelecidos, para pensar na possibilidade dos modos que não estão dados, não estão prescritos e atuar na singularidade das situações. Assumimos uma postura de suscitar cartografias devido a não existência de um mapa a priori. Temos uma experiência de formação na dimensão do sensível, porque não existe uma trilha definida. As relações e o nosso percurso são dinâmicos. Nisto, assumimos um termo foucaultiano de heterotopia que descreve lugares e espaços que funcionam em condições não hegemônicas (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

A educação e vivência que seguem contra a maré da hegemonia são pensadas para alcançar mais do que a educação dos pensamentos, envolvem educar com os sentidos, é ver com outros olhos e ouvir com outros ouvidos. Caso contrário, eu não conseguiria fazer contato com a novidade. O que tem de novo ali? Qual o incomum aqui? O que tem de velho que eu ainda não tenha notado ou aprendido? São as diferenças no outro que, ao afetar meu corpo, se unificam com o que eu sou para produzir outra coisa. Educar com os sentidos é permitir a desorganização dos mesmos para reunir os retalhos necessários na confecção dos saberes e ações. Por isso, utilizamos da relação da macropolítica e micropolítica com foco nos afetos, no nosso local e no que nos cerca, para captamos a realidade através dos sentidos.

A vontade, no conceito dado por Nietzsche, é o nome do libertador e mensageiro da alegria. A vontade de potência é a essência da vida, é vital para a criação e acontece a partir das afetações advindas do encontro com o outro e a partir do encontro com o novo. Alinhando estes conceitos com a abordagem de Spinoza descrita no capítulo 4, absorvemos que essa convergência gera impulsos diferentes para cada um presente nesse encontro. Cada impulso, na melhor das hipóteses, servirá de potência de criação na vida pessoal, no meu entorno, no trabalho, nas relações. Essas novas criações podem produzir um novo cenário social, outras maneiras de ser e agir, que tem maior possibilidade de começarem a acontecer a partir do micro (NIETZSCHE, 1986).

A bússola para essa potência de criação envolve a análise do que está sendo bom e o que não dispõe alegria. A gente não se liga no outro apenas por identificação, mas, por uma reverberação de afeto, e, criamos coletivos temporários que se juntam por essa repercussão. Esse coletivo ao se juntar tem tamanha sinergia que fornece força para criar respostas de perguntas demandadas pelas análises e pelos encontros. Ou seja, o que irá surgir da criação não é algo programado, ele se cria devido às afetações e aos vínculos coletivos por sinergia. E a produção que se busca será de transformação da realidade e de seus valores.

O outro existe em nós sob forma de afeto e nos conduzirá, a depender das afetações e da força da potência de criação, a me recriar, a recriar meu campo relacional e a recriar a realidade que estamos inseridos. Descrevo a seguir, um projeto que para ter suas ideias colocadas em prática, necessitou e se metamorfoseou pela micropolítica e pelos afetos, no âmbito da residência durante o R2.

### 8.1. HORTA COMUNITÁRIA

Os brasileiros naturalizaram uma série de processos históricos. A minha geração não viu algo diferente do que a gente tem, então, quando não fazemos um resgate histórico, podem surgir dificuldades e muitas pessoas ficarem na crítica não-constructiva e na restrição da ideia do SUS aos recortes negativos e as filas. Na década de 80, a saúde não era um direito de todo mundo, não era um direito universal. A ideia de saúde pública era de organização das cidades, de combate às endemias e pandemias, e a ala da assistência médica era garantida somente para aqueles que tinham trabalho formal. Só existia a possibilidade de consulta médica quem tinha emprego, quem não tinha, dependia das caridades das igrejas, da Santa Casa de Misericórdia e outros mecanismos de caridade.

Tentar modificar concepções estabelecidas, crenças limitantes, processos históricos naturalizados e recortes negativos do SUS que são reforçados pela mídia é deveras exaustivo e pode ser um caminho sem resultados se não houver a capilarização de afetos na micropolítica. A prática do controle social e da participação social, sempre foram fundamentais no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, também são ferramentas necessárias nesses casos de modificações de concepções e defesa do SUS. Tudo fica interligado.

Utilizamos do controle social visando a integração da comunidade com a USF e a partir disso, compartilhar conhecimento e poder para uma atuação em conjunto. É importante saber que ele também pode acontecer fora de rótulos institucionalizados e ser potencializado através da ativação dos afetos e pela micropolítica, se o cenário não contribuir para a realização de estratégias mais formais, como a implantação do conselho local. Devemos começar da forma que for possível e depois ir fortalecendo e aprimorando os espaços. Pensando nisso e entendendo que o profissional de saúde não deve ser resumido somente às atividades ambulatoriais ou práticas e que a educação em saúde e o controle social são ferramentas que devem transversalizar as nossas ofertas de cuidado, surgiu a horta comunitária na USF PHOC CAIC (CORREIA, 2005).

A horta foi uma ideia que estava em andamento durante o R1 em Lauro de Freitas, em parceria com o Programa Farmácia Viva e que após a transição para Camaçari, houve a tentativa de resgatá-la na USF Nova Aliança, mas, acabou sendo acolhida na USF CAIC após saber de profissionais e duas ACS que apoiaram a construção de outro projeto de horta comunitária de acordo com o perfil da comunidade e sem a colaboração da Farmácia Viva, pois, o programa não funcionava no município. O projeto foi apresentado nas reuniões de equipe, na reunião de unidade, nas reuniões da creche e na Secretaria de Agricultura e Pesca.

A articulação com a creche ajudou a encontrar a parceria com um braço social de uma empresa do Pólo Petroquímico de Camaçari que tem como objetivo ajudar no desenvolvimento de hortas na comunidade. Após contato e marcação de uma reunião com a empresa, ela nos auxiliou nos itens que estávamos tendo dificuldades como o levantamento de mudas e adubo, confecção de placas duradouras e forneceu uma oficina de pallets para os usuários que frequentavam a horta.

Fizemos o levantamento dos líderes comunitários, dos moradores que mais frequentavam da USF, dos usuários de saúde mental e doenças crônicas, pensando que estes seriam o público-alvo da horta, mas, mesmo organizando reuniões e distribuindo convites para eles, foram as mães que conhecemos na creche que marcaram presença. Após deixarem seus filhos na escola, elas iam nos encontrar para planejarmos a construção da horta.

Muitos usuários desistiram ao saber que a horta não estava pronta e que o convite era para uma construção em conjunto, a partir de encontros semanais. Ficamos com 6 moradoras mais ativas e iniciamos o vínculo discutindo sobre a horta, a USF, educação em saúde, controle social e defesa do SUS. Discutimos sobre os serviços existentes na USF, o valor da união do saber popular com o científico, uso excessivo de medicamentos, uso de chás, a relação deles e das famílias com as plantas, os tipos de mudas, saber popular, conhecimento ancestral, indicações do cacique sobre como os índios protegiam as plantas de insetos, mitos e verdades na hora de fazer chás, qual parte da planta pode usar, fitoterapia nas religiões de matriz africanas com a presença de um usuário babalorixá, entre outros.

Nesses debates, iniciamos assuntos sobre a residência, políticas públicas, o SUS, sobre a suspensão de atendimentos odontológicos devido a quebra do compressor, o novo financiamento da AB, sobre o funcionamento do NASF e o corte de verba fixa, a suspensão do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

AB), sobre a ouvidoria, entre outros. E na troca de informações, usuários e profissionais se tornaram multiplicadores do que havia sido discutido nos encontros e pensavam juntos sobre o que queriam discutir e/ou fazer na semana seguinte.

O vínculo deu tão certo que comecei a encontrar as mulheres nos dias de escala para regar as plantas, quando tinha alguma atividade na USF CAIC. Também começamos a interagir e convidar mais profissionais da unidade e a fazer rodas de conversa sobre o uso das plantas da horta nas prescrições da USF. Deixamos um caderno para a próxima turma, no qual fazíamos o registro dos encontros da horta, informações fitoterápicas, instruções para o cultivo, escala para molhar as plantas e possibilidades de ações para a horta se tornar convidativa para mais usuários e alcançar seu nível de potência em relação ao controle social.

Apesar, de ter vivenciado diferentes exemplos durante a residência, seja no conselho municipal de saúde, no processo para implantação do conselho local, na preparação do antes, durante e depois conferência municipal de saúde, entre outros. Nenhum desses construiu o máximo de afeto com o mínimo espaço de tempo como a horta do CAIC. No grupo do WhatsApp, as usuárias faziam cumprimentos e referências como uma família, relatavam o suporte e ânimo que os encontros proporcionavam, faziam troca de informações, divulgavam para o restante da comunidade o que debatiam com a gente, foram grandes referências no processo de conhecimento do território, nas experiências com outros serviços da RAS e nas informações sobre figuras políticas.

No dia da primeira reunião de comunidade da USF CAIC, foram elas que apresentaram a horta, as atividades que desenvolvemos, o pensamento em hábitos mais saudáveis para a rotina da família, o vínculo que criamos e sua importância. Acompanhar a consolidação do pertencimento e autonomia de quem permanece na comunidade em relação a horta, a própria USF e a defesa da residência e do SUS, gerou momentos de afetações alegres e positivas. Costumamos lidar com trabalhos minuciosos e a longo prazo para a desconstrução e construção de crenças, por isso, a micropolítica me faz acreditar que atitudes pequenas e moleculares podem reverberar em grandes ações, às vezes, independente da burocracia do tempo.

## 9. INTERFERÊNCIAS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

“O que melhora o atendimento  
é o **contato afetivo** de  
uma pessoa com outra.  
O que cura é a alegria, o que  
cura é a falta de preconceito”.  
Nise da Silveira

Para abordar afetividade e negritude, é preciso relatar que a escravidão foi o mais cruel atentado aos direitos humanos da história. Nessa época, a elaboração de vínculos afetivos era evitada/proibida diante das dores e opressões. Isso impacta no nosso modo de construção das nossas identidades, relações, sensações de inferioridade, interiorização do racismo, na dificuldade de encontrar referenciais teóricos negros sobre os afetos (principalmente, mulheres negras), entre outros.

A instituição da Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, foi o momento da abolição da escravatura dos negros, do ponto de vista jurídico. Afinal, a mobilização de diversos setores da sociedade durante a campanha abolicionista não gerou nenhuma ação, nem mesmo mínima, de acomodação psíquica, social ou cultural que remetesse a intenção de igualdade social e possibilidade de continuidade. Ficaram sem nenhuma medida de integração na sociedade, sem orientação ou possibilidade de transição para o sistema de trabalho livre, apenas, foram substituídos pelo trabalhador europeu que recebeu, inclusive, concessão de terras, consecutivamente, o direito à moradia. As repercussões desses momentos de indefinições sociais e segregação, existem até os dias de hoje, tanto que a ONU (Organização das Nações Unidas) instituiu o período de 2015 a 2024, como a Década Internacional dos Afrodescendentes, com o intuito de fomentar iniciativas que contribuam para a atenuação das desigualdades raciais (ONU, 2020).

A expressão de afetos por si, é um ato político para todos, contudo, os registros históricos resgatam o fato de que este se torna um ato revolucionário para os negros, pois, precisamos fortalecer nossos caminhos de resistência negra que rememora os que antes de nós aqui chegaram e que foram socializados para servir os outros e ignorar suas próprias necessidades. Como podemos reconhecer nossas dores, se os caminhos da vida nos direcionaram para a auto-negligência e a auto-destruição? Como podemos buscar formas de cura, sem o poder dos afetos?

Dentro de estruturas vivas definidas  
pelo lucro, pelo poder linear, pela

desumanização institucional, nossos sentimentos não foram feitos para sobreviver. Mantidos por perto como adjuntos inevitáveis ou passatempos prazenteiros, era esperado que sentimentos se curvassem a pensamento como era esperado que mulheres se curvassem a homens (LORDE, 2012).

O quanto é significativo ter pessoas negras exercendo papéis de profissionais de saúde! Ao mesmo tempo que ocupamos espaços, também precisamos nos cuidar para não ficarmos em estado de vigilância. Se erramos, erramos pelo coletivo e escutamos frases como: “Só podia ser preto mesmo”. O fôlego que nos impulsiona a enfatizar nosso posicionamento de discordância com todo e qualquer ato de racismo, se encontra, na trajetória percorrida pelos nossos ancestrais.

Uma das formas de atualização do racismo se dá pelo descaso, violência e barreira institucional. O fator social tem uma forte associação ao determinante biológico e isso vai contribuir de maneira decisiva para o agravamento do curso clínico. Em geral, a maioria das pessoas pretas se incluem nos segmentos de menor poder econômico, localização geográfica periférica, reduzida escolaridade e com muitas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Tais aspectos explicitam dificuldades herdadas do período escravocrata e a necessidade de ações afirmativas que busquem uma reparação social

Em sua maioria, os negros são usuários dos serviços públicos de saúde e enfrentam o racismo institucional reproduzido no âmbito do SUS, explicitado e reconhecido na publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Durante o estágio eletivo, pude estudar este tema com profundidade, compreender sua amplitude dentro e fora dos serviços de saúde, através do contato com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPROMI) e a Secretaria do Planejamento (SEPLAN) para incorporação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) nas unidades de saúde da rede própria do Estado no Planejamento Plurianual (PPA), com metas, indicadores e prazos pré-estabelecidos (BRASIL, 2017).

O racismo institucional é destacado como uma “espécie de fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por

causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (SAMPAIO, 2003). Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que se totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereótipo racista, que causa desvantagem a etnias que foram historicamente excluídas. O reconhecimento do racismo como um dos determinantes sociais de saúde, fornece um diferencial humanístico, pois, adicionamos mais uma ferramenta para abandonar o “olhar retina” (ROLNIK, 2006), que enxerga as estruturas, o plano do visível, um olhar raso e incompleto sobre os corpos, para começar a ter um “olhar vibrátil” e considerar o sujeito que o habita.

Desde 2010, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que negras e negros constituem mais da metade (50,7%) da população brasileira (IBGE, 2010). A população negra também representa a maioria (67%) do público total atendido pelo SUS (BRASIL, 2017). O sucateamento do SUS atinge uma direção específica. Se cortam as verbas da saúde pública, quem sangra primeira é a população negra. Se aprovam uma Emenda Constitucional 95 (EC 95), conhecida como EC da morte pelo congelamento de gastos na saúde e educação, quem é afetado primeiro é a população negra. A EC 95 é um dos ataques atuais que atingem a seguridade social, uma área que não possui um teto mínimo de gastos, conseqüentemente aumenta as desigualdades sociais. E se cortam esses direitos, quem morre primeiro é a população negra. Esses foram alguns dos dados que pude utilizar no planejamento de reuniões com a comunidade, nas participações nos grupos que tinham os usuários mais fixos na unidade, na confecção de cartazes e elaboração de uma moção de repúdio a essa Emenda Constitucional na Conferência Municipal de 2019.

Esses dados reforçam a necessidade de apoiar ações e políticas afirmativas, de fazer retomadas de marcos históricos e relacionar com as questões atuais, de enxergar a predisposição genética e social que a população negra tem com algumas condições de saúde como a hipertensão, diabetes, glaucoma ou anemia falciforme e de agir com o princípio regente do SUS da equidade em saúde, reconhecendo a necessidade de cuidado diferenciado para pessoas com necessidades diferenciadas. Outra iniciativa sugerida é a escuta empática das pessoas negras (comunidade ou profissionais) e leitura de escritores negros para um melhor entendimento da visão de mundo, como sugestão deixo o nome da Djamila Ribeiro. Uma mulher preta brasileira, filósofa e ativista que traz nos seus textos sobre a responsabilidade de cada um pela transformação do estado da sociedade e que uma pessoa se afirmar não racista, não é

suficiente — porque a inação contribui para perpetuar a opressão, divulgando a necessidade de ser antirracista (RIBEIRO, 2019).

Não podemos flexibilizar nossas pautas, nem flexibilizar nossos princípios éticos, nem flexibilizar nossa leitura de sociedade no nosso contexto de trabalho ao lidar com o sofrimento humano, repercussões históricas e vulnerabilidades sociais. Precisamos transversalizar o pensamento da desburocratização do acesso aos direitos e isso é fundamental para se pensar saúde. Ainda mais em um contexto de avanço neoliberal, no qual, essa transversalidade fica mais rara e mais difícil.

Os residentes, por razão de não terem vínculo com a prefeitura, de terem como instituição financiadora o Ministério da Saúde, de frequentarem espaços de educação permanente voltados para assuntos preconizados pelo SUS, de passarem por reflexões teórico-práticas e pela estabilidade do cargo, são os principais atores que podem lutar por uma saúde pública socialmente referenciada e é através de interferências nas microrrelações que conseguiremos atingir e modificar as grandes estruturas dominantes da sociedade, como o racismo. Diante disso, segue alguns registros sobre essa temática.

#### 9.1. Abordagem antirracista no PSE

O racismo, que afetou/afeta a nossa subjetividade, edificou uma parede extremamente difícil de derrubar. A educação em uma sociedade onde prevalece a supremacia da branquitude abre um leque de reforços para posturas racistas naturalizadas. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma opção para a abertura de um leque de probabilidades na luta contra a opressão, e para a criação de rachaduras na parede que está sendo construída nas mentes dos estudantes. O PSE envolve diversas faixas etárias e temáticas. Se a escola é um epicentro de atitudes racistas, por qual motivo não aproveitar a oportunidade para abordar o tema de forma principal ou transversalizada?

Mesmo com as dificuldades e limitações de um PSE, esse programa deve ser aproveitado diante de sua capacidade de contato com outras mentes através de ações bem planejadas, com dinâmicas pensadas de acordo com a idade, relato da diretoria e/ou professor(a) e a realidade local, além de, obviamente, ser baseada nos afetos. As ações do PSE também servem como divulgação do funcionamento da USF como termômetro para a necessidade de articulação de rede.

O racismo tem raízes profundas na sociedade conseguindo influenciar, agir e estimular reproduções de modos sutis em todos, negros e não-negros. Podemos reproduzir discursos e posturas profissionais racistas e não perceber que foram a origem de efeitos iatrogênicos. bell hooks (escreve-se com letras minúsculas), uma mulher negra estadunidense, ativista social e escritora sobre o machismo, sexismo, misoginia, racismo e outras formas de opressões. Uma referência sobre a pedagogia interseccional, a teoria libertadora e uma grande fonte teórica sobre o afeto. Ela disserta sobre a necessidade de descolonizar os afetos para construirmos o que queremos, a partir das ponderações a respeito dos desejos que cultivamos dentro de nós, de que modo se dão, e como esse querer se dará na posteridade. Ela ainda aponta isso como uma prática que deve ser diária, assim como a necessidade que temos de nos alimentarmos (HOOKS, 2000).

Tendo como alicerce as referências anteriores, percebemos que a construção de uma educação e assistência humanista são auxílios para a prática libertária sem opressões. Mas, para que ela ocorra, é necessário que os atores envolvidos consigam se organizar e garantir espaços para que estimule o senso crítico através dos afetos e afetações com métodos que aproximem a teoria da prática. O PSE pode ser arquitetado como um destino de ações com o objetivo de semear uma lógica antirracista.

## 9.2. RACISMO E SAÚDE MENTAL

Relembro a minha escolha por saúde mental como linha de cuidado no estágio de redes do R2 e meu desejo de vivenciar a rotina de quatro tipos diferentes de CAPS (Álcool e outras drogas, infanto-juvenil, transtornos mentais graves tipo II e tipo III), pelo núcleo da fisioterapia, como profissional de campo (geral) e pela possibilidade de integrar o que atenção básica com o serviço especializado. Nos serviços de saúde mental, pude compreender com maior discernimento a celeridade de confundirmos a reação do oprimido com a violência do opressor. Deixo dois relatos para a reflexão do leitor.

O acolhimento coletivo do CAPS Infanto-juvenil (CAPS I) funcionava com a divisão dos técnicos em duas salas, uma para escuta dos familiares e outra, para crianças e adolescentes. Um dia, uma mãe chamada Maria Firmina relatou ter sido encaminhada pela professora e diretora de uma escola. Ela desabafou sobre não aguentar as reclamações do comportamento inadequado e as “crises de agressividade” da filha Aqualtune, e que compreendia o CAPS como um lugar que dava remédios para casos de crianças violentas. Após conversar com a genitora, explicar a real função do

CAPS I e a atuação dos profissionais, me reuni com a técnica para discussão do caso com base nas duas versões (mãe e filha). Em resumo, a técnica relatou que a criança tem 9 anos, já sofria casos de bullying devido a cor da pele e do cabelo durante meses e que os colegas de classe se reuniram em volta dela e ficaram gritando “apelidos” e arrancando os elásticos do cabelo. Uma vez, Aqualtune levantou, jogou a mesa no chão e aos gritos bateu em um dos colegas. Eu e a técnica conversamos com Maria Firmina e a filha e encaminhamos elas para outros serviços da rede e equipamentos sociais. Na reunião por região de saúde, percebemos que o número de casos parecidos com o de Aqualtune era alarmante e na semana seguinte, começamos a pensar em um rodízio de palestras em algumas escolas.

A assimetria desses termos interessa também, para a mulher negra, que sob o véu do racismo e do machismo é rotulada, inadequadamente, como por exemplo, “preta raivosa” ou “nega histérica”, em situação de defesa de pensamento, imposição de vontade ou colocações sobre o que ela pensa. É uma concepção negativa que deriva da não-aceitação de mulheres assumindo posturas ativas e incisivas, ademais, também repercussão do contexto abolicionista, no qual, mulheres brancas recebiam uma “educação civilizatória” de feminilidade, pacificidade e leveza, enquanto, as mulheres negras não, ficando popularmente conhecidas como as “pretas que não reconhecem seu lugar”. Esse julgamento coloca as negras em lugares de irracionalidade, patologização de reações, proibição de demonstrar sentimentos de raiva mesmo rodeada de situações de injustiça e deslegitimação de suas dores.

### 9.3. GRUPO DE TRABALHO DE COMBATE AO RACISMO

A sugestão de criar o Grupo de Trabalho de Combate ao Racismo, surgiu como maneira de canalizar as afetações emergentes após uma denúncia racista ser exposta pelo residente Malcolm X. O assunto foi debatido em seminário, nos corredores das unidades e em assembleias, o que resultou na soma de outros casos que, até o momento, estavam no anonimato. As situações envolviam residentes, corpo pedagógico, usuários ou funcionários efetivos, advertindo que, todas as categorias podem reproduzir ou sofrer o racismo. Então, houve o levantamento dos nomes de profissionais de cada USF que estivessem interessados em participar do G.T. e comunicamos a coordenação do programa.

Existem sistemas de dominação interligados interferindo na sociedade e é necessário estimular a consciência sobre todos eles, mas, devido a uma experiência anterior de criação de diversos Grupos de Trabalho (G.T.) que não conseguiram

coexistir e foram sobrepostos pelas demandas da atenção básica e da residência. Então, o G.T. de combate ao racismo foi a possibilidade de debater outras temáticas (gênero, controle social, população de rua, saúde mental e demais assuntos), transversalizadas a população negra e ao racismo, pois esse era o sistema causando maiores afetações e solicitando uma maior visibilidade.

Também foi importante conversar com alguns atores da gestão sobre como podar raízes que explicitam os mecanismos estruturais deste tipo de violência contribui para a melhora dos índices do município. Existem literaturas comprovando que o investimento na AB e o combate ao racismo estão diretamente ligados a redução das desigualdades sociais.

Dar incentivo a essa luta histórica é um investimento para a saúde mental das novas turmas de residentes e da comunidade, para a garantia de uma clínica ampliada, para o aumento de dados positivos sobre a gestão do município, para a qualificação do corpo pedagógico e discente e nutrição das esperanças no combate ao privilégio branco que estrutura a sociedade racista que vivemos.

## 10. CONCLUSÃO

“Nada é absoluto.  
Tudo muda, tudo se move,  
tudo revoluciona, tudo voa e vai.”  
Frida Khalo

Finalizo minha escrita com um convite para a inclusão dessas potencialidades dos afetos nas práticas diárias. O poder do afeto tem total influência na construção de grandes transformações. Sejam afetos de amizade, conhecimento, causas, ideias, coletivos, profissão ou de outro tipo. Tudo aquilo que nos mobiliza, seja nos afetando ou causando afeto e é capaz de produzir sentido.

Ao rever minha trajetória, sinto que nada acontece por acaso. Poderia escrever uma carta para o meu eu do início da residência. Iria discorrer sobre como é importante prestar atenção e assistência a todas as dificuldades, inseguranças, frustrações e medos sobre o desconhecido. Esses foram ingredientes para preenchimento de lacunas de aprendizagem que eu não sabia que tinha e para desenvolvimento de habilidades que nunca pensei que poderia ter. Escreveria também um alerta sobre como é importante entender que a produção de ações com afetuosidade e afetações positivas é um caminho que vale a pena ser explorado, mas, que as afetações negativas também

tem capacidade de se transformarem em fonte de conhecimento e crescimento, como por exemplo, aprender a mediar conflitos, investir em Práticas Integrativas Complementares (PICS) como aparato para a micropolítica e estimular a criatividade em um ambiente sem recursos.

Nesta carta, também seria importante ressaltar sobre a cautela para conseguir eleger corretamente quais os tipos de afetações e quais os níveis de afetamento que são benéficos, pois, um excesso pode culminar em sobrecarga de trabalho, muitas cobranças e esgotamento pessoal. Ninguém consegue abraçar o mundo com apenas dois braços e muitos profissionais não vão querer se dedicar para além dos trabalhos rotineiros. É preciso analisar pontos como a viabilidade e a governabilidade para conseguir criar um planejamento estratégico. O auto-conhecimento, a leitura dos ambientes e a auto-análise são fundamentais em todo processo para perceber se reagimos demais as situações e compreender de onde vem essas reações. Esses comportamentos são aptidões desenvolvidas quando estamos atentos a nossa vida e quando estamos em dia com o nosso auto-cuidado. Investigar e escolher quais afetações serão prioridades é garantir que as respostas desses afetos terão uma energia bem direcionada para a propulsão de ações eficazes.

Contaria também que uma dimensão subjetiva e com metodologias ativas na educação é capaz de transcender toda lógica educacional padrão. Profissionais e educadores podem fortalecer o cognitivo por meio dos afetos, para serem capazes de comunicação assertiva e associação com diferentes realidades. É muito importante ter racionalidade e objetividade, mas, só isso nunca será suficiente, assim como, o modelo biomédico não é completo sem a integração com o modelo biopsicossocial. Esse conhecimento é de grande valor para os momentos de troca, de apoio matricial e para a elaboração de condutas fisioterapêuticas.

Concluiria a carta, relatando que a produção do conhecimento evoca a interação entre as pessoas e o afeto se desenha como eixo condutor do conhecimento através dessas interações sociais que facilitarão os espaços com o entusiasmo em se deixar aprender e o desejo de transmitir informações para além dos conteúdos programáticos. Esse formato em uma pedagogia que valoriza os diversos saberes e implica os envolvidos na consciência da capacidade individual e coletiva para a transformação da realidade, gera as potências de vida e as participações ativas na comunidade, no programa de residência e na visão de mundo, como um todo.

Durante esses dois anos, eu aprendi que os afetos possuem sua dinamicidade e nesta linha de raciocínio, seguirei meu percurso profissional e pessoal no processo de busca, criação e recriação. Estamos em constante mutação que acontece de acordo com nossa abertura para as possibilidades. Somos seres inacabados guiados pelo poder do que nos afeta, do que nos toca. Vivemos uma tarefa eterna de criar a nós próprios. Compreendo que todo capítulo que gera transmutação começa com uma transformação de si, mas, essa transformação só se potencializa se acontecer em operação conjunta aos outros. O campo dos afetos é singular e sua melhor forma de utilização é para o trabalho coletivo.

De agora em diante, será com o coração repleto de gratidão que recordarei e falarei dessa caminhada como residente em saúde da família. A estrada não termina aqui. A luta pelo SUS e pelo alcance de uma saúde anti-racista, anti-privatista e anti-manicomial continua. Tenho plena consciência de que a ideologia motriz da saúde da família me acompanhará em todo e qualquer cargo que for oportunizado. Na fé dessas palavras, sigo no esperar de que o afeto, a gratidão e a resistência continuem a me reger por todos os caminhos.

A força dos afetos existe em toda parte do nosso mundo moderno. E em toda parte haverá obstáculos e dificuldades, se quisermos trazer algo que seja uma expressão plena e verdadeira de nós mesmos. Porque esta é a lei do mundo. A força dos afetos pode assumir diversas formas e entrar em um campo de celebração ou combate a depender das circunstâncias que encontrar no cotidiano. Essa força pode ser suave, pode ser cruel, podem ser hábil ou sem habilidade, mas ela existe, é carregada de potencialidades e, por fim, ainda me presenteou com laços afetivos de amizade e admiração com os atores que dividiram esta caminhada comigo.

A oportunidade de uma formação na modalidade de residência multiprofissional em saúde da família, reforçou ideais de sociedade, posicionamentos políticos e a atuação da fisioterapia que não se limita a técnicas intervencionistas dentro das paredes de um consultório, mas, age na abrangência do ser profissional de saúde e do território em sua totalidade.

Que venham os próximos capítulos! E que sejam caminhos de afetos!

## 11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CON. A experiência do Projeto REFORSUS. (Dissertação de Mestrado). Fundação Getúlio Vargas: Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; Cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; Altera as Leis no s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005.

CÂMARA, N. **Luiz Gama, o paladino do abolicionismo**. In: Escravidão nunca mais! São Paulo: Lettera.Doc, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg et al. **EnSiQlopedia das Residências em Saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. P. 366. Série Vivências em Educação na Saúde. ASS, 2003. Acesso em: 13 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DELEUZE, Gilles. **Spinoza et le problème de l'expression**. Paris: Minuit, 2010.

DUARTE, Eduardo de Assis. **Maria Firmina e os primórdios da ficção Afrobrasileira**. In: Úrsula. Atualização do texto e posfácio de Eduardo de Assis Duarte. Florianópolis: Editora Mulheres; Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

FESF. Bahia. **Projeto Político Pedagógico**. 2018. Disponível em: <<http://ava.fesfsus.ba.gov.br>>. Acesso em: 28 janeiro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Regimento Interno do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família**. Disponível em: <<http://ava.fesfsus.ba.gov.br>>. Acesso em: 28 janeiro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Manual de Atribuições da Preceptoría, Apoio Pedagógico e Coordenação**. 2017. Disponível em: <<http://ava.fesfsus.ba.gov.br>>. Acesso em: 10 fevereiro de 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção leitura).

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

HAMRAOUI, Éric. **Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais**. Cad. psicol. soc. trab. Vol.17. São Paulo jun. 2014.

HOOKS, Bell. **Vivendo de amor**. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn C. (orgs.). O livro da saúde das mulheres negras. Nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, p. 188-198, 2000.

JOUR, Lia Levy. **A recusa da definição do homem como animal racional**. Analytica, Rio de Janeiro, volume 13, nº 1, 2009, p. 257-284.

KARAM, Ricardo Antônio de Souza. **Modernização gerencial: um caminho obrigatório para a consolidação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde**.

LIMA, Helcira Maria Rodrigues de. **Patemização: emoções e linguagem**. In: As emoções no discurso. (Orgs.). MACHADO, Ida Lúcia; MENDES, Emília; MENEZES, William. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007. v. 1.

LORDE, Audre. **Poesia não é um luxo**. Traduzido por Tatiana Nascimento dos Santos, em novembro de 2012, de Poetry is no luxury, do livro Sister outsider: essays and speeches. New York: The Crossing Press Feminist Series, 1984. p. 36-39.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Os escritos de Carolina de Jesus: Determinações e Imaginário**. Psicologia & Sociedade; 18 (2): 105-110; mai./ago. 2006.

MARABLE, William Manning. **Malcolm X** : uma vida de reinvenções / Manning Marable ; tradução Berilo Vargas. — 1ª ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2013.

MENEZES, Alúcio Pereira. **Para pensar o afeto**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., X, N 2, junho/2007, p. 231-254.

MOROSINI Márcia Valéria Guimarães Cardoso, FONSECA Angélica Ferreira, LIMA Luciana Dias. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018.

NIETZSCHE. **Assim Falou Zaratustra**. Trad. Mario da Silva. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 4ª Edição, 1986.

ONU. **Década Internacional de Afrodescendentes 2015 - 2020**. Reconhecimento. Justiça. Desenvolvimento. Departamento de Informação Pública das Nações Unidas. Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Disponível em: [https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/05/WEB\\_BookletDecadaAfro\\_portugues.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/05/WEB_BookletDecadaAfro_portugues.pdf). Acesso em: 18 de fevereiro de 2020.

PIRES, Fernando Antônio; ALVES, Marcos Cueto. **A década de Alma-Ata**: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. Ciênc. Saúde Coletiva 22 (7). Julho 2017.

RIBEIRO, 2019. **Pequeno Manual Antirracista** - 1ª edição. 2019.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2006.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS**. Psicol. Soc. vol.28 no.1 Belo Horizonte Jan./Apr. 2016. SAFATLE, Vladimir. **Circuito dos Afetos**: Corpos políticos, Desamparo, Fim do Indivíduo. São Paulo: Cosac Naify, 2015. Disponível em: traduzidas – tradução feminista clandestina, <https://traduzidas.wordpress.com>. Acesso em: 24 de janeiro de 2020.

SAMPAIO, E. O. **Racismo institucional**: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações – Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003.

SANTOS, Joel Rufino dos, J. Zumbi. 5. ed. São Paulo: Ediouro, 1985.

SANTOS, Sandra. **Brincando e ouvindo histórias**. v. 9, 1. ed. Ministério da Educação. São Paulo, 2007. SÃO PAULO.

SÉVERAC, Pascal. **Conhecimento e afetividade em Spinoza**. In: MARTINS, Andre (Org.). *O mais potente dos afetos: Spinoza e Nietzsche*. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 17-36

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. *Physis*. Rio de Janeiro. 2005; 15(supl):225-264.

YONEZAWA, Fernando; SILVA, Fabio Hebert. **O paralelismo corpo-mente em Spinoza**: notações (im)pertinentes para a educação. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 44, e176074, 2018.