

NAIARA SALES DE SOUZA

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: ENTRE A COMPLEXIDADE DA PRODUÇÃO DE CUIDADO E O  
DESAFIO DE SER BÁSICA**

BAHIA

2020

NAIARA SALES DE SOUZA

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: ENTRE A COMPLEXIDADE DA PRODUÇÃO DE CUIDADO E O  
DESAFIO DE SER BÁSICA**

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

Orientadora: Jailma de Frias Santos

BAHIA

2020

A saúde é um direito do homem e não apanágio de uma profissão.

(ANTONIO FERNANDO TOMMASI, 1977)

Agradeço a Deus, pela infinita misericórdia em todos os dias da minha vida.

À minha família, pelo zelo para comigo desde que aportei neste mundo.

À preceptora Jailma, pela paciência e valiosas contribuições para qualificação deste memorial.

Aos usuários do SUS, colegas residentes e corpo pedagógico por cada troca de conhecimento.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SUS – Sistema Único de Saúde

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem

FESF – Fundação Estatal Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GD – Grupo Diversidade

ACS – Agente Comunitário de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

AB – Atenção Básica

ESF – Equipe de Saúde da Família

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

PSE – Programa Saúde na Escola

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como um de seus principais objetivos: o de promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. Os Programas de Residência quando inseridos nessa lógica de trabalho, tornam-se ferramentas importantes para qualificação profissional em serviço e implementação da ESF.

A produção deste memorial se deu a partir da compilação de registros realizados em formato de portfólio, em um Ambiente Virtual de aprendizagem (AVA) ao longo de dois anos em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Realizei a seleção dos registros de acordo com a relevância das temáticas para o meu processo formativo enquanto residente. Após a seleção dos registros, os mesmos foram submetidos a revisão e qualificação imprimindo um encadeamento de ideias e uma reflexão baseada em uma análise crítica sobre o cotidiano na assistência e gestão em saúde. Dessa maneira, convido você a dar continuidade a leitura deste memorial e conhecer a minha trajetória como educanda de um programa de pós-graduação inserida na Atenção Básica à Saúde. Fique à vontade para alegrar-se, entristecer-se, surpreender-se ou até mesmo indignar-se. Sendo vetado apenas não se afetar com o que vou lhe contar.

Palavras-chave: Território, Promoção da Saúde, Saúde Mental.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	08
2. METODOLOGIA-----	09
3. DE ONDE VIM... -----	10
4. SER RESIDENTE: CONSTRUINDO UMA IDENTIDADE E CONHECENDO O TERRENO-----	11
4.1.TERRITÓRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS-----	11
4.2. VIVÊNCIAS E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-----	13
4.2.1. EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-----	16
5. SABER POPULAR E SABER CIENTÍFICO: EXISTE UM PONTO DE EQUILÍBRIO?-----	17
6. PROMOÇÃO/ EDUCAÇÃO E EFETIVIDADE DE AÇÕES EM SAÚDE-----	19
7. VIVÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS PARA EXPANDIR A CAIXINHA-----	22
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS? -----	25
9. REFERÊNCIAS -----	26

## 1- INTRODUÇÃO

Segundo Sá-Chaves (2000), portfólio é uma ferramenta de ativação do pensamento reflexivo que propicia a oportunidade para documentar, registrar e estruturar os procedimentos e a aprendizagem, estimulando o processo de autorreflexão, permitindo ao estudante oportunidades para diagnosticar as suas dificuldades, autoavaliar o seu desempenho e autorregular a sua própria aprendizagem. Conforme este conceito, este trabalho de conclusão de residência expressará, baseado em meus portfólios, minhas reflexões diante dos desafios lançados na lógica do trabalho e na conquista de novos aprendizados em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Os componentes curriculares relacionados à Saúde Coletiva experienciados na graduação me proporcionaram encantamento pelo Sistema Único de Saúde. Como profissional recém-formada, pretendo mostrar os caminhos trilhados ao longo de dois anos. Neste memorial serão abordadas temáticas que tiveram maiores impactos na minha trajetória formativa como território, processo de trabalho, relação com usuário, saúde mental e promoção da saúde.

Acredito num Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade e entendo que grande parte do êxito para consolidação como também para desmonte desse sistema acontece tanto na macropolítica como na micropolítica, por isso na tentativa de manter este encantamento vivo em mim e talvez contagiar a quem ler é que escrevo este memorial.



## **2- METODOLOGIA**

A produção deste memorial se deu a partir das reflexões acerca das experiências de uma residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família relatadas em portfólio. Neste instrumento de ensino-aprendizagem é permitido a expressão tanto de situações marcantes como dificuldades e necessidades do residente, buscando além da reflexão sobre a prática, o autoconhecimento (FESF-SUS, 2018).

A experiência aqui relatada partiu da compilação de registros realizados em formato de portfólio em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e de questionamentos que surgiram ao longo desse processo (FESF-SUS, 2018).

A recomendação do Programa de Residência é de que houvesse ao menos uma postagem ao mês no AVA. Os relatos compõem parte do processo avaliativo do residente e também contribuem na construção de um memorial como este, a partir da estruturação de uma linha do tempo de sua trajetória. Em alguns meses fiz múltiplas postagens, em outros, não fiz relato. Tanto a frequência quanto a qualidade do que foi postado por mim teve como critério a intensidade, a frequência e o quanto as ocorrências do dia a dia me afetaram. Ora me trouxeram felicidades, ora tristezas, ora dúvidas.

Dessa maneira pretendo mostrar os caminhos percorridos a fim de lembrar e apresentar a minha trajetória como educanda de um programa de pós-graduação e analisar o processo da minha formação e das minhas atitudes como profissional de saúde inserida na Atenção Básica.

### **3- DE ONDE VIM...**

Nasci em uma família de baixa renda e meus pais eram filhos de biscastes. Primeira filha de uma prole de dois irmãos, fui gerada por Dona Melba aos dezenove anos de sua vida, gestação não planejada, mas muito querida após conhecimento da família.

Meu pai tem segundo grau completo assim como minha mãe. Ele, um mecânico de automóveis, sempre ativo, estudioso, disposto a quebrar os estigmas de sua profissão. Minha mãe, uma dona de casa extrovertida sempre com uma palavra sábia nas horas certas.

Aos quatro anos de idade, ao ser indagada por meu pai (como era de costume do mesmo ter essa preocupação) sobre o que eu desejava ser quando crescesse, prontamente respondi: dentista! Todos ao meu redor quando escutaram a resposta dada foram permeados por dúvida e estranheza, visto que nunca houve na família alguém que se interessasse pela área da saúde.

Ao final do ensino médio, decidida pelo rumo que queria seguir, precisei focar no acesso ao ensino “superior” por uma instituição pública, visto que, por faculdades privadas não seria viável o ingresso para o curso por mim desejado. No ano de 2013 realizei vestibular para uma universidade pública alcançando aprovação e convocação para o primeiro semestre do mesmo ano.

Ao final da graduação fiquei em dúvida entre seguir carreira docente ou me dedicar a praticar a clínica. Fiz uma autoavaliação e percebi que apesar de desejar continuar na academia, não havia tema específico que me mobilizasse para iniciar um mestrado, então optei por ingressar primeiramente na Residência para vivenciar um pouco a prática e ao mesmo tempo me qualificar enquanto profissional.

#### **4- SER RESIDENTE: CONSTRUINDO UMA IDENTIDADE E RECONHECENDO O TERRENO**

Ao ser aprovada no processo seletivo da Residência no ano de 2018 minhas expectativas estavam mais para um papel em branco, porém logo no primeiro dia do acolhimento pedagógico promovido pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), percebi que sair da minha zona de conforto seria um exercício diário se eu escolhesse prosseguir até o final desse processo. Escrevo isso pois o primeiro desafio que tive junto aos meus colegas foi montar grupos de residentes o mais heterogêneo possível em relação aos municípios de lotação e profissão. Desafio sim, pois para quem tem a timidez como característica pessoal, comunicação não é tarefa fácil.

Cumprido o que foi solicitado pelo corpo pedagógico naquela manhã, estavam então montados os Grupos Diversidade (GD) da turma de 2018. O objetivo principal desses grupos foi mostrar que somos capazes de trabalharmos com as diversidades da vida e trocar experiências entre as diferentes vivências dos participantes nos campos de práticas e acima de tudo aprender a mediar conflitos.

No mesmo dia foi realizado o reconhecimento de saberes prévios sobre alguns temas que seriam trabalhados durante os dois anos de formação no Programa de Residência. Dentre os nove temas propostos, tinha conhecimento prévio apenas de um deles. Além da sensação de frustração, que logo depois foi abrandada, o papel em branco das minhas expectativas começou a ser rabiscado pela necessidade emergente de conhecer o SUS agora como trabalhadora, os desafios que seriam enfrentados, como se daria o processo de trabalho, quais seriam minhas atribuições, responsabilidades e o que viria pela frente.

##### **4.1 TERRITÓRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS**

Segundo Faria e Bortolozzi (2009), o território consiste em lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele faz parte ambientes construídos e ambientes naturais. Sendo sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas.

Conhecer o território é importante não apenas por questões técnico-administrativas, mas para definir relações de compromisso com indivíduos que vivem nesses espaços e conhecer as condições em que moram, vivem, trabalham, adoecem e se curam.

Apesar da existência da necessidade de adscrição da clientela, ainda existem áreas do território que não possuem cobertura de Saúde da Família e outras que são cobertas por ações de saúde promovidas pela equipe, porém não possuem Agente Comunitário de Saúde (ACS). As que não dispõem desses profissionais apresentam grandes desafios para o alcance da organização/divisão político-administrativa do território, primeiramente pela pouca implicação de atores nesse processo, em segundo a adscrição de uma clientela não pode ser engessada, tomando-se como referência apenas limites geográficos, por vezes, é necessário superar a repartição do território apenas por ruas e bairros para uma compreensão da dinâmica interna (como a vida acontece, como os processos sociais do cotidiano se desenvolvem no território vivo).

Para contar com detalhes como foi esta caminhada, começo descrevendo o “pedacinho de chão” onde se passa essa história. Essa jornada ocorreu em dois municípios da região metropolitana de Salvador na Bahia. O primeiro município faz fronteira com a capital baiana e até então detém a Residência em uma Unidade de Saúde da Família (USF), possuindo cinco equipes, cada uma responsável por uma microárea (BRASIL 2017). Ainda no primeiro ano de Residência, houve a necessidade de realocação da turma em questão para outros municípios que também são campo de práticas do Programa e assim, partimos para outros territórios.

O segundo município no qual finalizei o R1 e completei o R2, está localizado a 46 km da capital, possui uma população formada por antigos moradores da época que ainda era distrito de um importante pólo petroquímico da região, pessoas de várias regiões do Brasil que chegaram para trabalhar neste pólo, além da comunidade cigana e trabalhadores rurais. Uma das Unidades de Saúde da Família que possui equipes de residentes está situada próxima a uma rodovia estadual, detém duas equipes que prestam assistência à sete microáreas (DIAS D'ÁVILA, 2017).

Uma das primeiras atividades realizadas na minha chegada aos territórios foi a atenção domiciliar. Vejo que ainda é a melhor estratégia para um profissional recém - chegado tem para aproximar-se da comunidade, pois a visita domiciliar (VD) não consiste apenas em adentrar ao domicílio alheio para prestar assistência, mas também proporciona a desconstrução de preconceitos diante de grupos específicos como dependentes químicos, populações que residem em favelas, dentre tantos outros grupos que são marginalizados pela própria sociedade em que vivem, efetivando assim, um direito universal à saúde e o conhecimento do contexto em que o usuário vive. Por isso é necessário conhecer o território. Isso significa entender a população, o ambiente, e as suas relações. A partir disso, é possível conhecer as suas necessidades e, então, organizar o trabalho multiprofissional em saúde.

Isso é de extrema importância, pois não há um padrão de organização que funcionará de maneira igual para todos os territórios porque eles são extremamente diferentes uns dos outros. A noção de território é decorrência tanto da vida em sociedade quanto uma dominação (jurídico-política) da terra, portanto o(s) território(s) são projeções das relações sociais em um espaço físico (JUSTO, 2017).

Durante as visitas ao território foi possível observar habilidades de comunicação e negociação dos ACS com os usuários. É notável que para além das atribuições previstas, na maioria das vezes, os mesmos exercem também o papel de mediadores de tensões e conflitos, sobretudo no contexto das relações familiares, e isso se deve ao fato de que comparado aos demais profissionais, eles estão em constante contato com as pessoas no território. Imaginei a dificuldade que teríamos em estimular os usuários a frequentarem a unidade de saúde se não existissem esses colaboradores do trabalho na estratégia de saúde da família.

Desse modo, na prática dos profissionais citados, a territorialização vai além de uma dimensão meramente geográfica. Como a maioria dos ACS residem em sua área de atuação e compartilham da dinâmica local, a construção de uma relação de confiança com os moradores é favorecida, que se sentem mais à vontade para conversar sobre realidades de vida e dificuldades.

Ao visitar o território, percebi diferentes estruturas familiares e como essas diferenças influenciam na forma que alguns usuários lidam com o processo saúde-doença. Assim como existem usuários que possuem poucos membros na família, mas que os mesmos conseguem ofertar cuidado adequado, outros possuem famílias numerosas que podem até ter uma relação de proximidade com o indivíduo adoecido, mas que não oferta suporte emocional ou financeiro, para que haja enfrentamento de quadros clínicos. Ou seja, a existência e/ou proximidade de parentesco consanguíneo não é fator determinante para que um indivíduo seja cuidado em suas necessidades de saúde.

## **4.2. VIVÊNCIAS E PRÁTICAS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Antes de qualquer definição teórica sobre Atenção Básica (AB) convido o leitor a analisar os termos isoladamente e conforme o dicionário da língua portuguesa descritos abaixo:

Básica: que serve como base; essencial, basilar. O mais relevante ou importante de; fundamental. Desprovido de sofisticação, simples (MICHAELIS, 2020).

Para quem vivenciou este nível de atenção à saúde, parece que o termo básico diverge entre seu significado e o modo de “fazer saúde” neste nível de atenção. Confesso que por vezes me decepcionei por associar o termo “básico” como sinônimo de facilidade, por este motivo decidi me debruçar sobre os significados das palavras, não apenas para demonstrar uma ignorância semântica, mas para utilizá-las com a propriedade cabível para cada contexto.

Ao refletir também sobre o termo “atenção”, volto ao dicionário e me deparo com as seguintes definições (MICHAELIS, 2020):

1. Concentração da atividade mental em determinada pessoa ou coisa.
2. Manifestação de afeto, gentileza ou respeito; amabilidade.
3. Ação ou efeito de cuidar de alguém ou de algo; cuidado, zelo.
4. Apreciação cuidadosa; exame minucioso.

Um termo polissêmico e que ainda assume mais um significado quando é acrescentado o complemento “à saúde”. Segundo Matta e Morosini (2009), atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

Correlaciono o trabalho no SUS com um campo de forças: de um lado, profissionais que se dedicam e do outro lado profissionais que vêem o trabalho nesse sistema, como um mero cumprimento de carga horária, não se permitindo vivenciar todas as potencialidades e possibilidades que ele oferta.

De acordo com Merhy (2002), todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas são utilizadas no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações (tecnologias leves), no conhecimento técnico (tecnologias leve - duras) ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas). A AB permanece impregnada por características do modelo biomédico de saúde com concepções curativistas/assistencialista sobre o binômio saúde - doença que direcionam o profissional a realizar o cuidado apenas fundamentado em tecnologias duras.

A intenção não é subvalorizar os exames complementares, os medicamentos ou qualquer outro instrumento duro da prática clínica, mas refletir sobre o uso responsável de cada um deles e analisar a necessidade de acordo com cada caso. Diante deste campo de forças me questiono: Qual atenção é ofertada e para quem?

A Estratégia de Saúde da Família desenvolve-se a partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. São desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes como método para qualificação do cuidado em saúde (PENSE SUS, 2020). Para efetivar essas ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais, contudo, a existência de vínculos empregatícios diferentes (concursados, contratados, temporários) e a existência de profissionais de núcleos distintos e níveis de escolaridade variados, podem explicar a origem de conflitos dentro de uma unidade de saúde, e dessa maneira podem ocorrer por exemplo, condutas e orientações diferentes para um mesmo usuário.

O desafio constante dessa realidade está em mediar conflitos de interesses dos trabalhadores de maneira que o cuidado com os usuários não seja penalizado e trabalhar com o dinamismo inerente a integração de saberes e ações em saúde de forma que haja uma interação harmônica entre os atores com competências e habilidades distintas.

Nas práticas de cuidado em saúde, assim como nos espaços de gestão dos serviços, é perceptível o papel de decisão dentro de uma equipe atribuído ao profissional de nível universitário/ superior. Apesar de que, ainda existe também uma hierarquia que pode ser sutil ou até mesmo escancarada pela minha percepção, de que as decisões perpassam por trabalhadores que ocupam funções gerenciais (gerente da unidade e/ou enfermagem) ou de mais prestígio social entre as demais (medicina). É perceptível que ao longo do tempo os serviços de saúde organizam-se baseando-se no saber das profissões (principalmente as que exercem coordenação do cuidado), e não centrado no usuário.

Esse fator constitui-se como um desafio para a realização da gestão colegiada dentro da saúde, que deveria ser responsabilidade de todos os envolvidos (BRASIL, 2009). Shimizu e Carvalho Junior (2012), apontam que essa dinâmica de gestão de pessoas com tendência à valorização da hierarquização e da centralização influencia negativamente o engajamento dos agentes, desestimulando seu envolvimento, para além do cumprimento do que é formalmente esperado. A co-gestão surge com finalidade de administrar o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo, promovendo assim, educação dos trabalhadores e garantia de voz dos usuários (BRASIL, 2009).

A ESF tem uma longa e árdua tarefa constante de transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde, caracterizado pelo modelo biomédico,

médico-centrado, em um modelo de vigilância em saúde que proporcione assistência coletiva, multi, inter e transdisciplinar, baseado na família e no contexto social que os indivíduos vivem e se relacionam uns com os outros.

Todavia, há de se pensar em adoção de modelos de gestão mais democráticos, que facilitem cada trabalhador se colocar como ator de transformações, com capacidade para criar, sobretudo provocar mudanças para o processo de construção e reorganização dos processos de trabalho.

#### **4.2.1. EXPERIÊNCIA DE UMA DENTISTA NA ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A visita domiciliar odontológica para mim, representou um desafio, principalmente quando tive que realizar o cuidado dos pacientes acamados e que utilizavam múltiplas medicações diariamente. Compreendi que é preciso trabalhar minuciosamente para estabelecer um plano de tratamento para o indivíduo e isso envolve uma observação cuidadosa do estado de saúde geral dele e do suporte profissional e se o território na qual a residência está localizada permite condições salubres para o atendimento domiciliar. Por outro lado, a prática de prestar assistência nos lares, favorece uma aproximação da realidade da comunidade que é complexa e dinâmica, possibilitando uma reflexão e revisão da própria atitude enquanto profissional na busca de transformações do cuidado.

Quando a visita domiciliar é realizada, a compreensão do processo saúde-doença pode ser ampliada e as intervenções passam para além de procedimentos técnicos (RODRIGUES, ROCHA, PEDROSA, 2011). Constitui-se também como uma atividade educativa e assistencial que possibilita o fortalecimento da equipe de saúde com as famílias, além do conhecimento do território pelos profissionais da equipe. Assim, a visita é um importante instrumento, o qual proporciona ao profissional o conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais do território em que vivem os indivíduos e famílias e que este presta cuidados.

Haja vista que cada usuário tem suas singularidades, não é possível estabelecer um padrão para a realização das visitas domiciliares, mas sim uma reformulação constante das formas de oferta de cuidado em saúde.

Por vezes, é possível observar uma gratidão dos usuários pela visita ter sido realizada apenas pelo fato de profissionais de ensino superior terem ido ao seu encontro e não o contrário. Não que seja ruim ser reconhecido por seu trabalho, afinal é um dever e uma das atribuições dos profissionais que estão inseridos na ESF,



porém é mais prazeroso ouvir agradecimentos quando o usuário sabe que este serviço é para ele por direito e não apanágio de uma profissão. Por outro lado, também me sinto grata aos usuários, pois o simples ato de deixar que pessoas desconhecidas adentrassem em suas casas e fizessem parte de suas vidas é também um ato de confiança no profissional em cada casa.

## **5. SABER POPULAR E SABER CIENTIFICO: EXISTE UM PONTO DE EQUILÍBRIO?**

Nessas idas e vindas ao território o que mais me inquietou não foram as condições físicas das casas dos usuários nem estrutura familiar, mas como conciliar o conhecimento científico com o popular. Para situar o leitor, trago dois registros como exemplos de situações vivenciadas tanto no cotidiano da USF, quanto fora dela.

O primeiro foi um caso vivenciado no acolhimento da Unidade: uma criança de 04 anos compareceu acompanhado da genitora com queixa de dor de dente. Ao exame intra - bucal observei muitas lesões de cárie com cavidades extensas. Diante da situação de sofrimento e dor, parecia que minha mente era um papel em branco e não senti segurança para manejar a situação.

Já na consulta programática ocorrida no dia seguinte, a mãe da criança trouxe em sua fala o seguinte discurso: “os dentes dele são fracos, talvez seja falta de cálcio e por ter tomado muito antibiótico quando era pequeno, por isso que ficaram assim”. Após escuta tentei dialogar com a mãe e a criança algumas questões de autocuidado, alimentação e a importância da dentição decídua; tentei também combinar algumas mudanças de hábitos para melhorar a higienização da cavidade oral, visto que a condição bucal da criança não se justificava pelo uso do antibiótico propriamente dito mas pela alta ingestão de carboidratos contidos na medicação e na alimentação atrelado a higienização insuficiente da cavidade bucal.

Após a conversa, a mãe novamente tenta colocar como causa principal a hipotética necessidade de cálcio para os dentes. Fui tomada por uma sensação de frustração por não ter conseguido ampliar o diálogo com aquela usuária. Então fica o seguinte questionamento: como mensurar até que ponto o usuário realiza suas tomadas de decisões acerca do seu autocuidado de forma consciente e até que ponto ele continua a realizar práticas prejudiciais por não ter assimilado o conhecimento compartilhado pelo profissional? (MS,2013).

A segunda vivência ocorreu em um Centro de Referência e Assistência Social (CRAS). O CRAS em questão possuía um grupo de gestantes e foi solicitado a presença de um dentista para falar sobre cuidados com a saúde bucal da mãe e do

bebê em uma das reuniões. Para tentar abordar o tema sugerido pelo serviço, escolhi trabalhar com os conhecimentos prévios das gestantes através da dinâmica “mitos e verdades”. Algumas gestantes mostraram-se bem resistentes em aceitar que certas questões que foram ensinadas por mães e avós como verdades, atualmente são consideradas como mitos pelo meio científico. Segundo Neto e Silva (2015), existe obstáculo/tensão na relação entre o saber popular e o saber científico. Mas pode desaparecer no exercício da pesquisa - ação, quando se procuram conhecimentos (saberes) comuns às mobilizações e ao campo acadêmico.

Como seria uma atividade pontual, percebi que a discussão precisaria ser ampliada e um único encontro não daria conta para conquistar a confiança daquele grupo. A educação em saúde é um processo que não se encerra em atividades meramente expositivas, mas deve permear todas as ações do profissional.

Faz-se necessário ter cautela na aproximação do fazer cotidiano da população, pois o profissional é testado a despir-se do seu saber e como defesa tendemos a nos vestirmos de verdades indiscutíveis, verdades estas, que podem nos afastar do objetivo principal que é o de produzir cuidado e não há produção de cuidado sem construção de confiança, que só se torna possível pela construção mútua de conhecimentos com os usuários diariamente.

## **6. PROMOÇÃO/ EDUCAÇÃO E EFETIVIDADE DE AÇÕES EM SAÚDE**

Ao participar de algumas ações de saúde que envolviam alguns procedimentos coletivos, palestras, testes - rápidos, preventivos, atualização de dados cadastrais do cartão SUS, dentre outros no primeiro município, me deparei com situações adversas às vivenciadas no território coberto por equipe de saúde da família. Eram ofertas de cuidados pontuais, descontínuos, que visavam a promoção da saúde sem a devida estratificação de risco para posterior análise e encaminhamento das demandas para a assistência curativa.

Educação em saúde é um desafio, pois não basta apenas ofertar ações coletivas, faz-se necessário que a oferta seja baseada na identificação das necessidades do público para que façam sentido, além de produzir um retorno à população que é capaz de propor e opinar nas decisões de autocuidado, aumentando a autonomia desses indivíduos.

Apesar de serem ações pontuais como: promoção de saúde da população beneficiada e visibilidade a um possível público eleitoreiro e permeadas por múltiplas intenções de seus promotores (em sua grande maioria atores com cargos públicos e políticos), me vejo em um dilema entre ser contra e lutar por um ideal onde a ESF tenha sua expansão valorizada, ou ser contribuinte como profissional nessas ações, pois diante das dificuldades de acesso à saúde que os usuários enfrentam é melhor que existam ações pontuais ou que elas não ocorram?

Por outro lado, como abster-se de participar dessas ações se eu estava subordinada a uma hierarquia organizada pela instituição promotora desta pós-graduação, a qual teria previamente fechado contrato com o município em questão, contrato este que tem como uma das obrigações a prestação de assistência à comunidade?

Maior dúvida vem sobre mim quando reflito sobre ações de políticas públicas, que nem sempre oferecem a integralidade do cuidado; o Programa Saúde na Escola (PSE) por exemplo, nos traz desafios na prática, pela complexidade da proposta, além das amplas demandas acumuladas por anos nos setores da saúde e educação apesar de todo o planejamento teórico do programa ser sustentado em objetivos, componentes e ações em temas bem definidos.

Apesar de ser uma política intersetorial, na prática percebemos uma total desarticulação entre saúde e escola (BRASIL, 2015). Infelizmente percebi mais dificuldade que facilidades. É notável a limitação da execução de atividades que poderiam ser realizadas de forma mais trabalhada, com mais calma se alguns empecilhos não fossem impostos aos profissionais pelas escolas. Foi possível

observar que existem falhas tanto do setor saúde como da educação. Talvez esta integração fragilizada entre esses setores seja por pouca ou nenhuma comunicação entre secretarias (macro) para discussão, planejamento de estratégias, estabelecimento de prazos e avaliação, isso reflete no processo de trabalho dos profissionais (micro).

Dentre as limitações vivenciadas posso citar: pouco tempo cedido para as atividades, poucos recursos materiais para diversificá-las e dinamizá-las, espaço físico inadequado de algumas escolas, além do receio de alguns professores na abordagem de temas específicos, considerados tabus na comunidade, como por exemplo: drogas e sexualidade.

A presença de professores na sala de aula durante o PSE ainda é insuficiente, isso exige dos profissionais de saúde maior preparo para manejar situações como controle da turma e adequar a linguagem para cada faixa etária. Me faço o seguinte questionamento: por que a maioria dos professores não são participativos nestas ações? Talvez por não se sentirem pertencentes a este processo, já que não são estimulados para participarem do planejamento, por se sentirem sobrecarregados, por pensarem que esta responsabilidade pertence apenas aos profissionais da saúde, desconhecendo a política e os documentos norteadores do programa ou ainda por não terem incentivo financeiro como as equipes de saúde recebem pela execução das ações do PSE.

Enfim, infinitas hipóteses podem ser enumeradas, porém acredito que apenas uma não seria capaz de responder este questionamento, mas talvez a soma delas seja o nó crítico que precisa ser desatado com urgência, não apenas para realização de ações que estão no papel, mas para garantir a integralidade das ações em saúde e a efetividade do gasto de recursos públicos.

É imprescindível a presença de um professor já vinculado à turma durante as ações do PSE pois é uma pessoa que já conhece a realidade dos educandos, percebe as dificuldades vivenciadas por aquela comunidade enquanto estudantes e pode facilitar o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e os educandos, funcionando como uma ponte.

Existem dificuldades (exemplo: espaço físico limitado) em algumas escolas que demandam tempo maior até que sejam adequadas e sanadas, pois envolvem uma mobilização mais intensa de outros setores e não dependem apenas de profissionais a saúde ou educação, outras limitações encontradas na prática podem ser mudadas em menor tempo (exemplo: desconhecimento de professores, coordenadores e direção das escolas sobre a existência do PSE). A meu ver, isso pode ser transformado

através de matriciamento, oficinas entre equipes de saúde e o corpo pedagógico das escolas, a fim de fortalecer o conhecimento e mostrar a importância de políticas intersetoriais. Isso abriria portas e estabeleceria confiança entre unidade de saúde da família e escola.

Entendo a importância da promoção e educação em saúde, porém não consigo enxergar essas ações de prevenção pontuais surtindo efeito se não forem contínuas como as que vivenciei. É necessária ainda a expansão da cobertura de serviços e eliminação de barreiras de acesso, continuidade do cuidado e monitoramento das ações realizadas, além do fortalecimento do vínculo com a comunidade, para ser coerente com os princípios de equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1988).

## **7. VIVÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: “DESAFIOS PARA EXPANDIR A CAIXINHA”**

Alguns entraves não podem ser resolvidos a curto e médio prazo. E, já que estamos falando sobre lutas e desafios, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constitui-se como exemplo fiel desse processo e sobre diferentes formas, luta para ser implantada, luta para ser implementada e o mais árduo, luta para ser mantida.

Para iniciar este tópico gostaria de fazer um recorte e compartilhar a oportunidade que tive de vivenciar pela primeira vez um ponto de atenção da RAPS, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Esta vivência aconteceu durante a transição do campo de práticas da turma em que estive alocada inicialmente (troca de município). O CAPS citado está localizado no Centro Histórico da capital baiana e caracteriza-se como um serviço ambulatorial e regionalizado. O CAPS em questão é frequentado por usuários que fazem uso e abuso de drogas lícitas e não lícitas, a maioria em situação de rua e com rompimento total ou fragilidade nos laços familiares.

Apesar de ter sido uma vivência rápida (17/12/2018 à 08/01/2019), foi uma experiência enriquecedora tanto no âmbito profissional e pessoal. A estadia no centro foi um momento de me despir de alguns preconceitos e de perder alguns receios como o que eu tinha ao passar na rua por um usuário de drogas. A tendência era de me afastar e a vivência no CAPS me proporcionou um período de muita proximidade com esses usuários e me permitiu interagir, conversar, ouvir histórias de vida e talvez entender um pouco a relação entre as drogas e o indivíduo.

Um momento bem prazeroso para mim também nesse período, foi a assembleia dos usuários, apesar de ter sido conturbada (pois existem usuários ainda desorganizados, do ponto de vista de que ainda não conseguiram estabelecer um autocontrole), fiquei satisfeita pois são espaços como estes em que o usuário pode exercer o controle social e talvez gerenciar um pouco o cuidado que é fornecido para ele.

Porém quando paro para lembrar minha atuação como profissional nos territórios onde passei, penso que poderia ter me mobilizado muito mais junto à equipe para que mais reuniões com a participação de usuários pudessem ter ocorrido.

Outra coisa importantíssima que percebi na fala de alguns profissionais deste CAPS, foi articulação de rede como ferramenta para integralidade dos direitos dos usuários. É interessante observar que setores que não são da área da saúde podem

contribuir com a promoção e manutenção da saúde do indivíduo, tendo em vista que saúde possui implicações legais, sociais, econômicas, psicológicas e biológicas.

Após esta vivência no CAPS referido acima, já no segundo ano de residência, continuei minha jornada no segundo município iniciando no estágio de redes, onde por acaso estive alocada na RAPS.

Apesar de o estágio ter ocorrido na rede, passei a maior parte desse período no CAPS – pois a mesma estava sendo estruturada neste período - mas gostaria de ressaltar que esse serviço é um ponto de atenção dentro dessa rede e que talvez por ser o ordenador desta, concentre os pacientes de saúde mental que ainda sofrem todo um estigma da sociedade.

O CAPS em questão era do tipo I, possuía salas, sendo uma para atendimento individual médico, enfermagem, assistência social, apoio administrativo, oficina e reunião, cozinha, ampla varanda externa e quintal e seu horário de funcionamento das 08:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira (MS, 2002).

Durante o estágio, em diálogo com algumas pessoas e também com colegas de residência, percebi que ao se referirem à RAPS reduziam-na ao CAPS. Eu ficava me questionando se naqueles momentos meus colegas não sabiam a diferença entre rede e ponto de atenção de uma rede ou era porque apenas conseguiam enxergar o usuário com transtorno mental como interno do CAPS e não como ator social que pode transitar por inúmeros locais? Vale ressaltar que um dos desafios da Reforma Psiquiátrica foi e ainda é a luta para que a sociedade conviva de forma mais harmônica com os diferentes e reconheça as potencialidades dos chamados de loucos, que têm capacidade de trabalhar, produzir e opinar sobre os rumos de uma nação (BRASIL, 2013).

Percebi que no trabalho dos profissionais do CAPS, em muitas situações a oferta de cuidado aos usuários ainda obedecia uma hierarquia rígida, centrada na coordenação administrativa que possui formação em psicologia, no médico psiquiatra e psicóloga e a construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS) foram focados na participação de oficinas terapêuticas, senti falta de movimentos que a equipe poderia realizar para reinserir o usuário no convívio social. em ambientes públicos (shopping, praia, cinema, praças ...)

Não se trata aqui de atribuir aos profissionais a responsabilidade apenas culpar os profissionais, mas de ressaltar que, como agentes sociais, devemos constantemente rever nossas condutas terapêuticas questionar nossos procedimentos e aprimorá-los, e isso está atrelado à formação acadêmica, que obedece ainda ao modelo hegemônico (médico centrado) e acredito também que pelos diversos níveis

de comprometimento de cada profissional com a função que ocupa e flexibilidade diante de mudanças.

Devido ao estigma da saúde mental, pacientes com transtornos se afastam da família e vice-versa. Isso se torna um fator negativo ao tratamento, pois aqueles que tem o afeto e a atenção da família é notável que o estado emocional é diferente ( para melhor) daqueles que não tem uma rede de apoio social. Em alguns casos que observei, a presença de familiares ou cônjuges acompanhando os pacientes no transporte até a unidade, fez grande diferença no “bem-estar” da saúde mental desses usuários. Percebi tranquilidade e confiança em seus olhares. Um grande desafio que percebi é de que forma podemos estimular a reaproximação familiar já que muitos familiares já não consideram mais esses usuários como pais, mães, filhas(os), esposas(os) ...?

Nunca tive resistência para abordar usuários com algum transtorno mental, mas tive dificuldade para manejo desses, aliás todo e qualquer indivíduo que fuja de padrões estabelecidos por uma sociedade em determinada época acaba representando um problema que deve ser isolado. Nos casos dos “doentes mentais” este isolamento era – e ainda há resquícios deste modelo de atenção - institucionalizado em hospitais psiquiátricos, pois acreditava-se que a doença mental oferecia periculosidade a sociedade e deveria ser tratada longe desta.

Por volta da década de 70 a sociedade passou a refletir sobre as práticas iatrogênicas que viam sendo aplicadas, exigindo novas estratégias para atender à demanda por tratamento (BRASIL, 2013).

Atualmente avalio que consegui ter mais confiança na interação com o usuário de saúde mental, graças à vivência na RAPS, através do estágio em Redes, que me proporcionou uma maior aproximação e de uma forma mais leve com essa temática. Ainda tenho a consciência de que preciso trabalhar e buscar mais estratégias para o enfrentamento das minhas dificuldades, dentre elas: medo de não conseguir estabelecer relação interpessoal agradável, receio de agressão, pois cada usuário demanda do profissional diferentes habilidades e com intensidades distintas. Isto é o que torna o cuidado singular e não permite que fiquemos em uma zona de conforto.

A grandiosidade do estágio em Redes é a possibilidade de um olhar por diferentes ângulos, que não é viável quando estamos apenas na Unidade de Saúde da Família, em compensação, a dificuldade para manter comunicação aberta e direta com os pontos de atenção aumenta, pois agrega-se diferentes níveis de atenção, diversidade de profissionais, com objetivos pessoais e profissionais diversos e que no final de toda história precisam estar alinhados e com foco no usuário.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS?

Um período de grande crescimento profissional e pessoal, sem dúvidas esses foram dois anos de muitas mudanças: primeiro emprego, primeiro ano como dentista, primeiros colegas de trabalho, primeiros pacientes, assim como tudo que é novo e desconhecido assustou e muito no começo. Ter tido a chance de experimentar a saúde da família na prática, acima de tudo me encantou!

Ao revisar o modelo inicial da escrita percebo que foi completamente modificada. O todo já não é mais o mesmo, percebo que cada vez que retomei a escrita como sujeito que é produto de um meio, novas lembranças me ocorreram.

Cheguei ao final desta escrita e percebi quantas mãos e vozes me ajudaram a escolher as palavras. Foi um encontro comigo mesma e com os outros papéis que desenvolvi: estudante/ profissional da saúde/ trabalhadora. Ao narrar essa trajetória, procurei me deter, ora como primeira pessoa e ora com impessoalidade, algumas vezes ancorada na fundamentação teórica, outras vezes apenas com relatos das experiências vividas.

À medida que avançou o desenrolar da minha trajetória através da narrativa, eu tive a certeza de estar mergulhada em um rico movimento onde as certezas eram questionadas pelas dúvidas que, ao se juntarem, formavam novas certezas, que logo eram desfeitas, tudo recomeçando novamente em um movimento sincronizado. Portanto, ao procurar respostas para meus questionamentos, anseios e dificuldades, me encontro a cada descoberta realizada, num processo inacabado formador de um sujeito sempre novo, cheio de reflexões e de aprendizagens, porém com muitas arestas ainda a serem reparadas.

Para entender meu próprio processo de formação, assumi a tarefa um tanto penosa de analisar minha própria história e as implicações em minha vida pessoal e profissional através da escrita de um memorial, o que exigiu de mim a organização e seleção dos pontos relevantes que deveriam ser priorizados na hora da escrita.

Pensando assim, entendi que ao aplicar a metodologia do portfólio reflexivo nos cursos de formação, estaria proporcionando para mim a problematização e ressignificação de minhas ações ou futuras ações.

Finalizando a escrita deste trabalho, confesso que ao rememorar a minha trajetória de formação percebi que os saberes construídos ao longo de minhas experiências ainda são pequenos para darem conta de toda complexidade que é ser cuidador de seres humanos.

## 9. REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 28, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos\\_saude\\_responsabilidade\\_controle\\_e\\_2edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_e_2edicao.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE– Brasília: Ministério da Saúde, p. 68, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2020 jan 31]. Disponível em: [http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete\\_-do\\_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, p.176, 2013.

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2020.

Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. Saúde Soc 2012;21:126-37.

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Faria, R. M; Bortolozzi, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Espaço Geográfico em Análise, 17,31-41, 2009.

FIOCRUZ. PenseSUS – A reflexão fortalece essa conquista, 2020. disponibilizar diferentes conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia> .Acesso em 11 de janeiro de 2020.

Fundação Estatal Saúde da Família. FESF-SUS. Projeto Político Pedagógico. Salvador, 2018.

JUSTO, Larissa Galas et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl.1, p.1345-1354, 2017.

Melo Neto, J.F; Silva, S.F. Saber popular e saber científico. Revista Temas em Educação 2015, v.24, n. 2, p. 137-154.

Merhy, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MICHAELIS. Editora Melhoramentos, 2020. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/b%C3%A1sico/> . Acesso em 11 de janeiro de 2020.

Feuerwerker, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 174 p., 2014.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 24 jan. 2020.

Prefeitura Municipal de Dias d'Ávila. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Dias d'Ávila, 2017.

Rodrigues, T.M.M; Rocha, S.S; Pedrosa, J.I.S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI 2011; 4:44-7.

Sá-Chaves, I. Portfólios Reflexivos, Estratégias de Formação e de Supervisão. Cadernos Didáticos, Série Supervisão nº1. Aveiro: Unidade de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores da Universidade de Aveiro, 2000.

Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Cien Saude Colet 2012; 17(9):2405-2414, 2012.