



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANA GRAZIELA DE ALMEIDA VASCONCELOS BARBONI

O AMOR É UM ATO REVOLUCIONÁRIO: A AFETIVIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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: Rosimeira das Chagas Delgado

BAHIA
2020

Agradecimentos

Inicialmente agradeço à espiritualidade superior pela permissão que me foi concedida em realizar essa tarefa durante dois anos no SUS, em especial ao meu padrinho e guia, o Dr. Bezerra de Menezes, a quem dedico também esse trabalho.

Aos meus pais, pelo alicerce sólido que construíram para mim para que eu pudesse trilhar com segurança o caminho que escolhi em defesa do SUS, das PICS e da vida.

À minha tia Cida por me inspirar de muitas maneiras a perseguir seus passos na Saúde Mental, na Bioenergética e nas Constelações Sistêmicas.

A Pedro por ser meu parceiro, companheiro e melhor amigo que nunca me faltou nesses dois anos intensos, sempre me apoiando e me incentivando a realizar meus sonhos.

Aos meus irmãos, amigos, primos e tios que compreenderam minhas ausências nos eventos familiares me dando forças e incentivos a persistir, em especial à minha irmã Natália, minha parceira, confidente e que muito me consolou, aconselhou e inspirou mesmo à distância.

Ao corpo pedagógico da FESF por serem verdadeiros mestres, amigos e companheiros de luta em defesa do SUS com quem muito aprendi e a quem muito sou grata, em especial a Lourdes, Bárbara, Vitor, Renata, Mariana, Ana Karen, Thaylane, Renan, e Juli Tupinambá.

À minha orientadora e amiga Rose, por ser a melhor tradução da palavra **apoio** nessa minha jornada e a professora de Educação Física mais incrível que já conheci.

Aos meus colegas de Camaçari que me receberam da melhor forma possível, possibilitando meu amadurecimento e trocas muito significativas.

À minha turma de origem de Lauro de Freitas (Alana, Lis, Ton, Vevéu, Yuri, Rander, Yka, Carlinha, Xande, Jae, Lorrane, Juli, Cris, Jaque, Leti, Naara e Sheilinha), amigos e colegas queridos com quem partilhei risos e lágrimas. Estar longe de casa, frente a tantas adversidades e manter a energia e disposição para os enfrentamentos que tivemos só foi possível por ter vocês comigo. Amo vocês!

Aos meus verdadeiros mestres, os usuários do SUS que me fizeram profissional de saúde, deram sentido ao meu trabalho e me fizeram mais gente.

E a todos aqueles que vieram antes e construíram e lutaram pelo SUS, permitindo que eu possa agora ser continuadora desse legado, desse projeto espiritual.

(...)
O amor é um ato revolucionário
Por estados e religiões temido
Quem pelo amor é pertencido
A si governa e só a ele é confessado
Quem ama ao andar cria sua estrada
Em seu voo vê as planícies prazerosas
E no cume das montanhas alterosas
Toca em gozo a rosa viva imaculada

(...)
Quem ama fala ao mundo mesmo mudo
Seu pulso é a pulsação do universo em dança
Nas inquietações da guerra insana a paz alcança
Quem traz a lança do amor e seu escudo

O amor é um Ato Revolucionário - Chico César

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
CAPÍTULO 1 - A TRAJETÓRIA	8
1.1 Sem amor, eu nada seria. A trajetória na Residência e a construção do “ser profissional”	13
CAPÍTULO 2 - O PRIMEIRO GRANDE AMOR: AOS USUÁRIOS	16
2.1 Os usuários de Saúde Mental - Um amor à parte	19
CAPÍTULO 3 - O SEGUNDO AMOR: AO TRABALHO, À CAUSA	23
3.1 Lutando pelo Acolhimento	24
3.2 Lutando para construir o cuidado em Rede	25
3.3 A eterna luta em defesa do trabalho vivo na organização dos processos de trabalho.....	26
3.4 Unidos venceremos! O Trabalho em equipe e a Clínica Ampliada.....	28
3.5 A luta em defesa de outros saberes – PICS em cena.....	30
3.6 A luta da Educação Física	35
3.7 A luta amorosa pelo Controle Social	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	42

APRESENTAÇÃO

Escolhi a obra do autor inglês Lewis Carroll para acompanhar essa narrativa, pois durante o processo de reflexão para construção desse material me dei conta do quanto a identificação com a personagem que protagoniza a história se fez. Assim como Alice, desbravando o desconhecido país das maravilhas com suas reflexões e questionamentos, percorri ao longo desses dois anos o, até então desconhecido, mundo da Saúde Coletiva de maneira similar, ora me perdendo, ora me encontrando, mas constantemente permeada por reflexões e perguntas inquietantes, algumas delas exploradas sensivelmente no texto que se segue.

Já peço desculpas aos leitores pelo excesso de amor, dengo e afetividade que esse trabalho contém. Escolhi escrever sobre afeto e como ele é elemento indissociável do cuidado em saúde, pois não tenho mais nada no meu coração nesse momento além de amor e gratidão, e não poderia ser diferente, tendo em vista que um dos motivos que me trouxeram até aqui, neste programa de residência, foi o desejo de fazer acontecer um sistema de saúde em que se pode falar em humanização, em amorosidade, e valorizar e resgatar as dimensões subjetivas de cada ser.

Mas não se preocupem, não se trata desse amor romantizado que vendem pra gente por aí, mas sim o amor maduro que olha a vida com coragem, sem medo dos problemas e desafios, e com honestidade se propõe a agir sobre ela. O amor que nos move quando a desesperança se abate sobre nós; que nos guia, mesmo quando nos sentimos perdidos e solitários; que nos faz levantar e ir à luta, mesmo quando nos sentimos abatidos e derrotados. O mesmo amor que acredito ser essencial para a defesa do SUS e da justiça social, para o cuidado em saúde e para as nossas vidas!

Então, escolhi me debruçar sobre a afetividade da qual nos fala Paulo Freire, pedagogo revolucionário tão injustiçado nos tempos atuais, e inspirador da Educação Popular em Saúde, que ajudará a embasar os pensamentos, reflexões e resgates desses intensos dois anos de Residência em Saúde da Família.

CAPÍTULO 1 - A TRAJETÓRIA

Alice perguntou: Gato Cheshire... pode me dizer qual o caminho que eu devo tomar?

Isso depende muito do lugar para onde você quer ir – disse o Gato.

Eu não sei para onde ir! – disse Alice.

Se você não sabe para onde ir qualquer caminho serve.

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

Pensar sobre o início da minha trajetória me faz lembrar de Alice perdida no país das maravilhas e em como me vejo identificada com essa imagem.

Filha de doutores em Saúde Pública, experienciei desde muito jovem uma rotina acadêmica em casa. Na mesa de jantar, meus pais só falavam em doutorado, e sem muito esforço lembro de palavras que ouvia na infância que marcaram, apesar de não fazerem nenhum sentido na época: “qualizá”, “pêiper”, “sanduíche”¹ (esse eu achava que conhecia).

Escolher a Saúde Pública nesse contexto parece ser o caminho mais óbvio, mas não foi bem assim. Meu encontro com o SUS, e a história de amor que se iniciou a partir daí, foi precedido por um longo caminho de desencontros, desilusões, frustrações, muitas lágrimas, mas também por todas as belezas, doçuras, ternuras e meiguices sem as quais eu não estaria aqui hoje.

Nasci em Feira de Santana, uma cidade do interior da Bahia, há 108km da capital baiana. Como todo feirense orgulhoso, preciso apresentar a minha cidade como a Princesa do Sertão, o maior entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste e a maior cidade do interior do Norte e Nordeste do país. Em Feira está localizada a Universidade Estadual de Feira de Santana, a UEFS, e não posso falar da minha trajetória sem falar nesse lugar que me fez profissional e gente.

Escolhi em 2007, com apenas 16 anos, fazer Ciências Biológicas, assim como minha mãe, mas diferente dela, queria ser bióloga marinha, morar na praia e estudar cetáceos. Tinha muitas dúvidas nessa época, e como boa Alice, sem saber que rumo

¹ *Qualis A*: refere-se ao estrato mais elevado do sistema de categorização de periódicos científicos da CAPES, utilizado para classificar a produção científica dos programas de pós-graduação. *Paper*: termo em inglês utilizado para denominar artigos científicos. *Sanduíche*: modalidade de graduação ou pós-graduação em que parte do curso é desenvolvida em Instituição de Ensino Superior no exterior.

tomar (quis fazer artes cênicas, letras com inglês, medicina, biblioteconomia e oceanografia), optei pelo que me pareceu ser mais óbvio: Biologia na UEFS.

Nunca me refiro a essa escolha como um erro ou atraso, mesmo nunca tendo atuado como bióloga, esse curso mudou a minha vida. Foi nele que tive o primeiro contato com a multiplicidade de pessoas e ideias, pois estava em uma universidade pública com políticas afirmativas de ingresso e permanência implantadas, e professores vindos de diferentes estados e países. Em lugares de contradições estamos mais suscetíveis a crescer, pois somos provocados constantemente a produzir novas sínteses a partir das antíteses que se apresentam às nossas teses. Os afetos e desafetos construídos foram essenciais nessa revolução dialética que me convidou gentilmente a deixar a bolha que eu, uma menina branca, filha de drs., estudante de colégio particular e moradora do centro de Feira de Santana, vivia.

Pela primeira vez fui convidada a olhar a realidade além do que estava aparente e me defrontei com muita desigualdade social e regional; com um sistema de exploração e de distribuição de riqueza desonesto; com muito preconceito, racismo, machismo, e me dei conta da vergonha e culpa imensa que se sente quando se é nordestino, preto, pobre e/ou mulher, simplesmente por pertencer a um desses grupos. Assim, pelas lentes da biologia eu recuperei a minha autoestima e despertei minha sede por justiça social.

Mas de uma plataforma da Petrobrás, ou coletando aves na Chapada Diamantina eu não conseguiria fazer isso, e soube no meio do curso que teria que escolher outro caminho.

Dessa vez não era qualquer caminho que iria servir. Eu tinha já boas pistas do que queria. Queria falar com pessoas, ver pessoas, tocar, abraçar, chorar junto, enxugar lágrimas, cuidar, ouvir, aprender, e qualquer outra ação que precise de mais de um ser humano para ser feita. Então eu soube que queria trabalhar com gente. Não queria também falar de algo abstrato ou de difícil entendimento, queria estudar e trabalhar com algo que as pessoas sentissem, algo concreto, palpável, algo importante e revolucionário. Escolhi então trabalhar com o corpo.

A escolha se tornou óbvia quando através da dança do ventre e das terapias corporais, que comecei a fazer neste período de confusão para me autoconhecer e

orientar minha própria rota, vi uma chance de fazer aquilo que estava buscando. Educação Física, foi o que escolhi então.

Hoje, olhando pro passado, posso dizer que eu já tinha uma visão bastante avançada da Educação Física desde aquela época. Apesar de ter uma tia arteterapeuta do CAPS III de Feira de Santana, eu nada sabia sobre a atuação desse profissional na saúde, mas já achava que era muito mais do que simplesmente fazer fitness ou esportes. Pensava já nas possibilidades de expressão corporal dos sentimentos e emoções, autoconhecimento através do próprio corpo, exploração dos sentidos e percepções pelo movimento. Já pensava o corpo para além dos seus limites biológicos e da fisiologia do exercício, porém na graduação da UEFS não encontrei muitos personagens que pensassem o corpo como eu, e me perdi novamente no mundo amplo e apaixonante da Educação Física.

Meu mundo sofreu nova reviravolta. Entrei com o foco voltado para a dança e para o estágio no PET-Saúde, minha porta de entrada para o SUS. No meu primeiro ano como estudante da Educação Física, porém, o PET-Saúde sofreu cortes e a Educação Física foi cortada do programa. Uma porta se fecha para que se abram outras.

Trabalhei então com divulgação do cinema pelo Programa Imagens: Cinema na UEFS; com dança do ventre; com PICS, sem nem saber que recebiam esse nome ainda, ministrei aulas de bioenergética e biodança na UEFS para a comunidade; fiz intercâmbio acadêmico para a Universidade de Coimbra em Portugal; Fiz iniciação científica com história da dança em Feira de Santana; Trabalhei no Centro Universitário de Cultura e Arte (CUCA), na coordenação de dança, que oferece práticas corporais a preços populares à comunidade feirense, e vem há anos resistindo contra as ameaças de fechamento pelo Governo do Estado; fiz ainda uma especialização em Fisiologia do Exercício; me aproximei do grupo marxista da Educação Física, onde tive o primeiro contato com um referencial teórico que me ajudaria a entender as desigualdades e contrastes que tanto me angustiavam.

No final do curso, em 2017 quando me formei, sentia mais uma vez a bagagem cheia, porém me faltava um caminho. Dança, Fisiologia, PICS, ensino, Educação Física escolar, carreira acadêmica...para onde eu vou?

Tentei vários empregos, várias seleções, mestrado, mas nada parecia certo, nada contemplava tudo que eu queria ao mesmo tempo, e eu sempre tinha a sensação que estava abrindo mão de alguma coisa. Foi quando recebi o edital da residência da FESF por uma das redes sociais e a última grande virada aconteceu.

Enquanto me preparava para a prova, e estudava sobre o SUS pela primeira vez, eu tinha a certeza que tinha encontrado algo em que eu poderia utilizar todas as ferramentas que estavam na minha bagagem. O SUS me trouxe para a Educação Física, e mesmo com tantos rodeios, nos reencontramos no fim dessa estrada, e o meu sentimento é que eu havia me preparado a vida inteira para esse encontro. A fisiologia, a dança, a arte, o teatro, a história, a pesquisa científica, as PICS, os jogos, os esportes, o cinema, a terapia corporal, a militância por justiça social e até minha experiência administrativa fazia todo sentido como profissional do SUS.

Fui aprovada em primeiro lugar mesmo com pouco tempo de preparo e sem nenhuma experiência anterior com o SUS. Por mais soberbo que isso possa soar, o significado que isso tem para mim é simples e claro: eu desejei essa vaga com todo o meu Ser. Dei o melhor de mim porque apenas lendo aquele edital eu sabia onde queria estar. Aquilo fazia todo o sentido na minha trajetória, e eu simplesmente sabia que tinha que estar nesta residência.

Entre no primeiro dia do acolhimento na UNIME, em Lauro de Freitas, cheia de esperanças, medos, incertezas, mas confiante de que mais uma vez, minhas rotas em zigue-zague e minha bússola que aponta para todas as direções tinham me guiado para onde eu deveria estar. Para onde eu queria estar.

Acho importante trazer aqui um breve resumo de como se deu minha trajetória ao longo dos últimos dois anos, visto que se trata de uma situação bastante atípica de muitas quebras e interrupções que estarão ditas em alguns momentos do texto, e se não bem esclarecidas podem confundir o leitor.

Iniciei minha trajetória em março de 2018 na segunda turma de residência do município de Lauro de Freitas, como profissional do NASF apoiando cinco equipes de Saúde da Família (eSF) na USF São Judas Tadeu. Em dezembro do mesmo ano o convênio com o município foi rompido, no entanto, devido a uma série de eventos e discordâncias que culminaram em diferenças irreconciliáveis entre o corpo de profissionais e gestores do município e a coordenação do programa de residências.

Em janeiro de 2019 fui remanejada para o município de Camaçari, em que a residência já estava em sua quarta turma, compondo uma nova equipe de NASF e apoiando agora oito eSF distribuídas nas USF Nova Aliança e Phoc CAIC. Em março do mesmo ano concluí o primeiro ano e passei a ser R2 cumprindo o estágio optativo na Rede de Saúde Mental do município por seis meses, estágio eletivo de setembro a dezembro no CSE Geraldo de Paula Souza em São Paulo e estágio de Gestão de dezembro a fevereiro de 2020 na Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Camaçari.

1.1 Sem amor, eu nada seria. A trajetória na Residência e a construção do “ser profissional”

“Era muito mais agradável em casa”, pensou a pobre Alice, “quando não vivia crescendo e diminuindo desse jeito, nem recebendo ordens de camundongos e coelhos. Quase gostaria de não ter caído aquela toca de coelho... porém... porém... é bem curioso, sabe, esse tipo de vida! Queria saber o que foi que aconteceu comigo! Quando lia contos de fada, imaginava que essas coisas nunca aconteciam, e agora estou no meio de um deles!

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

A minha maior expectativa ao adentrar o novo mundo da Saúde da Família era o contato, vivência e aprendizagem da prática em saúde, especialmente na área da Educação Física. Tinha consciência e desejo de suprir os espaços em branco na minha formação básica, e sabia que somente a práxis em saúde da família me garantiria o preenchimento de algumas dessas lacunas.

Com uma inserção recente da profissão no SUS, muitos cursos de graduação ainda não contemplam a Saúde Pública como campo de estágio ou como uma possibilidade de formação para o professor de Educação Física. Para mim não foi diferente, e cheguei a este programa de residência com saberes que trago de estudos motivados pela curiosidade e pela busca pessoal, porém, sem nenhuma experiência prática, vivência de estágios, aulas teóricas, discussões de artigos, ou inserção em grupos de pesquisa. Não estranhamente o meu maior questionamento durante o período de R1 foi: qual o papel do professor de Educação Física na saúde e na equipe NASF? Anteriormente já havia uma dúvida ainda mais fundamental: O que faz o NASF?

Aqui vale o destaque que o trabalho em uma equipe de saúde, seja ela em que nível esteja, se sustenta através da partilha de saberes, competências, responsabilidades e ações. Esses saberes dividem-se didaticamente em saberes de campo e núcleo permitindo distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão, dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. O campo seria o espaço de interseção entre esses saberes, onde todo profissional de saúde deve atuar independentemente de sua formação e onde os limites entre as profissões borram entre si, reforçando a transdisciplinaridade (CAMPOS et al, 2014).

Eu não entendia muita coisa sobre o SUS, sua organização e operacionalização. Mas tinha consciência das minhas dificuldades e falhas e estava ali para aprender. Como vim de uma formação extremamente biologicista, meu olhar inicial de núcleo era para o exercício físico, para a cinesiologia, para antropometria e testes físicos e para as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Quando pensava no campo, por outro lado, entendia o cuidado territorial, a abordagem familiar, o cuidado integral e pensava em um

modelo de saúde para além dos ideais objetivistas, mecanicistas e curativistas, valorizando a emoção, o afeto, o carinho, o cuidado com o outro, a empatia, e tantas outras facetas subjetivas do ser humano, como importantes componentes do seu processo de saúde integral (PORTFÓLIO INDIVIDUAL, 13 mar 2018).

Olhando para o passado, posso dizer hoje que o meu processo formativo, ao longo desses dois anos, permitiu que essas percepções antagônicas, de núcleo (mais fragmentada) e de campo (mais integral), fossem se aproximando até se confundirem. Fui me constituindo profissional de saúde e podendo responder ao questionamento inquietante sobre o meu papel no SUS na medida em que as experiências, vivências, reflexões, dificuldades, desafios foram me convidando a sair da minha zona de conforto e me reinventar, me questionar, me reconstruir, passaram a ser tarefas cotidianas.

Os desafios de construir um Sistema de Saúde equânime, integral e universal, permeado por disputas políticas locais, conflitos entre residentes e trabalhadores do município, disputas de modelo de saúde e todos os desafios que o SUS apresenta, principalmente para os que têm uma visão contra hegemônica; me fizeram experimentar a sensação de estar “crescendo e diminuindo”, de me sentir inadequada e de me questionar diversas vezes se valia mesmo a pena ou se não seria mais agradável “ficar em casa”. Porém existe **algo que nos move**, e uma vez que esse algo me levou a “cair na toca do coelho” precisei ir me dando conta de que “crescer e diminuir” são consequências inevitáveis, e o desconforto do impermanente passou a fazer parte do processo.

A esta altura é importante esclarecer que o algo que me move é o amor, e aliás, acredito que é fundamentalmente o que move cada um de nós, quando estamos

alinhados com ideais de liberdade e autonomia dos sujeitos, assim como nos diz Paulo Freire,

não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda. (...) o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com a sua causa. A causa de sua libertação (1987, p. 79-80).

Então, sem pieguices, esse amor que é combustível para nossas ações, que nos permite enfrentar as dificuldades, amargores e negatividades, é compreendido enquanto exigência ética, um compromisso profundo com a humanidade, com a causa em que se acredita e com o mundo que se quer transformar. Não fosse esse amor, a jornada se tornaria insuportável, e o trabalho perderia o significado. Ou pior, nem sairíamos de casa.

Posso dizer que se cheguei até aqui, é porque tenho consciência do amor que sinto pelo SUS; pelas pessoas; pela Educação Física; pelo cuidado em saúde equânime, acessível, integral e horizontal; pelas lutas por justiça social e por tudo aquilo que nos conecta ao outro e ao planeta que habitamos. Esse amor foi sendo polido nesse processo, amadureceu com as dificuldades e me modificou profundamente, e assim, “crescendo” e “diminuindo” foi se moldando uma profissional de saúde.

CAPÍTULO 2 - O PRIMEIRO GRANDE AMOR: OS USUÁRIOS

"Talvez seja sempre a pimenta o que deixa as pessoas tão exaltadas (...), e o vinagre, o que as deixa azedas... e a camomila, o que as deixa amargas... e o açúcar, o que deixa as crianças doces e amáveis. Queria que as pessoas grandes soubessem disso: assim, não seriam tão mesquinhas com doces e que tais..."

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

Disse que escolhi a Educação Física porque queria trabalhar com gente, e que outro lugar para se aproximar de pessoas como na Saúde da Família?

Tendo a proposta de um cuidado longitudinal, em que a equipe profissional se dedica aos cuidados de toda uma comunidade ao longo do tempo, acompanhando assim sua história e trajetória de vida para além do histórico de saúde, a Estratégia Saúde da Família revoluciona a Saúde Pública, dentre outras coisas, por ter no vínculo ferramenta fundamental de cuidado.

O cuidado em saúde unilateral, verticalizado e permeado apenas pelo saber científico traduz o modelo biomédico, modelo esse pouco eficiente que reproduz distanciamento, hierarquização e constrói barreiras ao cuidado e ao estabelecimento do vínculo. O esgotamento dessa forma de fazer saúde e as crises que produziu (crise do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população, do sistema de prestação de serviços de saúde) constituíram a base de discussão do projeto da reforma sanitária (FLEURY, 2009).

A alternativa para isso foi o modelo da Clínica Ampliada e Compartilhada², ampliando o objeto de trabalho da clínica, e propondo uma abordagem horizontal, em que a relação profissional-usuário é baseada no diálogo, na troca, permeia saberes diversos e não desconsidera o saber alheio, trazendo o usuário e seu contexto familiar para o centro do cuidado. Essa relação sim é facilitadora da construção de vínculos e é potencialmente transformadora (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Freire (1987) vai nos trazer que amor e diálogo são inseparáveis, e que as relações quando perpassadas pela afetividade, pela amorosidade e pela

² Clínica Ampliada e Compartilhada: aplicação da metodologia do apoio Paideia, proposto por Gastão Wagner, em que o Projeto Terapêutico é compartilhado, objetivando a corresponsabilização e cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários (CAMPOS et al, 2014).

dialogicidade, oportunizam as práticas de liberdade e de humanização. Entendemos assim que de que outra forma poderíamos construir uma proposta de cuidado que valorize a autonomia dos sujeitos, como nos propõe os princípios do SUS, sem diálogo? Como podemos falar em corresponsabilização pelo cuidado se não houver essa troca horizontal? Sem nos aproximarmos do usuário, sem tirarmos nossos jalecos ou desconsiderando seus saberes e práticas em saúde, como iremos construir um diálogo? Como podemos dizer que respeitamos aquele ser humano diante de nós, se não há um canal de comunicação horizontal? Como podemos julgar que há amor sem esse diálogo?

O método da roda, ou método Paideia propõe esse diálogo próximo e horizontal entre os atores do cuidado, por isso a analogia da roda, em que não existe uma hierarquia que os distinga. Assim, é identificada a necessidade do apoiador se colocar na roda, ou seja, buscar ativamente incluir-se no processo deixando claro os vieses de cada um, o que significa colocar em análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto envolvidas (CAMPOS et al, 2014).

A primeira coisa que fiz ao chegar foi tirar meus sapatos, física e simbolicamente. Coloquei os pés no chão construindo para mim mesma a simbologia de que ali, naquele momento, eu e Dona Val éramos iguais. Eu estava ali para aprender tudo que ela pudesse me ensinar sobre vínculo, sobre cuidado, sobre integralidade, e também sobre respeito, humildade, empatia, não-julgamento (PORTFÓLIO INDIVIDUAL, 26 abr 2018).

Em muitos casos que acompanhei, o vínculo com os usuários era sempre o primeiro passo e em todos eles, a parte mais fundamental do trabalho, especialmente em casos de saúde mental.

O caso de Pérola³ chegou até mim através de um matriciamento⁴ da equipe do CAPS AD, em Lauro de Freitas, e pela primeira vez me deparei com a noção de profissional de referência⁵. Movida pela empatia, ao ouvir sobre a intensa carga de

³ Nome fictício.

⁴ O Apoio Matricial se refere a um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde. O matriciamento é o ato da troca, da partilha e diálogo entre esses atores (CAMPOS et al, 2014).

⁵ Profissional de referência é uma denominação mais comum na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que designa a pessoa responsável pela gestão do cuidado de um determinado usuário. Na Atenção Básica utiliza-se equipe de referência, pois essa gestão está a cargo da equipe de Saúde da Família que assume responsabilidade sanitária sobre os usuários de seu território

sofrimento emocional que esta usuária trazia, me escalei para me tornar a profissional de referência do caso, porém nunca consegui me vincular a ela, e assim o cuidado não se tornou possível.

Para Silva Júnior e Mascarenhas (2004) o vínculo pode ser pensado em três dimensões: afetividade, relação terapêutica e continuidade. A afetividade pode ser entendida como o amor que o profissional deve(ria) ter em relação a sua profissão, que aqui chamamos de amor à causa, e só a partir disso ele se implicaria com o caso daquele usuário, utilizando o vínculo como instrumento de trabalho valioso. A dimensão terapêutica está ligada à corrente de atenção centrada no paciente, enfatizando a potência do vínculo para a compreensão do sofrimento e apontando a relação profissional/paciente como fundamental para as intervenções e uma maior adesão tanto à terapêutica, quanto às medidas de prevenção e promoção. E a terceira dimensão, a continuidade, é compreendida pelos autores como a responsabilidade sanitária do profissional em relação aos usuários que assiste.

O amor à causa me impulsionou a buscar o caso de Pérola e me candidatar como sua provável profissional de referência, porém, toda relação pressupõe uma troca, e a relação terapêutica é feita de transferência e contratransferência, como nos diria Freud. Assim, sem a transferência, o tripé do vínculo ficou sem uma fundamental parte, e minha relação de cuidado com Pérola não pôde existir.

Com Safira⁶, primeiro caso que acompanhei como profissional de referência, a oferta de uma massagem durante uma visita domiciliar, abriu portas para um cuidado semanal que foi se constituindo como importante alívio para suas dores articulares provenientes de uma artrite reumatoide. Pensamos um Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁷ para ela, articulamos rede com outros equipamentos do município para melhor atender às demandas e fui desafiada por ela a ampliar a clínica pela primeira vez:

Ao me deparar no que julguei ser o limite do meu núcleo no caso dela, passei a ter que pensar em como intervir para ajudar um ser humano em sofrimento,

adscrito. Porém para o caso de Pérola, a estratégia de manejo do caso sugerida pelos profissionais do CAPS Ad foi a escolha de profissionais de referência, uma vez que se tratava de um caso de Saúde Mental com difícil vinculação com a equipe de referência.

⁶ Nome fictício

⁷ PTS: dispositivo implantado inicialmente na RAPS para acompanhamento individualizado e humanizado dos usuários de saúde mental, porém importado para a Atenção Básica aplicado especialmente no manejo de casos complexos. Reúne um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para o usuário, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial (OLIVEIRA, 2007).

e para além de que tipo de ajuda o corpo dela estava precisando, tive que pensar em que tipo de ajuda ELA estava QUERENDO. Os *guidelines* perderam o sentido nesse momento, e pela primeira vez me vi pensando como uma “profissional de saúde” capaz de reconhecer outras teorias e metodologias que considerem a diversidade de caminhos na produção de cuidado, uma vez que a intervenção implica em responder necessidades complexas das pessoas e coletivos, não podendo estar reduzidas a parâmetros biológicos de saúde (PORTFÓLIO INDIVIDUAL, 04 JUL 2018).

O vínculo com Safira me colocou como a profissional de referência dela, o que me impulsionou a estar mais à frente do processo de organização e gerenciamento do PTS, a assumir maiores responsabilidades e a buscar diferentes estratégias para atender suas necessidades. Nosso encontro me transformou enquanto profissional, pois eu estava implicada no seu caso. Havia entre nós aquela exigência ética, aquele compromisso profundo com seu cuidado.

2.1 Os usuários de Saúde Mental - Um amor à parte

"Alice: Chapeleiro, você me acha louca?"

Chapeleiro: Louca, louquinha! Mas vou te contar um segredo: as melhores pessoas são."

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

Não há como falar no amor pelos usuários sem abrir um parênteses para falar dos casos que mais me mobilizam, que são os casos de saúde mental. Por ter várias formações de terapias corporais e por ter vivido experiências terapêuticas transformadoras, estabelecer o elo entre a Educação Física e a Saúde Mental sempre foi meu objetivo profissional, e mesmo quando dei aulas de dança, sempre busquei trabalhar dentro de uma vertente terapêutica muito mais do que performática.

Não diferente, sempre busquei ter um olhar terapêutico sobre o corpo de todos os casos que chegaram até mim, especialmente os usuários de álcool e outras drogas, população que sempre tive receio em me aproximar devido a todo estigma a eles atribuídos. Dentro da Saúde da Família me aproximei dessa população através do cuidado territorial aos “sindicatos”, e durante o R2, no estágio em Saúde Mental, pude me aproximar do trabalho do CAPS Ad, passando a conhecer a Política Nacional de Redução de Danos. Tantas experiências vividas me oportunizaram compreender mais sobre o cuidado em saúde a essa população não mais focado no abuso de substâncias, mas sim em ações de fortalecimento de vínculo e que explorassem

outras potencialidades daqueles usuários, fugindo de discursos simplistas de como o abuso de substâncias é prejudicial à saúde.

Assim, durante o R1 em Lauro de Freitas, pude produzir um vínculo precioso com os usuários do “clube dos amigos”, o grupo de etilistas do território, população marginalizada, sem vínculo com os profissionais de saúde e com várias barreiras de acesso ao sistema de saúde, a começar pelo distanciamento dos próprios profissionais que negam atenção e cuidados a esses usuários pelas condições sociais que eles vivem.

Pude me tornar referência do caso de Topázio⁸, usuário que muito me ensinou sobre cuidado em saúde e também sobre o vínculo com seres humanos, para além de questões de saúde-doença. Topázio nos procurava sempre embriagado, com ideias confusas, e pedindo por ajuda. Para mim, no início, era bastante difícil compreender como poderia ajudá-lo, e sempre optava apenas por acolhê-lo e dar a ele espaço de fala, e assim conseguimos ir construindo um vínculo que é imprescindível em casos como aquele. Muitos dos relatos trazidos por ele eram difíceis, para mim enquanto indivíduo, de escutar devido ao intenso grau de sofrimento e de julgamentos morais que me despertavam; mas foi com eles que aprendi o significado de uma escuta sensível, de acolhimento verdadeiro e o meu papel enquanto profissional da saúde, que não deve ser o de aconselhar ou emitir julgamentos, mas sim pensar estratégias possíveis de cuidado, caso-a-caso, junto com o usuário e com a equipe multiprofissional.

Em um dos eventos que realizamos, o “Baba da Saúde”, utilizando o campo ao lado da USF para a promoção de um jogo de futebol entre os usuários do Clube dos amigos e profissionais de saúde, a fala final de Topázio foi ouvida como uma das mais comoventes. Ele que se envolveu no jogo, sorria como uma criança, explicitou o quão feliz se sentia por aquele movimento, o quão mobilizado estava pela atenção e que não sentia naquele momento vontade de beber, tamanha sua felicidade. Infelizmente a quebra de vínculo com nossa saída de Lauro de Freitas deixou esse grupo em desamparo, uma vez que nós da residência éramos os únicos a acolhê-los e produzir ações de saúde com eles.

⁸ Nome fictício.

Cada vez que passamos no Largo do Sossego, onde o Clube tem sua sede, vivenciamos uma nova oportunidade de fortalecer o vínculo e de intervir junto àquela comunidade. O nosso consultório se torna a rua, e nosso maior instrumento de trabalho é a nossa humanidade (PORTFÓLIO INDIVIDUAL, 25 set 2018).

Posso dizer que nosso trabalho no Clube dos Amigos se destacou, e deu tão bons frutos, porque atuamos no campo das afetividades. Nenhuma outra razão nos faria sair do conforto e segurança da estrutura física da unidade de saúde, para cuidar de uma população marginalizada. Muitos eram os que não saíam na USF São Judas, e muitos são os que não saem das muitas USFs espalhadas por todo o país.

Para mim, enquanto mulher, que fui tantas vezes confrontada com o medo (e certa vez até pelo ato) do assédio sexual por aqueles homens, me colocar à disposição de ir até aquela praça oferecer cuidados ampliados em saúde, só se justifica pela entrega que tive, graças ao amor por aquilo que eu acredito. A exclusão e barreiras de acesso de determinados grupos nos espaços de saúde praticadas pelos próprios profissionais são comuns em todo o país, e já naturalizadas, portanto, somente o amor, enquanto senso de dever e defesa ética da vida, pode justificar a saída voluntária do lugar de conforto de um profissional (o espaço físico da unidade de saúde), para ir garantir assistência aos que não acessam historicamente esses espaços.

Quando temos esse nível de compromisso, somos capazes de criar revoluções, de enfrentar grandes desafios, de lutar guerras, assim como somos capazes de nos reinventarmos nas dificuldades, de enfrentar os nossos medos e temores e de causar uma mudança na vida de alguém, ainda que esse alguém seja apenas em nós mesmos. Então tanto faz se em questões da macro ou da micropolítica, o compromisso ético com o objeto do amor é o mesmo, e transforma na mesma medida.

Nem mesmo a mudança de município afetou minha paixão pela causa dos usuários de álcool e outras drogas. Em Camaçari consegui me integrar ao recém-criado Grupo de Saúde do Homem, para atender os usuários da Praça 1º de Maio, e com eles desenvolvemos ações mensais junto a Equipe 1 da USF Nova Aliança. Não foi diferente no meu estágio optativo do R2, em que fiquei na Rede de Saúde Mental e minha maior aproximação foi junto ao grupo de Redução de Danos do CAPS Ad,

desenvolvendo atividades, participando das ações propostas pelo grupo e mediando o encontro entre o serviço especializado e o grupo de usuários da USF Nova Aliança.

Os limites do próprio processo formativo como as interrupções de vínculo causadas pelas tantas transições sofridas ao longo da residência, o tempo para reconhecermos o nosso papel em ambientes e funções nova e o pouco tempo para desenvolver tudo que se deseja, foram os únicos empecilhos para que eu fizesse muito mais, me envolvesse muito mais, explorasse mais da minha potência criativa para o cuidado dessa população. Tenho a convicção de que meu amor por esses homens excluídos e pela Saúde Mental podem não ter mudado a vida dos muitos usuários que conheci, mas sem dúvidas revolucionaram o meu mundo.

CAPÍTULO 3 - O SEGUNDO AMOR: AO TRABALHO, À CAUSA

Defender o SUS não é coisa fácil. Na verdade eu diria que enfrentar o paradigma hegemônico, seja ele científico, de modelo de saúde ou mesmo de modelo econômico não é nada fácil, e assumir a militância pelo SUS, muitas vezes vai recair sobre outras pautas de lutas por direitos.

Desde Alma Ata (1978) e Ottawa (1986) em que começamos, enquanto humanidade, a pensar sobre Políticas Públicas para defesa dos direitos humanos e na saúde como um fator atrelado diretamente a condicionantes psicossociais, para além dos biológicos, as discussões sobre a garantia de direitos à Saúde foram ampliadas à também garantia de educação, moradia, alimentação, segurança, renda familiar, lazer, respeito às cultura e espiritualidade. O SUS nasce da luta de movimentos sociais em um momento de reabertura política do país, como materialização do direito garantido pela nossa Constituição: o direito à Saúde. Nasce também já se debatendo, lutando para sobreviver e a contra-gosto dos seus opositores que o sub financiam desde o início, tentando matar por asfixia nosso sistema de saúde neonato.

O SUS não foi um presente de nenhum governo de direita ou de esquerda. Pelo contrário, sempre houve luta, não importa quem usasse a faixa presidencial ou ocupasse os Estados e Prefeituras. É uma conquista do povo brasileiro.

Essa reflexão amadureci ao longo dos últimos anos, enquanto experienciei a Atenção Básica. Tive a chance de viver dois municípios, dois NASFs bem diferentes, um estágio em CAPS, na Gestão de Camaçari e um eletivo em São Paulo, e em todos esses lugares por onde estive uma constante se fez: vigília e luta.

Juli, apoiadora matricial dos campos de estágio na gestão, nos disse certa vez em uma roda matricial da importância de pessoas-chave na gestão, fazendo a diferença no “miudinho”, e isso é muito claro. Quando deixamos de ocupar lugares estratégicos, ou nos calamos quando estamos em desacordo, quando estamos invigilantes e distraídos, nos tornamos cooperativos com toda a força de desarticulação e desmonte de direitos sociais. Não é necessário um homem mau no poder para fazer ruir uma civilização, basta um ausente. Portanto, seja na micro ou macro política, seja no consultório ou no território, seja na gestão ou na assistência,

se escolhermos como missão defender esse sistema de saúde, nosso papel é ocupar nosso lugar e fazer a defesa incansavelmente da horizontalização das relações, do apoio matricial, da descentralização de poder, do financiamento justo, das políticas públicas que garantem direitos, do acesso e resolutividade, da Atenção Básica enquanto coordenadora do cuidado, da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, mas isso é somente para os que amam, pois aqueles sem amor à causa, não sustentam os espinhos dessa batalha.

3.1 Lutando pelo Acolhimento

A primeira grande guerra que travei na residência com meus colegas, em defesa do modelo de saúde que acreditamos, foi o acolhimento.

Com a proposta de ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, organizando as demandas, desafogando as agendas e trazendo resolutividade, o acolhimento se configura como um espaço de poder que irá sempre gerar polêmicas e discussões que se iniciam no interior das unidades de saúde, mas movimenta as relações de poder de todo o município.

A proposta é oferecer ao usuário uma escuta qualificada de sua demanda, que varia desde uma renovação de receita até questões mais graves de vulnerabilidade social, e assim se possa realizar a classificação de risco para os atendimentos do dia, ou mesmo orientar os usuários e resolver demandas. Essa forma de organizar o serviço garante que todos os usuários que cheguem até a unidade de saúde tenham minimamente uma escuta das suas necessidades, pondo fim às filas e distribuição de senhas.

Porém, há quem se beneficie da falta de acesso da população aos serviços de saúde, lei da oferta e da procura. Se há dificuldade em se conseguir uma vaga na agenda médica, isso torna-se moeda de troca, e aqueles que detém o controle das agendas passam a ter um importante produto de barganha.

Em Lauro de Freitas vivenciei isso. Constantemente os funcionários (e não à toa aqueles que ocupavam cargos devido a favores políticos de vereadores da região) reclamavam que o acesso facilitado pelo acolhimento era o responsável pelo absenteísmo nas consultas, e que portanto o acolhimento deveria acabar para as pessoas voltarem a valorizar as vagas.

Para uma localidade acostumada às vendas de votos,

ter residentes empoderados, protegidos das ameaças dos favores políticos, descentralizando a figura do médico, resolvendo demandas na sala do acolhimento sem nem passar pela escuta médica e interferindo nas agendas (que é um instrumento de poder inquestionável) acabou por tornar o acolhimento, se ainda não era, o grande estopim dos conflitos protagonizados por R2 e servidores do município, atingindo até a gestão (PORTFÓLIO INDIVIDUAL, 26 abr 2018).

Interessante pensarmos então como as disputas de poder e conflitos de interesses políticos moldam os serviços de saúde no Brasil, como é impossível desvincular o SUS do cenário político, e principalmente como as linhas de força invisíveis da política local interferem nos processos de trabalho dentro das USF, influenciando desde as relações interpessoais dos trabalhadores como a própria organização do trabalho (o modelo do acolhimento, por exemplo).

3.2 Lutando para construir o cuidado em Rede

O modelo hegemônico é chamado também comumente de médico-centrado ou hospitalocêntrico, e estar na contramão desse modelo então nos leva a pensar um modelo que seja centrado no sujeito a quem se destina o cuidado, e não mais em quem oferta, assim como no cuidado em rede⁹, retirando do hospital o *status* de “Templo do Cuidado”.

Como trabalhadora do NASF, um dos maiores desafios foi porém construir essa articulação de rede, inicialmente por ser extremamente desafiador conseguir aproximar os serviços e depois por ter que convencer os colegas de que esse é um trabalho prioritário a ser feito, tanto quanto cumprir a agenda de atendimentos.

No município de Lauro de Freitas, cujos programas de residência médica e multiprofissional encontrava-se no segundo ano de vigência apenas, havia muito trabalho a ser feito, e pude iniciar, junto com os colegas de NASF, a construção do manual dos serviços do município.

Em visita aos equipamentos sociais foi possível perceber a dinâmica do território de forma muito mais clara: nosso território de abrangência, os equipamentos

⁹ Referente à Rede de Atenção à Saúde (RAS) que traduz a forma de organizar as ações e serviços de saúde de acordo com as diferentes densidades tecnológicas, de forma integrada, garantindo a fluidez do usuário em diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades, e visando um cuidado integral.

que dialogam com a USF, as possibilidades de parcerias, a complexa rede intersetorial que atendem à população para além dos vinculados à secretaria de saúde, mas que implicam na saúde do sujeito, além da compreensão da nossa função enquanto NASF de estar fomentando a construção dessa rede e esse estabelecimento de comunicação com os pares.

No núcleo, pude iniciar a territorialização das Práticas Corporais do território da USF São Judas Tadeu, com objetivo de aprofundar as possibilidades de trabalho no território e ampliar a atenção ao usuário, porém esse trabalho ficou inacabado. Em Camaçari, no entanto, com a residência implantada há cinco anos, pude experimentar um serviço com essa construção já feita e vivenciar o quanto é necessário esse tipo de informação sobre o território.

Não se pode pensar em cuidado em rede quando nem ao menos se conhece a rede. Durante o estágio nos CAPS, em Camaçari, era comum indicarmos aos técnicos e usuários os grupos e atividades nas unidades, território e outros serviços que poderiam acolher as necessidades apresentadas, e era comum ouvir dos técnicos em resposta como a região atendida pela residência é mais bem assistida que as outras por dispor desse nível de articulação com a rede.

3.3 A eterna luta em defesa do trabalho vivo na organização dos processos de trabalho

O sistema de produção do trabalho, que tem suas bases históricas no Fordismo e Taylorismo, remonta uma concepção de controle dos processos produtivos para aumento da produção, e do lucro. Esse trabalho poderia ser dividido em trabalho vivo, que engloba o trabalho humano (esforço criativo, a força intelectual e a autonomia), por outro lado, existe o trabalho morto que é a mecanização, a substituição do trabalho vivo, a objetivação dos processos de trabalho para aumento da produção. Essa troca de trabalho vivo por trabalho morto barateia o valor das mercadorias e serviços (MERHY e FRANCO, 2008).

Refletindo sobre os modelos hegemônicos de gestão em saúde, encontramos um processo de verticalização das decisões acerca da organização dos processos de trabalho. Esses modelos tendem a organizar o trabalho substituindo o trabalho vivo pelo trabalho morto, pois isso garantiria agilidade e maior produtividade. Espaços de

decisão coletivos, espaços de produção de subjetividade, modelos de gestão participativa e até mesmo o controle social se tornam ameaças a eficiência que se busca.

Em Lauro de Freitas isso era comum na nossa relação com a gerente, que atacava a autonomia dos trabalhadores na organização das suas atividades produtivas através de cobrança por atendimentos individuais e no espaço dos consultórios em detrimento das atividades coletivas, de articulação de rede, discussão de casos ou até mesmo reuniões de equipe. Havia um boicote aos espaços em que se geravam os encontros, a toda forma de cuidado que não se resumisse a um procedimento clínico em um referencial biomédico.

Boicote às reuniões de unidade, um espaço de produção da subjetividade, a serem substituídas por atividades que contabilizam produção (atendimentos clínicos); determinação das reuniões de equipes quinzenais para aumento do quantitativo de atendimentos; proibição de festas e comemorações juninas na unidade; tentativa de boicote às visitas de rede realizadas pelo NASF; o fim do acolhimento e boicote aos espaços para discussão do mesmo, são alguns exemplos dessa captura que ia sendo feita do nosso trabalho vivo na unidade, pelo trabalho morto. Frente a essa substituição, aqueles com mais espírito de luta, reagem ocupando os espaços de fala e defendendo a saúde que queriam construir naquela USF, dos quais eu orgulhosamente destaco o NASF como protagonista. Aos demais, restou apenas se refugiarem nos seus conhecimentos nucleares e aceitarem apáticos as verticalizações da gestão.

O que se percebe assim, é que o modelo de gestão do trabalho interfere diretamente tanto nos resultados das ações como no envolvimento das equipes e processo de trabalho. O trabalho em saúde deve privilegiar um equilíbrio dinâmico entre autonomia e controle, objetividade e subjetividade, benefícios e danos, tanto na relação clínica quanto na gerencial. As formas tradicionais de gestão que privilegiam o trabalho morto (os protocolos, a programação em saúde e a medicina baseada em evidências), sufocam os espaços de diálogo dos trabalhadores e promovem esse refúgio para o conhecimento nuclear, acabam por comprometer a qualidade da atenção básica, uma vez que isola o profissional em sua área e o impede de desenvolver a transdisciplinaridade, a Clínica Ampliada. Ou seja, na sua manifestação

clínica, a morte do trabalho vivo é a morte das equipes multiprofissionais e o reforço de uma saúde médico/enfermeiro/dentista-centrada, sem espaço para a integralidade.

Em Camaçari houve uma face diferente dessa mesma moeda. Em uma residência bastante capturada pelo trabalho morto, bastante protocolar e burocrática, não se davam disputas entre NASF e equipes mínimas, e de ambos com gestores, pois todos concordavam com o pacto do aprisionamento do trabalho vivo. Como resultado disso, o distanciamento do serviço das comunidades apareceu com grande força, e a centralidade do cuidado no serviço e nos profissionais ganhou ênfase.

Na USF CAIC, com muito custo foi escolhido como tema do projeto de intervenção o distanciamento da comunidade dos espaços de decisão, cuidado e controle social. Isso não era um problema para muitos trabalhadores, talvez apenas quando os grupos ofertados por eles encontravam-se esvaziados, mas somente.

Foram necessários muitos espaços de reflexão e construção coletiva para tentar sensibilizar da importância que é o usuário construir a USF junto com o trabalhador; e não apenas quando o salário do profissional atrasa e o grito do usuário se faz necessário para criar a pressão conveniente na Gestão.

3.4 Unidos venceremos! O Trabalho em equipe e a Clínica Ampliada

O trabalho em equipes multiprofissionais é extremamente desafiador e exige de todos os profissionais que abandonem a centralidade do seu núcleo de saber para tentar construir um cuidado compartilhado e integral, colocando o sujeito no centro desse processo. Quando esse trabalho é feito ainda sob a lógica do apoio matricial, tendo equipes NASF apoiando equipes mínimas, os desafios se ampliam, pois o convite é não apenas a cooperar com colegas de outros núcleos, mas borrar-se nos saberes desses núcleos.

Não é de se estranhar que existam tantos conflitos entre equipes mínimas e NASF, quase como se os trabalhos de ambos fossem concorrentes ou antagonistas.

Em Lauro de Freitas, onde os conflitos com a Gestão Municipal eram tão intensos, o “inimigo comum” nos uniu, e enquanto vivemos sobre a mesma bandeira de “residentes da FESF” esses ruídos e distorções eram minimizados pela cooperação pela sobrevivência. O fato do NASF apoiar apenas uma unidade com 5 equipes também colaborou para esse processo, pois uma vez que estávamos cotidianamente

no mesmo espaço físico os acionamentos, discussões de caso, compartilhamentos de demandas e matriciamentos eram facilitados.

Os vínculos construídos entre os colegas nesse processo foram essenciais para resistirmos nele até o fim, e uma das razões para eu ter escolhido trazer o tema da afetividade nessa minha produção final foi o reconhecimento de que sem essas pessoas eu não teria tido a metade da inspiração, criatividade, coragem e energia para sustentar um ambiente tão adverso e hostil. Havia dias em que saíamos do expediente tão desgastados e esgotados (em especial para mim que estava longe do meu lar, da minha família e amor, e só tinha um apartamento vazio me esperando), que sairmos juntos para rir, conversar e dividir a companhia uns dos outros era o nosso melhor antídoto. Foi assim que construímos muitas das nossas pautas de lutas, pensamos muitas estratégias de enfrentamento dos ataques que sofríamos, era assim que cuidávamos uns dos outros e nos enriquecíamos partilhando saberes, experiências e amizade.

Nada me desanimou e entristeceu tanto nesses dois anos como a notícia que nos separaríamos, e perder o cotidiano com meus colegas foi a pior parte desse processo para mim. Não deixei apenas de trabalhar com uma equipe cujo processo de trabalho já estava alinhado e em sintonia, com uma equipe com grande interação e sinergia, com profissionais que admiro e com quem muito aprendi; nossa separação tornou muito mais difícil esses encontros de leveza, de refazimento de energias e de puro afeto.

Já no campo de Camaçari foi muito mais difícil conter essa fragmentação entre equipe mínima e NASF apoiando duas USFs cada uma com 4 equipes. Constantemente rediscutíamos sobre o gerenciamento das agendas para contemplar todos igualmente, mas sempre havia cobranças e comparações sobre o apoio dado a uma e outra unidade ou mesmo a total falta de clareza sobre o trabalho do apoio matricial.

Essa ruptura pode ser exemplificada em uma experiência vivida com o Grupo de Práticas Corporais da USF Nova Aliança. Assim que chegamos transferidos, fiquei encantada com o grupo. Era uma das experiências mais exitosas de Nova Aliança, e os colegas faziam lindos relatos sobre a inserção da equipe mínima na condução do grupo, exemplificando a Clínica Ampliada na prática. O ano seguinte, no entanto, ficou

marcado pelas dificuldades das equipes mínimas de R1 que entraram em dar continuidade ao formato, e muitas discussões e questionamentos se fizeram, reafirmando a separação entre NASF e Equipes e o papel de cada uma no cuidado. As equipes chegaram a produzir um documento em que o NASF, e o núcleo de Educação Física, mais especificamente, era pressionado a estar presente em todos os encontros do grupo, ou eles não mais dariam continuidade à atividade.

Esse episódio me mobilizou bastante a refletir sobre como a Clínica Ampliada e o Apoio Matricial podem ser potentes na Saúde da Família quando existe empenho em materializá-los e levá-los além da teoria. Enquanto equipes multiprofissionais pensarem inter ou multidisciplinaridade ao invés da transdisciplinaridade, o verdadeiro compartilhamento do caso não se efetiva, pois assume-se ilusoriamente que haverá o momento de encaminhar a outros núcleos aquilo que “foge à minha alçada”. Na transdisciplinaridade o trabalho é verdadeiramente coletivo, e cada profissional aprende e ensina (matricia e é matriciado) colegas e usuários, pois assume-se que não há separatividade, mas sim, integração. A ampliação da clínica se dá dessa maneira, borrando os limites dos saberes e permitindo a fluidez do conhecimento, não com a intenção de criar um superprofissional capaz de resolver as demandas de nutrição, psicologia, educação física e fisioterapia, mas pelo contrário, com a intenção de se fortalecer uma equipe capaz de trabalhar junta, assumindo que nunca se dará conta de fazer um olhar integral sozinho. Essa equipe que se integra é capaz de falar de suas dificuldades e solicitar o outro para um fazer compartilhado, sem a intenção de “se livrar” das demandas.

Tornou-se claro que defender o modelo de NASF e apoio matricial é o papel de todo “Nasfiano” sempre. É cotidiano, e depois do novo modelo de financiamento da Atenção Básica proposto pelo governo federal em 2019, é uma questão de sobrevivência.

3.5 A luta em defesa de outros saberes - PICS em cena

“Quando eu uso uma palavra” - disse Humpty Dumpty num tom escarninho - ela significa exatamente aquilo que eu quero que signifique. Nem mais nem menos.”

“A questão” - ponderou Alice – “é saber se o senhor pode fazer as palavras dizerem coisas diferentes.”

“A questão” - replicou Humpty Dumpty – “é saber quem é que manda. É só isso.”

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

A defesa do modelo de saúde centrado no indivíduo perpassa várias frentes, como tenho me esforçado por demonstrar, mas nenhuma me toca mais como a pauta dos saberes em saúde, ou como diria Madel Luz, das Racionalidade Médicas. Segundo a autora, as racionalidades médicas agrupam práticas e saberes de saúde por cinco dimensões interligadas:

uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (TESSER e LUZ, 2008).

Essa descrição precisa e específica a respeito de uma racionalidade em saúde, permite distinguir entre sistemas médicos complexos de outras práticas isoladas.

Em Lauro de Freitas, encontrei um corpo pedagógico muito questionador, formado por pessoas que admiro muito até hoje e que me instigaram a pensar pela primeira vez sobre a valorização de outros saberes, como o saber popular e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

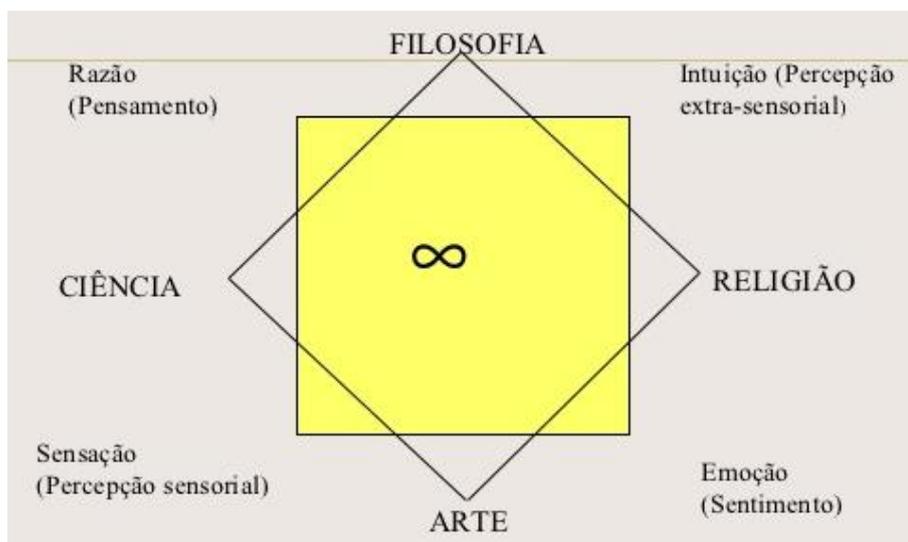
As PICS e a Educação Popular em Saúde (EPS) encontram alguns pontos em comum, inclusive a disputa com a Ciência cartesiana para se firmar enquanto prática de saúde validada, porém não se trata de sinônimos. Mesmo que algumas PICS tenham sua origem nas comunidades tradicionais, muitas práticas foram importadas de outras culturas, são elitizadas e nada tem de popular. Ainda que essa discussão sobre a necessidade da descolonização das práticas em saúde e valorização dos saberes tradicionais, reaproximando a EPS das PICS, me atraia, o que discutirei aqui são as justificativas que legitimam a permanência de ambas no SUS.

Se buscamos enquanto profissionais da Saúde da Família propor cuidados no território, diálogo com a comunidade, orientar o cuidado focalizando o sujeito, como posso me apresentar diante dos usuários como o detentor do único saber válido? Como haverá troca e diálogo se eu já considero de antemão que o saber que o outro tem a comunicar e a oferecer não tem relevância nenhuma para o seu cuidado? Esses questionamentos nos põem a pensar o lugar do saber científico na sociedade. Não estou aqui fazendo defesa do fim da Ciência ou sequer desconsiderando sua

importância, o que reflito aqui é o papel que outros saberes podem e devem ocupar para responder perguntas que a Ciência não dá conta de responder (e muitas vezes despreza mesmo).

Assim retomo a figura de Pierre Weil (figura 2) que detalha os tipos de conhecimento que temos e questiono como podemos falar em integralidade no cuidado em saúde, se considerarmos apenas um vértice dessa imagem? Ignorar todos os saberes filosóficos, artísticos, religiosos e do senso comum produzidos pela humanidade, e apenas porque a ciência cartesiana não dá conta de explicar segundo seu Método Científico, é condizente com a proposta de integralidade?

Figura 2: Matriz da fragmentação do conhecimento segundo Pierre Weil



Fonte: WEIL, D'AMBROSIO e CREMA, 1993

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída no Brasil em 2006, através da Portaria GM/MS nº 9712. Essa Portaria traz orientações para estruturar as PICS nos serviços de saúde, além de outras providências. É uma política que nasce de demandas sociais para contemplar diretrizes e responsabilidades institucionais inicialmente para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Todas essas práticas, e outras, eram ofertadas nos serviços de saúde de maneira complementar por profissionais que traziam esse conhecimento de suas vivências pessoais, e

apresentavam resultados clínicos positivos. Em 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas práticas a partir da publicação da Portaria nº 849, e em 2018, com a Portaria nº 702, mais 10 recursos terapêuticos integraram o rol de PICS do Ministério da Saúde. Muitas são as práticas que não estão regulamentadas pela PNPIC ainda hoje, porém que são utilizadas por profissionais de saúde nos mais diferentes serviços.

As PICS iniciaram enquanto um movimento da sociedade civil e sua implantação nos serviços de saúde se deu principalmente por evidências clínicas e feedback positivo dos usuários, e por sua origem tão diversa, reúne práticas das mais variadas origens. Há PICS genuinamente brasileiras e ligadas ao saber popular como a Medicina Tradicional Indígena, Benzedeiros e Plantas Medicinais, assim como há práticas importadas de outras culturas e bastante elitizadas como a homeopatia, quiropraxia e acupuntura.

Retornando à figura 2, poderíamos dizer que há PICS que surgiram a partir saberes filosóficos, religiosos e também artísticos, e ainda que hoje já encontrem explicações e evidências científicas que as comprovem, não foi no seio do Método Cartesiano que se originaram.

Sou militante na causa das PICS desde o ano passado, quando surgiu um movimento nacional de perseguição às práticas integrativas, encabeçado por alguns professores da USP, UNESP e outros grandes centros de pesquisa do país, tentando desqualificar a presença delas no SUS por ausência de evidências científicas que comprovem seus mecanismos de ação. Esse grupo, que se institucionalizou em outubro de 2018, através da criação do Instituto Questão de Ciência, defende que recurso público não deveria ser investido em “pseudociências” e muito menos receber o reconhecimento que as PICS estão tendo no campo da saúde. Mas entendo que defender as PICS no SUS passam por defender essa pluralidade do conhecimento no cuidado em saúde, e mais do que isso, é defender a autonomia do usuário e o controle social.

O Instituto Questão de Ciência em sua página oficial, bem como outros opositores não vinculados a este grupo, demonstram total desconhecimento de que a PNPIC foi uma política criada não para introduzir novas práticas, mas apenas para regulamentar práticas que já eram ofertadas nos serviços por desejo de profissionais e usuários. Desde a sua criação, a cada Conferência de Saúde, a sociedade

repetidamente elege propostas de ampliação de ofertas e financiamento para essas práticas. Extingui-las por serem “não-científicas” seria, portanto, mais uma vez dizer aos usuários que a Ciência “sabe mais” o que é melhor para ele, que ele não tem capacidade para escolher sua própria forma de cuidado, que quem manda é a Ciência, a academia e o profissional, contrariando toda a lógica de cuidado centrado no sujeito.

Atribuo a esse movimento anti-PICS a principalmente três setores da nossa sociedade: a comunidade médica, a indústria farmacêutica e a academia. Ainda que cada um guarde suas especificidades, os três questionam a mesma coisa nas PICS: a origem do saber que as fundamenta, desqualificando seu uso na saúde e invalidando a segurança dessas práticas (mesmo sendo práticas de uso complementar e não alternativo, tendo baixo impacto, sendo utilizadas por populações há milênios, e com resultados clínicos positivos). O mecanismo aqui se sobrepõe ao efeito. Se a ciência não dá conta de explicar como funciona, esse saber não serve, afinal se todos os conhecimentos são igualmente válidos e importantes, a Ciência deixa de ser a única válida, e com isso perde poder.

E se minha divagação filosófica ainda não foi o suficiente para te fazer refletir sobre essa questão, deixo aqui outra inquietação. Admitamos que todas as PICS são mesmo ineficazes, e todos os terapeutas holísticos que as aplicam charlatães, o que faz com que a busca por elas seja crescente entre os usuários? O que faria eles buscarem e defenderem práticas inócuas? Minimamente devemos nos questionar, o que a Ciência está deixando de oferecer à esses usuários, para que seja crescente a busca por práticas sem efeito algum?

Longe de querer aqui encerrar esse debate, ressalto que defender as PICS e militar por elas ainda é um ato de resistência, e que mesmo com o apoio de usuários esse ainda é um movimento muito jovem, muito frágil e muito contra-hegemônico, e só pode resistir às intempéries do tempo através da militância de quem acredita no projeto. Não podemos perder de vista que esse é um movimento que se iniciou sem nenhum incentivo financeiro e logo teve ampla aceitação, se convertendo em uma forma barata, eficaz e resolutiva para muitos casos complexos, para usuários de saúde mental e de DCNT, e tem se mostrado eficaz na redução de medicamentos alopáticos.

Atualmente o financiamento das PICS no SUS se dá somente por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) de cada município e os serviços são oferecidos por iniciativa

local. E portanto, cabe aos gestores municipais decidirem se incentivarão ou não as práticas no município, assim como cabe a eles definirem de quanto, e como será esse incentivo, cabendo a nós então a todo tempo pressionar para que essa pauta seja priorizada em algum momento.

Apaixonada por essa discussão, busquei fazer meu eletivo no cenário de práticas da primeira Residência Multiprofissional em PICS do Brasil, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), e lá pude perceber como a oferta dessas práticas pode de fato ser resolutive quando há recurso para realizá-las.

Pude acompanhar atendimento individuais com PICS, um ambulatório de naturologia prescrevendo florais, grupos de geoterapia para dor crônica, discussões de caso baseado na Medicina Tradicional Chinesa, oficinas de arteterapia, rodas de chá e uma série de outras atividades todas custeadas pela Faculdade de Saúde Pública da USP ou pela SMS-SP e assim era garantida a continuidade do cuidado sem interrupções por falta de recurso.

Nesse estágio pude dispor de um turno de atendimento individuais com PICS através da Bioenergética e Constelações Familiares, práticas que tenho formação, e foi bastante especial para a minha construção enquanto profissional. Primeiramente porque pude acreditar que existe viabilidade para o acontecimento dessas práticas no serviço, seja do ponto de vista financeiro, da organização do serviço e da disponibilidade dos profissionais. Em segundo lugar, por poder experimentar minhas habilidades e competências com essas práticas na atenção, seja na assistência ao usuário, nas discussões de caso e até mesmo articulando rede. E por último, por ver na prática a eficácia de uma intervenção longitudinal com PICS, não apenas pontual ou de forma prescritiva.

3.6 A luta da Educação Física

“A Educação Física é a única profissão de saúde de fato. Todas as outras são profissões de doença”, diz o meu pai, professor do Departamento de Saúde da UEFS. Apesar da generalização, existe certa lógica nessa fala.

Uma das últimas profissões a ser reconhecida como da área da saúde, a Educação Física traz uma grande potência para o cuidado dentro de uma perspectiva que valorize a promoção da saúde em detrimento do tratamento de doenças. Não que

não exista promoção em todos os outros núcleos, mas, e pode ser ufanismo meu, acredito que por não ter nascido enquanto área do saber para dar conta de processos de adoecimento e tratamentos, a área ainda preserva um olhar sobre o corpo, o movimento e a cultura corporal em estados fisiológicos que supera sua aplicação para reabilitação e prevenção, mesmo nas abordagens mais biologicistas.

Devido a minha formação inicial ter sido em Biologia, minha graduação em Educação Física ter um foco bastante biológico e eu ter uma especialização em Fisiologia do Exercício anterior, cheguei à Saúde da Família querendo trabalhar com o exercício físico. Não conhecia o conceito de Práticas Corporais em profundidade, e não compreendia a diferença epistemológica entre os termos “Práticas Corporais” e “Atividade Física”.

Meu colega de núcleo, Ewerton, foi uma pessoa fundamental para eu alcançar as primeiras pistas nessa direção. Seus questionamentos e criticidade constante a todos os processos de trabalho, ferramentas e instrumentos que construíamos, eram um convite constante a revisitar conceitos da Saúde Coletiva e como construir uma Educação Física mais alinhada aos ideais da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. A aproximação com a Professora Yara Maria de Carvalho e a chegada da nossa Apoiadora de Núcleo ao corpo pedagógico completaram esse processo.

Assim, revendo meus registros em portfólio, percebo que saí de postagens muito preocupadas em construir um Grupo de Hiperdia e um fluxo de Educação Física baseado em necessidades de saúde, para postagens que refletiam o papel das Práticas Corporais na promoção da saúde e valorização das potências humanas. E assim, o fluxo que construimos para o acionamento dos professores de Educação Física, diferente dos outros núcleos, contemplava as potencialidades e não as Morbidades.

3.7 A luta amorosa pelo Controle Social

"Desde que cheguei a esse mundo, só escuto o que tenho que fazer e quem eu tenho que ser. Já fui encolhida, esticada, esfolada, escondida num bule de chá, já fui acusada de ser e não ser a Alice certa, mas esse sonho é meu, eu decido o que fazer a partir de agora, eu faço o meu destino".

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

De todas as lutas, a mais difícil foi a luta pela construção do Controle Social.

O senso comum nos diz que vivemos em uma geração desmobilizada e apática quanto ao engajamento em movimentos sociais e a isso é atribuído a influência da mídia, das redes sociais e uma apatia intrínseca. Porém o quanto disso é de fato intrínseco e o quanto é apenas conveniente para a ordem vigente e aqueles que atuam para mantê-la?

Já falei da minha sede por justiça social, e foi junto com Rander, meu estimado colega de NASF e amigo, que pude começar a dar vazão para isso em Lauro de Freitas. Desde o princípio tivemos o Controle Social como nosso maior parceiro e nossa mais poderosa arma de luta e manutenção da residência e do modelo de saúde que queríamos na USF São Judas. Vivendo o cotidiano de muita centralização de poder nas mãos da gerente, recorrer à comunidade e ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para denunciar os abusos e assédio que sofríamos era a saída mais resolutiva.

Participávamos sempre das reuniões do CMS, nos aproximamos da presidente e de alguns conselheiros, construímos reuniões de comunidade e reforçamos os vínculos da USF com as lideranças locais. Tínhamos o privilégio de estar lidando com um CMS atuante, e pelo menos aparentemente, não cooptado pelo poder executivo municipal, e estivemos muito perto de implantar o Conselho Local de Saúde (CLS) da USF São Judas.

No entanto, a história nos ensina que toda e qualquer organização popular é potencialmente ameaçadora ao poder vigente, e comumente é perseguida até sua total desmobilização por seus poderosos opositores. Talvez se eu tivesse lido *As Veias Abertas da América Latina* do jornalista uruguaio Eduardo Galeano a tempo, teria mais consciência da grandeza e importância do que estávamos fazendo, e não teria subestimado as intenções de quem fazia oposição à construção do Controle Social que estávamos iniciando.

(...) o CLS é uma forma de controle social com alto potencial para descentralizar o poder do gerente, democratizar o acesso à saúde, regular e fiscalizar possíveis irregularidades, tem poder decisório, deliberativo e acesso direto ao CMS, ou seja, é uma ferramenta politicamente indesejada para quem está em uma lógica de controle, manipulação e centralização do poder. Sabemos que teremos um grande desafio nessa implantação, mas ficou bastante evidente a necessidade deste conselho, assim como do colegiado gestor e da mobilização das equipes para se operar um processo de descentralização de poder da gerente, que tem se configurado como figura fortalecedora do modelo hegemônico de saúde (curativista e procedimento-centrado) dentro do espaço da USF (PORFÓLIO INDIVIDUAL, 10 jul 2018).

Em Camaçari, encontrei duas USF sem CLS e com um afastamento da comunidade dos processos decisórios. O cenário se fazia um pouco mais complexo devido a total cooptação do CMS, alinhado com a gestão municipal, cujo presidente ocupa esse cargo há mais de 10 anos e utilizando manobras como mudança de horário e local das reuniões do Conselho sem aviso prévio para desencorajar a participação popular.

Em Nova Aliança e no CAIC, pautar a temática do Controle Social foi bastante desafiador, e achar parceiros nas equipes para promover esse debate era sempre motivo de muita indisposição. Os colegas residentes estavam confortáveis, aparentemente, com a ausência da comunidade nos espaços de decisão, e sempre ouvia que “o controle social não era uma pauta prioritária, pois era preciso ‘arrumar a casa’ e depois convidar a comunidade para uma aproximação”. Numa concepção de Clínica Ampliada, em que o usuário é sujeito autônomo do seu processo de cuidado, a USF é gerida e pensada junto com o usuário. Pensar espaços de decisão coletiva como Colegiados Gestores e CLS são estratégias para garantir representatividade aos usuários nessas decisões, para que eles não apenas “recebam pronta” uma USF pensada por profissionais, mas sim, que possam pensar e construir juntos o cuidado que é para eles. Mas o fazer junto é sempre mais desafiador, demanda mais tempo e organização.

Minha insistência na temática em todos os espaços de reunião e organização dos trabalhos que tínhamos, fez de mim uma espécie de referência do Controle Social, e motivada pela preceptoria do NASF e preceptora de Medicina do CAIC, Ana Karen, iniciamos com grande dificuldade a lutar pela priorização dessa pauta. A grande deixa que tivemos para ampliar essa discussão foi a realização da VIII Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, em que todos tivemos que organizar as etapas de pré-conferência nas unidades de saúde e eleger delegados usuários e trabalhadores.

Tive a grande experiência e honra de ser Delegada na Conferência Municipal pela USF de Nova aliança, enquanto trabalhadora, e participei da minha primeira Conferência de Saúde. Em Julho, participei ainda da Conferência Estadual de Saúde, como convidada pela Frente Baiana Contra a Privatização da Saúde e em Defesa do SUS, movimento social organizado por trabalhadores da saúde do qual pude me aproximar por intermédio e convite de Ana Karen.

Foi no CAIC que conseguimos avançar nas discussões sobre o Controle Social, chegando a fazer três ações de Educação Permanente com a equipe sobre a temática, iniciando uma horta comunitária com o objetivo de aproximar a comunidade e colocando esse fortalecimento de vínculo com a comunidade como tema do Projeto de Intervenção (PI).

O PI, no entanto, se consolidou através do desenvolvimento da horta, projeto que foi encabeçado e abraçado apenas por mim, Verônica, Yanna e Lisane (todas vindas de Lauro!), Giordano e Robson (únicos R2 e R1 respectivamente implicados no processo); e a comunidade vinculada são apenas cinco usuárias, das quais três são da área de cobertura da USF do PHOC III. Com nossa saída, no fim do R2, não tenho um palpite de que esse projeto continue, e lamento em pensar que não tivemos mais tempo para consolidar esse projeto. O amor à causa me diz, no entanto, que a experiência é válida, e que as competências e expertises que desenvolvi nesses dois anos buscando fazer o Controle Social acontecer, com toda a adversidade que enfrentei, não teria conseguido de outra maneira.

Posso dizer que todo o incômodo que esses movimentos causaram nas pessoas, e pelas razões que causaram, só me falam que estive no caminho certo. A sede de alguns em destruir e silenciar o que estávamos fazendo, tanto em Lauro de Freitas como em Camaçari, me dizem que o que fizemos foi importante e potencialmente transformador, ainda que apenas potencialmente. Não fosse assim, porque gastar tanta energia para acabar com algo inócuo?

Por fim, me lembro de Antônio Conselheiro. Será que ele tinha noção da revolução que faria e dos poderes que incomodaria quando reuniu e organizou uma comunidade de famintos e miseráveis?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se você conhecesse o Tempo como eu conheço”, disse o Chapeleiro, “não falaria em desperdiçá-lo, como se fosse uma coisa. É um senhor.”

“Não entendo o que você quer dizer”, disse Alice.

“Claro que não entende!”, disse o Chapeleiro, atirando a cabeça desdenhosamente para trás. “Acho que você nunca sequer falou com o Tempo!”

Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas

Nesse fim de ciclo, não há como não fazer a pergunta: E agora, estou finalmente pronta? Assim como Alice, cheia de incertezas e dúvidas, uma convicção me vem, talvez a única, de que saio desse processo diferente. Não direi pronta, porque acredito que não existe finitude no processo de formação, e assumir que estou pronta seria negar todo o crescimento que eu ainda tenho a alcançar. Diferente, no entanto, me parece uma boa definição, pois certamente os acúmulos que garanti me trouxeram a um patamar bastante diferente do que eu estava quando cheguei aqui.

Hoje me vejo com capacidade e condição de atuar seja no cuidado em saúde como na gestão, colocando em prática competências que envolvem núcleo e campo, adquiridas nesse processo de formação. Mais importante, me vejo com mais maturidade e consciência para assumir o meu papel no enfrentamento das fragilidades do SUS e das pressões políticas a que ele está submetido; na defesa da Estratégia Saúde da Família como melhor modelo para garantia de acesso e resolutividade no sistema de saúde; na luta em defesa da consolidação do SUS e por garantia de direitos; na disputa por um modelo de saúde centrado no usuário, multiprofissional, horizontal e que valorize igualmente todos os saberes; na busca de garantias de uma saúde que fale de amor e que seja universal, equânime, integral.

E como esse é um trabalho que fala sobre amor, não poderia terminar sem reverenciar a todos os atores sociais que passaram pela minha vida nesses dois anos. O encontro é o lugar do cuidado, é ali que tudo acontece, que tudo se transforma, e mesmo os encontros mais ásperos, mais duros e que nos fazem chorar mais, sempre há ali algo a nos ser ensinado. Nesse mundo dialético, nem sempre existem consensos possíveis, mas é nos confrontos das teses e antíteses que produzimos nossas mais belas sínteses. Se hoje posso me dizer especialista em Saúde da Família, agradeço a esses encontros que produziram em mim muito mais do que conhecimentos, produziram sentido sobre o meu fazer.

É para a defesa da vida, para a preservação das relações humanas e com o meio-ambiente, para a inclusão de todos e para a transformação social do mundo que a minha bússola aponta, é onde reside o meu amor, o meu compromisso ético com esse planeta.

Não me resta dúvidas que é no contato humano que nos fazemos humanos, que é com gente que aprendemos a ser gente, e que os grandes atos revolucionários só podem ser realizados por seres humanos. Então é para a humanidade que dedico meu fazer profissional, com todo o meu amor, pois aonde houver gente, eu encontrarei sentido no que faço, ou nas palavras do coreógrafo português Paulo Ribeiro "sem um tu, não pode haver um eu".

REFERÊNCIAS

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p.241-57.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc. saúde coletiva, v.14, n.3, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva, v.12, n.4, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C.P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu), v.18, n. Supl 1, p. 983-95, 2014.

OLIVEIRA, G.N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas - Campinas, SP, p.202, 2007.

WEIL, P.; D'AMBROSIO, U.; CREMA, R. Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus, 1993.

TESSER, C.D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 427-432, 2008