

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

MARIANA LISBOA COSTA

**VIVÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

São Carlos

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

MARIANA LISBOA COSTA

**VIVÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Carlos para obtenção do título
de Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da Clínica.
Orientação: Prof.^a Dr.^a Roseli Ferreira da
Silva
Coorientação: Prof.^a Dr.^a Valéria Vernaschi
Lima

São Carlos

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C837vf Costa, Mariana Lisboa.
Vivências dos fisioterapeutas egressos da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade / Mariana Lisboa Costa. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
145 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Fisioterapia. 4. Saúde da família. I. Título.

CDD: 610.7 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA LISBOA COSTA

“VIVÊNCIAS DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de
concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 11/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Roseli Ferreira da Silva/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Ana Lúcia de Jesus Almeida/UNESP

Prof^(a). Dr^(a). Márcia Niituma Ogata/UFSCar

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho
a minha amada mãe Conceição e
aos meus queridos irmãos Moisés e Suellen.

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”.*

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força, luz e prosperidade.

À minha família linda, a minha mãe Conceição por tanto amor e dedicação. Aos meus irmãos Moisés e Suellen pela paciência, carinho e incentivo sempre.

À minha orientadora Roseli Ferreira pelos anos de confiança, parceria, respeito e atenção. À Valéria Vernaschi, coorientadora, pelas valiosas contribuições que me inspiraram a tornar o texto mais poético.

À Sueli sempre carinhosa comigo, pessoa fundamental na construção do projeto para a seleção do mestrado.

À Maristela Adler pelo incentivo para trabalhar com História Oral.

À Márcia Ogata e Tatiana Sato por suas contribuições no processo de qualificação da pesquisa.

À Fernanda Rebouças, Juliana Delallibera e Aline Moura, amigas queridas, pelos afagos, sorrisos, acolhimentos, por estarem sempre perto de mim e me sentir tão feliz perto de vocês. Obrigada de coração! Amo vocês.

Aos meus amigos soteropolitanos, tão longe e tão perto mandando sempre vibrações positivas, em especial a Ticiara Lopes, Epitácio Rafael, Jamile Meirelles, Taiane Carvalho e Carlos Alberto.

À Mel Sacramento, pelos apontamentos sempre enriquecedores, pelo ombro amigo (mesmo via web) nos momentos de ansiedade.

As amizades construídas em Sanca, presentes que essa cidade me deu, pessoas que tornaram minha vida mais colorida e alegre em especial Juliana Zacarin, Michelle Aguiar, Daniele Busatto, Juliana Gomes, Fernanda Bollini, Rafael Xavier, Thiago Minorin, Luana Mesquita, Débora Alcântara e Aline Almeida (meu anjo).

Aos professores e colegas de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica pelo aprendizado.

À Dona Ilda, Seu Zé, Priscila, Carlos, Tássia e Ailton pelo carinho e apoio.

Às entidades onipresentes que me fortalecem e não me deixam esmorecer.

Aos meus colaboradores, fisioterapeutas, militantes pelas preciosas histórias que constituíram essa dissertação.

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram na conclusão desta pesquisa.

RESUMO

Vivências dos fisioterapeutas egressos da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade

Para uma formação em saúde que atenda as reais necessidades da população é necessário que as Instituições de Ensino Superior (IES) e o Sistema Único de Saúde (SUS) assumam relações de compromisso, cooperação e responsabilidade pela formação profissional. A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma potente estratégia de capacitação e formação profissional para o SUS. Neste contexto, este estudo teve o objetivo de analisar as experiências de fisioterapeutas que cursaram um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade - RMSFC de uma universidade pública, visando verificar as repercussões na prática profissional. Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo, do qual participaram nove fisioterapeutas egressos deste programa de residência. Para a coleta de dados empregou-se a técnica de História Oral (HO). Para tanto, elaborou-se uma pergunta desencadeadora visando explorar o caminho histórico da atuação do fisioterapeuta. Assim, as entrevistas foram transcritas e transcriadas para realização da análise, na qual foi utilizado o método da interpretação dos sentidos. Na análise foram definidos os seguintes temas marcantes: **1) De diferentes pontos de partida** - vindos de seus diferentes pontos de partida, foram “navegar em mares nunca dantes navegados”. **2) Um lugar de encontro no qual se constrói uma nova identidade** - a residência foi considerada um lugar de encontro onde puderam construir uma nova identidade; **3) O estranhamento com o mundo do trabalho: novos desafios e perspectivas** - os fisioterapeutas revelaram por meio de suas experiências profissionais uma “vida como ela é” e **4) O futuro a “Deus” pertence!** - os colaboradores desejam trilhar distintos caminhos apontando que “o sonho é a satisfação de que o desejo se realize”. Constatou-se que a residência teve um papel importante na formação profissional dos fisioterapeutas egressos, principalmente no que diz respeito a adquirir uma visão ampliada do cuidado em saúde na atenção primária, ao interagir com outros profissionais e poder trabalhar em equipe. Entretanto, a residência não pode tornar-se salvadora dos processos educacionais fragmentados da formação da graduação. É necessário continuar investindo nessa formação em saúde, assim como em mudanças no perfil profissional segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais. Para os programas de residência, cabe questionar se o desenvolvimento de capacidades para lidar com a “vida como ela é” não deveria fazer parte do perfil do egresso.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Fisioterapia, Formação de Recursos Humanos e Saúde da Família.

ABSTRACT

Experiences of physiotherapists who graduated from residency in multiprofessional family health and community

A formation in health, seeking population real needs, requires that Higher Education Institutions (IES) and the Sistema Único de Saúde (SUS) observe commitment, cooperation and responsible relationships towards the professional development. The Multi-professional Residency Program in Health is configured as a potential strategy to the professional development of abilities and formation for SUS. In this context, the goal of the present study was to analyze the physiotherapists' experiences that attended a multi-professional residency program in family and community health- RMSFC at a public university, intending to verify the repercussions of the professional practice. In the current qualitative case study participated nine former physiotherapists from a RMSFC. In order to collect data it was employed an Oral Story technique. For so much, a trigger question was elaborated, intending to explore the historical path of the physiotherapists' practice. Therefore, the interviews had been transcribed and transcribed for the accomplishment of the analysis, in which the sense interpretation method had been used. In the analysis, it had been defined the following outstanding themes: **1) From different starting points**- in a search for an identity, and coming from different starting points, they were "Setting sail on unknown seas". **2) A meeting point where a new identity is built** - the residency was considered as a meeting place where it is possible to build a new identity. **3) The awkwardness of the labor world: new challenges and perspectives** - the physiotherapists revealed through their professional experiences "life as it is" and **4) The future to "God" belongs!** - the subjects wish to pursue different paths pointing that "the essence of the dream is the fulfillment of the desire". It has been observed that the residency had an important role in the professional formation of the former physiotherapists, mostly in regard to the acquisition of a broad vision in health care in the primary attention, in the interaction and teamwork with other professionals. Nevertheless, the residency cannot become the savior of the fragmented educational process of graduation. It is necessary to continue investing in this health formation, as well in changes concerning the professional profile according to the Curriculum National Guidelines. For the residency programs is suitable to inquire if the developments of abilities to deal with "life like it is" should not be part of the egresses profile.

Keywords: Primary Health Care, Physiotherapy, Human Resources Formation and Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Aprendizagem baseada em problemas

AMAQ - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

ANEPS - Articulação Nacional de Educação e Práticas Populares em Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ARES - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCJC - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

CDQ – SUS - Centro de Desenvolvimento e Qualidade para o SUS

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DGETS - Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DNRMS - Diretrizes Nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde

DRS - Departamento Regional de Saúde

ENEPS - Encontros Nacionais de Educação Popular e Saúde

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Popular em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESP/RS - Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FAFIS - Faculdade Adventista de Fisioterapia

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

GLBTS - Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Simpatizantes

HO - História Oral

IES - Instituições de Ensino Superior

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LER/DORT - Lesões por Esforço Repetitivo/ Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

MMC - Movimento de Mulheres Camponesas

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAD - Programa de Atendimento Domiciliar

PBL - Problem-Based Learning ou Aprendizagem Baseada em Problemas

PEC - Práticas de Ensino na Comunidade

PET- SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualificação da Atenção Básica

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RMS - Residências Multiprofissionais em Saúde

RMSFC - Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SF - Saúde da Família

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UPA - Unidade de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência

USF - Unidade de Saúde da Família

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Apresentação..... | 15 |
| Capítulo 01: Atenção à Saúde no Brasil..... | 17 |
| 1.1 Atenção Primária e Saúde da Família | 18 |
| 1.2 Rede Escola de atenção à saúde do município de São Carlos..... | 21 |
| Capítulo 02: A formação em saúde..... | 23 |
| 2.1 Formação do fisioterapeuta..... | 24 |
| 2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde..... | 30 |
| 2.3 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) - UFSCAR | 33 |
| Capítulo 03: Percurso Metodológico | 39 |
| 3.1 Objetivo..... | 40 |
| 3.2 Tipo de Estudo | 40 |
| 3.3 Cenário de Estudo | 41 |
| 3.4 Sujeitos do Estudo..... | 41 |
| 3.5 Coleta dos Dados | 41 |
| 3.6 Análise de Dados | 43 |
| Capítulo 04: Vivências dos residentes: Análise | 45 |
| 4.1 Perfil dos Colaboradores | 46 |
| 4.2 Temas da Análise | 47 |
| 4.2.1 De diferentes pontos de partida..... | 48 |
| 4.2.2 Um lugar de encontro no qual se constrói uma nova identidade | 51 |
| 4.2.3 O estranhamento com o mundo do trabalho: novos desafios e perspectivas | 58 |
| 4.2.4 “O futuro a Deus pertence!” | 65 |
| Capítulo 05: Considerações finais..... | 68 |
| Referências..... | 73 |
| APÊNDICE..... | 80 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 81 |
| APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA AJUDAR A AMPLIAÇÃO DA ENTREVISTA..... | 83 |
| APÊNDICE C - PERFIL DOS EGRESSOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE..... | 84 |
| APÊNDICE D – CARTA DE CESSÃO..... | 85 |
| ANEXOS | 86 |
| ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 87 |
| ANEXO B – HISTÓRIAS ORAIS | 88 |

Apresentação

A vida é feita de escolhas. Sem dúvida nos últimos quatro anos fiz escolhas importantes, desafiadoras, como realizar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) e o mestrado profissional em Gestão da Clínica, ambos na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Tudo isto, claro, com momentos alegres e tristes, em uma busca por algo a mais. Assim, experienciar o mundo do ensino e o mundo do trabalho tanto na residência como no mestrado me fez refletir sobre a formação que temos e qual de fato queremos ou precisamos para enfrentar o mundo do trabalho.

A residência foi fundamental em minha formação, pois proporcionou uma aprendizagem em diferentes aspectos profissionais e pessoais. O convívio com fisioterapeutas de outras especialidades, que atuavam na atenção primária nas Unidades de Saúde da Família (USF), me fez perceber o diferencial dessa formação em serviço para o trabalho no SUS. Essa vantagem reside, em parte pela dinâmica de trabalho que a residência proporciona, mas principalmente no trabalho em equipe nas relações cotidianas dos serviços, que são permeadas pelas tecnologias leves e pelo compartilhamento de saberes.

Ingressar no mestrado me possibilitou enfrentar essas indagações e aprofundar as bases teóricas que regem a qualificação profissional em saúde da família, bem como perceber os terrenos instáveis da formação em serviço. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), essa formação “engloba aspectos de produção da subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS”. Para Freire (1996, p. 14) “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas”.

A inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária, a despeito da sua significância e relevância, é ainda um fenômeno pouco evidenciado no país. O contraste entre a formação dos profissionais e as necessidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm dificultado a atuação do fisioterapeuta no âmbito da saúde da família. Atualmente, a formação é centrada no atendimento individual e na atenção secundária e terciária, focando a reabilitação e o atendimento em clínicas, hospitais ou consultórios privados; as intervenções de caráter coletivo, de educação e de gestão, que poderiam criar maior resolubilidade no cuidado não fazem parte da formação do fisioterapeuta. Desta forma, os profissionais têm dificuldade em atuar com base na clínica ampliada no contexto da atenção primária. Este cenário reforça a necessidade de complementação da formação do profissional fisioterapeuta para uma inserção qualificada na ESF.

A participação do fisioterapeuta nesse campo tem favorecido a discussão de diversos aspectos, tais como a atuação na dimensão da ampliação da clínica, o acesso da população ao cuidado fisioterapêutico, a reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes (FREITAS, 2006), o trabalho em equipe e as novas tecnologias de cuidado somadas ao conhecimento dos outros profissionais em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, afirma que “ao SUS, compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Além disso, em 2002, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de fisioterapia que apontam para um ‘novo’ perfil profissional, ou seja, um profissional qualificado para atuar em todos os níveis de atenção, com uma visão de saúde ampliada e orientada à integralidade do cuidado (BRASIL, 2002).

Visando à qualificação profissional para o SUS, o governo federal por meio de uma articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME) vem implementando ações para aperfeiçoar a organização e funcionamento dos serviços de saúde, bem como a educação dos profissionais da área. Neste contexto, surgiram o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Aprender-SUS, as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS).

Desta forma espera-se formar um profissional capaz de atuar no SUS, ciente das políticas de saúde e com perfil voltado ao trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, consciente da sua responsabilidade social e suscetível ao esforço de abandonar a visão do corpo como algo fragmentado, procurando exercitar um olhar integral do ser humano (RIBEIRO, 2002; GALLO, 2005; TRELHA et al, 2007).

Na atual política as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) apresentam-se como um espaço que possibilita a capacitação e formação de profissionais no e para o SUS, eticamente e tecnicamente qualificados para atender às necessidades de saúde da população, com uma abordagem integral do processo saúde/doença (BRASIL, 2006).

Assim, este estudo teve o objetivo de analisar as vivências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCAR, visando verificar suas repercussões na prática profissional. Desta forma, esta pesquisa pretendeu contribuir com a reflexão sobre a contribuição de um Programa de RMSFC como capacitação dos fisioterapeutas para o SUS.

Capítulo 01: Atenção à Saúde no Brasil

1.1 Atenção Primária e Saúde da Família

Um dos grandes desafios do SUS é garantir a efetividade de seus princípios no cotidiano da atenção à saúde no Brasil. No início do século XX, a discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) surge na reforma do Sistema de Saúde brasileiro em um momento de reflexão sobre formulação e mudanças nas políticas públicas voltadas para a saúde. Sua trajetória apontava diversos desafios no que tange a política de reforma setorial, dentre os quais, a sua identificação como um sistema para pobres, a oferta de serviços de baixa complexidade tecnológica, uma inadequada infraestrutura e a desvalorização profissional (MENDES, 2009).

Na Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1978 em Alma Ata, foram definidos os princípios da Atenção Primária na ação de promoção e assistência à saúde para todos e na atenção continuada e abrangente, sendo a família e a comunidade sua base de planejamento e ação. A partir desse encontro, iniciativas de transformação para atender melhor à população passaram a ser debatidas em todo mundo (GIL, 2006).

De acordo com Starfield (2002), a APS é uma estratégia orientada na população e exige o compromisso dos governos para enfrentar a grande variedade de influências sobre a saúde. Neste contexto, os quatro pilares principais da APS são a integralidade, acessibilidade, coordenação e longitudinalidade. A integralidade implica um cuidado ao sujeito que ofereça todos os tipos de serviços que atendem suas necessidades; a acessibilidade sugere o primeiro contato com o sistema, o acesso a qualquer necessidade; a coordenação sugere a garantia e a responsabilização por uma atenção contínua da equipe e da rede de saúde, e a longitudinalidade exige uma relação humanizada entre família e equipe, conhecimento sobre os problemas dos usuários e da comunidade, e o acompanhamento do cuidado (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária consiste em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011). Os valores, princípios e elementos centrais num sistema de saúde com base na APS incluem a equidade, intersetorialidade, cobertura e acesso universal, atenção baseada na família e comunidade e os mecanismos de participação ativa da comunidade. Neste sentido, a ESF tem sido o eixo prioritário para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS (MENDES, 2009).

Em 1994, o MS criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que em 1998 deixou de ser um programa e passou a ser denominado “Estratégia” de Saúde da Família. A ESF tornou-

se uma política de Estado que visava reorganizar as práticas de saúde sob novas bases mais eficazes e eficientes, adequadas ao fortalecimento da atenção primária no país (BRASIL, 1997; 2012a).

Entendida como uma nova lógica de organização para o sistema de saúde, seu modelo de atenção à saúde é focado na família, na comunidade, no trabalho em equipe e intersetorial, em um território geograficamente definido com uma população pertencente a este território. Um dos seus principais objetivos é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, centradas nos princípios da vigilância à saúde (BRASIL, 2011).

A ESF é considerada um dos pilares de sustentação e a porta de entrada do SUS. Suas ações são desenvolvidas por equipes de saúde da família (SF) compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem compor as equipes de acordo com a realidade epidemiológica e as necessidades da população. Estes profissionais devem estar preparados para intervir e ajudar a compreender o contexto de saúde da população, e deste modo elaborar estratégias visando à melhora das suas condições de vida e saúde, assim como ao estímulo à participação do usuário no seu próprio processo de saúde/doença (BRASIL, 2011).

Entre os atributos do processo de trabalho das equipes de SF destacam-se: a definição do território de atuação, a garantia de atendimento à demanda espontânea e programada, o desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais em todos os espaços de atuação, as visitas domiciliares, o desenvolvimento de ações focalizadas nos grupos de risco do território, a integração entre projetos sociais e a assistência integral e contínua, dentro das necessidades e não apenas da demanda (BRASIL, 2011).

Além disso, espera-se uma atuação interdisciplinar, promovendo assim mais eficiência e eficácia no atendimento, e possibilitando o apoio e estímulo à participação da comunidade no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde valorizando sua cultura, concepção e condição de vida (COPQUE, TRAD, 2005; BRASIL, 2011).

O trabalho em equipe pode ser considerado um espaço coletivo de interação social entre os diferentes trabalhadores. Esse é um dos pontos-chaves para o desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família, pois possibilita a organização dos processos de trabalho nos serviços na perspectiva da atenção integral à saúde e principalmente na construção de um projeto comum, com maior horizontalidade do trabalho e responsabilização das equipes com os usuários, famílias e comunidade (PEDUZZI, 2001).

Para Peduzzi (2001), atuar em equipe configura um trabalho coletivo em que há com uma relação mútua e interativa entre vários atores, que pode ser de dois tipos: equipe agrupamento, caracterizado pela fragmentação como junção de pessoas e equipe integrada com pessoas articulando suas ações, superando o isolamento dos saberes e disciplinas.

É no trabalho multiprofissional e com caráter interdisciplinar em que se desenvolve o trabalho em equipe e são favorecidas as relações entre os diversos atores. A perspectiva interdisciplinar de construção do saber pode garantir que cada usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral.

Pensar em interdisciplinaridade requer refletir sobre a articulação entre as disciplinas e o campo de possibilidades na área da Saúde Coletiva para intervenção no processo de saúde-doença. Além disso, é importante que por meio da comunicação entre as diversas disciplinas, seja construída uma proposta interdisciplinar que ultrapasse a dimensão individual, no intuito de oferecer à população serviços de qualidade (VILLELA, MENDES, 2003).

Em 2008, visando ao fortalecimento da ESF e à melhoria da resolubilidade da Atenção Primária, o MS criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).¹ Cada NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam no apoio as equipes de SF e no compartilhamento de saberes e práticas (BRASIL, 2008; 2010a; 2011).

O NASF foi definido em três modalidades: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. Podem fazer parte do NASF 1 no mínimo cinco dos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008; 2010a; 2011).

Na composição do NASF 2 são previstos no mínimo três dos seguintes profissionais de nível superior: nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, farmacêutico e fisioterapeuta (BRASIL, 2008; 2010a; 2011). Posteriormente, por meio da Portaria nº 2.843 de 2010, foi criado o NASF 3, prioritariamente para a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Este deve ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (BRASIL, 2010b).

Partindo destas diferentes modalidades, o objetivo do NASF é desenvolver a autonomia da equipe de saúde da família, estimulando a operacionalização de outros tipos de cuidado a partir de áreas estratégicas temáticas, tais como saúde mental, reabilitação/saúde

¹ Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

integral do idoso, alimentação e nutrição, serviço social e atividade física/práticas corporais (BRASIL, 2010a).

Importante salientar que áreas estratégicas não se remetem a atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional. Por exemplo: a área de reabilitação/saúde da pessoa idosa, embora seja mais específico da fisioterapia, produz ações que devem e podem ser desenvolvidas por outras categorias profissionais do NASF (BRASIL, 2010a).

Na organização e no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais do NASF são utilizadas ferramentas tecnológicas, como por exemplos: Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010a).

Esse processo de trabalho deve ser estruturado adotando espaços coletivos de discussão e planejamento, e ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitações, intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores (BRASIL, 2010a).

1.2 Rede Escola de atenção à saúde do município de São Carlos

A Rede Escola é um sistema que envolve docentes, profissionais das equipes e estudante, articulando o conjunto das IES e serviços de saúde. A finalidade é construir e consolidar uma rede de ações e serviços sob a perspectiva de constituição de um espaço de aprendizagem permanente, ou seja, a ampliação da relação ensino-serviço em cenários reais da prática na produção de cuidados integrais à saúde, transformando as práticas e a organização dos serviços de saúde, e, portanto contribuindo para a formação e qualificação de profissionais para área da saúde.

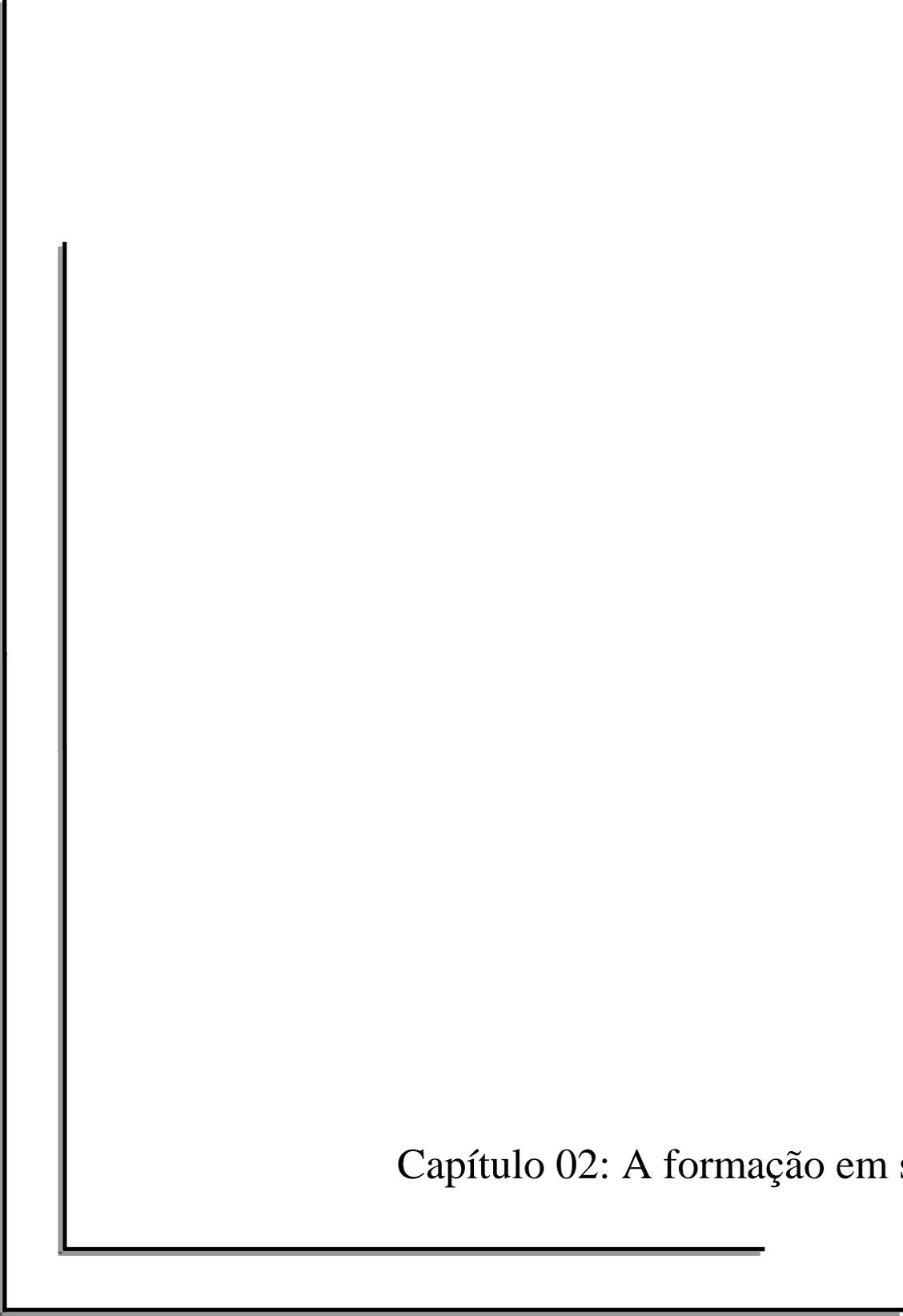
O município de São Carlos está localizado no interior do Estado de São Paulo, e é conhecido nacionalmente como “Capital da Tecnologia” devido a presença de Universidades, centros de pesquisa e pólos industriais. A população atual é de aproximadamente 221.950 mil habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente, o município conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 17 equipes de SF, tendo uma cobertura populacional de 26,16% pela ESF (BRASIL, 2012b). A

meta do município era alcançar uma cobertura de 50% até o final de 2009, que corresponderia a 30 equipes de SF.

Além dessas Unidades, o município conta com o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), 02 Unidades de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência (UPA), 01 NASF 1, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Atenção Ambulatorial de Especialidades, Atenção em Saúde Mental – CAPS-Ad e CAPS II, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A Assistência Hospitalar é prestada pela Santa Casa de Misericórdia e pelo Hospital Escola Municipal (UFSCAR, 2012; BRASIL, 2012b).

A Rede Escola de Cuidado à Saúde do município de São Carlos surgiu a partir de uma parceria entre a UFSCar e a Prefeitura Municipal de São Carlos, cujo escopo é oferecer cuidado integral e qualificado à saúde da população, bem como articular as atividades teóricas e práticas da graduação e pós-graduação da UFSCar com o desenvolvimento de competência profissional em cenários reais da prática. A Rede Escola está organizada em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES): Ares 1 – Cidade Aracy; Ares 2 – Vila Isabel; Ares 3 – Redenção; Ares 4 – Vila São José; Ares 5 – Santa Felícia (UFSCAR, 2012).



Capítulo 02: A formação em saúde

2.1 Formação do fisioterapeuta

Em seus 43 anos de História, a Fisioterapia obteve grandes conquistas como profissão no Brasil. No dia 13 de outubro de 1969 a profissão foi regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69. Deste então, houve um avanço no reconhecimento profissional pela sociedade, seja na prática clínica, no ensino, na pesquisa, na gestão e no envolvimento político e social. Além disso, é importante destacar sua evolução como uma ciência do movimento humano e expansão do ensino. Entretanto, a formação do fisioterapeuta ainda tem um caráter essencialmente técnico, privilegiando a lógica curativa das doenças.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), no Brasil existem mais de 479 cursos de graduação em fisioterapia. Nos últimos 10 anos, tem aumentado o número de cursos oferecidos, porém essa ampliação tem trazido um aprimoramento das práticas de ensino em fisioterapia, ou da formação técnica especialista para uma formação profissional generalista (SOUSA, 2011; BISPO JUNIOR, 2009).

Nos seus primórdios, a atuação da Fisioterapia se limitava às atividades de reabilitação e recuperação das sequelas físicas decorrentes das grandes guerras. Posteriormente, o objetivo da Fisioterapia se manteve apenas baseado em técnicas de intervenção terapêutica como a eletroterapia e na utilização da ginástica (movimento do corpo) no tratamento de determinadas doenças. Nesse momento, o fisioterapeuta desempenhava a função de auxiliar de caráter terapêutico sob orientação e supervisão de médicos (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

Além da modernização dos séculos XVIII a XIX, a Revolução Industrial trouxe mudanças significativas nas relações sociais, no potencial produtivo industrial e, nas divisões das classes entre ricos e pobres. O desenvolvimento desse novo sistema produtivo levou a uma ampliação do número de trabalhadores operários, que geralmente viviam sob condições sanitárias precárias que favoreceram o surgimento de novas doenças. Além disso, em alguns casos a carga excessiva de trabalho ocasionava lesões na coluna (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999). Nesse período, a Fisioterapia teve um papel fundamental no “tratamento” do indivíduo, para que pudesse retornar às atividades laborativas.

Em 1929, iniciou-se o serviço de fisioterapia no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em 1951, foi instituído em São Paulo o primeiro curso para formação de técnicos em Fisioterapia com duração de um ano. Somente em 1959, esse curso começou a formar fisioterapeutas (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999). Assim, a Fisioterapia

começou a ser definida como uma área da Saúde com atuação na assistência e ênfase na reabilitação.

Os Artigos 2.º e 3.º do Decreto-Lei 938/69 reconheceram a formação do fisioterapeuta como profissional de nível superior e asseguraram o exercício profissional do fisioterapeuta, que designou “atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969, P.3.658).

Segundo a Resolução n.º 4, de 28 de fevereiro de 1983, a estrutura do currículo mínimo dos cursos de fisioterapia deveria ser dividida em 4 ciclos: ciclo de matérias biológicas, ciclo de matérias de formação geral, ciclo de matérias pré-profissionalizantes e ciclo de matérias profissionalizantes. A forma como esses ciclos eram desenvolvidos não possibilitava ao aluno um perfil humanístico para aquisição de uma visão ampliada das questões sociais e da saúde. Nesse currículo, eram enfatizados a transmissão de conteúdos e a aplicação de métodos e técnicas são aspectos mais enfatizados nesse currículo, de modo que o objeto de trabalho da profissão é norteado para uma abordagem na doença (REBELATTO, BOTOMÉ, 1999).

A partir da regulamentação, documentos oficiais foram fundamentais para a consolidação da profissão: a Lei n. 6.316, de 17 de dezembro de 1975, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO E CREFITO respectivamente - dispõe do exercício da profissão, anuidades, infrações e penalidades; a Resolução 10 do COFFITO de 1978 que instituiu o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e direcionou a postura ética do profissional que presta assistência ao indivíduo na promoção, tratamento e recuperação da saúde, sob sua supervisão e orientação na tomada de decisões (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978).

Em 2011, o COFFITO iniciou discussões sobre eventuais mudanças no Código de Ética – dos direitos e deveres, das atividades profissionais no trabalho em equipe, do desenvolvimento dos conhecimentos técnico-científicos, visando melhorias profissionais e para a sociedade. No entanto, o relatório final ainda não foi divulgado.

Gallo (2005) destaca que, a formação atual do fisioterapeuta não corresponde ao perfil profissional exigido para a devida atuação no PSF, e por isso, não está adequada ao sistema de saúde vigente, como orientam as DCN para o curso de Fisioterapia.

Para que essa adequação aconteça efetivamente é necessário adequar a formação e o ensino às necessidades da população, qualificar o corpo docente, proporcionar às IES

infraestrutura adequada, organizar o sistema de saúde e agregar novas tecnologias educacionais (MEYER, KRUSE, 2002).

Desde a Reforma Sanitária tem sido discutidas as mudanças na formação dos profissionais de saúde e nos serviços de saúde, no sentido de, construir práticas integradas e contínuas adequadas às necessidades da população. As IES têm sido estimuladas a repensar suas estratégias na abordagem ou fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem, de modo que permitam a interação entre o trabalho em rede e multiprofissional, buscando a adequação às políticas públicas e a integralidade como diretriz essencial (FEUERWERKER, 2003; MEYER, DKRUSE, 2002).

A formação de pessoas para atuarem no modelo de produção de cuidado com novas relações entre profissionais e usuários requer mudanças do modelo pedagógico das IES, possibilitando uma integração do processo de aprendizagem à rede de serviços de saúde, que deve se articular com as necessidades do processo de saúde/doença da população (CAMPOS et al, 2001; FEUERWERKER, SENA, 2002).

Durante esse processo de formação é necessário que o profissional desenvolva um conjunto de saberes, assim como habilidades de comunicação, gestão, tomada de decisão e trabalho em equipe. Espera-se do profissional uma postura que problematize suas próprias práticas, que rompa com a fragmentação da especialidade e supere seus limites (FEUERWERKER, 2003; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, contribuiu para a elaboração das DCN em todo país. Estas têm como orientação novas configurações de padrões curriculares, estabelecendo como finalidade para a educação superior o estímulo ao pensamento reflexivo dos futuros profissionais para a participação no desenvolvimento da sociedade, além do incentivo à investigação científica e tecnológica e à formação continuada (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002).

As DCN foram aprovadas entre 2001 a 2004. As discussões se iniciaram nos cursos de enfermagem, medicina e nutrição, quando foi proposto um perfil profissional capaz de desenvolver ações tanto no nível individual como coletivo, prestando cuidados de saúde no eixo da integralidade utilizando-se métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante.

A partir das DCN dos cursos de graduação tem se observado a construção de novos projetos pedagógicos para formação dos profissionais de saúde no sentido de promover no estudante uma postura mais ativa, ética e reflexiva acerca dos valores que norteiam as práticas profissionais (BRASIL, 2002). Para promover a articulação entre ensino e os serviços de

saúde, é necessário que as IES possuam projetos pedagógicos condizentes com uma formação em saúde voltada para a atuação no contexto social.

Uma das propostas para superar esses desafios é a mudança curricular. De acordo com Meyer e Kruse (2002), o conceito de currículo constitui o elemento central na organização da educação. Além de envolver as dimensões técnicas de conteúdos pedagógicos, o currículo deve contemplar as determinações históricas, sociais e linguísticas com a produção de identidades culturais, individuais e profissionais. As instituições formadoras precisam superar as concepções tradicionais de educação e promover um currículo integrado que utilize metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A formação geral deve ter como princípio a aprendizagem significativa colocando o aluno como sujeito ativo e estimular sua autonomia e o aprender a aprender. É importante também, inserir os estudantes desde os primeiros períodos em cenários reais da prática profissional (CAMPOS et al, 2001; FEUERWERKER, SENA, 2002).

Iniciativas bem sucedidas no processo de condução estratégica da formação profissional na perspectiva do SUS podem ser vistas nos cursos de Enfermagem e Medicina. As pioneiras no Brasil foram a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), que optou por um currículo baseado em problemas centrado no aluno em um processo de construção ensino-aprendizagem através de metodologias ativas e a Faculdade de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Londrina (UEL) que iniciou mudanças na estruturação curricular por módulos integrados orientado na problematização na formação de profissionais do curso de Enfermagem (CYRINO, PEREIRA, 2004).

Apesar dessas experiências positivas, ainda predominam na estrutura curricular uma fragmentação do conhecimento, desarticulação entre teoria e prática, utilização de metodologias tradicionais que não estimulam a participação ativa do aluno e o professor no mero papel de transmissor de conhecimento (BRASIL, 2005b).

A Resolução nº. CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002 designa as DCN do curso de graduação em Fisioterapia. Tais diretrizes preconizam elementos fundamentais para a formação de fisioterapeutas que atendam ao sistema de saúde vigente como a capacidade de desenvolver atenção integral à saúde, compromisso, responsabilidade, habilidades para tomada de decisões, comunicação, trabalho em equipe multiprofissional e gerenciamento de forma eficaz. (BRASIL, 2002).

Neste sentido, o formando egresso/profissional do curso de graduação em Fisioterapia precisa ter como perfil:

[...] o fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (BRASIL, 2002, art. 3, p. 1).

Alguns autores têm discutido a formação profissional em Fisioterapia e a inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária na perspectiva do SUS (ALMEIDA, 2011; SOUSA, 2011; GALLO, 2006; FREITAS, 2006). Almeida (2011) e Sousa (2011) investigaram, respectivamente, a trajetória dos cursos de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e da Faculdade Adventista de Fisioterapia (FAFIS), com foco nas políticas de educação e saúde e nas DCN. Almeida (2011, p. 162) observou que essas políticas não impulsionaram mudanças internas no curso de Fisioterapia da UFSCar e que o curso privilegia a “investigação científica como propulsão para seu reconhecimento” em detrimento de uma formação profissional comprometida com o papel social e com o suprimento das necessidades do sistema de saúde vigente.

Alguns dos principais desafios para consolidação das diretrizes curriculares estão relacionados à humanização da saúde, interdisciplinaridade e a resistência às mudanças internas de alguns docentes, principalmente pelo receio de perderem o espaço já conquistado e permitirem uma invasão de outras áreas de conhecimento (SUMIYA, JEOLÁS, 2010).

Haas e Nicida (2009) colocam a interdisciplinaridade como um fato importante para superação do processo formativo fragmentado e especializado. O projeto pedagógico das instituições deve mesclar conhecimentos científicos e humanitários sem perder contato com a pesquisa, áreas do campo da saúde como a epidemiologia, a saúde coletiva, as ciências sociais e políticas, bem como estudos econômicos e demográficos que devem fazer parte da formação do fisioterapeuta (HAAS, NICIDA, 2009; ROCHA et al, 2010). É preciso uma postura aberta na tentativa de experimentar novos caminhos do saber (HAAS, NICIDA, 2009). Neste sentido, o trabalho interdisciplinar possibilita sair do isolamento e promover trocas entre as áreas de conhecimento na reconstrução conjunta de diversas práticas profissionais.

Os primeiros cursos *stricto sensu* em Fisioterapia (mestrado e doutorado) foram criados na UFSCar, respectivamente, em 1997 e 2000. Estudando o perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro, Coury e Vilella (2009) verificaram que dentre estes profissionais, os

pesquisadores titulados eram oriundos principalmente de cursos de graduação da região Sudeste do país, sobretudo na UFSCar. Estes achados corroboram àqueles observados por Almeida (2011) sobre a formação do curso de fisioterapia da UFSCar que é focado na pesquisa e docência.

Pesquisas avançam para um novo pensar e agir do fisioterapeuta na atenção primária que demonstram possibilidades de transformações e ações em saúde pública desses profissionais (REZENDE et al, 2009; GALLO, 2005; SILVA, ROS, 2007). Neste contexto, a residência multiprofissional tem um papel importante na formação (RAGASSO et al, 2004). Por meio da formação em serviço, o fisioterapeuta amplia o seu leque de conhecimento e saberes juntamente com outros profissionais dentro de um cenário de aprendizagem, inclusive na saúde da família.

Em função das dificuldades para se aproximar às DCN é necessário refletir como a formação na graduação poderia ser orientada para a integralidade, interdisciplinaridade e para as práticas mais ampliadas. É necessário repensar as configurações atuais na proposta de aprimoramento e qualificação dos fisioterapeutas – seu lugar social, sua responsabilidade e seu papel diante das políticas públicas de saúde e educação.

Bispo Junior (2009) chama atenção para uma compreensão mais ampliada da inclusão do fisioterapeuta na ESF, argumentando que para o fisioterapeuta ter o perfil necessário para atuar na atenção primária é importante a promoção de mudanças profundas na formação e na práxis visando atender às necessidades da população e não somente do mercado.

O Projeto de Lei nº. 4261/2004 inclui os profissionais fisioterapeutas no PSF. A participação desse profissional busca fortalecer as ações do PSF no sentido da articulação dos saberes e fazeres específicos na busca por uma atenção integral e de qualidade para a população. Em 2012, esse projeto foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) e seguirá para o Senado Federal em caráter conclusivo. Desta forma pode se considerar um grande avanço no reconhecimento profissional e a inserção dos fisioterapeutas nas políticas públicas do país. Contudo, sua inserção no SUS, especificamente na ESF, ainda é incipiente.

Esperam-se transformações significativas no que tange aos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em fisioterapia para formação de trabalhadores para o SUS e mais discussões acerca da formação do fisioterapeuta. Observam-se alguns processos iniciais de qualificação que ainda precisam ser aprimorados. De acordo com Bispo Junior (2009), a formação profissional deve estar em consonância com os princípios do SUS e atenta ao perfil epidemiológico da população. Além disso, é esperado que as intervenções dos fisioterapeutas

se relacionem com a promoção da saúde e o campo da saúde coletiva pautados na responsabilidade social.

2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde

A Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), em 1977 deu início a primeira Residência Multiprofissional do Brasil. Essa experiência educativa, visou a inserção de outros núcleos profissionais no modelo de residência e também promoveu uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade excedendo os limites da dimensão biológica na direção assinalada pelo SUS. Na década de 90, o programa de Residência Multiprofissional da ESP/RS foi extinta devido à crise econômica enfrentada pelo Brasil e por interesses políticos (FERREIRA, OLSCHOWSKY, 2010).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram instituídas pelo MS desde 2002 e têm sido uma estratégia de qualificação e formação de profissionais para atuar sob a lógica do SUS, contribuindo para consolidação dos seus princípios e diretrizes. Esta estratégia ocorreu devido ao esforço de aproximação das políticas e ações acerca da gestão do trabalho e da educação em saúde instituídas pelo MEC, MS e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2005a).

Assim, em 2002, foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com recursos do MS na perspectiva de trabalho integrado entre as profissões da saúde e com projetos pedagógicos diversificados. Em 2003, com a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES) iniciou-se uma parceria intersetorial para garantir e fortalecer a formação de profissionais da saúde, além da criação de portaria e leis que fundamentam as bases legais das RMS sistematizado no quadro abaixo (Quadro 1) (CAMPOS, 2006).

Quadro 1: Leis e Portarias da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

| | |
|--|--|
| Portaria nº 198/GM/MS de Fevereiro de 2004 | Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente: propôs eixos de ação para a formação de Trabalhadores na área da saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais em Saúde. |
| Lei Federal nº 11.129 de junho de 2005 | Instituiu a Residência por área profissional em Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS . |
| Portaria 1.111/MS julho de 2005 | Fixou normas sobre as bolsas para a educação pelo trabalho |
| Portaria interministerial 2.117 (MEC e MS) novembro de 2005 | Definiu diretrizes e estratégias para a implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) |
| Relatório 3ª Conferência Nacional e Gestão do Trabalho e Educação em março de 2006 | Aprovou 16 propostas sobre as residências em saúde, legitimando, inclusive, a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto processo para regulamentação de tal modalidade de formação. |
| Portaria Interministerial nº 2538 (MEC e MS) de outubro de 2006 | Constituiu grupo de trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da CNRMS. |
| Portaria Interministerial nº 45 (MEC e MS) de janeiro de 2007 | Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| Portaria Interministerial nº 698 de julho de 2007 | Nomeia a CNRMS. |
| Portaria Interministerial nº 506 (MEC e MS) de abril de 2008 | Discussão e alteração da carga horária para 60 horas semanais da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. |
| Portaria Interministerial nº 593 (MEC e MS) de maio de 2008 | Discussão e elaboração do Regimento Interno da CNRMS. |
| Portaria Interministerial nº 1077 (MEC e MS) de novembro de 2009 | Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. |

A Portaria Interministerial nº 1077/2009 definiu como eixos norteadores do Programa de Residência: os cenários de educação de acordo com a realidade sócio epidemiológica do país, a concepção ampliada de saúde, a política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS, a abordagem pedagógica dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho na

linha da formação integral e interdisciplinar, o trabalho em equipe, as parcerias que promovam a articulação entre ensino, serviço e gestão e a integração com os diferentes níveis de formação inclusive com a Residência Médica (BRASIL, 2007).

Paralelamente à criação de portarias e leis ocorreram seminários pelo Brasil com a participação de diversos atores sociais com o objetivo de debater a residência multiprofissional em saúde no sentido de fortalecer as estratégias de formação dos trabalhadores de saúde, inclusive a Residência (BRASIL, 2005; CAMPOS, 2006).

Outra questão importante foi a criação das Diretrizes Nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde (DNRMS), que possibilita que os programas tenham “objetivos e metas comuns para as práticas na área de saúde e a formação dos profissionais” e sejam coerentes com as Diretrizes Nacionais dos Cursos da Área da Saúde, potencializando assim as duas Diretrizes (BRASIL, 2005a).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família consiste em um curso de pós-graduação *lato sensu*, e é voltada para educação em serviço, destinando-se assim, às categorias profissionais que integram a área de saúde, supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), desenvolvida em regime de dedicação exclusiva com formação mínima de 2 anos e carga horária de 60 horas semanais com auxílio financeiro, sob forma de bolsa (BRASIL, 2006). A RMS é desenvolvida em parceria com a rede de serviços nos diferentes níveis de atenção.

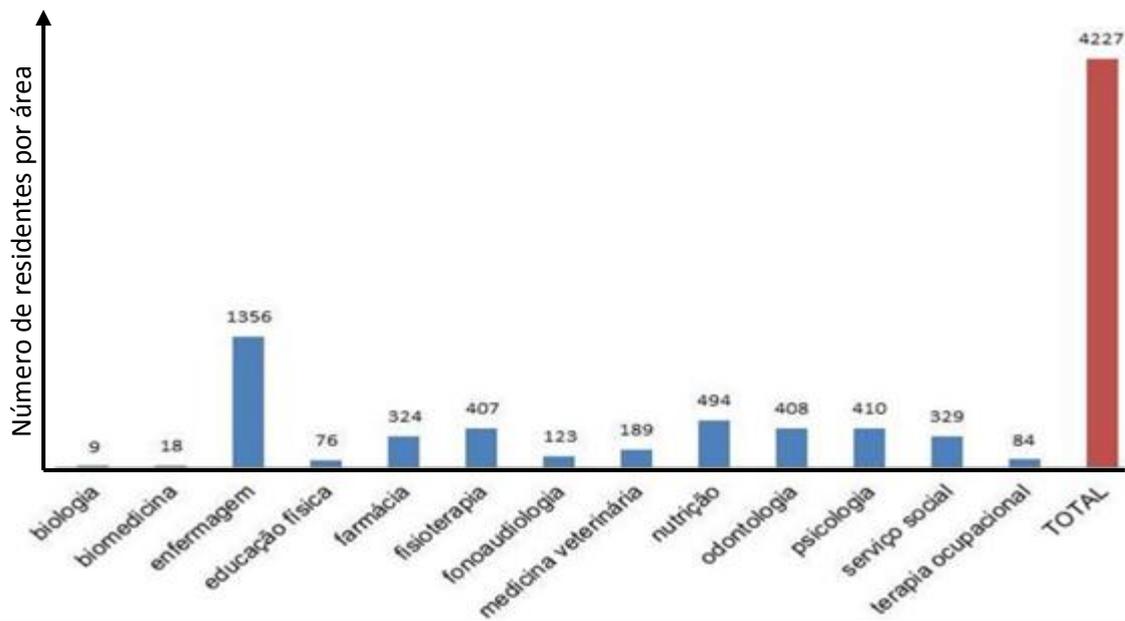
As categorias profissionais da saúde que incorporam esta estratégia, com exceção da médica, são Biomedicina, Ciências Biológicas, Serviço Social, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Farmácia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Enfermagem e Medicina Veterinária (BRASIL, 2007). Sob a perspectiva de um trabalho multiprofissional, esta estratégia enriquece e possibilita uma interlocução entre os atores envolvidos e a formação articulada de diferentes profissões contribuindo para a construção coletiva no trabalho em equipe (BRASIL, 2005a).

Em 2013, por meio do Pró-Residência (Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas) e do Pró-Residência Multiprofissional, o MS financiará mais 1.623 bolsas de residência médica e mais 1.270 bolsas de residência multiprofissional. Esta iniciativa tem o objetivo de fortalecer e apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidade prioritárias para o SUS.

Atualmente, o incentivo financeiro às bolsas de residência multiprofissional em saúde não contemplam os preceptores e tutores. Esta questão gera uma discussão acerca da

desvalorização dos profissionais que acompanham todo processo de ensino-aprendizagem do residente, podendo em certa medida inviabilizar esta Residência.

Na Figura 1 está representado o número de residentes no Brasil em 2012, divididos por áreas multiprofissionais. Percebe-se que as áreas da enfermagem, nutrição e psicologia respectivamente tem um maior número em relação às outras categorias (Figura 1).



Fonte: MEC, 2012

Figura 1 – Residentes em áreas multiprofissionais no Brasil, 2012.

2.3 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) - UFSCAR

Em 2006, no sentido de contribuir com a qualificação dos trabalhadores para o SUS, a UFSCar propôs o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos. Este programa, que usa uma concepção pedagógica pautada no referencial participativo e construtivista e utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2006; UFSCAR, 2012), vem provocando um importante movimento de interação ensino-serviço-comunidade na Rede-Escola de Cuidado à Saúde, inclusive nos processos de formação em saúde.

A metodologia ativa se apresenta com uma inovação pedagógica no processo ensino-aprendizagem, principalmente na área da saúde. A problematização ou ensino baseado na

investigação (*inquiry based learning*) e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) são os dois caminhos estratégicos que vem contribuindo para um processo de ensino e aprendizagem mais ativo e significativo para os estudantes. São baseados na aprendizagem significativa e por descoberta, bem como na superação do domínio cognitivo do conhecimento. Além disso, qualifica o estudante como centro do processo de ensino (CYRINO, PEREIRA, 2004).

No projeto pedagógico da RMSFC da UFSCar, o processo de formação visa formar profissionais “capazes de compreender a família, identificando os fatores de risco que ameaçam seu equilíbrio, suas necessidades nas diversas fases de seu ciclo vital e os aspectos da dinâmica familiar, além de habilidades que passam pela organização das ações a partir do planejamento local de saúde, intersetorialidade, vigilância da saúde e determinantes sociais”. (UFSCAR, 2012, p. 34).

A inserção dos residentes neste Programa acontece nas USF, ou seja, no trabalho conjunto com as equipes de SF, de maneira corresponsável pelas atividades desenvolvidas nesses serviços. A carga horária total prevista é de 5.670 horas, distribuída em atividades teóricas (20%) e práticas (80%) destinadas ao cuidado individual e coletivo nas USF, à criação de espaços de simulação da prática e às atividades em outros cenários da Rede Escola de Cuidado à Saúde. Essas atividades proporcionam ao residente o desenvolvimento de competências e habilidades nas áreas e subáreas de Cuidado à Saúde, Gestão, Educação e Pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1. Áreas de Competência e critérios de excelência, que compreendem a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, UFSCar, 2012.

| Área de competência: Saúde | |
|---|--|
| Subárea: cuidado às necessidades individuais de saúde | |
| Identifica necessidades individuais de saúde | Realiza história clínica |
| | Realiza exame clínico, de acordo com a especificidade de sua profissão. |
| Formula necessidades do usuário e a gestão do cuidado | Formula e prioriza problemas |
| | Promove investigação diagnóstica |
| Constrói e avalia planos terapêuticos | Constrói plano terapêutico |
| | Avalia o plano terapêutico |
| Área de competência: Saúde | |
| Subárea: cuidado às necessidades coletivas de saúde | |
| Identifica necessidades coletivas de saúde | Investiga problemas coletivos de saúde |
| | Formula perfis de saúde-doença |
| Constrói e avalia projetos de intervenção em saúde coletiva | Constrói projetos de intervenção em saúde coletiva |
| | Avalia projetos de intervenção em saúde coletiva |
| Área de competência: Gestão | |
| Subárea: organização do trabalho em saúde | |
| Organiza o trabalho em saúde | Identifica problemas no processo de trabalho individual e/ou coletivo |
| | Constrói planos de ação orientados aos problemas do processo de trabalho |
| Avalia o trabalho em saúde | Avalia planos de ação orientados aos problemas do processo de trabalho |
| Subárea: gestão do cuidado | |
| Gerencia o cuidado à saúde | |
| Área de competência: Educação | |
| Identifica necessidades individuais e coletivas de aprendizagem | |
| Promove a construção e socialização de conhecimento | |
| Área de competência: Pesquisa | |
| Identifica os passos da pesquisa bibliográfica | |
| Formula o Projeto de Pesquisa | |
| Executa o Projeto de Pesquisa | |

Fonte: Manual do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, 2012 – Modificado.

Todo o processo de aprendizagem do programa é construído por atividades práticas e de reflexão, que são acompanhadas por preceptores e tutores. Os preceptores são profissionais dos serviços (dentistas e enfermeiros) vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos com experiência de atuação em equipes de SF e que têm o papel de orientador de campo.

O preceptor atua facilitando a integração dos residentes no espaço da USF e ainda acompanha diariamente o desenvolvimento dos residentes frente às competências estabelecidas. Vale salientar que competência se refere a capacidades, domínio de quem sabe apreciar e resolver determinado assunto.

Os tutores, na sua maioria, são docentes da UFSCar que tem o papel de orientador de núcleo, orientador de pesquisa e orientador técnico-docente; podem ser profissionais das áreas de fisioterapia, farmácia, psicologia, nutrição, serviço social, educação física, terapeuta ocupacional, enfermagem e odontologia. No programa os tutores são divididos em tutores de área e de campo.

Os tutores de área são profissionais das respectivas especialidades dos residentes. A tutoria ocorre semanalmente e é dedicada à discussão do núcleo profissional e saúde coletiva além de outras atividades diversas que são programadas em conjunto pelo tutor e residentes. Estas podem contemplar ações e responsabilidades relativas às áreas de saúde (cuidado às necessidades individuais e coletivas de saúde), gestão da atenção à saúde e educação em saúde.

Por sua vez, o tutor de campo acompanha os residentes no cenário de práticas (USF), na organização do serviço, no manejo dos casos, na problematização da realidade vivenciada e em atividades comunitárias de promoção e educação em saúde.

Considerando todo o contexto de aprendizagem deste programa de residência, são realizadas reflexões da prática pedagógica para os preceptores e tutores. Com efeito, estes podem ser considerados preciosos espaços de educação permanente (EP).

No seu primeiro ano de atuação (2007) o programa ofereceu 46 vagas em 08 áreas da saúde distribuídas nas 08 USF do município. Estes residentes foram distribuídos em equipe de referência (enfermeiros e dentistas) e apoio matricial (educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e terapias ocupacionais). Esses dois tipos de arranjo organizacional buscam priorizar objetivos comuns na construção compartilhadas dos saberes, utilizando ferramentas tecnológicas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ampliando o olhar para as diversas dimensões do cuidado.

O programa adota como metodologia de gestão do trabalho em saúde os conceitos de apoio matricial e equipe de referência, tal como sugerido por Campos (2007) e têm como intuito a clínica ampliada, a integralidade e a construção de autonomia dos usuários (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

A proposta de apoio matricial em saúde pretende assegurar suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes ou profissionais responsáveis pelo cuidado dos usuários. O apoiador matricial deve manter uma relação horizontal e uma comunicação ativa, compartilhando conhecimento com os profissionais de referência, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. (CAMPOS, 1999; CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Por sua vez, a equipe de referência busca a construção de um vínculo terapêutico entre profissionais e usuários, atuando com responsabilidade sanitária no acompanhamento longitudinal de casos individuais, familiares ou comunitários (CAMPOS, 1999; CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Campos (1999, p. 395), sugere que seja constituído um novo arranjo para os serviços de saúde, pautados nos princípios de equipe de referência e de apoio matricial que:

... estimulasse, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários, ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e que quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação.

O sistema de avaliação é feito a partir de instrumentos específicos e critérios diferentes de desempenho denominadas avaliação formativa e avaliação somática. Residentes, preceptores, tutores de área e de campo e programa são avaliados de maneira formativa nos diferentes espaços teóricos e práticos de aprendizagem. O processo de avaliação formativa é contínuo e processual compreendendo todo processo de ensino-aprendizagem do residente fundamental para a sua formação (UFSCAR, 2012).

No final do programa, é realizada uma avaliação somativa para a certificação de competência vinculada à obtenção do conceito satisfatório. Os residentes devem entregar o comprovante de submissão do artigo para a revista ao tutor de área e a secretaria do programa de residência (UFSCAR, 2012).

Na Tabela 2, podemos observar a redução do número de formandos ao longo dos anos. Em 2010, houve um aumento do número de programas de residência o que ocasionou a redução de financiamento e conseqüentemente a redução do número de vagas das residências pelo MS.

Tabela 2: Distribuição do número de residentes formados por turma e área profissional, 2013.

| Ano e turma Área Profissional | 2007 1ª Turma | 2008 2ª Turma | 2009 3ª Turma | 2010 4ª Turma | 2011 5ª Turma |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Enfermagem | 03 | 05 | 08 | 04 | 04 |
| Odontologia | 08 | 06 | 04 | 03 | 03 |
| Educação Física | 03 | 01 | 04 | ----- | 01 |
| Fisioterapia | 04 | 02 | 04 | 01 | 01 |
| Fonoaudiologia | ----- | 06 | ----- | ----- | ----- |
| Farmácia | 01 | 06 | ----- | 01 | 01 |
| Nutrição | 05 | 01 | 04 | 01 | 01 |
| Psicologia | 04 | 02 | 05 | 01 | 01 |
| Serviço Social | 02 | ----- | 03 | 01 | 01 |
| Terapia Ocupacional | 02 | 01 | 04 | ----- | 01 |
| Total de Residentes | 32 | 30 | 36 | 12 | 14 |

Fonte: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar



Capítulo 03: Percurso Metodológico

3.1 Objetivo

Analisar as vivências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCAR, visando verificar suas repercussões na prática profissional.

3.2 Tipo de Estudo

Devido ao caráter subjetivo do objeto de estudo desta investigação, de forma a permitir que o objetivo proposto fosse alcançado, foi desenvolvido um estudo de caso de caráter qualitativo, o qual busca interpretar um fenômeno específico em profundidade, ressaltando a percepção de cada indivíduo, ou seja, compreensão da linguagem verbal e não-verbal que as pessoas atribuem às situações vivenciadas cotidianamente e à vida (MINAYO, 2008).

De acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa:

“trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21-2).

Dentre as possibilidades oferecidas pela abordagem qualitativa, esta pesquisa se caracterizou, também, por ser um estudo de caso. Este é uma pesquisa empírica que tenta representar um fenômeno dentro de seu contexto de vida real em diferentes perspectivas. Tem como objeto a análise profunda de uma unidade de estudo, visando conhecer o “como” e o “por quê” de determinadas situações (YIN, 2010). Este tipo de estudo tem por intuito a descoberta do mais indispensável e particular de uma situação específica como descreve Pontes (2006):

é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenômeno de interesse.

3.3 Cenário de Estudo

O cenário escolhido para esta pesquisa foi o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar. O programa teve seu início em 2007 e em 2012, esta se encontra em curso a sua sexta turma.

3.4 Sujeitos do Estudo

Os “colaboradores”, termo utilizado na História Oral (HO) para referir-se os sujeitos da pesquisa (MEIHY, HOLANDA, 2007), foram os fisioterapeutas das três primeiras turmas do programa de residência, ou seja, egressos formados até o momento da coleta, totalizando nove egressos.

Sendo assim, o primeiro contato com os fisioterapeutas aconteceu por telefone, quando foram devidamente esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa. Depois de aceito o convite, foram agendados o horário e local para a realização da entrevista.

A partir de então, iniciou-se uma jornada de viagens pelo Brasil - cidades do Estado de São Paulo e pela capital da Bahia, Salvador - ao encontro dos sujeitos colaboradores desta pesquisa.

3.5 Coleta dos Dados

A coleta de dados deu-se a partir da técnica de HO. Esta técnica facilita uma investigação detalhada do testemunho dos sujeitos na busca da compreensão de situações e reflexões a respeito da vivência registrada. Sua origem e sustentação teórica advêm das Ciências Sociais. Por meio de narrativas como construção da memória, o colaborador traz sua trajetória individual, bem como coletiva de sua experiência (MEIHY, HOLANDA, 2007). Desse modo, “a História Oral é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva” (MEIHY, 2002, p. 13).

A coleta de dados para a construção da HO pressupõe a escolha dos colaboradores, a elaboração do roteiro de perguntas, o planejamento da condução das gravações e a autorização para uso – carta de cessão.

A entrevista no método da HO representa o caminho histórico que o colaborador percorreu ou ajudou a construir. Neste estudo, o caminho histórico diz respeito à atuação do fisioterapeuta após a RMSFC. A pergunta desencadeadora da entrevista foi: “Conte como foi a sua trajetória, a sua história de atuação profissional neste ambiente de trabalho no qual você está inserido?”. Desta forma o roteiro de perguntas (Apêndice B) não foi o ponto de partida da entrevista, mas sim um guia para condução da mesma no intuito de ampliar a exposição de opiniões e experiências vividas, suas dificuldades, dúvidas, sentimentos e reflexões.

Gallian² apud Adler (2008, p. 57) complementa que:

esta técnica de entrevista não-diretiva, não inclui o silêncio absoluto do entrevistador, mas uma posição interativa, onde o entrevistado dirige efetivamente o discurso, possibilitando a construção de uma fala de características ímpares, mais que o simples fornecimento de informações das entrevistas não estruturadas.

Para o registro das entrevistas foi utilizado um gravador de voz digital mp3 player. Sua aplicação foi feita mediante a pergunta desencadeadora e também um questionário para conhecer o perfil dos depoentes (Apêndice C). Observações relevantes feitas pela pesquisadora foram registradas no caderno de campo.

A fim de preservar o caráter confidencial e sigiloso da pesquisa, após a entrevista os próprios participantes escolheram seus nomes fictícios como forma de identificação com suas narrativas. As narrativas de Anita, Antônia, Ametista, Camila, Débora, Marina, Sophia, Suellen e Dom Pablo permitiram conhecer suas trajetórias profissionais após a residência.

E assim, durante o processo, foi perceptível o envolvimento e interesse de todos os colaboradores em participar da pesquisa. As entrevistas aconteceram em clima agradável e alguns momentos descontraídos. Em quatro entrevistas ocorreram pequenas interrupções geradas pela chegada de terceiros, mas que não ocasionaram perda ou interferência significativa.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi elaborado e apresentado para leitura e assinatura pelos colaboradores após a explicação dos objetivos, da metodologia e dos resultados esperados na pesquisa. Tal procedimento teve por objetivo garantir a autonomia de todos os envolvidos.

² GALLIAN, D.M.C. **Pedaços da Guerra: experiências com História Oral de Vida de Tobarrenhos.** Dissertação (Mestrado em História Social), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de História. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo: 1992.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde – que estabelece as diretrizes para a pesquisa envolvendo Seres Humanos – o estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, obtendo a aprovação em 15 de maio de 2012 conforme o parecer nº. 221/2012 (Anexo A).

3.6 Análise de Dados

A partir das entrevistas foi realizada a transcrição e transcrição das falas gravadas, conferência do texto com o depoente, arquivamento e devolutiva dos resultados para a comunidade de destino tal como previsto na HO (MEIHY, HOLANDA, 2007).

As entrevistas foram transcritas acrescidas às percepções, das emoções, vozes, sutilezas, profundidades, o que possibilitou a elaboração de um primeiro texto. Dessa forma, a transcrição dos diálogos configurou-se como centro da criação textual, no qual as entrevistas foram transformadas em texto de valor documental, sendo respeitada a essência viva da fala do “sujeito da história”. Conforme Meihy (1991, p. 30-31) a transcrição entendida como:

... a fase final do trabalho dos discursos. (...) Teatralizando o que foi dito, recriando-se a atmosfera da entrevista, procura-se trazer ao leitor o mundo de sensações provocadas pelo contato, e como é evidente, isso não ocorreria reproduzindo-se o que foi dito palavra por palavra. (...) tem como fito trazer ao leitor a aura do momento da gravação. (...) O fazer do novo texto permite que se pense a entrevista como algo ficcional e, sem constrangimento, se aceita esta condição no lugar de uma cientificidade que seria mais postiça. Com isso valoriza-se a narrativa enquanto um elemento comunicativo preñado de sugestões. (...) Neste procedimento uma atitude se torna vital: a legitimação das entrevistas por parte dos depoentes.

Finalizado todo o processo de transcrição, após as intervenções do pesquisado, o resultado textual retornou para cada colaborador via e-mail – designada de conferência. O mesmo teve o direito de acrescentar ou suprimir dos escritos o que julgasse pertinente, o que foi respeitado pelo pesquisador, conformando uma narrativa. A maioria dos depoentes fizeram pequenas as alterações no texto complementando informações ou até mesmo suprimiram algumas frases. Somente uma narrativa teve grandes modificações no texto, mas não perdeu a essência da história relatada. Nomes e locais omitidos aparecem representados pelo sinal [...].

O colaborador, por meio da Carta de Cessão (Apêndice D) cedeu os direitos de uso do texto (MEIHY, HOLANDA, 2007).

Para cada narrativa foi feito o reconhecimento dos temas marcantes presentes na maioria das entrevistas – pontos semelhantes e individuais, proporcionando ao entrevistador um texto corrido e fácil de ser lido (ADLER, 2008).

Este processo se caracterizou tal como o método de interpretação dos sentidos (GOMES et al, 2005; GOMES, 2007). A articulação entre hermenêutica (arte da compreensão) e dialética (arte do diálogo) busca compreender e interpretar os sentidos das falas, de tal maneira que desvende o contexto de uma realidade do indivíduo no senso comum, na essência e nas suas contradições (GOMES et al, 2005; GOMES, 2007; MINAYO, 2005).

Capítulo 04: Vivências dos residentes: Análise

4.1 Perfil dos Colaboradores

Neste capítulo, são apresentadas características dos nove colaboradores quanto à idade, sexo, estado civil, número de filhos, tempo de formado, área de atuação, formação complementar após a residência, carga horária de trabalho e número atual de empregos.

Foi constatado que cerca de 89 % (08) dos sujeitos da pesquisa são mulheres, sendo a moda 29 anos. Dos nove colaboradores todos são solteiros e não tem filhos.

Tabela 3: Distribuição dos colaboradores segundo carga horária, emprego, área de atuação e formação, 2013.

| Características | n (09) | Percentual (%) |
|-------------------------|---------------|-----------------------|
| Carga Horária | | |
| < 40 horas semanais | 05 | 56 |
| 40 a 48 horas semanais | 04 | 44 |
| Emprego | | |
| 01 emprego | 05 | 56 |
| 02 empregos | 01 | 11 |
| > 03 empregos | 03 | 33 |
| Área de atuação | | |
| Assistência | 03 | 33 |
| Educação | 02 | 22 |
| Gestão | 04 | 45 |
| Tempo de Formado | | |
| < 05 anos | 01 | 11 |
| 05 a 10 anos | 08 | 89 |

Conforme a carga horária de trabalho, 56% (05) trabalhavam até 40 horas semanais e 44% (04) relataram trabalhar de 40 a 48 horas por semana. De acordo com o local de trabalho, 55% (05) tem um emprego; 11% (01) trabalham em dois lugares e 33% (03) atuam em 3 ou mais lugares.

Acerca do tempo de formado, 89% (08) tem de 05 a 10 anos de formado. Apenas um colaborador tem menos de 05 anos de formado. Com relação à área de atuação os colaboradores atuam mais na Gestão, correspondendo a 45% (04).

Tabela 4: Distribuição dos colaboradores segundo formação complementar, 2013

| Formação complementar | n (09) | Percentual (%) |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------|
| Apenas residência | 02 | 22 |
| Qualificação após a residência | 07 | 78 |
| <i>Pós-graduação lato sensu</i> | 03 | 43 |
| Gestão de serviços de saúde | 02 | 67 |
| Dermatofuncional | 01 | 33 |
| <i>Pós-graduação stricto sensu</i> | 04 | 57 |
| Mestrado em Saúde Pública | 01 | 25 |
| Mestrado em Gestão da Clínica | 01 | 25 |
| Doutorado em Saúde da Mulher | 01 | 25 |
| Doutorado em Saúde Coletiva | 01 | 25 |

É importante destacar que sete colaboradores afirmaram ter vontade e necessidade de continuar os estudos, seja pelo desejo de adquirir mais conhecimento acerca de temas que vivenciaram na residência, ou pelo interesse em seguir carreira acadêmica ou fazer uma interface entre a prática do serviço e o ensino. O curso de especialização em Gestão de Serviços de Saúde caracterizou-se como um incentivo da gestão municipal, em parceria com uma IES, tendo como propósito capacitar os trabalhadores.

4.2 Temas da Análise

Os temas marcantes presentes nas Histórias Orais contam a trajetória dos colaboradores que vindos de diferentes universos acadêmicos se encontraram em um programa de residência, depois foram viver o mundo do trabalho, os “se vira nos 30” como disse Débora e a partir dessas vivências se inspiraram a pensar em como viver a vida. Assim,

os temas encontrados na análise foram: De diferentes pontos de partida; Um lugar de encontro no qual se constrói uma nova identidade; O estranhamento com o mundo do trabalho: novos desafios e perspectivas e “O futuro a Deus pertence”!

4.2.1 De diferentes pontos de partida

Apesar das DCN (2002) e de toda a movimentação sobre a formação dos profissionais de saúde no Brasil, atualmente a formação do fisioterapeuta tem produzido tímidas discussões nesta área. Em suas narrativas, os depoentes trouxeram elementos importantes sobre o papel do fisioterapeuta na atenção primária, contradições, desafios e percepções desse campo de trabalho.

Diante disso, alguns colaboradores apontaram que a formação do fisioterapeuta continua centrada na clínica, no modelo biomédico curativo e medicalizante. Compreendendo a prática clínica como da assistência e do olhar técnico pensado na doença e no corpo. Para superar esta prática clínica Cunha (2004) propõe a construção da clínica ampliada na perspectiva de mudanças da atenção individual e coletiva para atingir a singularidade dos sujeitos. Esta concepção também está presente no modelo de atenção, cujas práticas valorizam a consulta médica especializada e a concepção de saúde é vista como a ausência de doença, e desta forma pouco resolutiva na Atenção Primária.

“Eu acho que a maioria dos cursos ainda é extremamente voltada para a clínica” (Suellen).

“O fisioterapeuta não é formado para trabalhar na atenção básica... minha formação foi voltada para que eu fosse uma profissional de ambulatório... acho que por isso também que o fisioterapeuta apanha tanto para começar a trabalhar em equipe...” (Camila).

De fato, percebe-se que o trabalho do fisioterapeuta em relação ao cuidado individual está focado na reabilitação e no tratamento, que por serem constituídos sobretudo por tecnologias duras, muitas vezes são insuficientes para o cuidado em saúde na atenção primária. Em contrapartida a esse modelo biomédico, alguns colaboradores se referiram ao modelo da clínica ampliada na atenção primária, segundo o qual o trabalho do fisioterapeuta deveria ser pautado no trabalho com os coletivos de modo que as equipes permaneçam junto à comunidade, especialmente no tocante às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

“... eu vejo a fisioterapia dentro da atenção primária... uma lógica de capacitação de equipe, de mudança de modelo de atenção, de outros olhares para saúde que não é só focado na doença” (Suellen).

Para a sociedade, o cuidado ainda é predominantemente estabelecido pela relação médico-usuário, porém nos processos de mudança do modelo de formação e de atenção é importante o fortalecimento do trabalho multiprofissional na ESF como foi possível notar a partir do relato de Camila.

“É uma coisa que está tão enraizada que a gente acha que o médico é tão fundamental. E é fundamental, como o fisioterapeuta, como o enfermeiro, como o psicólogo, como o nutricionista, que são outros profissionais da equipe que estão na saúde” (Camila).

Portanto, vários elementos destacados pelos depoentes trazem reflexões acerca do papel do fisioterapeuta na atenção primária, de produzir novos sentidos e transformações no mundo do trabalho, nos modos de cuidar, de sair da “caixinha” do saber específico, das relações e do trabalho em equipe.

A supervalorização das especializações tem sido uma barreira no desenvolvimento profissional na formação acadêmica, não é condizente com o exercício profissional no SUS e com a realidade dos processos de cuidado. Tendo em vista que as necessidades das pessoas são múltiplas e complexas, uma forma de superar esses obstáculos é investir em processos educacionais de formação de trabalhadores de saúde na dimensão do SUS.

“Acho que o profissional fisioterapeuta é muito tecnicista ainda. E que está distante das discussões atuais do SUS, das discussões que estão sendo realizadas. Em muitos momentos vejo que é um interesse no mercado de trabalho” (Ametista).

A respeito do fisioterapeuta na atenção primária, Débora indica que existe um desconhecimento da população, das equipes e dos próprios fisioterapeutas sobre a atuação nesse campo de trabalho, que são apontados como entraves para esses profissionais.

“... a dificuldade de compreensão, tanto por parte dos profissionais como da própria população, da atuação do fisioterapeuta nesse nível atenção, que geralmente é visto voltado apenas para a reabilitação e essa era uma das principais dificuldades de atuação durante a residência” (Débora).

“Eu percebo que de modo geral, falta conhecer o que o fisioterapeuta faz. Percebo que o fisioterapeuta em muitos casos é artigo de luxo, é difícil de chegar neles na rede, a oferta é pequena” (Camila).

“Eu acho que existe uma contradição muito grande de atuação do fisioterapeuta no país. Falta um consenso entre a própria classe e os diferentes tipos de gestão. E outra coisa... são estes concursos e processos seletivos desqualificados” (Sophia).

Há poucos profissionais inseridos na rede pública, principalmente nas USF. Percebe-se que a demanda da população é por serviços especializados. A partir dessa demanda, o fisioterapeuta acaba ofertando mais atendimentos curativos e reabilitador. Embora a implantação dos NASF tenha impulsionado a entrada do fisioterapeuta na atenção primária e ampliado o número de profissionais na rede, ainda é preciso ampliar o número de concursos e ofertar mais vagas.

Assim, para Ametista, “*A inserção do fisioterapeuta na atenção primária está muito incipiente*”. A mesma levanta questionamentos acerca do trabalho e do papel do fisioterapeuta na atenção primária “*Em que momento eu sou um profissional que poderia atuar mais na assistência?*”, “*Em que momento eu sou apoio?*”.

O mercado de trabalho para a Fisioterapia vem se expandindo no país, possibilitando ao fisioterapeuta ressignificar suas práticas, principalmente no que diz respeito ao atuar em um novo arranjo representado pelo apoio matricial. Contudo, os fisioterapeutas tem pouca experiência nesta prática de gestão, que faz parte do processo de trabalho dos profissionais do NASF.

Barbosa et al (2010) observaram que o fisioterapeuta é o profissional mais solicitado na ESF, devido a grande demanda reprimida por esta área e pelo número que pacientes com agravos decorrentes de doenças crônicas, mas indicaram a formação assistencialista, os atendimentos individuais com práticas isoladas e a falta de integração com as equipes de SF como pontos que dificultam a atuação desse profissional na equipe do NASF. A carga horária de 20h, juntamente com o grande número de equipes que devem fazer o apoio matricial, impede o desenvolvimento de uma atenção integral.

É interessante observar que há contradições na fala de Marina quanto à exposição de que o fisioterapeuta na atenção primária não faz o atendimento clínico individual. Parece não estar clara a função desse profissional na atenção primária, e há um direcionamento para ações em matriciamento e na gestão.

...às vezes fica meio confusa a atuação do fisioterapeuta. Às vezes a gente acha que tem que atender, tem que fazer... eu acho que seria muito mais fácil eu ver o paciente, avaliar, atender e fazer a fisioterapia quanto a questão mais individual mesmo, mas eu gosto bastante do fisioterapeuta na atenção primária, porque acho que consegue contribuir em muitas outras questões (Marina).

Camila faz uma análise crítica da sua formação apontando fragilidades na estruturação curricular do seu curso de graduação. Para ela, havia uma segregação entre teoria e prática e uma polarização do aprendizado, as quais a faziam questionar que tipo de profissional se tornaria. Na maioria dos cursos de graduação, o estudante tem uma aproximação com a prática somente nos últimos semestre de curso, o que o impede de vivenciar o lado profissional. Alguns colaboradores mencionaram que existem lacunas na formação, mas que têm ocorrido avanços no sentido da inserção de alunos no cenário do SUS e na formação de novos sujeitos que tenham “capacidade de aprender, não apenas para adaptarmos à realidade, mas, sobretudo, para transformar, para nela intervir, recriando-a” (FREIRE, 1996, p. 69).

Ingressar na residência talvez tenha sido a oportunidade de encontrar “um espaço aberto a múltiplas possibilidades de criação e invenção” (SILVA, CABALLERO, 2010). Essa invenção não foi garantida pela formação tradicional “recebida” pelos colaboradores durante a graduação, o que se refletiu no desejo destes de cursarem uma residência, que seria um possível potencializador de transformações, para então “navegar por mares nunca dantes navegados”³.

4.2.2 Um lugar de encontro no qual se constrói uma nova identidade

Em meio a tantas “leituras flutuantes” (Minayo, 2008) de histórias cheias de vivências de um universo particular, a palavra residência sobressaiu nas narrativas intensa de significados e sentidos por aqueles que experimentaram ter sido residente.

A escolha da residência foi considerada muitas vezes incerta e o incentivo para fazê-la veio de pessoas próximas que conheciam a proposta da residência e o trabalho na saúde da família. Para muitos, a residência foi à primeira experiência profissional depois da graduação, e esta experiência teve o sentido de um caminhar para o mundo do trabalho. Alguns colaboradores explicaram o sentido da residência como sendo “*uma porta aberta*” (Anita), “*o ponto inicial para que eu pudesse escolher o que quero para minha vida*” (Antônia).

³ Trecho do poema Os Lusíadas, 1572, de Luís Vaz de Camões.

Entretanto, para Dom Pablo a residência vem na “*ótica e perspectiva do encontro... no encontro com outros sujeitos de diferentes lugares*”. De repente sair do seu lugar de origem, de tudo que conhece e reconhece e estar em um lugar que poderia se ressignificar e desenvolver novas práticas. Para ele, ingressar na residência não foi uma entrada direta no mundo do trabalho, mas um processo de transição da graduação até esse objetivo. Sair do seu mundo para ganhar outros mundos e novos rumos.

Pensando nessa relação do profissional fisioterapeuta e a prática da residência, Rosa (2012) investigou o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCAR desenvolvendo uma pesquisa histórica e documental, além de entrevistas de atores envolvidos no processo como tutores, preceptores, coordenação e residentes. Neste estudo, a autora afirma que a maioria dos residentes destacou o Programa de residência como atividade de maior relevância para a sua formação profissional e sua escolha seu deu pela possibilidade de capacitação em serviço, no trabalho em equipe com ações coletivas e pelo incentivo financeiro da pós-graduação (ROSA, 2012).

Outra descoberta inicial na residência foi à concepção de aprendizagem e a proposta metodológica do curso, que possibilitou aos residentes uma aprendizagem para além do conhecimento cognitivo (capacidade de articular e mobilizar conhecimentos), permitindo o desenvolvimento de habilidades (atributo psicomotor) e atitudes (atributo atitudinal/afetivo). Dessa maneira, houve um melhor delineamento no desenvolvimento da concepção de competências de ações nas práticas profissionais.

“... a experiência que tive na residência com o método do PBL aqui como aluna (residente), tem facilitado minha atuação como tutora” (Anita).

“Eu acho que a experiência com esse tipo de metodologia da residência faz com que a gente trabalhe de outra forma” (Antônia).

“O programa de residência da UFSCar o qual eu fiz, eu achei que ele já nasceu com uma potência muito grande quando se propõe a trabalhar a partir de uma nova metodologia que não seja a partir de uma educação bancária, mas espiral construtivista baseada na problematização...” (Dom Pablo).

A concepção bancária considera a educação como um ato de depositar conhecimentos onde não há estímulo para criação e transformação de sujeitos críticos. Ao contrário da educação bancária, a concepção problematizadora e libertadora desperta uma relação dialógica no educando e educador, na qual ambos aprendem juntos (FREIRE, 2005). Dom Pablo destaca que é preciso valorizar os referenciais teóricos da América Latina a exemplo de Paulo Freire e Enrique Dussel.

Os colaboradores afirmaram que a utilização de práticas pedagógicas e metodologias inovadoras favorecem a reflexão sobre a inserção profissional no mundo do trabalho, e contribuíram para a produção de conhecimento e para a construção de redes de mudanças sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Assim, a residência foi um desafio, uma abertura para um novo olhar do aprender a aprender.

Contudo, Dom Pablo aponta que houve tensionamentos entre residentes e tutores a respeito da orientação pedagógica. Para ele em alguns momentos os tutores tinham uma postura de educadores bancários e “muitos não tinham saboreado o SUS”.

“Quando eu falo de sabedoria de conhecimento é de... eu ouvi isso de um cara de uma comunidade alternativa do Ceará, que “sabedoria tem a ver com saborear a vida, o quanto e como você saboreou a vida”. Então sabedoria é a gente saborear. Não tem a ver necessariamente com conhecimento” (Dom Pablo).

Além disso, para os colaboradores as áreas de competências propostas nesta residência capacitaram os fisioterapeutas para atuação em diferentes cenários e contextos, ou seja, a residência conduziu os residentes para várias áreas, para além do contexto da SF. Entretanto, durante a residência muitas vezes não esteve claro esse potencial de preparação para a docência e para a função de apoiador em saúde – institucional, matricial, assim como a ocupação de espaços de gestão do trabalho em saúde, assistência e educação popular.

“Quando percebi que a residência poderia me ajudar comecei a ver que poxa se não fosse a residência não teria chegado nunca onde eu cheguei hoje, não teria! Acho que nem teria prestado o mestrado, teria ido trabalhar em algum lugar, não sei” (Anita).

“A residência contribuiu em muitas questões, porque se não fosse a residência hoje eu não estaria trabalhando no NASF” (Marina).

No início da residência, o imaginário do fisioterapeuta sobre Saúde da Família e sua composição era distante da realidade. Essa visão foi mantida também após concluírem o curso, pois a residência muitas vezes não é valorizada como um título em determinados serviços e ou concursos relacionados à fisioterapia.

“Fiquei um tempo morando em São Carlos ainda, prestando vários concursos. Foi uma época muito tensa porque prestava vários processos seletivos, entrevistas e nada parecia dar certo” (Sophia).

“Eu cheguei a prestar concursos em outras áreas... cheguei a pensar que a residência não tinha adiantado de nada, não que não serviu para nada, mas não vai me dar a possibilidade de aplicar meus conhecimentos”... (Camila).

“Quando eu terminei a residência me desanimou um pouco, porque os concursos que prestei para trabalhar na prefeitura na atenção básica não valorizavam a presença da especialização ou contava como especialização de 360 horas como qualquer outra. A gente tem o conhecimento, tem a experiência, mas a gente não consegue entrar em um lugar se eles não reconhecerem o título” (Anita).

Alguns editais de concursos para fisioterapia desconhecem o título da residência e na pontuação de títulos contam apenas a carga horária de 360 horas, como visto no depoimento acima. Vale destacar também que as questões aplicadas nas provas de concurso não condizem com o cargo concorrido; por exemplo, em concursos para fisioterapeuta NASF são enfatizados os conteúdos clínicos e há poucas questões de saúde pública. Esta situação pode ser modificada com a união dos fisioterapeutas com a participação ativa das questões para a valorização profissional.

Apesar do desânimo e da descrença iniciais, a partir das falas dos colaboradores podemos observar que por meio de vivências proporcionadas pela residência em cenário de prática nas USF, ao longo dos dois anos, foram construídas e adquiridas novas capacidades. Esses ganhos foram obtidos tanto em termos de campo quanto de núcleo, ou seja, entende-se o campo da área da saúde como o conjunto de saberes e práticas comuns a várias profissões de determinada área do conhecimento. O núcleo seria a identidade profissional e disciplinar do sujeito, isto é, o conjunto de saberes e práticas específicas de cada profissão (CAMPOS, 2000a). Como destacado por Ametista, Antônia e Suellen:

“Para mim não ficou uma formação puramente técnica do fisioterapeuta enquanto área específica, mas também para muitas coisas. A residência mais no sentido de aspectos da saúde pública, questões ligadas à gestão, organização de coletivos, questões dos próprios princípios e diretrizes do SUS, valorização dos trabalhadores da saúde, propostas de educação, principalmente, educação continuada e educação permanente” (Ametista).

“Se eu tenho a residência em saúde da família eu também posso promover outro tipo de suporte que vai além do núcleo de saber da fisioterapia” (Antônia).

“Foi rico desde o núcleo específico até as questões de vigilância, promoção da saúde e o planejamento em saúde” (Suellen).

O fisioterapeuta é apontado pelos colaboradores como um profissional da saúde e o seu conhecimento adquirido não é restrito a área “técnica” do cuidado fisioterapêutico,

biologicista e reabilitador. Neste sentido, é destacada por Antônia a importância de ter passado por uma formação diferenciada, que lhe proporcionou um olhar ampliado, trocas de saberes com as equipes e comunidade, “*problematizando*”, “*analisando a situação*”, “*em pensar um pouco sobre a situação vivenciada*” de coisas que não se aprende em livro e sim no convívio com os outros.

“A residência me ensinou não só o conteúdo teórico, isso foi até pouco perto das vivências de trabalho com outras pessoas, o trabalho em equipe, com a comunidade” (Antônia).

Camila traz a ideia de que a residência a fez entender que o fisioterapeuta é um profissional de saúde, de entender a integralidade e que contribuiu para um “*olhar crítico à organização da rede*”, “*a organização do processo de trabalho*” que uma especialização *lato senso* de 360 horas não poderia oferecer. Além disso, proporcionou um aprendizado no lidar com as adversidades do trabalho em equipe durante o enfrentamento cotidiano do novo e uma reflexão sobre novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, incluindo promoção e prevenção.

Nesta perspectiva, a integralidade do cuidado é vista em diversas dimensões com o intuito de ser alcançada de forma mais completa possível. Dentre essas dimensões, a integralidade é pensada em rede, em uma reflexão das práticas das equipes de saúde que não acontece em apenas um lugar, mas é fruto de múltiplas tecnologias e fluxos de ações intersetoriais (CECÍLIO, 2001).

Outro aspecto importante ressaltado nas Histórias Orais foi o papel da residência de induzir mudanças no modelo de atenção à saúde, fortalecendo a atenção primária e consolidando a ESF. Os residentes, ao comporem as equipes de SF, compartilham saberes e soluções diante da complexidade do ato de cuidar. Desta forma, foi possível tecerem redes no plano coletivo, ampliando espaços de diálogo e escuta, como podemos depreender no relato de Ametista:

“A gente ia fazendo por entender que os espaços e a rede de saúde ela acontece com conversa, com alianças positivas, com protocolos instituídos a partir de conversas, de avaliação de risco, de entender que o outro e tudo isso acontece com diálogo ou com formação de coletivo ou com pessoas, formação de rede, um trabalho em equipe conformado por pessoas” (Ametista).

Neste aspecto, a articulação em rede tem potencial de estimular os coletivos a apontar e discutir elementos que possam contribuir para a elaboração de novos compromissos e de estratégias democráticas e resolutivas na produção de cuidado. No seu componente de densidades tecnológicas distintas, é preciso que as redes de atenção se configurem em sistemas integrados, eficazes e de qualidade, possibilitando o acesso da população às ações e serviços.

Um valor positivo atribuído à residência foi o da *“integração - pesquisa, ensino e trabalho”* que permitiu a Suellen um espaço de análise do seu processo de trabalho, ou seja, uma práxis ao invés de uma prática mecânica. Ela ainda valoriza o trabalho multiprofissional por *“ser integrado e ao mesmo tempo ele tem que ter um formato de trocar conhecimento que é a do apoio matricial”*.

O apoio matricial configura-se como arranjo organizacional, assim como uma metodologia de gestão do trabalho, que opera na lógica da construção conjunta com as equipes de SF, excluindo a lógica do encaminhamento e na constituição de redes de responsabilidades, como também na potencialidade de agregar outros saberes de distintas especialidades e profissões. Na perspectiva de ampliação do trabalho clínico e sanitário, este método é adotado no NASF no intuito de aumentar a resolutividade e a territorialização das ações na APS no Brasil.

Outra questão é a dificuldade em trabalhar com matriciamento.

“Acho um pouco difícil a fisioterapia trabalhar no apoio matricial, eu mesma como fisioterapeuta acho difícil. A gente não quer apoiar, a gente quer pegar a pessoa, atender e reabilitar, enfim. É lógico tem a parte de promoção, prevenção, mas sempre olhamos mais para a fisioterapia. É uma coisa difícil e muitas vezes têm que se controlar” (Anita).

A proposta de apoio matricial ainda é um território pouco conhecido pelos fisioterapeutas. Devido à formação individualizada e reabilitadora desses profissionais, a ideia de compartilhar conhecimentos é vista com estranhamento. A própria Anita confirma a concepção de que o profissional também precisa se visualizar como *“um agente importante na atenção básica”*, que possa ter uma atuação integrada com as equipes de SF a partir do contexto familiar, com o propósito de promoção, prevenção e reabilitação em âmbito individual e coletivo.

As várias ferramentas e abordagens utilizadas na residência, tais como a de planejamento estratégico e gestão em saúde, foram destacadas pela colaboradora Suellen.

“... a residência contribuiu para mim uma análise de cenário, para o meu pensamento estratégico, planejamento de ação, entendimento em vigilância em saúde, análise de micropolítica, entendimento das relações dentro da equipe, como as equipes se relacionam, relação de poder dentro da equipe, nossa isso foi uma coisa que aprendi muito na residência, a relação de hierarquia mesmo ela não apareça, ela está dada, ela está lá e ela influencia muito nas questões de trabalho” (Suellen).

Esse relato revela um processo de descobertas e de reflexões críticas das questões implicadas na micropolítica da organização do processo de trabalho e as tecnologias das relações que o residente pode conhecer e desenvolver durante essa formação em serviço. Essas reflexões abriram caminho para questionamentos a respeito da importância desse tipo de qualificação para os fisioterapeutas que querem atuar no SUS e sobre a forma com que são conduzidos os cursos de graduação atualmente.

“A residência realmente tinha que existir? Porque se existisse um curso de fisioterapia que fosse pautado nas diretrizes curriculares que focam o SUS, será que precisaria de residência? É difícil de responder por que não vivemos essa realidade, mas se eu fosse hoje dá opinião eu falaria assim Eu acho que sim, precisaria de residência.” (Suellen).

“... eu acho que todos os fisioterapeutas que passaram pela residência com certeza saíram diferentes” (Ametista).

Diante disso, a residência multiprofissional em saúde, tomada como estratégia de formação dos profissionais desta área, apresenta-se como fundamental para a construção do ensino na área de maneira articulada com o SUS.

“Tenho plena certeza que todo mundo deveria ter passado por uma residência porque eu vejo pessoas que passam por especialização lato senso não tem a mesma formação de uma residência” (Ametista).

Dom Pablo salienta que a residência é uma iniciativa importante das IES, principalmente pelo programa ser financiado pelo MS para capacitação de profissionais recém-formados ou para aqueles que estão nos serviços de saúde há mais tempo. Entretanto, ele não acredita que a residência seja a “salvadora” dos processos educacionais fragmentados da formação da graduação. Além disso, Dom Pablo aponta outra contribuição dessa formação em serviço:

“Eu acho que ela (a residência) é potente para contribuir com a consciência do sujeito” (Dom Pablo).

Viver “no olho do furacão como um turbilhão, que arranca o que está preso, movimenta” e ao mesmo tempo “na ilha da fantasia, onde tudo é possível e onde não há limites para o sonho” (DALLEGRAVE, KRUSE, 2009, p. 213) fez parte da vida desses egressos, que buscaram na residência um novo sentido de vida, trabalho e relações; talvez uma busca por algo que não encontraram na formação universitária.

Cada colaborador experienciou ser residente de uma forma singular, uns viveram mais a tempestade das 60 horas semanais uma imersão profunda nessa residência, que não é uma casa, mas que pode ser uma moradia, um lugar de encontro onde foram acolhidos. Outros percorreram mais a “ilha da fantasia” e a busca de identidade: como residentes que não eram estudantes e nem trabalhadores. Assim, tendo saboreado e experimentado novos conhecimentos, práticas e reflexões, os agora profissionais saíram diferentes dessa residência, e foram viver “a vida como ela é”⁴.

4.2.3 O estranhamento com o mundo do trabalho: novos desafios e perspectivas

Para os colaboradores a experiência cotidiana do trabalho é vista como um movimento de invenção e reinvenção, com diversas formas de experimentação do viver e conviver com as pessoas, de produzir cuidados, do encontro com o novo, com o desconhecido. Sob essa perspectiva de descobertas e produção de inéditos:

“O trabalho é uma das experiências mais ricas que uma pessoa tem e, por isso, ele produz nela novas formas de entender e agir no mundo e com as outras pessoas. Ao produzir coisas e serviços, como o de assistência à saúde, por exemplo, o sujeito produz a si mesmo” (BRASIL, 2005, p. 75).

Inseridos no mundo do trabalho alguns colaboradores relataram como o trabalho acontece ou deveria acontecer no cotidiano dos seus serviços. Um dos pontos destacados foi a importância de promover um espaço de escuta para o profissional, com conversas que possibilitem mediar seu processo de trabalho e refletir sobre projetos e ações, tornando produtivo o ato de saúde, tal como destaca Ametista:

“...a escuta do cotidiano dos trabalhadores foi o que mais me deu subsídio para pensar projetos e ações... venho atuando no sentido de fomentar coletivos, de valorização dos profissionais, da formação de uma identidade

⁴ Livro A Vida como ela é, 1961, de Nelson Rodrigues.

regional e disso temos mantido Rodas de Conversas mensais com os trabalhadores” (Ametista).

Uma das formas de escuta são as rodas de conversa que se constituem como espaços coletivos que ampliam a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos implicados com a produção de saúde. Além disso, elas favorecem a gestão participativa que produz o encontro de ideias e questionamentos gerando autonomia e respeito às subjetividades dos trabalhadores (CAMPOS, 2000b). O espaço de escuta tem sido um ponto chave para estabelecer vínculo e responsabilização dos profissionais com os usuários.

Deste modo, Antônia faz uma reflexão crítica sobre sua própria práxis e relata que começou a exercitar a escuta, a perceber as dinâmicas do trabalho e a atenção à comunicação não-verbal e especialmente, a saber o momento certo de se expressar e posteriormente problematizar e intervir. Todo esse processo permitiu um ganho de experiência de vida. Neste contexto, Freire (1996, p. 119) compreende que escutar “... vai além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro”.

Outro ponto a ser destacado é a valorização dos trabalhadores. Segundo Antônia, o investimento da gestão na educação do trabalhador, ofertando cursos de especialização e capacitações, foi um fator positivo de valorização profissional, que permitiu mudanças nas práticas de saúde com demais membros da equipe. Quando não se estabelece esta valorização, muitas vezes começa a se desencadear no trabalhador um processo de “*adoecimento*”, “*estresse*” e “*cansaço*”. Desta forma “impossibilita criar novas normas de funcionamento onde se pode experimentar uma vida mais saudável” (BRASIL, 2008, p. 95).

Constata-se que as capacitações no formato de “treinamento” e “transferência de conhecimento” têm pouco impacto nos processos de trabalho na perspectiva de ação-reflexão-ação, ou seja, que desencadeie um processo reflexivo e de aprendizagem a fim de contribuir para a construção de soluções aos problemas identificados na melhoria da qualidade dos serviços.

Dom Pablo completa que o trabalhador de saúde precisa ter tempo para estudar, priorizar as especializações financiadas pelo Estado, para que o trabalhador possa ressignificar suas práticas. Além disso, ele diz ser necessário redescobrir em si mesmo suas potências para além de ser trabalhador de saúde, e assim poder incorporar e ter a oportunidade de desenvolver essas potências no cotidiano do trabalho como a “*poesia, pintura, culinária...*”

todos os movimentos no campo do ser mais”. Assim sintetiza a reflexão de Dom Pablo: “*A gente está para construir mais!*”.

Ser mais é uma expressão muito usada nos escritos de Paulo Freire. Para o autor, buscar ser mais não se estabelece no individualismo ou no isolamento dos seres, mas sim na harmonia e na solidariedade (FREIRE, 2005).

Dom Pablo vem incorporando no seu mundo do trabalho essas potências no campo da música, poesia e permacultura. Na função de articulador de educação popular em saúde, ele tem se dedicado à articulação entre a saúde e a potência da arte e cultura popular enquanto fator determinante e condicionante de saúde. Ele salienta a educação popular em saúde como espaço de interlocução entre o saber popular e o saber científico.

“A principal função da educação popular da saúde é estar facilitando ou contribuindo para que haja um diálogo justo entre o saber técnico científico e o saber popular que não deixa de ser científico e não deixa de ser técnico só que vem de outro lugar, que faz muito sentido e soma” (Dom Pablo).

A EP aparece em quase todas as histórias, principalmente naquelas em que o colaborador exerce o papel de apoiador. No sentido da formação de trabalhadores e do desenvolvimento para o SUS, a EP em saúde vem como uma estratégia potente que estimula a criação de espaços coletivos no mundo do trabalho que proporcionam um momento de diálogo e troca de experiência.

“... trabalho do apoiador tem a ver com uma lógica de educação permanente, mudança de processo, de democratização no trabalho, das falas, de trazer as pessoas para o espaço de gestão colegiada, de facilitar a criação, de dar autonomia do trabalhador e permitir sua maior participação (Suellen).

“Basicamente eu faço o dia todo é educação permanente tanto na organização do processo de trabalho quanto na articulação de caso. É abrir a roda, é colocar o povo para conversar. Muitos momentos de educação permanente a gente acaba trabalhando os conflitos que aparecem nas equipes. O apoiador faz esse papel também de mediador de conflito nas equipes” (Camila).

Nota-se que o papel do apoiador em saúde, seja ele institucional ou matricial, tem uma interface com a EP no sentido de fortalecimento das redes de cuidado e articulação com diversos serviços de identificação coletiva dos nós-críticos, permitindo o desenvolvimento de uma gestão democrática, participativa e compartilhada.

Desta forma, podemos refletir sobre os movimentos de mudança do processo de trabalho a partir da EP entendendo que este:

... parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A Educação Permanente é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, p. 10).

A maioria dos colaboradores ressalta que a EP e as Rodas de Conversas levam a um processo de gestão mais participativo entre os membros da equipe. A palavra “*coletivo*” frequentemente desvelou-se das narrativas dos colaboradores. O “*abrir a roda*” é para muitos “*formar coletivos*”, instituir “*espaços coletivos*” no resgate da humanização das relações em serviço e que sejam claras e horizontalizadas. A EP oportuniza abrir espaço de novas demandas de formação. A fala de Suellen resumiu todo esse contexto:

“A gestão compartilhada, além de democratizar as relações, torna a gestão menos distante da realidade vivida pelos trabalhadores e usuários. Fomentamos espaços de gestão compartilhada entendendo que esses são também espaços de formação” (Suellen).

A gestão compartilhada é aquela que promove encontros produtivos para o reconhecimento dos gestores, trabalhadores e usuários como atores concretos de ações em saúde que buscam construir acordos, consensos e parcerias (BRASIL, 2008b).

Em contrapartida, segundo sua concepção, Sophia não encontrou esses espaços coletivos de produção no seu mundo de trabalho. É possível interpretar na sua fala um tom de decepção diante da realidade vivida, em que ela não observa possibilidades de uma construção conjunta, pois não há por parte da gestão um reconhecimento da singularidade dos trabalhadores e do seu trabalho.

“... quando cheguei ao município que estou trabalhando atualmente, deparei-me com um processo de trabalho retrógrado, uma gestão centralizadora, verticalizada e que me reduz a simples atuação de fisioterapeuta. No começo senti-me frustrada, parecia que eu falava e ninguém me entendia” (Sophia).

Suellen e Sophia trouxeram suas percepções e sensações sobre a gestão, e as relações de poder vivenciadas no seu mundo do trabalho.

“... a gestão é centralizada somente em uma pessoa: a coordenadora da unidade e é “super” verticalizada, burocrática e autoritária. É muito difícil trabalhar num ambiente assim. Sinto-me presa no pensar e agir” (Sophia).

“... o sofrimento hoje está ... é de participar de espaços “duros” de gestão onde você percebe a impossibilidade, a incapacidade, a falta ou o posicionamento mesmo de alguns atores em não permitir uma discussão que é democrática. São espaços onde as coisas são construídas de formas verticalizadas tranquilamente e eu nem consigo analisar se isso é uma coisa avaliada pela gestão ou se é um estilo de gestão que vem se encaminhando pelo país” (Suellen).

Percebe-se nas falas que há uma centralização e verticalização do poder que dificulta os processos de mudança, pois o trabalhador não tem autonomia para desenvolver seu trabalho, isto é, ainda prevalecem relações hierárquicas, onde há pouca interação entre os trabalhadores e o processo de trabalho é fragmentado. Além disso, as relações de poder e disputas estão muito presentes no interior das equipes. A cogestão pode ser um instrumento importante de produção de mudanças nas organizações e relações de trabalho entendendo-se que,

não se busca localizar o exercício do poder nos espaços coletivos, mas reconhecê-los como potentes dispositivos para a produção de novos possíveis, de pertencimento às obras e ao território, de construção de si e das relações no e com o mundo (LOBATO, 2010, p. 79).

O início do trabalho foi desafiante para todos e teve um significado próprio para cada um, sobretudo, no que diz respeito ao trabalho em equipe, cuja evidência foi significativa na maioria dos relatos. Para Suellen, de alguma maneira constituir espaços interativos e reflexivos de discussão e problematização de situações vivenciadas no cotidiano gera um desequilíbrio no “*status quo*”. Os desafios e enfrentamentos presentes nesse cotidiano de encontros e confrontos foram carregados de segurança, aprendizado e prazer, mas também de insatisfação, desgaste e sofrimento. Além de ser importante identificar o problema, também é importante encontrar possibilidades de enfrentamento, diálogo e pactuações.

Neste sentido, Anita enfatiza que a vivência da residência foi crucial no preparo para o mundo do trabalho e atualmente se sente segurança para atuar como docente de uma universidade pública.

“Tenho segurança do que eu aprendi, do que vivenciei e estou muito segura para com as coisas lá... reflito bastante sobre o que adquiri nesses anos para trabalhar na minha docência em Sergipe” (Anita).

Já para Ametista atuar em outra área teve um grande impacto pela própria formação do fisioterapeuta como podemos verificar:

“Quando assumi o meu atual trabalho como articuladora regional de saúde mental foi um choque! Eu mesma me perguntei: enquanto fisioterapeuta, o que eu sei de saúde mental? Respirei fundo e fui à luta!” (Ametista).

Ametista reagiu a esse desafio não desistindo diante do primeiro obstáculo posto. As vivências do fisioterapeuta na saúde mental são poucas ou quase zero. Porém, ao longo do tempo Ametista percebeu que naquele trabalho a sua função era mais no campo da Saúde Pública e articulação de redes.

Para Antônia e Camila, a entrada delas no mundo do trabalho foi um processo difícil. As equipes não compreendiam o papel do apoiador institucional. Para as equipes era a chegada dos recém-formados, dos desconhecidos, do “estrangeiro”. Camila chega a afirmar que houve hostilidade de algumas pessoas com a sua chegada. Havia uma resistência à mudança, de querer agregar novas formas de trabalho.

“Olham com estranhamento para o jovem que chega com formação em saúde da família e muita energia para realizar várias transformações!” (Camila).

A entrada de um novo membro em uma equipe algumas vezes gera um ar de desconfiança. Os conflitos revelam a heterogeneidade e tensões das relações em equipe, ou seja, “os conflitos precisam ser enfrentados, nominados e expostos” (BRASIL, 2005c, p. 100).

Marina e Sophia trazem outros aspectos do trabalho, principalmente na implantação do NASF e as dificuldades que vem confrontando para realizar o matriciamento.

“O NASF quer discutir caso, e não atender individualmente caso a caso, mas acontece o seguinte em muitas unidades “*É caso de fisioterapeuta, toma*”, me entrega o prontuário” (Marina).

“Aqui no município a visão do NASF e do matriciamento é muito errada, os meus colegas de trabalho sofrem muito. Somos cobrados para atuar como NASF, mas nem a própria gestão central não entende o que é NASF, não abraçou a ideia... é complicado!” (Sophia).

Observa-se nos trechos que ainda pouco se conhece do trabalho do NASF e do apoio matricial dos profissionais junto às equipes de saúde da família. A lógica do encaminhamento está muito enraizada quando se tem outros conhecimentos especializados trabalhando no mesmo local. É evidente a ampliação do cuidado em saúde quando distintas especialidades e profissões compartilham saberes com as equipes de referência. Neste sentido, o trabalho em

equipe mostra-se como o maior desafio e de grande potência para os entrevistados. O trabalho em equipe deve ser permeado pelas tecnologias leves, pela cooperação e pelo respeito à diferença, possibilitando uma forma de trabalho interdisciplinar, tendo em vista que a finalidade do trabalho é o cuidado. Camila define bem:

“O trabalho em equipe envolve mesmo muita paciência, muita abertura para o outro, entender que veio de um lugar diferente, tem uma experiência diferente, uma formação diferente e que nem tudo vai ser igual e temos que aprender a somar” (Camila).

“O fisioterapeuta não é formado para trabalhar em equipe...” (Ametista).

Entretanto, a partir do relato de Ametista, o fisioterapeuta não está preparado para trabalhar em equipe e realiza cotidianamente um trabalho fragmentado e individualizado. No trabalho em equipe podemos observar diversas maneiras que os trabalhadores se relacionam, onde o diferente prevalece. Diferentes pessoas com diferentes olhares, diferentes saberes e fazeres, diferentes histórias que se encontram no mundo do trabalho (BRASIL, 2005c).

Podemos observar um aspecto muito interessante das narrativas, que é o prazer demonstrado pelos colaboradores em poder trabalhar em equipe.

“Acho que trabalhar em equipe é muito bom. Aprendo muito com os outros. Aprendi muito com as outras profissões... eu trabalho com pessoas que são bem diferentes de mim e estou aprendendo a lidar com isso” (Antônia).

“A gente trabalha sempre em equipe. Acho que como o trabalho se propõe a construir um inédito viável dentro do campo da coletividade, do sujeito coletivo, dialogando com singularidade do sujeito individual, só poderia ser feita de maneira coletiva” (Dom Pablo).

O crescimento coletivo se configura com a maior potência da equipe. Acreditar no movimento de mudança da manutenção do comodismo para um processo de transformação que possibilita a inclusão (BRASIL, 2005c).

Assim, vivendo o mundo do trabalho na forma de ser agir e sentir de um trabalhador (os seus estranhamentos, as relações de poder presente, tensões e conflitos, mas também de subjetividade em produção), os fisioterapeutas deixaram o mundo “protegido” da residência. Caminharam então para a vida real e começaram, a partir de diversos fatores vivenciados, a pensar em construir sonhos, aspirações, a vislumbrar o que esperam do futuro... “Somos seres de desejo” (BRASIL, 2005c, p. 95).

4.2.4 “O futuro a Deus pertence!”

Neste capítulo, foi possível conhecer as tendências futuras desses profissionais e constatar que o mundo do trabalho envolve o trabalhador, seus desejos e interesses. O que há de vir a ser para os colaboradores tem muita relação com o que estão vivenciando hoje e agora.

O colaborador Dom Pablo se denomina como um “*homem do presente*” e que “*o futuro é hoje*” a partir dos sonhos, do que queira fazer e realizar no momento. Ele expressa seu desejo de trabalhar nas comunidades alternativas com permacultura e acredita que não precisa trabalhar em uma instituição.

“... o cuidado com as pessoas e o cuidado com a terra e o compartilhamento de excedentes para mim é um caminho possível para que a gente rompa com o caminho da hegemonia do sistema capitalista, que serve para colocar as pessoas no lugar de mercadoria e não de pessoas produtoras da vida” (Dom Pablo).

Entretanto, Suellen, Ametista, Sophia, Antônia, Camila e Anita tem cada uma, diferentes perspectivas de trabalhar como professora em uma IES. Para algumas delas, estar dentro da universidade traz a ideia de proteção; é como se as paredes das IES fossem muralhas de proteção a todo sistema de conflitos e interesses políticos, que ao mesmo tempo as possibilitam dialogar, debater e colocar seus pensamentos na roda sem o pesar que ocorre nos serviços de saúde.

Suellen sempre teve vontade de ser professora e de permear os caminhos da integração ensino-serviço, potencializando a EP. Atualmente, ela faz essa interface de integração com instituições de ensino estando no município. Deslumbrando um futuro próximo de estar em posição contrária.

“Sempre tive vontade de fazer, de trabalhar integração ensino-serviço... e hoje eu acho que a academia realmente é o exílio pós-moderno (risos)” (Suellen).

Ametista nos empresta sua frase para denominar esse capítulo. As experiências e aproximação com a extensão universitária, a própria residência, um trabalho mais próximo do SUS e sua história a fizeram querer ser professora e disseminar esse conhecimento para a graduação na articulação ensino-serviço.

“O futuro a Deus pertence! (risos). Tenho muita vontade de trazer isso para a formação e sempre desenvolver trabalhos junto com a gestão de municípios ou gestão do próprio estado, trabalhar, fazer essa articulação, aproximação da academia com a gestão” (Ametista).

Sophia vai lutar para realizar seus sonhos como professora, ela acredita que a sua experiência na saúde pública abriu portas para atuar em cursos e poder contribuir na formação de pessoas.

“Para que serve nosso conhecimento se não para passá-lo adiante?” (Sophia).

Camila cita que seria um trabalho prazeroso ser orientador/tutor de estágio na universidade. Essa seria uma atuação mais em campo, junto com a comunidade e aos usuários, no território vivo de permanente construção e transformação.

“Acho que o trabalho que deve ser muito gostoso de fazer é ser orientadora de estágio de universidade... essa coisa de rede e educação” (Camila).

São diversos os planos e significados internalizados por Antônia para um futuro breve e distante. O primeiro desejo é continuar a investir na sua formação profissional e “*aprendendo muito com o dia a dia do trabalho e da vida*”, assim como retornar para suas origens, mais próxima da família. Para um futuro diverso e longínquo:

“... abrir um restaurante, um bar, passar em um concurso público, ser professora, casar, ter filhos, ter uma vida mais estável e fixar em algum lugar, bom penso em tudo isso, mas ainda não organizei todas estas ideias” (Antônia).

A estabilidade financeira de um concurso público é almejada por Antônia e Marina. Atualmente, as garantias do registro formal, tais como salário, férias remuneradas e décimo terceiro, dentre outros benefícios assegurados por lei, é um desejo de muitos brasileiros. Marina gostaria de conciliar o trabalho formal, que lhe proporciona as garantias, com um negócio próprio (clínica), que de fato seria mais rentável para ela.

“... eu tenho uma clínica e eu gosto muito de trabalhar na atenção básica e ter outro foco ...pois dá uma equilibrada, além de estar registrada, por isso estou feliz assim. porém, a clínica é o meu negócio próprio, vejo a importância de investir nela, por mais que faça outras coisas” (Marina).

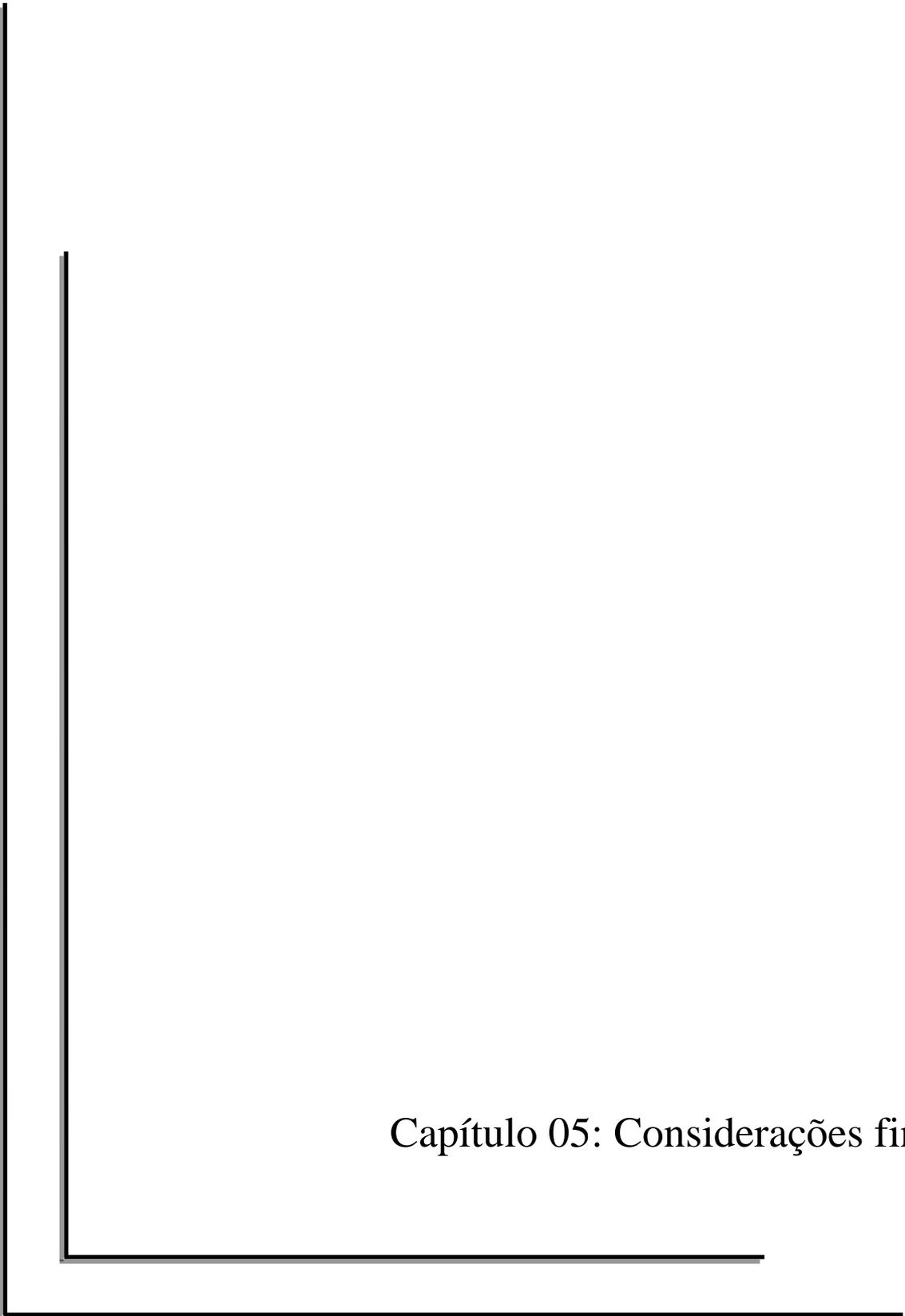
Anita já vive a realidade de ser docente de uma IES. O curso onde leciona é novo e ainda não formou a primeira turma. Tem a expectativa de crescer profissionalmente na universidade, pois está na área que gosta. Pretende continuar morando no nordeste, mas voltaria para o estado de São Paulo caso aparecesse outra oportunidade interessante.

“Eu estou crescendo e o curso também, então crescemos juntos. A expectativa é a de ficar na universidade” (Anita).

Débora está atuando na atenção secundária em um centro de prevenção e reabilitação, e demonstra estar feliz onde trabalha. Não descarta a possibilidade de retornar para a atenção primária.

“Quero continuar mesmo trabalhando na área, conquistando cada vez mais espaço e sendo reconhecida pelo meu trabalho. Eu voltaria para atenção primária se tivesse oportunidade, porque é uma área bacana que eu gosto” (Débora).

Por que pensar em sair da fisioterapia? O que falta na formação que não está ajudando no enfrentamento das dificuldades das relações humanas? Vimos que os desejos expressos pelos colaboradores são bem distintos. Segundo Guattari & Rolnik (1999, p. 215) “... desejo não é forçosamente um negócio secreto ou vergonhoso como toda psicologia e moral dominantes pretendem. O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores.”



Capítulo 05: Considerações finais

Neste estudo buscou-se conhecer os caminhos percorridos por fisioterapeutas que vivenciaram um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em uma universidade pública do estado de São Paulo.

Um dos maiores desafios dessa investigação foi a escolha do desenho do estudo. Dentro da abordagem qualitativa, que responde à intenção de investigar um fenômeno a HO mostrou-se em potencial. A aposta nessa técnica nos trouxe desafios, dentre eles, o de estudar uma metodologia muito utilizada nas ciências sociais, mas pouco usual na área da saúde.

Mediante o caminhar no desvendamento, a técnica de aplicação da HO foi um dos pontos-chaves dessa metodologia que ocorre na transformação das entrevistas em narrativas, processo denominado de transcrição. Esta não foi uma tarefa simples, pois requereu um conhecimento aprofundado das histórias de cada colaborador e a descoberta de evidências importantes para a análise. Além disso, o novo texto transcrito traria interpretações construídas a partir do encontro e do compartilhando entre pesquisadora e colaboradores.

Deste modo, com nove histórias orais, iniciou-se um delicado processo de captar a essência das narrativas. Os nove fisioterapeutas, que por indicação da técnica, foram denominados de colaboradores, contaram suas histórias do processo de formação e do mundo do trabalho, sendo possível interpretar as repercussões dessas experiências na prática profissional de cada um.

Ao compartilharem suas narrativas, os colaboradores tiveram a oportunidade de resgatar os momentos marcantes dos diferentes “pontos de partida” da formação acadêmica até chegarem na “invenção” ou no “encontro” chamado residência. Vindos de seus diferentes pontos de partida, foram “navegar em mares nunca dantes navegados” e em busca de uma identidade ao se encontrarem na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade – RMSFC. Ao saírem da residência, após dois anos da construção cotidiana dessa identidade, enfrentaram novos desafios que os conduziram para “a vida como ela é”. No mundo do trabalho, carregado de tensões, estranhamentos e disputas, enfrentaram esses desafios de modos singulares e a partir dessa nova construção mostraram desejos por novos rumos apontando que “o sonho é a satisfação de que o desejo se realize”⁵.

Na análise das narrativas identificou-se que, mesmo oriundos de diferentes IES, os fisioterapeutas tiveram uma formação com foco predominantemente biologicista e com uma visão fragmentada sobre a saúde e o cuidado. Mesmo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em saúde apontar para um novo perfil profissional, as orientações

⁵ Trecho do Livro A Interpretação dos Sonhos, 1899, de Sigmund Freud.

para uma formação geral e orientada ao desenvolvimento de competências não foram identificadas ou reconhecidas na formação desses fisioterapeutas. Poucos vivenciaram uma formação voltada ao desenvolvimento das capacidades para aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer de modo orientado a uma prática profissional com qualidade e humanização do atendimento integral prestado pelo Sistema Único de Saúde, como aponta as diretrizes para a graduação em fisioterapia (MEC, 2001).

Todos expressaram que ao buscarem uma residência também buscaram mudanças para o exercício profissional e uma maior inserção no SUS. Como alguns desses fisioterapeutas, principalmente da primeira turma, participaram do movimento estudantil na saúde, este fato pode ter influenciado e contribuído pela escolha de uma residência cujo foco principal é o cuidado na atenção primária à saúde.

O modelo médico hegemônico, a lógica das especialidades e a utilização de tecnologias duras nas intervenções clínicas permanecem enraizados nos processos educacionais dos fisioterapeutas. Os colaboradores confirmaram que os aspectos como o trabalho multiprofissional e em equipe e a produção de uma clínica ampliada ainda são pouco reconhecidos na formação do fisioterapeuta.

Foi possível identificar que mesmo oriundos de diferentes IES, as discussões a respeito do perfil profissional generalista e crítico-reflexivo dentro das respectivas universidades foram incipientes. Os colaboradores consideraram que as transformações, quando ocorrem, são promovidas pelas características individuais de cada fisioterapeuta que busca uma nova identidade tornando-se um ator social alinhado aos princípios do SUS.

A residência, para os sujeitos da pesquisa, foi considerada um lugar de encontro onde puderam construir uma nova identidade. Um espaço protegido e acompanhado, uma experiência única para a maioria dos fisioterapeutas. De fato, essa modalidade de formação em serviço baseada em práticas pedagógicas e metodologias inovadoras, a utilização de cenários de práticas diversificados e a construção de competências nas áreas de cuidado, gestão, educação e pesquisa mostraram-se como potentes dispositivos capazes de produzir mudanças na formação desses profissionais.

Paralelamente, ao saírem da residência, os fisioterapeutas revelaram por meio de suas experiências profissionais uma “vida como ela é”. Os sentimentos predominantes foram de solidão, de sentirem-se como estrangeiros na adversidade e diversidade do mundo do trabalho. Não tinham mais o espaço protegido e acompanhado ou da perspectiva do coletivo da residência.

Os colaboradores compartilharam, ainda, seus sentimentos iniciais de espanto e desconforto por não saberem como lidar com diferenças originadas pela assimetria de poder, especialmente pelos atravessamentos e ingerências nos espaços de gestão. Como fomentar espaços coletivos e reflexivos no mundo do trabalho, tal como tinham na residência? Como ampliar a escuta e construir um trabalho em equipe virtuoso? Como considerar a perspectiva das diferentes profissões da área da saúde em um cuidado integrado e integral?

Diante das possibilidades e impossibilidades de lidar com “a vida como ela é”, os colaboradores trilharam o caminho de três “R”: retorno, rompimento e resiliência. Desse modo, a escolha em retornar para a universidade foi o desejo da maioria dos colaboradores. Em outras palavras, um retorno à sensação de proteção advinda do período da residência e desejada, principalmente, pelas dificuldades vivenciadas no trabalho e pela aparente falta de recursos para lidar com esse contexto.

O mundo do trabalho foi fundamentalmente considerado, pelos colaboradores, duro e sofrido. O desejo pelo “retorno” pareceu responder à busca pelo lugar conhecido, pelo abrigo seguro oferecido pela universidade. Esse caminho mostrou-se mais atraente do que o enfrentamento dos desafios cotidiano dos serviços de saúde.

Dessa forma, dentre as escolhas profissionais, temos que a maioria dos colaboradores optou por atuar na área da gestão. Isso, nos leva a questionar: Porque esta área atrai e mobiliza os fisioterapeutas?

Ainda foi possível identificar nessa busca da realização profissional, outra opção, um movimento extremo; o “rompimento” com a área da saúde e da fisioterapia. Este apontou para o desejo da renovação e reconstrução de identificação. Esses colaboradores desejam caminhar em outros campos da vida e do trabalho que não o da área de formação acadêmica na área de fisioterapia.

Com um movimento distinto, onde e como aqueles que desejam continuar desenvolvem a capacidade de resistir e mostram pela resiliência, persistindo na construção do SUS e do perfil do fisioterapeuta inserido no cenário da atenção primária?

Nas idas e vindas da vida, os fisioterapeutas que colaboraram com essa investigação mostraram que suas escolhas foram influenciadas pelos valores, saberes, interesses e práticas em construção desde antes da residência. É, entretanto, destacável o papel da residência na consolidação de princípios voltados à humanização e integralidade do cuidado em saúde.

Para os programas de residência, vale ressaltar que a residência acontece no mundo real, mas há espaços de apoio e reflexão para os residentes. Cabe questionar se o desenvolvimento de capacidades para lidar com a “vida como ela é” não deveria fazer parte

do perfil do egresso. Para o mundo do trabalho, em especial para os serviços de saúde, cabe questionar a necessidade de promover espaços de reflexão entre os profissionais, principalmente instituir espaços de EP nas equipes, favorecer a reflexão para a mudança do paradigma de formação profissional a partir da análise dos processos de trabalho nos eixos da universalidade, integralidade e equidade.

Referências

ADLER, M.S. **Transformando médicos: experiências de aprendizado em Homeopatia nos relatos dos egressos do curso de especialização da Faculdade de Medicina de Jundiaí.** 255 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

ALMEIDA, A.B. **A graduação em fisioterapia no contexto da formação de profissionais para o sistema de saúde no Brasil: um olhar sobre o curso da Universidade Federal de São Carlos.** 203 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

BARBOSA, et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

BRASIL. **Decreto Lei N. 938, de 13 de outubro de 1969.** Provê sobre as profissões de fisioterapia e terapia ocupacional, e dá outras providências. DOU nº. 197 de 14/10/69 – retificado em 16/10/1969. Sec. I – Pág. 3658.

_____. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União. Brasília, DF, v. 134, n. 248, p. 27833-841, 23 dez. 1996.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** 1997. 37 p.

_____. Ministério da Educação. **Resolução Nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002.** Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

_____. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Texto de referência para discussão nas oficinas do **I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança na graduação em saúde:** Aprender SUS. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção de cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005c. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde:** experiências, avanços e desafios. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006.

_____. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008a. p. 1-16.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Grupo de Trabalho de Humanização. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 160 p.

_____. **Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010.** Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. 2010b. p. 1-5.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Nº 204, 24 out. 11. Seção 1 p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 20 ago. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 set. 2012b.

BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, jul./set. 2009.

CAMPOS, F.E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 25, n. 2, p. 53-9, 2001.

CAMPOS, F.E. de. A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, p. 1547-55, 2007.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Mattos, R.A; Pinheiro R, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC ABRASCO; 2001. p. 113-128.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução nº 10**. Aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília, 1978.

COPQUE, H.L.F.; TRAD, L.A.B. Programa saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e serviços de saúde**. v. 14, n. 4, p. 223-33, 2005.

COURY, H.J.C.G.; VILELLA, I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 356-63, jul./ago. 2009.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**. v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009

FERREIRA, S.R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: Uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (orgs). Brasil. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.A. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências. UNI. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**. v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, v. 3, n. 1, p. 24-27, jan./dez. 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 47.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, M.S. **A Atenção Básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional.** 138 f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GALLO, D.L.L. **A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e a formação universitária.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006.

GOMES, R.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; SILVA, C.F.R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. & SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005c. p. 185-221.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p. 79-108.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HAAS, C.M.; NICIDA, D.P. Projeto pedagógico interdisciplinar na e para a formação do fisioterapeuta: dialogando com as diretrizes curriculares. *Rev. Teoria e Prática da Educação*, v. 12, n. 1, p. 17-23, jan./abr. 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - Censo 2010.** Disponível em <www.ibge.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 27 out. 2012.

LOBATO, P.C. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política.** 117 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MEIHY, J.C.S.B. **Canto de morte Kaiowá: história oral de vida.** São Paulo: Loyola, 1991.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral.** 4. ed. Revista e ampliada. São Paulo: Loyola, 2002. 246 p.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007. 175 p.

MENDES, E.V. **Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: [s.n.]; 2009.

MEYER, D.E.; DKRUSE, M.H.L. **Acerca de Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão**. 6º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem. Teresina, Piauí, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PONTE, J.P. Estudos de caso em educação matemática. 2006. *Bolema*, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. **O estudo de caso na investigação em educação matemática**. *Quadrante*, 3(1), 3-18. (replicado com autorização). 1994.

RAGASSON, C.A.P. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional**. Cascavel. 2004. Disponível em: <http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2011.

ROSA, S. D. **Tecendo os fios entre educação e saúde: a formação profissional na residência multiprofissional em saúde**. 219 f. Tese (Doutorado em Fundamentos da Educação), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1403-1410, 2009.

ROCHA, V.M. et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas (ABENFISIO). **Fisioterapia Brasil**. v. 11, n. 5, p. 4-8, 2010.

SILVA, D.J.; ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciê. Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

SILVA, Q.T.A.; CABALLERO, R.M.S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. . In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V. L. (orgs). Brasil. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

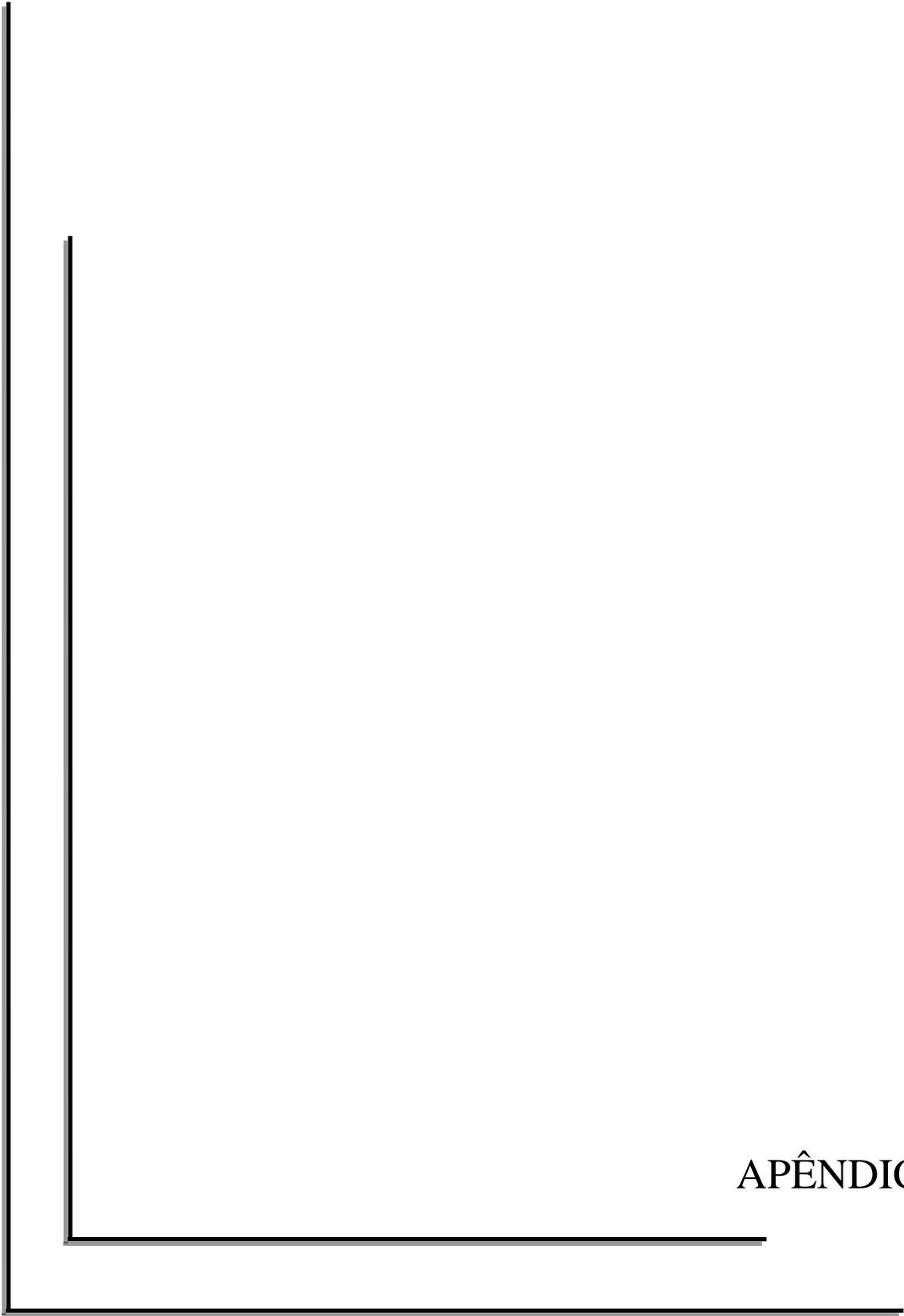
SOUSA, C.S. **O desenvolvimento curricular do curso de fisioterapia em uma instituição de ensino superior do interior do estado da Bahia** – um estudo de caso do tipo etnográfico. 184 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania), Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2011.

SUMIYA, A.; JEOLÁS, L.S. Processos de mudança na formação dos fisioterapeutas: as transições curriculares e seus desafios. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**. Maringá, v. 32, n. 1 p. 47-53, 2010.

UFSCAR. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2012-2014/** Universidade Federal de São Carlos, Prefeitura Municipal de São Carlos. – São Carlos: RMSFC/UFSCar, 2012. 90 p.

VILLELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. [Case study research: design and methods]. Claudio Damacena (Sup.). Daniel Grassi (Trad.). 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.



APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo a pesquisa “*Vivências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade*”.

Este projeto tem como objetivos analisar as vivências e experiências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCAR, para compreender o trabalho deste profissional, no âmbito da APS.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação para entrevista por considerá-lo depoente para o estudo em questão. Sua participação nesta pesquisa será de responder perguntas feitas pelo pesquisador e as respostas serão gravadas, se consentidas. O dia e horário da coleta de dados serão combinados previamente de forma a não causar prejuízos ao cotidiano do participante. As falas dos entrevistados serão gravadas e posteriormente, transcritas.

Sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa. Pela coleta de dados ser composta por uma entrevista, oferece riscos mínimos caso sua identidade fosse revelada, porém será garantida a autonomia a todos os envolvidos, o anonimato e a confidencialidade das informações a serem obtidas. Apesar disso, será facultado o direito do participante em questionar as perguntas ou solicitar esclarecimento em caso de dúvida de entendimento, constrangimentos, de conduta moral, ética e afins.

As informações e opiniões emitidas por você não lhe causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão assegurados o sigilo e anonimato. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja do seu interesse a continuidade na participação, poderá retirar este consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que está vinculada. Só será suspensa a pesquisa, caso os participantes se recusem a participar num número que comprometa os dados para análise.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. As entrevistas serão identificadas por letras do alfabeto e, se necessário, utilizar respostas literais na escrita de artigo e/ou manuscrito serão seguidos os mesmos critérios de identificação.

Informo, ainda, que o benefício relacionado a sua participação neste estudo será de forma indireta no sentido de que os resultados obtidos poderão contribuir para conhecer as contribuições da formação em serviços para os fisioterapeutas e suas atividades no trabalho na atenção primária.

Ressalto que, os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado em gestão da clínica, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclave, tanto em nível local, nacional e internacional. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Roseli Ferreira da Silva
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Orientadora
roselifs@ufscar.com.br

Mariana Lisboa Costa
Mestranda em Gestão da Clínica
Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Pesquisadora
Telefone para contato: (16) 8848-9277
lisboa_mari@yahoo.com.br

Eu, _____, aceito participar da entrevista da pesquisa “*Vivências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade*” em data e local a serem definidos antecipadamente. Estou ciente que a entrevista será gravada, seus resultados tratados com sigilo e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

São Carlos _____ de _____ 2012.

Assinatura

APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA AJUDAR A AMPLIAÇÃO DA ENTREVISTA

Questões:

1 - Conte como foi sua trajetória, a sua história de atuação profissional neste ambiente de trabalho no qual está inserido.

Como você vê a sua atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde?

Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho? Descreva-as e explique cada uma delas no âmbito do cuidado individual e coletivo, gestão e educação em saúde.

Quais as dificuldades e facilidades que você encontra no seu trabalho em equipe na atenção primária?

2 – Qual fato marcou sua vida nessa trajetória de formação?

3 – Em que medida a Residência Multiprofissional em Saúde da Família contribuiu com essa história que você acabou de contar?

4 – Gostaria de acrescentar alguma coisa?

5 – E o futuro?

APÊNDICE C - PERFIL DOS EGRESSOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

1. Sexo:

fem

masc

2. Idade:

20 a 30 anos

51 a 60 anos

31 a 40 anos

mais de 60 anos

41 a 50 anos

3. Estado civil:

solteiro (a)

separado (a)

casado (a)

divorciado (a)

relacionamento estável

4. Tem filhos?

não

1

2

5. Há quantos anos você é formado?

menos de 5 anos

5 a 10 anos

mais de 11 anos

6. Área de atuação:

saúde coletiva

neurologia

saúde da família

outro _____

ortopedia

7. Fez ou está fazendo algum tipo de especialização, depois da Residência?

não

sim, mestrado

sim, estágio (com mais de 360h)

sim, doutorado

pós-graduação lato senso

7.1. Se sim, em qual(is) área(s)?

8. Quantas horas você trabalha por semana:

até 40 horas

mais de 60 horas

40 a 48 horas

49 a 60 horas

9. Em quantos lugares trabalha atualmente?

1

2

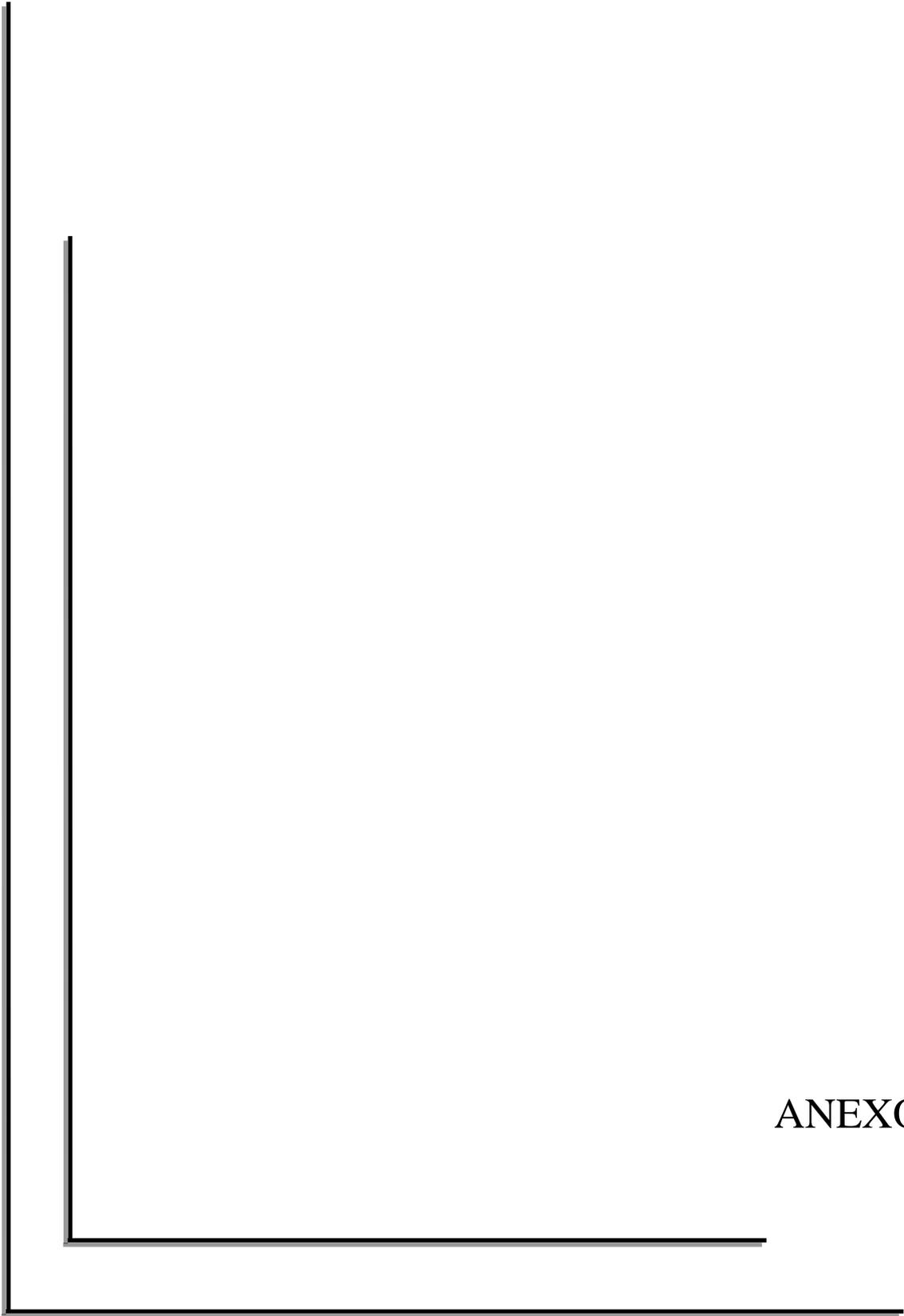
3 ou mais

APÊNCIDE D – CARTA DE CESSÃO**CARTA DE CESSÃO**

_____, ____/____/_____.

Eu, _____,

declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em ____/____/2012 para o trabalho de mestrado: *“Vivências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade”* para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo que terceiros a ouçam e usem citações dela, ficando vinculado o controle à UFSCAR (Universidade Federal de São Carlos), que tem sua guarda.



ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
 CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br
<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 221/2012

Título do projeto: Vivências dos fisioterapeutas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

Pesquisador Responsável: MARIANA LISBOA COSTA

Orientador: ROSELI FERREIRA DA SILVA

Colaborador(es): VALERIA VERNASCHI LIMA

CAAE: 0321.0.135.000-11

Processo número: 23112.004200/2011-00

Grupo: III

Área de conhecimento: 4.00 - Ciências da Saúde / 4.08 - Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Conclusão

As pendências apontadas no Parecer nº. 094/2012 foram satisfatoriamente resolvidas. **Projeto aprovado.** Atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
 - O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
 - O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
 - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
 - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
 - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
 - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.
- São Carlos, 15 de maio de 2012.

Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
 Coordenador do CEP/UFSCar

ANEXO B – HISTÓRIAS ORAIS

Narrativa – Ametista

“Os projetos de extensão universitária com o referencial da educação popular foram minha base de formação na universidade. Isso para mim é a base da minha formação para saúde pública”.

Vou falar só um pouquinho antes da residência. Na verdade meu desejo depois da graduação era fazer mestrado. Só que eu achava que fazer mestrado em saúde pública ou saúde coletiva ficaria, talvez, com alguns vazios da falta da prática. Por mais que na minha graduação tenha tido bastante prática dos trabalhos de extensão universitária eu queria fazer uma residência no sentido de também ser uma formação, mas também um trabalho já mais prático. Nesse sentido, logo depois da residência eu comecei o mestrado em fisioterapia mais com ênfase em saúde coletiva. Então, eu trabalhei com a temática da formação do fisioterapeuta para o SUS. Foram dois anos um pouco mais tranquilos do que era na residência porque a residência exigia uma dedicação, uma inserção e imersão no serviço muito forte, mesmo enquanto residente. Enquanto formação dos residentes, entre eles nos espaços de militância, nos espaços de reunião entre a gente, nos espaços de planejamento.

E aí o mestrado foi uma imersão mais teórica, vamos dizer assim. De certo modo eu senti muita falta dessa relação com a prática e fiz a defesa desse projeto avaliando o curso de fisioterapia da [...], mas tentando fazer uma correlação bem próxima com o SUS e com a saúde coletiva: como a formação estava se aproximando dessas questões; que questões nacionais estavam postas, e o que a [...] e o curso de fisioterapia estavam caminhando juntos ou caminhando em movimentos contrários. Foi um mestrado bastante interessante, mas ao mesmo tempo foi um período que acho que me distanciei um pouco da saúde coletiva em si, dos movimentos, dos espaços mais coletivos. Foi um momento bem diferente do que eu tinha vivenciado na residência.

Após o mestrado eu vi a possibilidade de ingressar no doutorado em outra universidade e ao mesmo tempo eu fui selecionada para um processo seletivo para ser apoiadora no projeto do departamento regional de saúde, regional [...], num projeto de educação permanente que trabalhava com os gestores do município da região. Então, eu fui selecionada e também, ao mesmo tempo, que fazia as disciplinas do doutorado estava nesse projeto de educação permanente. Foram três gestores de três municípios e fiz esse trabalho por oito meses, mais ou menos. Foi um período bem difícil porque a temática da gestão é uma temática diferente. A residência ela dá uma possibilidade de aproximação com o tema da gestão, mas até certo limite. Ela em alguns pontos tem bastantes lacunas até porque a proposta da residência na verdade era saúde da família, ela tinha um objeto específico. Em alguns momentos faltou isso na minha formação e ao mesmo tempo era uma formação na prática também. De algumas questões muito específicas do trabalho de uma gestão municipal e as dificuldades de uma proposta de intervenção como de um apoiador, que é uma figura externa, e da recepção desse apoiador em relação aos gestores. A região tinha muita dificuldade em aceitar esse papel, essa pessoa, de entender a própria ferramenta da educação permanente.

Foram muitos desafios nesse sentido e foi uma grande experiência. Foi uma oportunidade muito interessante de intervenção na prática relacionada à gestão.

Uma questão que para mim foi a mais difícil foi em relação ao município de São Carlos que pelos coordenadores do projeto eles acharam que eu teria mais facilidade por ter sido o município que eu vivenciei na residência, mas foi ao contrário. A figura do residente em São Carlos ainda é visto como uma figura muito, em alguns momentos e por algumas pessoas, infantilizada. Claro que não dá para generalizar. Questões de formação, “são estudantes”, eram colocadas para nós. E agora eu estava vindo como ex-residente, **apoiadora** de uma secretaria de estado da saúde. Achei que houve muita resistência nesse sentido, muitas barreiras de andamento do processo. O trabalho com o município ficou muito prejudicado diferente de outro município, por exemplo, como em [...] que o trabalho foi “super” interessante, saiu coisas muito legais, propostas muito interessantes.

Então assim, até porque, a vivência da residência na UFSCar ela desde a minha turma, que foi a primeira turma em 2007, até agora conseguiu absorver 2 residentes, se eu não me engano. Ficamos pensando até os motivos para que tem um programa de residência no município que não absorve os próprios residentes. Um município que de certa forma possa na formação desses profissionais para trabalhar na rede, mas que infelizmente não consegue absorver ou não quer absorver. Não sei quais os motivos. Isso que enfrentei de ter feito esse apoio no município para mim foi muito conflituoso. Essa coisa de não se vê como uma pessoa que fez a formação dentro do próprio município e por isso poderia ajudar mais e acabou que essa estratégia adotada, a gente avaliou no final como ruim. Era melhor que realmente fosse uma pessoa que tivesse total desconhecimento anterior do município, infelizmente. Daria, inclusive, para fazer um trabalho com os próprios residentes atuais, daria para fazer muitas outras coisas que não saiu dali do círculo da equipe de gestão mais central.

E agora trabalho no departamento regional de saúde. Depois do trabalho do apoio, acabou tendo uma conversa e eu fui indicada para um cargo que estava vago e hoje eu trabalho nesse departamento que é vinculado a secretaria de saúde estadual com a missão, vamos dizer assim, de fazer o processo de articulação da saúde mental para os 24 municípios da região. Bom, eu falo missão primeiro porque a questão de saúde mental hoje é um desafio pelas questões que estão postas. Acho que sempre foi, mas atualmente com a questão do álcool, do crack, de drogas em geral vem colocando uma situação de fragilidade os profissionais, da própria saúde coletiva, não temos respostas para muita coisa ainda e realmente precisa-se ter certa militância e também uma experiência, como da residência, ou para entender os processos que acontecem. Como provocar espaços coletivos, espaço que é de gestão a nível estadual. Como é que eu penso a minha figura como apoiador, promovo e procuro fazer intervenções que estejam mais próximas dos municípios, dos trabalhadores dos municípios coisas que isso não vem sendo construída ou foi construída muito tempo atrás por uma outra pessoa e por um longo período, de uma lacuna de 5 ou 6 anos sem uma pessoa a frente que promovesse esse tipos de articulação, de promover rodas, de promover espaços coletivos de conversa entre trabalhadores e apoio.

Nesse sentido a residência ela me deu uma base em termos de **campo** e não de núcleo. A residência mais no sentido de aspectos da saúde pública, questões ligadas à gestão, organização de coletivos, questões dos próprios princípios e diretrizes do SUS, valorização dos trabalhadores da saúde, propostas de educação, principalmente, educação continuada e

educação permanente. Então, nesse aspecto está me proporcionando uma intervenção que considero bastante interessante, apesar de ainda ser bem difícil. Até porque eu sou fisioterapeuta, mas estou na saúde mental. Então, *a priori* era uma coisa que eu estava bastante longe da minha realidade de atuação enquanto fisioterapeuta. Mas acho que nesse sentido a residência ela cumpriu todos os pré-requisitos para atuar em gestão, em questões de saúde pública. Para mim não ficou uma formação puramente técnica do fisioterapeuta enquanto área específica, mas também para muitas coisas. Mas, por outro lado, está mais na questão de campo, um profissional mais geral ou considerado **sanitarista**.

Ainda eu acho essa inserção do fisioterapeuta na atenção primária está muito **incipiente**. Com a política do NASF aproximou um pouco mais. Eu falo muito que eu estou muito contaminada, no bom sentido, por estar em uma região do interior de um estado que é aqui onde estamos com municípios de pequeno porte. A maioria dos municípios que estão na nossa região tem menos de 40 mil habitantes, 20 mil habitantes e aí é outro tipo de realidade. Então, a maioria dos municípios não conhece o NASF, não podem ter NASF até pela questão populacional.

É uma realidade assim o fisioterapeuta na maioria dos municípios está ainda a nível de reabilitação em centros de reabilitação, atendimento individual, curativo. Ainda não é uma realidade. E o que eu tenho ouvido falar do cenário nacional é a questão da precarização do trabalho do fisioterapeuta ter que assumir 8, 10 equipes e fazer o apoio que é totalmente inviável. E também é o que está na política. Se o município assim aceitar!?! Ainda existe uma indefinição de papel. O que é para ser feito na atenção primária? Em que momento a reabilitação entra? Em que momento eu atendo? Em que momento eu sou apoio? Em que momento eu sou um profissional que poderia atuar mais na assistência? Existem muitas lacunas e ainda não está uma coisa muito tranquila. Mas acho que há avanços na formação e os alunos estão indo mais para o campo de trabalho dos fisioterapeutas ou da própria equipe de saúde da família.

Está se apostando em uma formação que faça com que os novos profissionais tenham um entendimento mínimo do que seja o próprio espaço da atenção primária. Acho que nesse sentido tem avanços e alguns outros avanços ao nível do ministério da saúde atualmente com algumas políticas, mas em termos do trabalho em si há uma dificuldade da própria categoria é não entender seu papel na atenção primária. Os profissionais que foram formados há três, dois anos muitos deles não tiveram formação na saúde pública ou em certo momento que tivesse essa experiência. Eu acho que existe certa frustração da proposta do apoio matricial em alguns municípios porque há uma dificuldade relatada de que os profissionais não conseguem interagir, trabalhar em grupo, trabalho em equipe, pensar em prevenção. Existe uma série de dificuldade que escuto existirem no NASF.

O fisioterapeuta não é formado para trabalhar em equipe, porque existe um incentivo a competitividade das profissões. Em alguns momentos não tem nada a ver com a competitividade mais tem a forma como os profissionais colocam o seu processo de trabalho muito ainda no seu núcleo, muito restrito ali naquela atuação clínica. Mas eu acho que tem uma coisa da própria instituição ser uma **deformadora** ou um obstáculo para que o trabalho em equipe consiga ocorrer mesmo. Até tenho lido várias coisas do Gastão. Ele traz muito essa questão de análises institucionais e que tem um monte de **atrasamento** que, de certa forma, fragmenta e burocratiza muitas questões do processo de trabalho. Alguns mais, outros

menos. Desde uma equipe de saúde da família a uma equipe que trabalha na gestão ao nível estadual ou nacional. Se os profissionais não tem uma sensibilidade para, realmente acontece que o trabalho em equipe fica prejudicado, porque cada um vai fazer seu processo de trabalho. Não existe uma proposta de apoio integrado, de trabalho integrado, de assistência integrada que seja nos demais níveis.

Quando se fala de gestão na esfera estadual penso que cada profissional considera sua área de forma isolada. Entretanto, quando a gestão atinge a esfera municipal as demandas e contextos sociais são distintos. Como é que a gente trabalha em equipe a nível estadual para que a demanda que a gente envia para o município ela seja o mais integrado possível para que não haja demandas excessivas que o município não consiga exercer. E até uma equipe de saúde da família se não tem uma conversa, se não é pensado um projeto terapêutico, por exemplo, para um paciente uma coisa mais ali um encontro do profissional/usuário se você não tem um espaço de conversa que combine coisas cada um vai fazer da sua categoria da sua área procedimento diferentes para uma mesma pessoa sem uma avaliação conjunta disso.

Existem vários graus e eu acho que vai depender muito de que a pessoa vem com uma sensibilidade ou uma formação para ou se a instituição ela não consegue dá conta de estimular, provocar esses espaços, ter um espaço de educação permanente para refletir o processo de trabalho é difícil as pessoas organizarem um processo de trabalho em equipe, porque culturalmente a gente nunca foi estimulado para isso. Uma gestão a nível municipal que não consegue dar conta de promover espaços, estimular o trabalhador a pensar no seu próprio processo de trabalho, e o trabalho em equipe a gente vai ter muita dificuldade de implementar isso na prática. **Não vem no vento e acontece.** Tem técnica, tem formas, estratégias, gestão de processos de trabalho que tem que ser realizadas. Porque senão a gente vai ficar nadando na teoria.

Quando assumi o meu atual trabalho como articuladora regional de saúde mental foi um choque! Eu mesma me perguntei: enquanto fisioterapeuta, o que eu sei de saúde mental? Pensando um pouco vi que pouquíssima coisa, não tive nada na minha graduação que passasse perto desse tema. Na Residência vivenciei algumas situações com usuários com transtornos mentais e outros que estavam em uso abusivo de drogas. Também tive oportunidade de fazer a formação em Terapia Comunitária. Voltando ao trabalho... Respirei fundo e fui à luta! Risos. Comecei fazendo leituras dos mais variados textos possíveis sobre Saúde Mental. Tinha muito interesse em saber mais sobre o processo histórico em que a Saúde Mental foi se delineando no Brasil para poder entender o hoje. Após isso, parti para leituras das portarias, da função dos serviços, da organização da rede etc. Após e concomitante fui conhecer dois CAPS de dois dos nossos municípios e retomei o Colegiado Regional de Saúde Mental mensalmente. Com certeza, a escuta do cotidiano dos trabalhadores foi o que mais me deu subsídio para pensar projetos e ações. Foi então que percebi que nesta função não era fisioterapeuta, nem pretendia ser um “projeto de psicóloga”. Minha função, mais uma vez, estava dentro do campo da Saúde Pública. E isso independente de área, não descartando a importância de se conhecer as especificidades de cada uma delas. Neste momento, venho atuando no sentido de fomentar coletivos, de valorização dos profissionais, da formação de uma identidade regional e disso temos mantido Rodas de Conversas mensais com os trabalhadores, a garantia da discussão mais da gestão com os articuladores municipais no espaço do Colegiado de Saúde Mental, a inclusão da pauta da

Saúde Mental nos Colegiados de Gestão Regional, a organização de um Fórum Regional que está pertinho de acontecer! Estas ações me ajudaram a criar um norte, mas ainda há muita coisa para fazer, tudo isso foi só um pequeno passo e o caminho é longo!

O trabalho em equipe todo mundo sabe falar hoje. É a coisa mais comum do mundo, mesmo quem nunca teve nenhum tipo de formação; *ah não, a gente trabalha em equipe! A estratégia de saúde da família é em equipe.* Mas se você for observar o processo de trabalho isso é bastante complicado. Foi um dos grandes desafios da residência como a gente era a primeira turma inclusive. Chegar novos profissionais em uma equipe que era mínima para tentar organizar e coordenar esses trabalhos de uma forma que fosse uma equipe única, com conhecimentos diferentes foi um parto. E ainda continua sendo pelo que escuto. Era um processo de construção dessa forma de trabalho, mas eu acho que já houve avanços consideráveis em relação a isso.

A residência, no primeiro momento, ela também veio muito com essa coisa da teoria posta. *Ah! Porque a gente trabalha em equipe, porque é uma relação horizontal em trabalho de pequenos grupos, é porque aqui é uma relação democrática, porque a gente vai trabalhar no sistema de espiral, porque a gente vai e volta os conhecimentos e blábláblá...* Só que vinha as coisas muitas prontas para gente, o nosso grupo de residentes era muito questionador neste sentido. Foi um embate muito intenso mais que deu muitos frutos, nos conseguimos fazer num espaço de colegiado entre a coordenação do programa e os residentes, e que foi um dos espaços mais interessantes de construção de um espaço institucional que não existia. Era até uma coisa inédita pensar isso dentro de um programa de especialização na UFSCar, que tivesse um formato neste sentido em que o aluno tinha representatividade, o residente tinha representatividade e deveria dar suas contribuições. Aí já foi um primeiro momento de impacto, vamos dizer assim de embate.

Depois disto acho que as coisas foram ficando, talvez, densas no sentido de que proposta a gente conseguia forma enquanto coletivo, a gente apostou nas nossas reuniões de residência, que também tiveram altos e baixos; alguns movimentos desmobilizavam um pouco. Foi esse o aprendizado de formação de coletivos que na residência proporcionou tanto a formação quanto o processo. A questão dos altos e baixos como é que a gente organiza determinadas pautas a partir de determinadas demandas e como é que a gente faz dessas demandas prioridades, como é que a gente sai com o planejamento com ação para essas coisas, como que a gente fazia e aprendia a fazer uma fala que houvesse representatividade nesse espaço de colegiado e não a minha opinião? Tudo isso nós, residentes, conversávamos muito no espaço reunião da residência, nesses espaços coletivos, e eu acho que é uma das coisas que mais está se apostando, inclusive, na política do ministério da saúde. Tem que se formar coletivo para que as coisas aconteçam no sentido de que as pessoas precisam conversar, precisam planejar, precisam se entender, precisam compartilhar experiências, colocarem em diálogo todos os profissionais independentes do âmbito.

Acho que a residência atingiu tanto no seu espaço institucional como nos espaços que os residentes provocaram, espaço não institucional, tiveram méritos bem importantes de pensar estratégias e fomentar ações que não estavam dentro da nossa carga horária semanal prevista pelo projeto. É a questão dos próprios movimentos mesmo como pensar em controle social. De certa forma a gente fez um movimento de controle social dentro do programa de residência, todas essas questões relacionadas à saúde pública foi pauta da nossa... inclusive

até propostas mais ampliadas de questão de descriminalização, exclusão social, equidade, determinantes sociais como é que a gente lida com todas essas questões que estão próximas da gente. E também lá em 2007 já falávamos em articulação de rede, apesar de ser uma coisa muito recente, já pensávamos e fizemos algumas ações de articulação de rede. Na época, com o terapeuta ocupacional em vários momentos a gente tentou articulação com a APAE, com o próprio CAPS, porque a gente via que a saúde da família ainda estava, era como se cada serviço fosse separado. Fizemos discussão de caso nos locais e trazíamos para as reuniões, para algumas reuniões em conjunto com os profissionais. Algumas coisas que ainda não estavam dadas na teoria estão apropriadas hoje.

A gente ia fazendo por entender que os espaços e a rede de saúde ela acontece com conversa, com alianças positivas, com protocolos instituídos a partir de conversas, de avaliação de risco, de entender que o outro e tudo isso acontece com diálogo ou com formação de coletivo ou com pessoas, formação de rede, um trabalho em equipe conformado por pessoas. Não são papéis. Como a gente organiza uma rede de saúde que seja integral, eficaz, com qualidade, universal para todos senão não conseguiria atingir as pessoas. Esse era a base da nossa discussão e também das **necessidades de saúde que elas não são disciplinares**, uma frase que ficou da primeira turma. Se tiver para dizer uma frase era essa. Ampliava muito o escopo do profissional na atenção primária, na própria questão da rede em si ou no trabalho de gestão para quem decidiu seguir essa área mais para frente. Não era um setor de trabalho pensado a priori. Até porque achava um campo muito “duro” de trabalho. Tem muitas questões políticas envolvidas, muitas questões burocráticas mesmo de papel, muitas questões de indicações de pessoas que estavam lá por ter certo privilégio a partir de outra pessoa. Coisas muito complicadas e também questões muito difíceis de lidar, questões de saúde que dava a ideia de a gente não sabia por onde começar e fazer. Eu a priori não pensava não, na assistência no primeiro momento e depois para academia mesmo enquanto professora.

Os projetos de extensão universitária com o referencial da educação popular foram minha base de formação na universidade. Isso para mim é a base da minha formação para saúde pública. Eu não tenho como contar da minha experiência se não conta isso. Deu toda a base para ministrar trabalho comunitário, pensar saúde com conceito ampliado, pensar as necessidades de saúde, entender as pessoas, valorizar o conhecimento popular. Muitas coisas fora a formação mais cognitiva (conhecimento técnico), falta formação de habilidades, falar em público, saber moderar um grupo de pessoas, planejar certa atividade para uma população específica. Todo esse embasamento eu não tenho como desvincular desse processo formativo que foi na graduação. E foi até inclusive que me fez decidir por seguir a área de saúde pública. E o outro ponto importante para minha formação foi a residência, com certeza. Logo depois da graduação foi minha próxima experiência. Eu pensava que já tinha vivenciado muitas coisas que na verdade que eu achava na residência ia me trazer mais questões de saúde pública, saúde coletiva e saúde da família mais específica ou mais técnicas e na verdade não. Foi isso também mais um monte de outras coisas.

A residência é uma imersão 24 horas por dia por dois anos e mais um pouco, porque quando termina a residência fala que é sempre residência. Eu penso que vários momentos foram difíceis inclusive de estar na residência de me autoavaliar, de avaliar o processo de muitas vezes ser um processo como se fosse um caminhão que passa por cima da gente e a

gente fica sem ação em vários momentos. A coisa meio atropelada em alguns momentos, sem horário para comer, sem horário para uma atividade física, porque pelo menos a minha experiência foi quase que imersão total. Em alguns momentos eu ficava pensando se isso realmente era a forma mais interessante de está fazendo uma formação. Achava que muitas coisas frustravam também. A gente veio com muito **ideal**. Eu acho que nesse sentido a residência trouxe um tanto de fermento de realidade, vamos dizer assim, nesse bolo (risos). E também trabalhar com o que é possível. Uma coisa a gente vem com um ideal e outra coisa é trabalhar o possível para aquele momento histórico.

A questão da paciência histórica foi outro ponto muito interessante dentro da residência. A gente entende que um grande processo foi construído lá atrás com os movimentos da reforma sanitária que teve um movimento gigante do país de estudantes e professores que não é o mesmo movimento que a gente tem agora. Apesar de ser uma coisa que está mais pulverizada, vamos dizer assim, as pessoas conseguem falar mais do SUS pelo menos quem está na área e trabalha na rede pública tem uma ideia do que foi um pouco disso, mas não tem a mesma força das pessoas que tinham antes, é uma avaliação minha e foi avaliação de outros colegas também.

A questão da informação e da pulverização do SUS não necessariamente hoje a gente consegue ter avanços tão rápidos como teve antes o modo de olhar o movimento da reforma sanitária. Mais também a gente teve muitos avanços e vem construindo coisas muito difíceis, porque acho que naquele primeiro momento precisávamos organizar a rede, estrutura física, serviços, pessoas para estarem nesses lugares e acho que hoje a gente enfrenta o desafio de implementar essas coisas. Uma coisa é implantar, foi o momento anterior. Outra coisa é **implementar**. Como a gente faz isso na prática? Como os profissionais organizam esses processos para que isso aconteça sem está na teoria? Pensando a paciência histórica é fundamental para não se frustrar no caminho. Coisas que em vários momentos não foi testado. Parece que não vai dar certo.

Desânimos e crises existências profundas, mas sempre a gente saía, porque encontra na outra pessoa **militante**, no outro profissional que conseguia trazer um fôlego novo, trazer uma experiência que deu certo, então eu acho que não teve melhor experiência nesse sentido também quanto profissional. Tenho plena certeza que todo mundo deveria ter passado por uma residência porque eu vejo pessoas que passam por especialização lato sensu não tem a mesma formação de uma residência. Passam longe no sentido de **experientiar** essas outras coisas que poderia está na grade de qualquer curso de especialização conceitos, teorias. Mais tem um tanto de outras coisas que no trabalho nosso atual está pedindo; que é essa formação também não cognitiva, de habilidades, como é que se trabalha com pessoas, de como fazer argumentações apropriadas em locais apropriados, em situações apropriadas, reuniões apropriadas. É um monte tanto de coisas que não está em grade curricular nenhuma. Eu acho que essa formação não cognitiva a residência ela é um espaço interessantíssimo para formação do profissional de saúde.

Eu acho que se tivesse para falar alguma coisa em relação ao fisioterapeuta. Eu acho que é uma categoria que da área da saúde é o que está mais distante da proposta do SUS, da inserção do trabalho na saúde da família ou as próprias questões mais humanas além de técnicas. Acho que o profissional fisioterapeuta é muito tecnicista ainda. E que está distante das discussões atuais do SUS, das discussões que estão sendo realizadas. Em muitos

momentos vejo que é um interesse no mercado de trabalho. *Ah, vocês precisam aprender sobre o SUS porque tem um concurso que está saindo. Vocês precisam saber sobre o SUS, porque está saindo um monte de concurso para trabalhar na prefeitura.* É assim que se fala! Apesar de ter muitos fisioterapeutas em posições muito interessantes de trabalhos, eu acho que como tem muito fisioterapeuta não dá para fazer essa comparação. Porque tem muita gente que está fazendo um trabalho ainda muito da década de 80, 90 bem para lá ou bem antes porque é um trabalho baseado na reabilitação, é um profissional que está saindo alienado, tem dificuldades de participar dos processos. **Se vê um trabalho em equipe então, nossa senhora! Assim é difícil. O trabalho dele é muito centrado nele mesmo.** A gente que estava na residência, viu e participou dos espaços de formação ou que tinham estudantes de fisioterapia vê que eles são alguns poucos que tem uma preocupação mais social ou de entender que sistema é esse.

Nesse sentido eu ainda fico muito preocupada, até pensei em fazer isso no doutorado como tema de pesquisa porque o fisioterapeuta ainda não consegue chegar nesse nível de discussão. E parece que é mais pelo sistema capitalista que a gente tem uma forma ainda hegemônica, biologicista. O que é valorizado ainda na fisioterapia são as altas técnicas de intervenção com aparelhos. E a gente fica produzindo conhecimento em cima de questões que está longe da realidade do Brasil. Preocupa-me! É uma questão de produzir conhecimento de alta tecnologia, mas nenhum momento é feito um estudo para se adequar a realidade brasileira. Parece que cada vez mais a gente está distante do SUS, do Brasil e de como a fisioterapia poderia estar contribuindo com isso tudo porque acho cada profissional tem a sua contribuição, o fisioterapeuta também tem na sua área específica que seja e é uma necessidade atual. Mais se for para fazer a mesma coisa que se faz em quaisquer outros espaços pensando no SUS a gente vai “derrapar na casca da banana”, caindo sempre, e não vai levantar mais para nada. Então é uma preocupação enquanto residente até por isso fiz o mestrado com esse tema.

E não quero falar nisso no doutorado porque não é uma coisa que nesse momento vai ter ressonância. Eu acho que a gente vai ter que ter outro tipo de estratégia dos fisioterapeutas para questão da saúde pública. Não sei o quê ainda. Era bom se alguém começasse a descobrir por onde a gente começa. Como é que consegue tirar as raízes principalmente nas universidades mais tradicionais dessa coisa da produção do conhecimento em técnica apenas em tecnologia de nível avançado e fazer com que os alunos se animem para isso: pesquisar sobre o SUS, atuar no SUS, na saúde coletiva que seja no centro de reabilitação. Não é para todo mundo ir para atenção primária, mas para um centro de reabilitação, para um hospital, mas saiba de onde está, para quê serve o seu trabalho, para quê serve o profissional fisioterapeuta no SUS. Infelizmente a implementação do SUS está acontecendo e os fisioterapeutas estão ficando de fora. Isso é triste. É bem ruim, mas pelo menos eu acho que todos os fisioterapeutas que passaram pela residência com certeza saíram diferentes. Acho que alguns podem ter tido mais ou menos espaços, possibilidades de estar atuando inclusive depois da residência em algum outro lugar, mas com certeza saíram com uma formação totalmente diferente de como entraram com certeza.

O futuro a Deus pertence! (risos). Eu tenho vontade de trabalhar em universidade na formação de graduação. Não vou ter problema de trabalhar com estudantes de fisioterapia de jeito nenhum, pelo contrário e acho que a ideia é essa. Pode ser uma das saídas, ter mais

peessoas dentro das universidades que tenham formação mais densa do que é estar no SUS, do que foi isso antes do SUS ser SUS, o que é agora, qual importância disso tudo pára história do Brasil. São coisas muito mais profundas do que a gente pensa. A gente é um **personagem dessa história**, mas acho que não temos noção da história que a gente está participando. Tenho muita vontade de trazer isso para a formação e sempre desenvolver trabalhos junto com a gestão de municípios ou gestão do próprio estado, trabalhar, fazer essa articulação, aproximação da academia com a gestão. Não quero ficar longe, só na academia, quero estar bem próximo de atividades que os municípios estão desenvolvendo, com certeza.

Narrativa - Anita

“Tenho segurança do que eu aprendi, do que vivenciei...”.

Depois da Residência SFC eu ingressei no mestrado da fisioterapia, que não era na área de saúde coletiva como gostaria, mas tentei ao máximo aproximar desta área, cuidando de gestantes das USF, tentando manter um vínculo. Quanto à pesquisa no mestrado, ela não teve nenhuma relação com a saúde da família. Foi específico da fisioterapia.

Durante o mestrado assumi o cargo de professor substituto na [...], professor/supervisor de fisioterapia na atenção básica. E eu acredito que a experiência da residência me ajudou porque além de ter o conhecimento, eu já tinha a prática nas USF, conhecia um pouco de como funcionava o sistema de saúde de São Carlos, e isso veio ao meu favor. Fiquei nove meses como professora substituta com os alunos na rede. Depois disso ingressei no doutorado. Assim como no mestrado minha pesquisa era na área de Saúde da Mulher. Da mesma forma tentando aproximar um pouco com a USF, e então veio a oportunidade de um concurso para docente na [...] que era no núcleo de educação em saúde e essa vaga era tanto para fisioterapeuta quanto para qualquer área da saúde, atuando com alunos do 1º ano na atenção básica.

Acredito que a minha residência favoreceu muito, inclusive conversando com os professores que foram à banca falaram que uns dos pontos fortes deles terem gostado da minha aula, terem gostado do meu perfil, foi eu ter feito a residência. Eles valorizam muito a experiência da residência. Era uma coisa que eu não sentia valorizada em outros concursos. Eu não conheço nada do sistema de saúde de [...], mas a experiência que tive na residência com o método do PBL, aqui como aluna, tem facilitado minha atuação como tutora.

Como professora substituta fiquei em 6 unidades de saúde e cada unidade tinha um a dois alunos da graduação. São alunos que estavam no último ano, 4º ano, então entrava como um estágio PET. Eles não eram alunos PET igual aos outros cursos que são inseridos desde o primeiro ano da graduação. Eu ficava especificamente em uma unidade de saúde como tutora específica USF [...]. Lá eu desenvolvia atividades com todos os alunos do PET, não só da fisioterapia, mas da enfermagem, da medicina e da educação física, desenvolvia atividade de busca ativa para hipertensos e estratificação desses hipertensos para posteriormente propor algumas intervenções e foi nesse momento que comecei como tutora. Participei da busca desses hipertensos, da estratificação e não cheguei a fazer as intervenções porque eu saí, mas a minha experiência com eles foi muito boa. Eu ficava uma vez por semana. Uma vez a cada duas semanas eu ia às outras unidades para acompanhar os alunos, mas eles tinham tutores nas outras unidades. Então, eu ficava mais na USF [...]. Eu tive contato não só com os alunos da fisioterapia, mas das outras áreas também e eu achei que eles aprendiam bastante. Só achava ruim o fato de ser da fisioterapia e os alunos da fisioterapia serem os únicos que entravam no último ano na atenção básica. Às vezes eles eram meio perdidos, não viam o trabalho na atenção básica como um futuro trabalho, com uma expectativa profissional. Eles iam mais para cumprir créditos da disciplina e isso era ruim porque os outros alunos da enfermagem, medicina enxergavam de outra forma. E os da fisioterapia ainda chegavam dessa forma, mas eu acho que era da própria formação deles, do próprio currículo do curso que inseriam os alunos só no final do ano da graduação. As atividades eram trabalhar discussão de

texto desde o surgimento do SUS, todo o contexto histórico das políticas públicas até, especificamente, a atuação do fisioterapeuta dentro da atenção básica. O trabalho dos alunos era coletivo junto com a equipe, com os outros alunos do PET também multiprofissional e a parte específico da fisioterapia, por exemplo, faziam atendimento domiciliar com a fisioterapeuta da unidade, mas sempre a equipe tinha conhecimento do que estava sendo feito. Então, tinha esse momento de ir ao domicílio, de fazer o atendimento individual e tinha o momento também de compartilhar isso com a equipe ou mesmo propor os grupos. A fisioterapia entrava mais na parte de estímulo da prática de atividade física com adesão ao tratamento, alimentação saudável, controle do tabagismo. Todas as outras frentes que não eram TÃO específicas da fisioterapia, mas era algo multiprofissional a gente entrava também. Então, acabava participando tanto do individual quanto do coletivo.

Eu não fazia atendimento como fisioterapeuta. Ficava como tutora dos alunos responsáveis pelo atendimento da fisioterapeuta na unidade. Por ter feito bastante atendimento coletivo e individual na residência consegui trazer as experiências para os alunos. Eu acho que aqui em [...] a fisioterapia ainda é bem excluída da atenção básica. Acho um pouco difícil a fisioterapia trabalhar no apoio matricial, eu mesma como fisioterapeuta acho difícil. A gente não quer apoiar, a gente quer pegar a pessoa, atender e reabilitar, enfim. É lógico tem a parte de promoção, prevenção, mas sempre olhamos mais para a fisioterapia. É uma coisa difícil e muitas vezes têm que se controlar. Acho que os fisioterapeutas de [...] ainda são muito reabilitadores e eu acredito que seja pela própria formação deles e pela própria dificuldade de nós fisioterapeutas. Nós que conhecemos, devemos mudar o foco da formação tradicional. Eu acho que ainda é um pouco difícil. Apesar de estar na atenção básica a fisioterapia aqui é muito curativa, muito reabilitadora. A dificuldade é da formação porque os alunos que estão começando agora já estão com um olhar diferente dos que saíram o ano passado, por exemplo. Os que saíram ano passado também tinham um pouco desse olhar, apesar de ter tido o contato no último ano com atenção básica. Poxa, é sistema único de saúde por mais que você vá trabalhar com neurologia tem de conhecer, você tem que saber que você pode contar com atenção básica. Enfim, eles viam como mais uma área “ah, é a área da prevenção”. Ela complementa todas as outras. Eu acho que é da formação, mas acho também que é um pouco da cultura mesmo dos bons profissionais, que acabam não enxergando o fisioterapeuta como um agente importante na atenção básica. Pensando que o fisioterapeuta quer reabilitar braço quebrado, reabilita um derrame e não realmente que pode trabalhar junto em ações de prevenção, por exemplo, nesse caso da hipertensão. Até dentro do controle do tabagismo dá para trabalhar porque eles têm essa noção de prevenção e promoção de saúde.

Quando eu entrei na residência tive meu primeiro contato com uma unidade de saúde porque na graduação o estágio de preventiva era fazer ginástica laboral com os jardineiros, os profissionais que trabalhavam no campus, às 7 da manhã, e depois íamos para uma sala discutir alguns textos e pronto. Esse era o meu estágio de preventiva que durou dois, três meses. Foi o único contato que tive com algo relacionado com a prevenção e quando fui prestar a residência realmente, foi quando eu tinha lido um pouco mais sobre e tinha gostado de discutir os textos, mas nunca imaginava como seria trabalhar em uma unidade de saúde. Essa foi uma grande dificuldade quando eu cheguei à residência; eu era a que mais estava de “paraquedas”. Ainda bem que tinha as outras pessoas que tinham experiências anteriores, a [...], o [...], a [...] que me ajudaram bastante. Mas eu cheguei totalmente de “paraquedas”

(risos). Essa foi uma dificuldade que tive, mas eu acho que na residência em dois meses, três meses eu já andava junto com todo mundo. Talvez dificilmente acontecesse de dá certo ser professora substituta aqui na [...] independente da residência, mas eu não teria a mesma capacidade ou um mesmo conhecimento que eu tive com a residência. Apesar das dificuldades, das limitações, e acredito que a residência precisa melhorar muito ainda, muita coisa na residência foi uma porta aberta para realmente conhecer bastante coisa sobre a rede de saúde.

Quando eu terminei a residência falei “*quero prestar o mestrado*”, mas eu queria fazer o mestrado para conhecer porque sempre gostei de estudar, sempre gostei de ler, mas eu não sabia se eu ia gostar de fazer pesquisa. “*Eu quero ver como vai ser*” e fui para o mestrado, só que no mestrado eu comecei a me interessar mais e a gostar da parte de docência, de dá aula mesmo. A pesquisa ela é meio frustrante muitas vezes. Às vezes você pensa que ninguém pesquisou e um monte de gente já fez, aí é um pouco chato, mas ela começou a me cativar e falei “*não! Quero seguir carreira acadêmica e vou para o doutorado*”. Foi uma decisão no final do mestrado, do meio para o final do mestrado. Eu realmente queria e acabei indo para o doutorado.

As disciplinas que eu cumpri tanto no mestrado quanto no doutorado eram o máximo possível ligadas com Saúde da Mulher. No mestrado eu ainda consegui fazer uma disciplina com o professor [...] voltada ao entendimento do SUS, da criação do SUS o que foi bom porque me resgatou um pouco. Eram pessoas que nunca tinham visto isso e estava eu, [...], que era um pouco mais inteirada do assunto, e as pessoas não sabiam realmente. E era legal de ver as pessoas interessadas. No doutorado a disciplina que mais me acrescentou foi a de metodologias, para conhecer tipos de metodologias diferentes para se trabalhar, tipos de estudos diferentes porque eu tinha uma grande dificuldade. Tentamos desenvolver vários trabalhos na metodologia qualitativa justamente para fazer pesquisa em saúde coletiva. Estamos com alguns artigos para saúde coletiva e é muito difícil porque não sabemos quem avalia ou quem avalia não sabe avaliar. Então, foi válido essa disciplina que eu fiz e acabou ajudando também tanto no meu trabalho quanto na minha pesquisa.

Da experiência que tive em São Carlos levo muita coisa para [...]. Esse trabalho, por exemplo, da hipertensão que começamos a desenvolver com os usuários quando eu estava como substituta é algo que estou refletindo para meu trabalho como docente, fazendo com os alunos de lá. Sei que estou me remetendo muito à residência: as situações problemas que tive na residência, resgato-as com os alunos, modifico algumas coisas com eles e reflito bastante sobre o que adquiri nesses anos para trabalhar na minha docência em [...]. Chama-se Práticas de Ensino na Comunidade, o PEC, e é dentro do núcleo de educação em saúde que na verdade não são departamentos, são núcleos ainda. Para se criar um departamento tem que ter pós-graduação e como eles não têm, são chamados de núcleos. O campus está entrando no segundo ano agora, tem alunos que estão no 1º e 2º ano de campus. Na verdade, o campus mesmo de onde estou que é no município de [...] está sendo construído, ainda não está pronto. Estamos em uma sede provisória e tem alunos que entraram no ano passado. São 4 áreas da saúde: fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional. Esses 4 cursos entraram o ano passado. Tem alunos do 1º ano, desse ano, como do 2º ano e abriu mais 4 novas turmas de odontologia, medicina, enfermagem e farmácia, todos esses alunos são do 1º ano. Estamos com alunos no máximo no segundo ano. Não se formou nenhuma turma. Todos os professores

são novos. Então, a turma que eu pego são os alunos do 1º ano e eles são todos misturados são as 8 áreas da saúde misturadas e eles subdividiram em vários grupos e eu tenho quatro desses grupos para trabalhar.

No primeiro mês e meio mostramos filmes das políticas públicas, discutimos desde o começo das leis orgânicas até surgimento do decreto do ano passado. Foi feito todo o contexto histórico em termos de discussão tudo no PBL e agora começamos ir a campo com eles. Começamos a fazer os passeios ambientais para eles conhecerem o território. A todo momento utilizo coisas que eu aprendi. Alguém fala para mim: *Ah, faça desse jeito que vai ser melhor*. Não! Cada um faz seu grupo do seu jeito, e tudo que estou levando é tudo que eu aprendi aqui em São Carlos. A gente vai aplicar um instrumento. No primeiro semestre a ideia é que eles façam visitas e colem dados específicos para avaliar vulnerabilidade, avaliar aspecto sócio econômico ou mesmo epidemiológico. Cada unidade define o que é mais prioridade. E no segundo semestre fazemos intervenções em cima do que identificamos de maior risco, maior prioridade. Mais o instrumento que vamos aplicar, estamos padronizando para todos os professores. São 6 professores. Estamos padronizando para todo mundo, mesmo porque acho interessante depois usarmos esses dados a partir de um instrumento comum. Depois juntaremos esses dados e traçaremos o perfil de várias comunidades. Esse instrumento traz tanto a parte sócio econômica baseada na ficha A do SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. A ficha traz a parte epidemiológica que é para identificar problemas de saúde na família, nos moradores e depois, que é a parte interessante, a de cultural e de vulnerabilidade. Questionamos, por exemplo, se alguém teve alguma gravidez na adolescência nos últimos 12 meses, se alguém foi preso, se teve alguém envolvido em drogas, se teve internado por drogadição. Então, tem essas três partes e cada unidade vai tentar priorizar o que vai fazer para intervenção, mas a coleta de dados será única. Trabalhamos todos juntos, mas as ideias não estão prontas. Como o curso é novo cada um traz suas experiências e tudo que eu levo é boa parte do que adquiri da experiência que tive com o PET ou da época da residência.

Tenho segurança do que eu aprendi, do que vivenciei e estou muito segura para com as coisas lá. Como todo mundo também é novo isso ajuda, não tem ninguém muito velho de casa. Mais me sinto muito segura do que aprendi aqui. Eu ainda vejo que algumas coisas poderiam ter sido melhores e que eu não estou fazendo exatamente igual. Muita coisa que aprendi na residência foi bom, então eu realmente levo e me sinto segura. Para mim, está sendo ótimo. Sabe aquela segurança *ah, estou fazendo certo, acho que isso é o melhor*. Enfim, acho que estou satisfeita (gargalhada).

(Pensativa) Poxa, difícil falar isso agora assim... A decisão de ter ido para área acadêmica mesmo e de ter sei lá prestado esse concurso, de ter passado. Eram coisas que não passavam na minha cabeça assim há dois anos não passava... não passava que nem eu ia realmente, de fato ir para o doutorado engajada e nem que eu ia prestar um concurso e mudar de cidade e estar exatamente onde eu acho que sempre quis, porque apesar de meu doutora ser na saúde da mulher, a minha própria orientadora sabe que gosto da área de saúde coletiva. Então, mas eu não sabia para onde eu ia. Eu ia para onde a vida me levasse e no final me levou para um lugar que eu realmente queria estar. Que as comunidades lá são... tem mais demandas, entendeu? Tem maior vulnerabilidade. Então, a gente vê o que a gente consegue trabalhar mais. Aqui conseguia, mas acho que lá onde eu estou é... muito. Acho que foi isso

assim que me marcou bem foi isso essa mudança de vida totalmente que eu não tinha planejado nada, foi simplesmente. Sei lá de dezembro para cá tudo mudou, minha vida inteira mudou e mudou para melhor (gargalhada e risos).

Quando eu terminei a residência me desanimou um pouco, porque os concursos que prestei para trabalhar na prefeitura na atenção básica não valorizavam a presença da especialização ou contava como especialização de 360 horas como qualquer outra. Isso me desanimou um pouco por que eu falava *poxa, a gente tem o conhecimento, tem a experiência, mas a gente não consegue entrar em um lugar se eles não reconhecerem o título*. Porque é isso que acaba ajuda em termos de pontuação para ingressar. Daí você se frustra que uma pessoa que não tinha nenhuma experiência, mas foi melhor na prova entrou. Por muito tempo isso me desgastou, sabe? Tanto que prestei vários concursos de prefeitura e me desanimei. Até processo seletivo mesmo eu desanimei porque muitas vezes pontuava como especialização normal. Quando percebi que a residência poderia me ajudar, comecei a ver que *poxa, se não fosse a residência não teria chegado nunca onde eu cheguei hoje, não teria!* Acho que nem teria prestado o mestrado, teria ido trabalhar em algum lugar, não sei. A residência me trouxe isso. Fiz a pesquisa na residência naqueles “balaiois”, mas me chamou atenção para pesquisar alguma coisa além. Que na graduação você faz um trabalhinho de graduação que não passa nem perto. Na residência a gente tem que se virar com o projeto, aí eu fiquei pensando *poxa, eu gostei de fazer o projeto, mas fiquei frustrada porque não deu certo, fiz com gravidez na adolescência, evasão escolar e deu errada minha coleta*. Eu me desanimei um pouco, mas tinha interesse. Foi aí que me despertou o interesse de querer estudar mais e fazer um pouco de pesquisa. Na verdade, não dá para prever. Se eu não tivesse ido para a residência, poderia estar onde estou, mas eu acredito que não. A residência foi me abrindo para onde eu gosto, pois quando sai da graduação eu gostava de neuropediatria e hoje eu não suporto trabalhar em neuropediatria. Eu não me vejo em outro lugar a não ser atuando, de certa forma, na atenção básica, seja como docente ou como fisioterapeuta contratada da prefeitura. Acredito que foi nesse sentindo que me abriu oportunidades, mas também abriu um pouco minha cabeça, porque eu não tinha experiência, eu não tinha conhecimento e descobri exatamente o que eu gostava (gargalhada, risadas). Porque eu não sabia mesmo... ortopedia e neuropediatria duas coisas que eu não suporto hoje, não suporto (sorriso).

Lógico que tem pessoas que adoro, mas em termos de trocar figurinhas... nossa vamos conversar sobre o trabalho e tal. As pessoas que conheci na residência são as que até hoje converso. É o mesmo pessoal que eu já tenho contato: o [...] e [...]. [...] inclusive foi meu professor na graduação. Foi quem me deu a preventiva e me estimulou a ir para essa área. Quando parece que tudo não faz sentido e de repente vai e junta e você fala *Nossa! Fez uma bola e tudo fez sentido agora*. Eu olhei esses dias meu portfólio da residência e meu primeiro dia da residência precisei escrever um memorial contando uma historinha, mostrei isso semana passada para o Ricardo, que agora é meu colega de trabalho, o que tinha escrito no meu memorial *Ah, que eu estava meio perdida*. A história das disciplinas que te contei, não gostava de nenhuma e gostava de neuropediatria. Terminei a graduação e não sabia qual área eu gostava. Um professor me mandou um e-mail dizendo: *Olha, como você gostou da preventiva e de conversar sobre o SUS, vai abrir um processo seletivo para residência em São Carlos que é sua cidade e se inscreve*. O [...] me mandou o edital por e-mail, porque eu acho que teria recebido o edital se não fosse por ele. Passei na residência e a residência me fez

caminhar tudo isso... Mestrado, doutorado. Hoje ele é meu colega de trabalho. Quando abriu o concurso foi ele quem falou. Foram ele e o [...]. O [...] está como substituto, ele também prestou o concurso, mas foram eles que falaram: *Olha vai abrir um concurso aqui e vem prestar*. Pessoas que conheci nessa mesma época ou nos congressos da Abenfisio, os Fóruns da Abenfisio. Talvez se eu não tivesse caminhado eu não teria chegado ao congresso. Acredito que o fórum da Abenfisio não é só para quem está na atenção básica, é para todo mundo da fisioterapia. Considero importante, mas eu não teria chegado lá se não tivesse percorrido essa trajetória de passar pela experiência da atenção básica, conhecer essas pessoas que realmente frequentam o fórum e é uma coisa que não largo mais é frequentar os fóruns. Foi lindo! Caminhei sem nada planejado, de última hora, mas que deu certo (gargalhada e risos).

Para o futuro é cedo dizer. Eu estou gostando muito de lá. O curso é novo e eu cresço junto com ele, desenvolvo-me. Quando formar a primeira turma, por exemplo, também estarei me formando praticamente, sair do probatório. Eu não penso em voltar, porque acredito que o curso está muito bem formado. As primeiras turmas sofrem, faremos ajustes depois de formadas. Eu era meio contra os métodos da residência, não gostava muito, mas ele é muito bom: o PBL. Formaram profissionais muito bons também. Às vezes tenho dúvida da medicina; se formará esses profissionais e até que ponto essa formação generalista é vantajosa? Mas estou gostando de vivenciar isso com eles. Por isso acho que não volto, não. Quero crescer e desenvolver meus trabalhos por lá, além de estar na área que eu gosto. Eu estou crescendo e o curso também, então crescemos juntos. A expectativa é a de ficar na universidade. Moro em [...], entretanto, a partir do momento que me demandar uma, duas, três, quatro, cinco vezes por semana no campus eu até me mudo para [...] (risos). Voltar para o estado de São Paulo. Não! A não ser que apareça outra oportunidade e que depende de outros fatores, como família. Minha família é de São Paulo. Quando me digo voltar, refiro-me a voltar para perto da família. Não tem problema (gargalhada). Pretendo ficar por lá mesmo.

O fim da residência foi estranho pela transição da residência para o mestrado. Pela incerteza, parecia que eu estava em uma área e agora fui para outra. Eu trabalhava em equipe e agora estou enfiada em uma sala estudando. Essa transição do que se fazia... É por isso que sempre tentei puxar um pouco. Então, eu pegava minhas gestantes nas unidades, ia para as unidades, participava de algumas reuniões. Eu queria está ali! O que eu não sirvo é para ser pesquisadora de rato de laboratório, não dá! (gargalhada e risos). Não dá! Realmente eu gosto de ir para campo. Já do mestrado para o doutorado foi tranquilo.

A última vez que eu fiz um memorial foi quando entrei na residência. E eu tenho o memorial... desde que eu decidi prestar o vestibular até toda a graduação até chegar na residência. Quando eu entrei na fisioterapia, o que eu entendia de ser fisioterapia. Para mim fisioterapia era braço quebrado fazia fisioterapia, era isso ortopedia pura. E ai aos poucos eu fui vendo as outras áreas e fui contando um pouco disso assim. Fui contando minhas frustrações de quando começava a não gostar de nada, nossa! Eu atuava, eu trabalhava, eu atendia, mas sabe quando você fala: *Não é isso que eu quero para minha vida!* E aí comecei a me frustrar, porque isso aconteceu no último ano. E foi quando eu respirei um pouco mais quando gostei um pouco mais de neuropediatria, ortopedia. Ah, mesmo que não goste, o fisioterapeuta tem que falar que gosta! Porque era ortopedia. E ai abriu o estágio de preventiva, então...

Que cheguei a prestar aprimorando em ortopedia e prestei mestrado aqui direto com a professora Elenice em Saúde do Trabalhador e não passei. E a residência foi minha... digamos foi minha última opção. E última opção assim, porque ele [...] realmente me mandou eu não sabia que existia, não tinha ido atrás. Formei em [...]. Queria voltar para São Carlos, não queria mais morar lá e juntou tudo. E graças a Deus gostei da residência porque, senão (gargalhada) aí eu não sei o que teria feito. Não sei o que teria feito, mas eu gostei. Meu memorial vai até aí, aquele que está no portfólio. Esse vai daí para frente.

Quando você entra... ah, é bem muito melhor do que trabalhar como fisioterapeuta, só com o médico. A liberdade que você tem de propor ideias, nossa! Eu acho... é muito mais interessante.

Eu acho assim, quem estava realmente... fez dos primeiros anos bem envolvido acho que a [...]. É uma pessoa bem envolvida desde muito tempo. O [...] não sei, acho que sim. A [...], né? Envolvimento bem forte. Digo assim, eles estavam bem envolvidos desde a graduação deles mesmo. Agora eu não. Tanto que quando eu falei... eu senti um pouco isso: *Nossa, eles sabem muito e eu não sei nada*. Nem sei quando foi criado o SUS, risos. Lógico, forçando um pouco a barra. Eu não sabia! Eu nunca tinha vista, só estudei para prova. Aí foi legal que eles trouxeram muitas coisas e aí foi como eu falei dois, três meses eu já estava junto com eles. Porque eu me interessei, trocava ideias com eles, pessoas também super abertas, super... com um potencial ótimo, aí pronto me engajei totalmente. É aqui mesmo que quero ficar e tal. Só [...] que acabou saindo do grupo e acho que realmente não era o que ela queria, mas do meu grupo ali nossa, não tenho que reclamar deles não, porque que olha. Acho que se eu pegasse um grupo do mesmo jeito que eu cheguei, acho que não ia ter o mesmo impacto assim, também por isso. Porque inicialmente me tornaram mais militante, sabe! Risos.

Narrativa – Antônia

“... eu acho que aprendi a ficar mais resiliente fiquei mais forte enquanto pessoa”.

Um mês antes de terminar a residência eu juntamente com algumas colegas residentes fui trabalhar em uma das equipes NASF do município de [...]. Foi uma experiência muito boa que me deu a possibilidade de colocar em prática muitas coisas que eu não consegui durante a residência. Eu acho que na residência você aprende muito, tudo passou tão rápido e foi tão intenso que muitas ferramentas que aprendi, não consegui utilizar durante as minhas práticas de trabalho nas unidades. Em [...] ajudamos na implantação do NASF no município. Conseguimos fazer muitas coisas interessantes como aplicar ferramentas de planejamento nas equipes. Foi um pouco parecido com meu trabalho atual, existia uma aproximação com a coordenação da atenção básica. Tive muita liberdade para trabalhar nas unidades, e nosso foco era no trabalho com a estratégia saúde da família. Participamos de reuniões utilizando as ferramentas de planejamento estratégico, projetos terapêuticos e educação permanente. A gente ajudou na implantação isso que foi o mais legal, inclusive da estratégia de saúde da família que estava meio “capenga” na época. Quando eu trabalhei no NASF de [...] era contratada como fisioterapeuta do NASF e realizava o apoio matricial, não apenas em relação ao núcleo profissional. Se eu tenho a residência em saúde da família eu também posso promover outro tipo de suporte que vai além do núcleo de saber da fisioterapia. Então nós trabalhávamos desta forma, fazendo o apoio matricial. Eu ajudava até as equipes na construção das agendas, o acolhimento. Isso foi uma das principais tarefas que a gente trabalhou lá, a questão do acolhimento. Como tínhamos um bom contato com a gestão da atenção básica acho que facilitou um pouco. Eles não conheciam muito bem como funcionava o NASF, nós tivemos que explicar o que era a nossa proposta de apoio matricial. Nós construímos da forma que achávamos que seria o melhor. O problema foi que depois as pessoas foram saindo e não sei como está agora. Este cargo era temporário, tinha prazo de 1 ano para acabar e a instabilidade gerava certa insegurança e conseqüentemente busquei outro emprego. Bom lá foi muito legal e como a maioria das pessoas que estavam tinha residência nós construímos da forma que queríamos, o que a gente imaginava que seria um apoio matricial que não só o atendimento específico, aquela coisa focada na agenda.

Mais eu fiquei muito pouco tempo lá, foram 5 meses e depois fui chamada para trabalhar em [...]. Eu vim para cá porque eu estava em busca de uma experiência diferente. E aqui em [...] não tem sido fácil e por isso tem sido uma experiência marcante que tem me ajudado a olhar as coisas de uma forma diferente, a lidar com as diversas experiências e aprender com elas. Fica bem claro a diferença entre o trabalho no interior de São Paulo e aqui na cidade grande, outra realidade. E eu trabalho bem na periferia da cidade, na divisa com [...]. É bem longe de onde eu moro e lá as pessoas são muito, muito pobres. Algo que quando eu cheguei me impactou. É que são coisas que nunca tinha visto na vida. Pessoas que vivem em condições precárias sem saneamento básico, não tem asfalto nas ruas, rede de esgoto, o esgoto é a céu aberto, tem fossas em todas as casas, não há planejamento urbano, a vulnerabilidade das famílias é altíssima. Em [...] e em [...] não tem essas coisas. E as pessoas vivem dessa forma. Foi bem difícil no começo até entender que não podia salvar o mundo e perceber que para não sofrer tenho que tentar proporcionar melhorias para aquelas pessoas,

promovendo acesso aos serviços, às suas necessidades, mas é muito difícil. Eu atualmente trabalho dando apoio principalmente para as equipes os coordenadores das unidades básicas, a UPA e outros serviços. E no começo passamos por situações bem difíceis porque as equipes não conheciam qual era o nosso trabalho, o que a gente veio fazer aqui. Achavam que o apoiador veio para vigiar o trabalho deles para ser um “dedo duro” para falar as coisas para gestão. Querer ferrar com eles (risos). E foi bem complicado até eles entenderem o nosso papel. As próprias equipes não entendiam o que a gente estava fazendo lá. Porque muitos deles queriam que os apoiadores tivessem uma agenda para atender todos os casos. Apesar de que passei por isso também durante a residência. Mesmo explicando quais eram nossas atribuições, enfim não adiantava. Resolvemos começar a trabalhar, com o tempo as pessoas foram entendendo e hoje em dia ninguém mais pergunta qual o papel do apoiador. E eles conseguem explicar para outras pessoas qual o nosso papel. Eu acho que conseguimos construir o trabalho do apoiador que é único, diferente dos outros territórios, construído de acordo com a demanda deste local.

A proposta de [...] é um pouco diferente do NASF porque além do trabalho de apoio matricial também faço muito apoio institucional, fazemos o apoio de rede, fortalecendo e até construindo aumentando a resolutividade das equipes e o apoio em relação aos programas promovidos pelo ministério da saúde. O trabalho com o PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualificação da Atenção Básica é um exemplo. Que é mais ou menos fazer o planejamento da unidade partindo das informações que a equipe coleta como preenchimento das fichas de produção. Eles coletavam os dados e enviavam para o banco de dados e não sabiam para que estavam fazendo aquilo. Qual o nosso papel? Sensibilizar as equipes sobre importância disso, porque isso pode ser utilizado para construir uma agenda. Se eu sei o número de hipertensos cadastrados da minha equipe eu consigo programar a agenda do HIPERDIA, um exemplo. O PMAQ veio para direcionar, ajudar o trabalho das equipes. Há o trabalho com os indicadores de saúde, que ajudamos as equipes na realização do cálculo partindo da produção dos trabalhadores, discussão e planejamento para melhoria dos valores com estabelecimento de metas. Tem também a autoavaliação da equipe que é o AMAQ - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Percebo que existem muitas expectativas de mudanças grandes em pouco período de tempo. Penso que meu papel é ajudar as equipes na mudança de olhar para a saúde, e percebo que as cobranças, os prazos tem dificultado, não tem permitido o tempo necessário para os trabalhadores compreenderem tais mudanças. Vejo muito adoecimento, estresse, cansaço, tanto de nós apoiadores como também dos trabalhadores.

O apoiador ajuda na sensibilização, e seu apoio é solicitado pelos departamentos, e o que acontece também muitas vezes é que sobra para o apoiador fazer tudo. Ficamos com muita responsabilidade e que depende muito do coordenador também. Tem muitos que se responsabilizam mais, tem outros que não se importam. São os gerentes das unidades. Muitas vezes os gerentes não se responsabilizam e joga para o apoiador *Ah, esse negócio é com você.* Acho que fica certa imagem do apoiador de trazer trabalho, de trazer as coisas chatas de muitas vezes cobrar que não era a nossa função, mas o apoiador acaba fazendo porque o coordenador não dá conta. Temos um problema grande em qualquer secretaria de saúde que é a comunicação. Ela não é igual para todas as pessoas. Tem questões que o apoiador fica sabendo e o coordenador não. Consequentemente o apoiador toma a frente do trabalho,

porque ele não estava sabendo e tem questões que o coordenador fica sabendo e a gente não fica. Acho que uma das coisas que falta é isso. São questões que a gente tem que acertar entre a gente. O trabalho aqui foi muito importante eu aprendi muita coisa, mas não só de ferramentas de trabalho como também, colocar em prática o planejamento, fazer cálculo de indicadores que não aprendi na residência. Acho que está sendo muito bom porque aprendo muito, fazemos muitos cursos de capacitações, o próprio curso de gestão. A gestão deste município investe muito na educação do trabalhador. Quando a gente trabalha no interior trabalhamos de uma forma e aqui é de uma forma diferente. São locais diferentes, são pessoas diferentes que estão acostumados com outro tipo de trabalho. E eu acho que aprendi a ficar mais resiliente fiquei mais forte enquanto pessoa. As pessoas que convivemos no dia a dia são difíceis. Bem no começo eu ficava muito mal em relação a isso. *O que eu estou fazendo aqui? Eles não aceitam o meu trabalho.* Eles me chamavam de teórica. Mas acho que com o tempo consegui entrar e colocar que é importante estudar, conhecer outras experiências para poder crescer e melhorar os serviços, mas também tive que aceitar muitas coisas. Antes da chegada do apoiador eles não estavam acostumados com essa nova forma de trabalho.

Eu acho que muita coisa mudou pelo próprio curso de gestão, mas foram vários processos que foram acontecendo e os trabalhadores foram mudando a forma de pensar. Eu mudei também minha forma de atuar. Eu acabava problematizando muito alguns assuntos. Acho que comecei a escutar mais para depois fazer determinada intervenção. No começo eu ouvia e já questionava, pois nos trabalhos anteriores eu conseguia fazer isso naturalmente. Aqui você tem que escutar, escutar... E perceber qual o momento certo de me colocar. Tem momentos que preciso ficar quieta, aceitar aquilo para depois trabalhar, problematizar de outras formas. Colocar algum exemplo para facilitar, ou seja, tem que pensar muito antes de fazer, de falar. Eu sou muito ansiosa quero resolver logo o negócio, aqui aprendi a me controlar um pouco. Não adianta eu ir lá falar com o trabalhador *Você tem que fazer isso, porque vai ser melhor de tal forma.* Não adianta fazer isso que as pessoas não estão preparadas para uma grande mudança. Tudo tem que ser feito aos poucos. O departamento quer fazer muitas mudanças ao mesmo tempo e não se pensa no trabalhador. Eu comecei a pensar muito neles agora, quanto mais me vinculo às pessoas mais começo a entender. Como queremos melhorar o acolhimento se as pessoas não estão aguentando mais trabalhar? Se elas já estão saturadas, se falta recursos humanos, se falta mais investimento em infraestrutura. Você começa a entender melhor o que eles estão falando, mas isso vai com o tempo.

Eu tinha muitos conflitos com os gerentes das unidades tanto das unidades básica quanto da UPA. Situações que ainda tem alguns resquícios até hoje. E foi algo que me marcou muito e me fez mudar a forma de agir, pois quando eu cheguei aos serviços queria mudar várias coisas. Sabe quando você chega com aquela vontade querendo colocar mudar e melhorar tudo? Ajudar as pessoas a melhorar os serviços. E aos poucos fui percebendo que não se consegue fazer certas mudanças e que depende muito do outro, sobre a forma que este vai receber esta mudança, a sua colocação. Depende dos trabalhadores, dos usuários, da rede, do perfil do território, de muitas coisas. Quando chegamos aos serviços de saúde estas estavam um caos. As unidades não tinham acolhimento, não tinha reunião de equipe, não havia planejamentos. Era chegou, agendava. Era uma fila gigantesca. E uma resistência à mudança, a querer novas formas de trabalho. É preciso analisar bem o local onde trabalha, isso foi um grande aprendizado. Acho que você só consegue entender essa dinâmica do dia a

dia quando está trabalhando. Eu aprendi muito, ganhei mais experiências de vida, coisas que vou guardar para vida inteira. São coisas que só se aprende no dia a dia, de ficar em saia justa e no momento você tem que pensar rápido em como responder.

Acho o que está se investindo atualmente muito no Brasil em relação ao trabalho em apoio é o NASF. Uma coisa que me chama atenção é quando a secretaria de saúde pensa em implantar o NASF só que ela não estuda o local onde vai implantar. Em Araraquara eles queriam implantar o NASF e não sabiam nem o que era NASF. Como eles querem implantar um serviço se eles não sabem o que é? Esses dias eu fui ao congresso do COSEMS e quem estava coordenando era uma das pessoas que trabalha em [...]. Procurei ouvir as experiências e eu percebi que tem gestores que estão ansiosos para implantar o apoio e não sabem para que serve, como funciona, o que é apoio matricial. E não preparam a rede para receber esse apoio. Está bem assim. Cada município faz de uma forma. E tem a outra coisa de não conhecer não saber se aquele local que eles querem implantar precisa realmente do NASF. Por exemplo, quando eu estava na residência em São Carlos, minha equipe trabalhava em [...] 30km de São Carlos. Como você quer implantar uma equipe de apoio naquele local que é 30 Km de São Carlos sem oferecer o atendimento de fisioterapia num local próximo ou de fácil acesso a todos. Você quer implantar o apoio só que não tem uma rede que consiga cobrir aquilo que o NASF não dá conta, aquilo que foge do trabalho da atenção básica e do apoio. Tinha um senhor que sofreu um AVC e precisava de reabilitação para onde vou encaminhá-lo? Não tinha transporte social, não tinha vaga na fisioterapia e o negócio é a 30Km lá na UFSCar, o serviço mais próximo. Como o senhor vai para lá? Eu acho que tem essas duas coisas a questão de planejar, se realmente é aquilo que aquele local precisa. Acaba até gerando um problema para própria equipe do NASF. Se você implanta num local que não é aquilo que eles precisam.

Depois que eu terminei a minha faculdade tive uma pequena experiência de aproximadamente 1 semana de trabalho em uma clínica particular de reabilitação que atendia aos convênios. Bastou uma semana para entender que aquilo não servia para mim, não era nem um pouco resolutivo para o paciente, era bem mal remunerado, quase nem tinha tempo para avaliar o paciente e muito menos de realizar uma escuta qualificada, apesar de que essa não era mesmo a proposta. Eu no final me sentia mal por não ajudar as pessoas naquilo que elas realmente estavam precisando, aí acabei desistindo. Depois fui para residência, minha mãe me ajudou muito na escolha, me incentivou na escolha, nos estudos, e na residência trabalhei como apoio matricial de equipes de SF. Eu trabalhava em duas USF, em [...] e no bairro cidade [...]. Na USF [...] consegui fazer um trabalho muito bom com apoio. Foi meu primeiro emprego, considerado como um trabalho que adquiri experiência. Fazia muitos grupos, atendimentos compartilhados, acolhimentos, ações na comunidade. Eu sofria muito também porque acabava atendendo algumas pessoas e meus colegas residentes falavam *Você não pode atender*. Em [...], por exemplo, para tentar resolver o problema da falta de uma rede de suporte, conseguimos um fisioterapeuta para a unidade. Montaram um centro de reabilitação em um antigo matadouro e conseguimos que o fisioterapeuta viesse uma vez por semana. No segundo ano nossa equipe inteira estava atendendo. Atendíamos alguns casos juntos, discutia os casos com meus outros colegas residentes e com a equipe de saúde da família desta unidade. Fazíamos alguns atendimentos mesmo porque não tinha como

encaminhar certos casos e muitas vezes isso era melhor para o paciente, para o acesso deste a aquilo que necessitava.

E aqui em [...] eu faço... posso dizer que não faço quase nada (risos) com relação a atendimento em fisioterapia. É muito pouco, um caso ou outro. Quase não surge na discussão com as equipes casos relacionados à saúde funcional, tem muitos relacionados a questões sociais e as vezes acabamos tentando ajudar as equipes a ampliar seu olhar para a saúde dos seus usuários, como por exemplo, construir uma rede para aquela pessoa. Construir uma rede para ajudar a equipe, uma rede de suporte e até para que a equipe conheça a rede do município independente do caso, seja de fisioterapia ou não. O apoiador acaba identificando, explicando e trazendo para equipe. A gente ajuda a construir a rede e fortalecer essa partindo dos casos que surgem, dos problemas. Os casos trazidos são bem complexos. E também tem sido difícil acompanhar casos com as equipes muitas vezes somos atropelados por alguma demanda do departamento e não tem como dar continuidade por conta da agenda que acaba sendo comprometida.

Acho que trabalhar em equipe é muito bom. Não tive tantas experiências. Uma foi na residência, outra foi no NASF de [...], e em [...]. Todas estas experiências que tive e estou tendo foram muito importantes. Aprendo muito com os outros. Aprendi muito com as outras profissões. Aqui em [...] foi uma experiência mais difícil, porque eu trabalho com pessoas que são bem diferentes de mim e estou aprendendo a lidar com isso. Acabei me identificando com alguns e com outros menos, mas acho que isso é comum acontecer, acho que são fases, tem época que estamos bem outras rolam umas intrigas, mas que também são importantes para o bom andamento e crescimento da equipe.

A residência foi o ponto inicial para que eu pudesse escolher o que quero para minha vida. Foi um momento importante que me fez conhecer um mundo novo, não tive isso na graduação. Acho que minha mãe também teve uma parcela de responsabilidade nisso, incentivando e me mostrando seu trabalho. O foco da formação do fisioterapeuta não é na saúde pública. O foco é abrir uma clínica e ganhar dinheiro cobrando dos pacientes. Eu quero continuar trabalhando como apoiadora até onde eu aguentar. A residência me ensinou não só o conteúdo teórico, isso foi até pouco perto das vivências de trabalho com outras pessoas, o trabalho em equipe, com a comunidade. Quando converso com o usuário não observo só o músculo, só uma perna, só as articulações, só uma coluna. Tinha essa visão quando estava na faculdade. Ajudou-me a olhar a pessoa em todos os aspectos da vida dela. São coisas que não se aprende em livro e sim no convívio com outros, na troca de experiências, de olhares. Eu acho que a experiência com esse tipo de metodologia da residência faz com que a gente trabalhe de outra forma, problematizando, analisando a situação, faz a gente pensar um pouco sobre a situação vivenciada.

Para o meu futuro, bom sempre penso sobre isso e sempre surgem dúvidas. Penso em várias coisas, em retornar para o interior, para a casa dos meus pais, mas também gosto da cidade grande, já formei vínculos por aqui. Penso em conseguir um emprego estável, a instabilidade no trabalho para as organizações sociais dificulta em pensar algo para o futuro aqui na cidade. Para um breve futuro penso em continuar trabalhando como apoiadora em saúde, investindo na minha formação, pretendo fazer um mestrado em saúde coletiva ou um MBA em gestão e continuar aprendendo muito com o dia a dia do trabalho e da vida. Para um futuro distante talvez abrir um restaurante, um bar, passar em um concurso público, ser

professora, casar, ter filhos, ter uma vida mais estável e fixar em algum lugar, bom penso em tudo isso, mas ainda não organizei todas estas ideias.

Narrativa – Camila

“O trabalho em equipe envolve mesmo muita paciência, muita abertura para o outro, entender que veio de um lugar diferente, tem uma experiência diferente, uma formação diferente e que nem tudo vai ser igual e que a gente tem que aprender a somar”.

Eu cursei fisioterapia na [...] e tive muita dificuldade em me adaptar com essa coisa de clínica, de ambulatório. Nunca me vi trabalhando nesses serviços. Eu pensei diversas vezes em deixar o curso, não me encontrava na profissão. Acho que o curso da [...] tem muitas fragilidades, coisas que me impediram de ter realmente uma aproximação com a prática profissional e de ver quem é esse cara fisioterapeuta que eu seria em breve. Pela própria estrutura do curso que os primeiros 3 anos são puramente teóricos de rodapé de livro, então eu falava *Meu Deus, eu nunca vou conseguir saber que a fratura de Colles é aquela que quebra o ossinho específico. Gente vai ser muito difícil trabalhar desse jeito!* Eu não me via nessa prática profissional. Com o final do curso, meio perdida ainda sem ter o que fazer, eu tinha pensado em uma especialização que me levasse para área hospitalar, que foi uma das coisas que eu gostei na graduação. Eu tive um estágio de 3 meses em [...], na [...], foi um momento que eu me dediquei muito para aquilo e consegui ver sentido na minha prática. E foi quando começou a abrir a inscrição para o processo seletivo da residência. Nesse momento eu descobri que talvez pudesse ter outro jeito de trabalhar que não aquele de ficar **“encaixotadinho”** no ambulatório. Comecei a estudar e a primeira vez que eu li a lei 8080, eu falei *gente, é isso! Como que eu não sabia disso até agora?* (risos). Não passei no 1º processo seletivo, mas continuei a estudar, comecei a conhecer a prática dos residentes na unidade do que eles estavam falando que não era a coisa do apoio matricial, que não era só a fisioterapia, mas que era fisioterapia aplicada dentro de um contexto dentro de uma equipe.

Eu entrei na 2ª turma, e para começo eu já não fui fisioterapeuta, porque a minha Unidade de Saúde da Família - [...] estava terminando a construção e nós ficamos uns 8 ou 10 meses realizando a técnica da Estimativa Rápida Participativa, e fazendo levantamento do perfil epidemiológico e necessidades de saúde do território. Foi muito gostoso, apesar de eu não estar entendendo muito direito o que eu estava fazendo. Eu falava *Meu Deus, para onde eu vou? Você vai “tateando”,* mas sem ter muita certeza de onde você está pisando. Foi praticamente um ano de processo de territorialização, de conhecer as necessidades, de afinar com a equipe, de discutir acolhimento, organizar processo de trabalho. A equipe era muito tranquila, até hoje a equipe é muito boa, não é por causa da equipe de residência não, eles são muito bons, é uma equipe muito comprometida. Teve uma época que a gente conseguiu interar muito as três equipes, as duas equipes de referência, mas a equipe de apoio matricial, e conseguimos trabalhar muito bem, conseguíamos fazer muita troca. Um pouco antes de inaugurar foi quando eu comecei a fazer grupo junto a outra residente de psicologia, foi essa proximidade que eu tive com clínica nesse momento. Depois quando a unidade inaugurou, às vezes, me solicitavam algum tipo de intervenção, mas era muito pontual, trabalhava muito mais em discussão de casos com grupo do que com agenda. Mesmo porque a nossa agenda (da equipe de apoio matricial) ficava na nossa mão, era nós que organizávamos a nossa agenda, mas a demanda clínica era bem pequena. Fui virando mais sanitaria do que fisioterapeuta.

E quando terminou a residência eu não sabia muito bem o que eu queria fazer, mas eu sabia que eu não queria trabalhar com ambulatório, isso eu tinha certeza absoluta. Eu achava que se eu trabalhasse com aquele NASF modelo mais clínico, que tem uma agenda de atendimento, eu ia sofrer muito, enfim, não queria. Eu não sabia direito o que eu ia fazer (risos). Pensei em fazer mestrado, achei que como eu estava indecisa talvez o caminho fosse esse: *vou fazer o mestrado que eu decido o que eu quero* (risos). Mas também vi que não ia adiantar, não era por aí. No final da residência eu fui fazer meu estágio em apoio institucional, em Santa Bárbara, uma experiência diferente, um mês de imersão em uma realidade de apoio institucional que eu não tinha vivenciado na residência, por mais que fizesse também apoio institucional sem saber, sem dar esse nome. A organização da secretaria era muito diferente, porque era o secretário e ele tinha 3 braços que eram os apoiadores institucionais, e eles eram os “secretários de saúde nos territórios”. Os apoiadores faziam reunião com o secretário, com todo um colegiado gestor que tinha da secretaria de zoonose, vigilância, especializada, hospitalar. No momento os apoiadores estavam lá acontecendo isso, transformando os ambulatórios que tinham nas UBS em equipes de apoio matricial, levando estes profissionais especialistas para atenção básica. E não podia ser diferente, estavam em uma guerra, ninguém entendia direito, profissionais que ficaram 20 anos atendendo em ambulatório nas UBS agora teriam que fazer apoio matricial: *E o que é isso?* E foi uma experiência muito diferente do que tinha sido a residência até então.

O secretário era uma pessoa bastante acessível com ideias muito revolucionárias para o modelo da cidade, tudo que ele trazia era levado para o colegiado mesmo, e foi muito legal porque eu tive a oportunidade de conhecer a rede do município uma coisa que não tinha tanto em São Carlos, porque em São Carlos eu não conheci a rede. Eu conheço porque eu sou moradora, mas o tempo que estive como residente eu não tive vivência em nenhum outro tipo de serviço, nenhum tipo de articulação, nenhum tipo de conversa, e em [...] tive a oportunidade de conhecer a rede. Lá como são cidades pequenas em volta de [...] - [...], [...], várias outras pequenas, eles têm alguns serviços que são regionalizados: as especialidades, os serviços terciários, o hospitalar, SAMU mesmo, tudo regionalizado. Conheci outro jeito de fazer gestão, outra realidade do SUS em entender como as políticas partidárias também influenciam na gestão do SUS.

E ainda na residência eu fiz estágio no departamento de atenção básica e gestão de cuidado, com a coordenadora do departamento e por coincidência na mesma época estava sendo a construção de uma nova USF, a mesma situação da minha USF inicial, tinha equipe, mas a unidade ainda não estava pronta. E então apareceu uma demanda num determinado dia que a equipe queria mudar a farmácia de lugar. A USF estava alocada em uma casa adaptada e eles então queriam mudar a farmácia de um cômodo para outro. E a coordenadora do departamento pediu que eu fosse à unidade verificar as condições do cômodo onde eles queriam colocar a farmácia, se era apropriado ou não. Eu tive um pouco de dificuldade, porque a solicitação era: *veja se a sala é apropriada para vacina*. Eu comecei a sofrer por não ser enfermeira também (risos), começou outro sofrimento, além de sofrer por ser fisioterapeuta sofrer por não ser enfermeira (risos). E aprendi bastante e foi bom. Aprendi um pouco mais sobre a organização de uma unidade de saúde. A equipe estava lá sem fazer nada e comecei a conversar sobre territorialização, eles começaram a gostar, então propus para eles *fazerem um processo de territorialização*. E eles *ah, vamos, legal*. Eles estavam a fim de fazer

e eu gostava de discutir esse assunto. Começamos a fazer a territorialização, eu levava textos, fazíamos um momento de educação permanente, na verdade. E foi muito prazeroso, infelizmente eu não consegui acompanhar até o fechamento dos dados, eu não sei se eles fizeram um consolidado, mas eu tenho certeza que tudo que eles viveram já deu para calcular, para conhecer o território, conhecer o que aquela população precisava.

A minha expectativa quando eu saí de lá era conseguir usar tudo isso para trabalhar, não sabia muito bem como, não sabia onde que isso podia acontecer, já era um ano eleitoral, isso pesa bastante e a minha grande preocupação era com emprego, não teria onde trabalhar. A questão do emprego é muito forte. Não existe nenhum tipo de regulação da formação deste profissional fisioterapeuta, o que leva a ter muitos profissionais no mercado, de uma profissão não tão reconhecida, com baixos salários por consequência (vide questão do ato médico). É uma coisa que está tão enraizada que a gente acha que o médico é tão fundamental. E é fundamental, como o fisioterapeuta, como o enfermeiro, como o psicólogo, como o nutricionista, que são outros profissionais da equipe que estão na saúde. Enquanto a gente ficar nessa loucura da medicina ser tão diferente, tão além, que o médico tem sido tão mais que os outros profissionais, a gente está se enganando também, colocando toda a responsabilidade na mão desse único profissional.

O desemprego me preocupava muito nessa época, foi muito sofrido para mim. Eu cheguei a prestar concursos em outras áreas. Cheguei a pensar que não surgiria nada, cheguei a pensar que a residência não tinha adiantado de nada, não que não serviu para nada, mas não vai me dar a possibilidade de aplicar meus conhecimentos, e também de conseguir um emprego que eu preciso comer também (risos), todo mundo precisa trabalhar, oficialmente foram 4 meses desempregada. Só que no final da residência quando deu novembro, dezembro, eu já estava angustiada, não tem emprego, preciso pagar aluguel, comer, vestir, pagar contas. E quando eu estava em [...] fiquei sabendo do processo seletivo do apoio institucional em [...] já tinha ouvido falar algumas vezes antes, mas lá em [...] que eu ouvi mais concreto mesmo. Naquela época eu tinha ouvido falar que queriam equipes multiprofissionais que serão responsáveis por algumas unidades, fariam várias coisas como gestão da clínica e que trabalhariam com apoio matricial, mas que se desse faria até o institucional. *Gente, mas que maluquice é essa?* Comecei a me aproximar, ouvir um pouco mais. Tinha uma história de que o apoiador trabalharia em cima da política nacional de humanização. Mudou um pouco, já mudou um pouco! E comecei a achar mais bacana ainda, aí deu para aguçar a curiosidade, o salário era bom e eu prestei e vim para cá.

Eu não sei, acho que eu tinha essa expectativa mesmo de trabalhar com humanização, acolhimento, articulação de rede, de repente um dia estar na atenção básica, outro dia ir no hospital e acompanhar o usuário. Acho que essa era a minha expectativa, de início. Na minha região de trabalho, por exemplo, são 3 unidades, uma é estratégia de saúde da família com 4 equipes e as outras duas eram UBS tradicionais. Uma era UBS tradicional com PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a outra era UBS tradicional com PACS, centro de especialidades e PA. Confuso! (risos). E a gente começou a olhar para tudo aquilo, a 1ª coisa que fizemos foi tentar levantar fragilidades e pontos positivos. Foi um desafio inclusive gostei muito da ideia de trabalhar com UBS tradicional, porque até então eu só conhecia USF. E eu quis entender que raio era aquilo de UBS, aquela coisa maluca que de manhã tem 200 pessoas, à tarde não tem mais ninguém (risos). O que era aquilo, aquela fila

enorme, por que tinha tanta fila? Então a gente começou a tentar entender essa coisa mais visceral das unidades. Ficamos um tempo perdidos, minha grande preocupação é que não fosse aqui a [...] novamente como tinha acontecido em São Carlos, entrar residente na rede, e *quem é esse cara? A gente não quer ele aqui, a gente boicota, tira de canto* todo aquele estranhamento que teve mais com a 1ª turma de residentes. Na minha unidade na residência não passei por isso, foi muito tranquila porque a gente formou junto equipe. Mas meu medo era esse de não ter um respaldo suficiente da coordenação da atenção básica e dos departamentos e da secretaria, alguém que bancasse e falasse assim *oh, esses caras estão aqui, eles vieram aqui para isso, isso e isso*.

Então, ao mesmo tempo em que fiquei sabendo do processo seletivo lá no interior um ano antes do processo seletivo acontecer, teve muita gente daqui que só ficou sabendo do apoio quando a gente chegou à unidade. Um dia chega 5 “novinhos” porque a maioria de nós não tem 30 anos! O profissional da UBS que está no serviço há muitos anos olha com estranhamento para o jovem que chega com formação em saúde da família e muita energia para fazer várias transformações!

E obviamente foi conflitante. Ao mesmo tempo houve uma briga por quem comandaria esse projeto. Outro conflito. Por conta de várias questões, diversos motivos, diversas disputas o apoio acabou tomando um lugar que às vezes não tem tanta potência quanto eu acho que poderia ter. O apoio basicamente trabalha sobre a organização dos processos de trabalho das UBS e articulação de rede. Essas são as minhas duas funções. Acho que o edital tinha que ter sido refinado, não sei como vai sair o próximo edital, mas não dá para sair com as mesmas atribuições, não dá para falar que a gente vai fazer apoio matricial, acompanhar reunião de equipe e ser gestor de caso. Não dá para falar isso, porque é inviável. Tem casos e casos. Mais não dá para falar que o apoiador vai assumir quinze equipes para fazer isso com um PA e um centro de especialidades junto e uma unidade em transformação porque atenção básica também não tem recursos humanos para fazer essa transformação que está sendo proposta para [...]. Eu reconheço esse investimento na contratação de profissional, na melhora dos recursos de infraestrutura das unidades, mas não é isso que faz a mudança dos serviços. O que faz a mudança dos serviços são as pessoas. É uma mudança de lógica e basicamente que faz isso hoje é o apoio institucional. Mais muitas vezes não é reconhecido por isso também, porque a atenção básica tenta fazer, mas não tem recursos humanos para fazer isso.

Basicamente eu faço o dia todo é educação permanente tanto na organização do processo de trabalho quanto na articulação de caso. É abrir a roda, é colocar o povo para conversar. É isso basicamente que o apoio faz na minha ótica, faz e deveria fazer. Às vezes aparecem muitas críticas, e a gente repensa muito na conformação das equipes, de como estão estruturado. Eu faço parte de uma equipe com 5 integrantes de diversas profissões e a gente apoia 3 unidades de saúde que são muito diferentes, em cada uma delas tem de 60 a 100 profissionais, são em torno de 250 pessoas que temos uma relação direta e é muito complicado de pensar o que é agenda, em fazer atendimento em uma situação que está.

Hoje conseguimos muitos avanços. No começo tinha uma resistência muito intensa, muito forte. A gente tentava trabalhar junto, trazia ideia, começava a dialogar, marcava uma reunião para fazer um diálogo maior com os outros trabalhadores. Chegava na hora *ah, não vai ter aquela reunião a gente remarca outro dia*. Você ia para outro lugar e no dia seguinte

ela fazia aquela reunião falando que aquela ideia foi de fulano. Teve muito esse uso, mas agora diminuiu bastante. Mas ainda existe a implicância, certamente. Alguns ainda nos vêm como os caras chatos que acabaram de sair da faculdade, que não sabe direito o que está rolando lá. E é muito difícil mesmo, porque tem hora que dá uma vontadezinha de se sentir pertencente em algum grupo (risos). E a gente trabalha tanto com as equipes, trabalhar com educação permanente é isso mesmo você tem que sair, tem que pensar, tem que elaborar uma atividade depois você tem que voltar, tem que propor. Você entra, dá certo ou não dá certo. É esse o movimento mesmo da educação permanente eu penso.

Quando a nossa equipe se formou eu conhecia uma das pessoas da minha equipe que tinha feito residência comigo, além dele tinha uma pessoa que fez residência em [...] e outras duas pessoas que vinham de NASF, uma das meninas tinha especialização e a outra não. Eu lembro que teve um impacto muito grande de quando a gente se juntou a primeira vez, fiquei pensando se iríamos nos entender, como seria trabalhar em equipe, profissionais com perfis distintos... O trabalho em equipe envolve mesmo muita paciência, muita abertura para o outro, entender que veio de um lugar diferente, tem uma experiência diferente, uma formação diferente e que nem tudo vai ser igual e que a gente tem que aprender a somar. A gente passou muito meses tentando se entender e eu acho que conseguimos depois de muito se fechar, depois de muito não dar abertura para o outro. A nossa entrada nas unidades também foi muito difícil, as pessoas não gostavam da gente e faziam questão de dizer isso o tempo todo. Teve uma moça que veio conversa no meio da reunião e me perguntou da onde eu tinha vindo. Eu disse para ela que vim do interior. *Nossa eu conheço sua cidade e é tão bonita. É lá é muito gostoso.* Ela falou *Mas porque você veio para cá, então? Porque você não volta para lá?* Hostilidade é uma boa palavra para esta situação! Acho que tem o contexto do município que tem a política partidária muito forte, tem a questão do sindicalismo, as pessoas estão acostumadas a realmente a se mobilizarem, talvez seja isso. A falarem realmente que estão insatisfeitos e brigarem pelo seu espaço. Uma vivência muito diferente dos outros municípios que passei. Os agentes comunitários, a maioria são, pelo menos, simpatizantes a algum partido, talvez não tenha uma afiliação, mas são simpatizantes, trabalham em época de eleição, os filhos são afilhados dos vereadores dos bairros e tudo mais.

A inserção nas equipes foi o mais difícil. Formar nossa equipe de apoio foi um negócio “maluco”, mas foi muito gostoso, foi difícil, foi trabalhoso, mas foi gratificante. E hoje é muito gostoso estar em equipe, quando a gente senta tem um espaço protegido, um espaço de desabafo e na maioria das vezes conseguimos se entender e se respeitar que é uma coisa muito importante. Agora essa nossa entrada e saída das equipes eu acho que foi mais tenso porque não tinha como estabelecer um vínculo muito grande por conta do tempo. São muitas equipes e você faz vínculo com uma, você não faz com a outra. Se você for passar um pouquinho em cada uma, você não conversa com ninguém (risos) e até conhecer tudo mundo pelo nome, até as pessoas se sentirem olhadas e respeitadas, porque a gente passa essa imagem de quem está de passagem. As pessoas falam com a gente *ah, você tá correndo? Quantas reuniões você já fez hoje? Três, quatro! Ah, nossa coitada de você, mas você já vai? Ah, tchau.* Algumas pessoas sempre vê a gente assim na correria. Acho que foi muito importante o movimento de tentar se fixar mais em uma unidade, foi o que fizemos de ficar como referência para ela e passar tempo ali. Nem se for para ir e não ter nada para fazer e procurar o que fazer. A gente fez muito isso também. A gente chega à unidade vai de um em

um para falar bom dia, conversando e as demandas vão aparecendo. É estar disponível mesmo. Muitos momentos de educação permanente a gente acaba trabalhando os conflitos que aparecem nas equipes. Como a gente é um cara que está dentro, mas está fora às pessoas procuram a gente também para falar *oh, estou sofrendo, não tá dando certo, aquele fulano tá me perseguindo. Não aguento mais ele. Vem outro fulano não tá dando certo, eu não aguento mais aquela fulana. Eu não suporto mais ela, ela me afronta.* O apoiador faz esse papel também de mediador de conflito nas equipes.

(Pensativa)... Aqui em [...] não temos fisioterapeuta na atenção primária. A gente tem alguns apoiadores fisioterapeutas, mas eu acredito que nenhum de nós dá conta de estar muito próximo da assistência, da clínica. Acho que não é a proposta. Eu percebo que de modo geral, falta conhecer o que o fisioterapeuta faz. Percebo que o fisioterapeuta em muitos casos é artigo de luxo, é difícil de chegar neles na rede, a oferta é pequena. Eu estava até acompanhando um caso, mas só de orelha mesmo, de uma senhora que teve um AVC há um ano mais ou menos e aí teve um problema que a pessoa que levava ela para fisioterapia da rede não teve mais condição de levá-la e ela faltou três vezes e perdeu a vaga. E aí ficou sem fazer fisioterapia, simplesmente. Acabou passando o tempo a filha dela me procurou, era outra uma senhora da unidade, e a gente começou a tentar encaminhá-la novamente para o serviço, mas é difícil porque o serviço tem uma fila de espera muito grande. Na minha opinião o serviço especializado precisa de uma gestão coerente e responsável. A fila fica gigante, o atendimento é de qualidade duvidosa, que às vezes eles colocam duas, três, quatro, dez pessoas para serem atendidas no mesmo horário.

Enfim, eu vejo que com uma gestão mais responsável a gente conseguiria fazer uma coisa diferente. É preciso colocar grupo no serviço especializado, eles têm que fazer grupo ou então senão fizerem grupo quem tem que fazer grupo é a atenção básica. Uma parceria, por que não? As pessoas que tem condição de serem acompanhadas na atenção básica que não precisam de um acompanhamento mais sistemático tem que ser passados para atenção básica. Atenção básica pode dar conta disso. Aqui não temos fisioterapia na atenção básica. Não conheço muito lugares assim que tem. Eu sempre vejo mais fonoaudiólogo e psicólogo. Acho que tem uma questão que é da formação também.

O fisioterapeuta não é formado para trabalhar na atenção básica. Minha formação foi voltada para que eu fosse uma profissional de ambulatório, para atender um sujeito de cada vez, um indivíduo de cada vez, foi para o cuidado individual mesmo que eu fui formada. Não tem o olhar coletivo, não tem o olhar multidisciplinar. Acho que por isso também que o fisioterapeuta apanha tanto para começar a trabalhar em equipe que aparece tantos conflitos e aí aparece as questões das categorias profissionais. Eu não me vejo como fisioterapeuta. As ações que eu faço... é muito engraçado isso, porque as vezes eu me enxergo como profissional de saúde, mas não como fisioterapeuta (risos). Essa semana mesma eu estava conversando com alguns profissionais e a gente está pensando em fazer um grupo para organizar a puericultura de uma das unidades, porque existe uma grande demanda e nem sempre as vagas da pediatria bastam. A primeira conclusão que nós chegamos que era bastante óbvia, falta pediatra! Tá legal e!? Quem mais pode fazer esse olhar, esse atendimento para as crianças. Para organizar chamamos o enfermeiro para intercalar as consultas. Já fica legal. Dos 6 meses aos 12 meses a consulta acaba sendo trimestral e eu lembro que fizemos uma organização de fazer um grupo aos 7 meses. Quem vai fazer esse grupo são os enfermeiros com os auxiliares,

na verdade mais os auxiliares e eu me propus a falar um pouco do desenvolvimento motor das crianças. Eles adoraram, mas não é só o fisioterapeuta que domina isso ou que pode dominar isso. Eu vejo isso em todas as profissões na verdade, não são exclusividades, não são atos fisioterapêuticos, não são atos psicológicos, não são atos médicos, não é possível que uma coisa seja possível só ao médico. Claro que existem coisas que a gente é formado para, mas não dá para colocar um cuidado tão básico como é o acompanhamento neuromotor de uma criança de responsabilidade de só um profissional. É claro que não é o fisioterapeuta e fonoaudiólogo que vai fazer endoscopia nas pessoas. Estou falando de procedimentos específicos coisas que requerem técnicas específicas. A gente está falando de conhecimento mesmo de profissional de saúde. Acho que falta ampliar esse entendimento de que a saúde é mais que o somatório de enfermeiro e médico. Eu tento contribuir com a fisioterapia dessa maneira dentro da minha possibilidade de atuação. A gente sabe que o apoio institucional trabalha principalmente na organização de processo de trabalho e articulação de rede.

A residência ela só me fez entender tudo isso! (risos e gargalhadas). Ela me fez entender que o fisioterapeuta é mais um profissional de saúde. Me fez entender a saúde de uma maneira mais ampla, me fez entender a integralidade, me fez entender o que é a saúde. O diferencial da residência é o olhar crítico que se espera de um residente. A residência tem essa intenção de trazer um olhar crítico para residente que uma especialização, por exemplo, não tem. A especialização passa conceito, acho que essa é a diferença principal da formação. Acho que essa é a principal contribuição do olhar crítico à organização da rede, a organização do processo de trabalho e a forma como as coisas estão se construindo aqui no município.

Vim para [...], onde meu investimento está sendo grande. Sem dúvida o começo da residência, o início da territorialização, aquela aproximação com toda coisa de teoria e da prática ao mesmo tempo foram marcos importantes na minha vida. Conhecer outro jeito de fazer as coisas porque são municípios diferentes com intencionalidades diferentes. Tem alguns casos que me vêm à cabeça, casos que acompanhei aqui que sem dúvida me fizeram entender melhor a necessidade dos serviços, a necessidade das pessoas que buscam os serviços. Tem alguns casos mais impactantes que eu pude acompanhar, são poucos, os mais impactantes que me fizeram entender a necessidade de saúde, me fizeram entender o que a unidade precisa para crescer de verdade, me fizeram repensar várias questões que para mim estavam claras, por exemplo, o acolhimento. Estou relativizando o acolhimento ultimamente. No como fazer. Pensando no município que está mudando a lógica de que as pessoas não compreendem, ou simplesmente não aceitam, que estão se sentindo invadidas, barradas no serviço de saúde Será que a gente precisa insistir nesse negócio de vai para salinha e vai falar o que você quer? Claro que tem a questão da abordagem, a gente tem que saber abordar a pessoa para se sentir a vontade para poder se colocar. Mas será que todo mundo tem que fazer? Será que não pode ser só quem quer? Eu estou relativizando algumas coisas, mas isso é outra crise (risos).

Eu começo a refletir muito, mas o que eu tenho vivido no momento é relativizar certos aspectos. Se serve para todo mundo, se serve em todos os contextos. Será que o acolhimento deve ser feito desse jeito? Será que todo mundo tem que passar pelo acolhimento? Será que só auxiliar e enfermeiro faz o acolhimento? Tenho conflitado algumas coisas com a prática. Eu tenho repensando várias dessas coisas nesse sentido, essa crise de pensar se precisa ser assim, tentando relativizar as coisas. Se eu sirvo para alguma coisa, porque claro que eu sirvo. É

claro que eu sirvo! Pra que serve o apoio afinal? Porque qual é a ideia que o apoio passa? O que se espera que o apoio faça? Aparece um caso complexo... gestante, décima quinta gestação, última gestação gemelar, dois óbitos infantis em 2010, toda aquela história, usuária de drogas, alcoolista, hipertensa, moradora de favelamento rural, praticamente uma palafita o lugar onde ela mora, marido ex-presidiário. Então, essa mulher aparece gestante de risco. *O que eu teria que fazer teoricamente?* Acompanho a usuária com a equipe e vamos articular a rede, aciono várias pessoas. Articulei, encaminhei ela para o CAISM, ela foi no HMU, ficou na casa da gestante, teve o bebê, o bebê está bem, levou o bebê para casa, o bebê teve desidratação precisou ficar internado, o conselho tutelar tirou a criança.

Qual que é minha função? A minha função é fazer essa articulação, acionar os serviços necessários e depois ficar assistindo de camarote o que acontece que é uma hipótese e aí vai aparecer outro caso, outro caso e outro caso vai fazer tudo de novo a mesma coisa ou vai aparecer essa gestante, eu vou acionar alguns serviços com a necessidade nós vamos acionar os departamentos e aí a gente pactua na unidade os fluxos e se aparece outras gestantes a rede já tem uma nova estrutura para atender essa mulher. Então, pra quê que eu sirvo? Para apagar fogo? Para abafar os casos ou para construir uma rede? (risos). Então, essa é minha crise (risos). É o sofrimento de viver em uma sociedade tão desigual, tão injusta! E, além disso, é o sofrimento de um trabalho que nem sempre é modificador da rede. O futuro a Deus pertence! (risos e gargalhas). Eu não sei, tenho pensado nisso assim. A experiência de [...] está sendo muito rica. Não pretendo ir embora, quero ficar. Acho que tem algumas mudanças vindo para gente, vai ter um reestruturação inclusive do apoio. Eu não sei ainda quanto tempo eu fico aqui. Não gostaria de ir embora, gostaria de ajudar mais na construção dessa rede. Não sei se vai ser possível, não sei vou ter disponibilidade para isso também. Eu não penso em trabalhar como fisioterapeuta de novo. Acho que nunca fui fisioterapeuta na verdade (risos). Minha aproximação maior com fisioterapia foi no ambulatório da faculdade. Depois que sai de lá eu me joguei em outros mares, na verdade em outros mares nunca dantes navegados por mim. E estou me sentindo muito útil da maneira como eu tenho trabalhado, às vezes eu sinto falta de “linkar” mais as coisas, de sentir que o trabalho permanece, e não se desfaz a cada mudança de profissional, a cada mudança partidária.

Tenho tido oportunidade de fazer outras ofertas para as equipes que acompanho, mas também me preocupo de não dar conta de fazer tudo isso junto. É que eu não entendo que eu voltaria ser fisioterapeuta dessa forma. Estaria flertando com a fisioterapia, isso eu sei que eu dou conta de fazer, eu não dou conta de estar no ambulatório atendendo todos os dias, isso eu não dou conta mesmo. É não dá conta por causa da agenda, porque eu sinto falta de conversar essas outras coisas, de discutir casos que é tão gostoso e não é sempre que dá. Nessa unidade que eu fico mais não tem estruturado um tipo de discussão de caso. Na reunião de equipe eles agendam visita com o enfermeiro, eles passam casos para encaixar com o médico, eles fazem encaixe na reunião de equipe. Não tem discussão de caso. Esse é o próximo passo, esse é o passo que a gente está começamos agora. Quando eu entrei não tinha reunião de equipe, não tinha equipe na verdade. Então, agora as equipes estão configuradas, tem reunião de equipe, os territórios estão bem definidos, bem delimitados, a gente fez uma nova redivisão. E agora com essa educação permanente que a gente iniciou nas unidades, eu acho que isso vai ser o próximo passo, trabalha discussão de caso e com a entrada dos outros profissionais que estão faltando trabalhar o projeto terapêutico. Esse é um “mega” desafio também, mas vai ser legal.

Mas aí não estou na perspectiva de matriciador, estou na perspectiva de apoiadora institucional. Eu sinto falta de tentar contribuir mais dessa outra maneira. Não sei se precisa ter uma estrutura melhor para que isso aconteça, por exemplo, reunião de equipe, corresponsabilização por parte dos profissionais ou talvez não tenha acontecido porque eu não tenha conseguido dá conta de fazer, pode ser também, mas por enquanto meus esforços foram nesse sentido mesmo. Na unidade tem um assistente social, uma farmacêutica, uma psicóloga - profissionais da UBS. E essa semana eu quero ver se a gente já consegue incluir eles na reunião de equipe porque quem participa da reunião é enfermeiro, auxiliar e agente comunitário.

Eu não me reconheço como fisioterapeuta nesse trabalho de jeito nenhum. Acho que inclusive minha atribuição não é essa. Eu acho que sou mais útil fazendo outras coisas e aí eu penso em fazer o mestrado também se eu for embora daqui ou se não for. Estou pensando. Já flertei com algumas linhas teóricas, cheguei a frequentar uma linha teórica. Na verdade foram duas linhas teóricas que eu já frequentei. Quando eu saí da residência cheguei a frequentar lá em São Carlos, mas não deu certo. É meio incoerente porque a prova era de fisiologia e eu estava prestando para saúde coletiva. E aí eu não passei na prova obviamente e aqui eu estou pensando em fazer algo muito semelhante do que eu já pensava antes mesmo que é nessa linha de saúde pública. Já frequentei linha de pesquisa em São Paulo também, mas ainda não consegui encontrar o que eu acho que é coerente com a prática, só encontrei coisas que são mais discussões filosóficas mais acadêmicas. Também não dou conta disso. Eu preciso trabalhar com coisas que sejam coerentes com a rede não quero me afastar da rede. Acho que o trabalho que deve ser muito gostoso de fazer é ser orientadora de estágio de universidade, que aí você está na universidade, mas também na rede, está protegida ali em algumas coisas, você pode falar, trabalha com educação permanente. A depender da abertura acaba trabalhando educação permanente dos profissionais. Uma espécie de preceptora como a gente tinha na residência. Acho que isso deve ser muito... eu me imagino que me dou bem com isso, com essa coisa de rede e educação. Acho que dá para ficar a vontade nesse lugar que também é um não lugar. Risos e gargalhada.

Narrativa – Débora

“A residência foi um ponto importante na minha formação, apesar das dificuldades enfrentadas pelos residentes, a experiência foi bem válida...”

Depois que terminei a residência eu comecei a trabalhar, dois meses depois, em um Centro de Prevenção e Reabilitação da minha cidade. Esse Centro pertence ao convênio local e minha atuação é voltada principalmente para grupos de dor crônica, na área de ortopedia. Nesses grupos, eu trabalho com a reabilitação através da hidroterapia associada à cinesioterapia em solo e a parte preventiva com educação em saúde através de um ciclo de palestras que os pacientes desses grupos precisam participar, nas quais buscamos principalmente explicar a importância de mudanças de hábitos para melhorar o dia-a-dia e prevenir agravos. Essas palestras têm caráter multidisciplinar e envolve médico, fisioterapeuta (eu), psicólogo e educador físico. Eu sou responsável por esse Grupo Educativo (palestras) e não encontro grandes problemas nessa parte de trabalho em equipe, todos são de fácil acesso para conversar, discutir mudanças, opiniões e resoluções para melhorias do grupo. Sinto dificuldade sim na adesão de alguns pacientes nesse grupo, já que não entendem a importância dessa parte do tratamento. Apesar de não estar atuando diretamente na atenção primária, vejo, assim como na época da Residência, a dificuldade de compreensão, tanto por parte dos profissionais como da própria população, da atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção, que geralmente é visto voltado apenas para a reabilitação e essa era uma das principais dificuldades de atuação durante a residência.

Aprendi bastante na residência com certeza (risos), em vários sentidos e em vários pontos, mas eu agora apesar de não estar na atenção primária eu tenho essa oportunidade de trabalhar com grupo, de ter uma equipe envolvida, trabalhar a parte de prevenção através das palestras educativas e aprendi bastante com isso durante a residência. Nessa parte me ajudou bastante, a estruturar um grupo, identificar as dificuldades, já que trabalhamos bastante com isso durante a residência.

O primeiro ano de formada foi bem difícil, porque nem sabia para onde ir, não sabia o que fazer e nem ao certo que área seguir. No começo dos estágios eu achava que adorava hospital e foi aquela loucura toda, depois que eu conheci a vida fora do hospital, me identifiquei muito mais. A residência foi um ponto importante na minha formação, apesar das dificuldades enfrentadas pelos residentes, a experiência foi bem válida e agora no dia a dia, as dificuldades também existem, mas os “se vira nos 30” agora é diferente. O que considero momentos importantes na minha trajetória, acho que foram todos os passos da escalada, pois cada um teve seu aprendizado... a dificuldade do pós-formada, a conquista da residência e agora um emprego “de verdade”. Com o passar dos anos e junto com as conquistas, vem às responsabilidades e aí a gente percebe que a coisa ficou séria (risos). Na nossa profissão, principalmente, sinto a tamanha responsabilidade que temos com o próximo, pois o paciente deposita expectativa em mim e no meu trabalho e eu quero muito que de certo, pra mim e pra ele. E é muito gratificante ouvir de um paciente “*Nossa, fazia tanto tempo que não sentia dor, estou me sentindo tão bem, obrigada*”.

A residência deu esse passo a frente de aprender a lidar com as adversidades e isso conseguiu me ajudar bastante, ganhei maturidade para no dia a dia de lidar com pessoas e

peças são complicadas (risos) e com as adversidades. Claro que tenho as dificuldades que a área de fisioterapia apresenta, mas no geral gosto muito do que faço e está tudo certo. Quero continuar mesmo trabalhando na área, conquistando cada vez mais espaço e sendo reconhecida pelo meu trabalho. Eu voltaria para atenção primária se tivesse oportunidade, porque é uma área bacana que eu gosto. Estou feliz com o que estou fazendo hoje, mas se aparecesse uma oportunidade boa para voltar a atuar na atenção primária acho que eu voltaria sim.

Narrativa – Dom Pablo

“Eu não acredito nas instituições, eu acredito nas pessoas”.

Já no último ano da residência eu comecei a me envolver com algumas coisas que almejava depois que formasse. Então, no último semestre eu fui fazer uma disciplina denominada tecnologias de gestão e serviços de saúde na Unicamp com o professor Gastão Wagner em que discutíamos na época apoio matricial, principalmente apoio institucional. Fui fazer meu estágio eletivo em [...] no campo do apoio institucional e meu trabalho de conclusão de curso da residência foi dialogar o apoio institucional em São Carlos com o apoio institucional de [...]. Na época a consultora dos municípios era Laura Feuerweker.

Ao mesmo tempo participei de um processo seletivo em [...] no Centro de Desenvolvimento e Qualidade para o SUS (CDQ – SUS) no Departamento Regional de Saúde (DRS) e fiquei no projeto lá de fortalecimento e desenvolvimento da atenção básica, onde fizemos vários projetos interessantes com vários consultores legais também como Gustavo Nunes, Cinira Fortuna e com gestores dos municípios daquela regional.

Assim que formei na residência, eu fui contratado para trabalhar como diretor da atenção básica em [...], região próximo de [...], devido ao meu contato justamente com a equipe, com os trabalhadores e gestores que estavam fazendo a disciplina com Gastão na Unicamp. Na época tinha duas propostas de emprego e todas no campo da atenção básica para o desenvolvimento do apoio institucional em [...] e lá em [...]. Eu fui trabalhar em [...] que era um colegiado de gestão. Era eu e mais duas meninas, [...] e [...], e a gente formava o colegiado e nós três éramos diretores de atenção básica. Experiência bastante interessante.

Logo depois desenvolvi um trabalho de 9 meses aproximadamente lá e recebi uma proposta de trabalhar na [...] onde eu estou hoje. Na época eu vim trabalhar na fundação estatal para instituir a Fundação Estatal Saúde da Família na função de gerente de macro região. Trabalhei na região norte da [...] e foi uma experiência riquíssima também e ajudava os colegas de outras regiões na [...]. Ao mesmo tempo eu também desenvolvi uma atividade interessante junto à diretoria da atenção básica da Secretaria Estadual de Saúde da [...] que foi onde eu participei como educador, a gente chamava de facilitador de educação permanente, no curso de pós-graduação em saúde da família para gestores e trabalhadores do Estado pela Escola Estadual de Saúde Pública. Foi uma experiência fantástica, mas conhecido aqui na [...] como curso linhas de cuidado, aparados nas linhas de cuidado. É um curso semipresencial e eu era responsável pelo núcleo de [...] e de [...], era um pacto interestadual da região médio do [...]. Desenvolvia um trabalho com médicos, enfermeiros, dentistas, com os trabalhadores do NASF e com alguns gestores, um curso de 2 anos. Eu participei durante 1 ano mais ou menos de alguns módulos.

Aí quase 2 anos trabalhando com educação também principalmente na fundação estatal com a instituição da fundação, eu acabei mudando de projeto de vida e larguei um pouco a saúde pública, fui trabalhar em outros campos. Fui experimentar atividades no campo da permacultura, da saúde ambiental, no campo da música, da cultura popular, desenvolvimento de ações junto aos movimentos sociais ligado a terra, principalmente com os trabalhadores rurais sem terra aqui no recôncavo baiano. Fiquei 1 ano trabalhando, pesquisando voluntariamente nesses projetos no campo da permacultura, da música e da reforma agrária

dentro da educação popular, escrevendo poesia também na arte cultura popular. Foi quando ao final deste 1 ano, durante esse ano todo eu tive algumas propostas de trabalho e uma delas que sempre me manteve com a chama viva foi trabalhar na diretoria da gestão do trabalho em educação em saúde da Sesab – Secretaria Estadual de Saúde junto ao MobilizaSUS. Foi então que eu já desenvolvi vários projetos com o diretor [...], antropólogo, fazendo uma ponte de apoio, algumas atividades como facilitador nos espaços educativos. A gente vem desenvolvendo atividades nacionais juntos a ANEPS – Articulação Nacional de Educação e Práticas Populares em Saúde e principalmente construindo também as Tendas Paulo Freire de educação e práticas populares pelo Brasil a fora. A gente tem uma parceria muito grande, ele é então diretor e vinha a um ano convidando eu, [...] que é o assessor dele.

E aí eu sempre querendo ver algum desenho que possibilitasse voltar, eu tinha rompido um pouco com as instituições, na verdade eu continuo sem acreditar nas instituições seja família, seja igreja ou Estado principalmente este Estado burguês. Eu tenho uma veia mais libertaria de rompimento com as estruturas a favor da autonomia dos sujeitos individuais e coletivos e depois de 1 ano e 2 meses, em abril desse ano, que eu estava imerso nesses universos, conseguimos achar um desenho e hoje eu sou articulador de educação popular em saúde junto a Sesab, trabalho 20 horas uma das condições era essa, porque eu trabalho no campo da música com animação de processos educativos no campo da arte/cultura/popular, da poesia, do samba. Eu queria dá conta dessas coisas também, do campo do meio ambiente, da permacultura, ecologia e ambientalismo.

Atualmente, estou desenvolvendo um trabalho somente de estruturação de um grupo de trabalho de educação popular de saúde, porque a gente está no ano importante de política nacional de educação popular em saúde que está preste a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Temos uma perspectiva de materialidade mesmo de apoio para todas as esferas municipal, estadual quanto nacional no campo da educação popular em saúde para reconhecimento e fortalecimento das práticas populares, nas ações de educação popular em saúde seja pela gestão, pela educação, pelos próprios movimentos sociais. A minha principal função lá é tentar articular isso junto ao MobilizaSUS, ao HumanizaSUS e a própria gestão do trabalho que são os três núcleos que compõe a diretoria.

É interessante falar da Política Nacional de Educação Popular em Saúde que é uma das primeiras políticas que está sendo construída diretamente pelos movimentos sociais de base popular. O comitê nacional de educação popular foi uma instância pautada junto a SGE – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde pelos movimentos sociais nas Tendas Paulo Freire dos últimos Encontros Nacionais de Educação Popular e Saúde - ENEPS e dentre os vários participantes que eu componho esse comitê temos 13 movimentos sociais de base popular como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST, o movimento de mulheres camponesas – MMC, temos movimentos de GLBTS, tem vários movimentos que compõe população cigana, benzedeiras, parteiras que estão construindo essa política.

A maioria desses movimentos sociais mais organizados eles tem uma estrutura de funcionamento bem disciplinada. Tem referências nacionais, estaduais e loco regionais. Como o MobilizaSUS tem desenvolvido atividades potentes no campo de formação de sujeitos militantes na luta pelo direito à saúde, a gente já tem um banco de dados de atores e atrizes nesse campo que facilita, já são parceiros. Mas, o movimento que a gente tem feito de

ampliação desses sujeitos, inclusive na última reunião nossa a gente teve a presença dos movimentos ligados a igreja da teologia da libertação, algumas pastorais, movimentos de mulheres da região, movimentos ligados as religiões de matrizes africanas como a associação ligados a cultura banto. É sempre rica a participação do movimento sem teto da [...], do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde também. Mais os canais de entrada nessa discussão são múltiplos. Quanto mais sujeito principalmente de lugares diferentes comporem, mas a gente pode discuti a singularidade desses povos historicamente excluídos. Esse é nosso grupo prioritário de construção conjunta. O que Paulo Freire chama de esfarrapados do mundo, população historicamente oprimida pelo sistema capitalista.

A ação que eu tenho feito hoje é muito mais no campo estadual. A gente tem fomentado esse grupo até mesmo para que possamos construir o jeito baiano de nos organizar. A política ainda não foi implementada, mas já estamos nos organizando para que a gente esteja instrumentalizado para dialogar principalmente com o Conselho Estadual de Secretarias de Saúde para que possamos fazer uma ação mais responsáveis junto com os municípios no sentido de pleitear o recurso e para investir esses recursos, seja de qual ordem for, de maneira coerente, chamando os movimentos sociais para construção das suas prioridades. A gente não quer mais uma vez que a política se estabeleça e os gestores com as normas técnicas estabeleçam para onde e como vão os recursos. Queremos que isso se produza diferente, por isso precisamos de um esforço bem grande de coerência dos secretários estaduais, dos trabalhadores de saúde para que realmente convide os movimentos sociais e se aproxime para que construa com, que seja mais uma ferramenta de apoio ao fortalecimento das equipes de SF do reconhecimento desses movimentos, dessas práticas. E ao mesmo tempo em que esses gestores, trabalhadores se sensibilizem também para respeitar o que já existe uma forma de funcionar da maioria dos movimentos, um jeito de cuidar de saúde.

Quando você conversa com uma comunidade quilombola, algum terreiro de candomblé, um assentamento de um movimento sem terra ou uma comunidade agrícola rural, por exemplo, já existem universos simbólicos e formas de cuidar da saúde para além da racionalidade ocidental que geralmente é o que a nossa cultura e nossos serviços de saúde seguem. A principal função da educação popular EM saúde - EPS é estar facilitando ou contribuindo para que haja um diálogo justo entre o saber técnico científico e o saber popular que não deixa de ser científico e não deixa de ser técnico só que vem de outro lugar, que faz muito sentido e soma. Agora os critérios e as formas de avaliação são outros e que a gente consiga promover um diálogo realmente intercultural e não de sobreposição de uma cultura sobre a outra. Que isso que a gente vê acontecendo.

Eu não acredito nas instituições, eu acredito nas pessoas. Aí diz um amigo “as instituições são feitas por pessoas”. Hoje eu tenho produzido muita coisa legal mesmo que bem pouco para o que eu acho que ainda é potente ser e pelas burocracias do Estado principalmente pela dificuldade do próprio modo de vida do ser humano hoje nas metrópoles. A cultura do individualismo e da segregação dificulta bastante dialogar de forma participativa e inclusiva. A minha visão é que os próprios movimentos sociais não estão ocupando muito mais esses espaços, não sei por que. Pode ser por descrença desse espaço, por desmobilização, por diversos motivos, quem sou eu para julgar quais são os motivos. Porque a vida já acontece. Acho que o Estado já que ele existe para mim ele tem que se perguntar cada vez

mais como ele pode ser base para a vida das pessoas. Pode ser uma das bases, uma das referências para que as pessoas possam utilizá-lo quando necessário.

Na verdade, estou feliz por várias coisas em minha vida, não por estar trabalhando neste lugar, entendeu? Ainda acredito que não preciso trabalhar em uma instituição. Tenho cada vez mais apostado nas comunidades alternativas de produção, nas formas alternativas ao sistema capitalista de operar e hoje vivendo na metrópole, tendo que trabalhar para um Estado burguês, ainda é um movimento de contradição para mim, na minha própria vida. Estou lidando muito bem com isto porque eu sei que é temporário, mas eu acredito mesmo nas formas alternativas ao sistema capitalista de produzir a vida, de forma comunitária, de forma em que cada um possa produzir de acordo com as suas possibilidades, que cada um possa consumir/utilizar de acordo com a sua necessidade. Que mesmo dentro deste movimento do Estado, da metrópole, da cidade ainda vejo que a gente desgasta, gasta muita energia desnecessária, consome mais do que a gente precisa. Como a gente usa muita energia, a gente acaba consumindo um antecedente também tanto no campo da alimentação física quanto na alimentação material de coisas fúteis que não precisamos e que foi levado a acreditar que a gente precisa.

Quanto movimento pessoal estou cumprindo uma função na minha vida agora temporária. Tenho clareza disso e por isso que estou tranquilo. Eu não acredito no Estado como fim. Já que ele existe, já que ele é meio para que ele mesmo possa se autodestruir e não se autodestruir só na perspectiva do caos pelo caos, e sim na sua autodestruição na construção de um novo possível, que para mim são movimentos micro de relações, de novas concepções de família, por exemplo, mais ampliadas que isso transcenda a família nuclear. E a própria unidade de saúde da família para mim precisa pautar esta discussão, por exemplo, o conceito ampliado de família, que é o que eu vejo com pouca experiência que eu tenho, tanto na residência, nos trabalhos sobre família é aquela concepção dos profissionais, dos trabalhadores, dos gestores, ainda estão centradas na família nuclear que é a pequena família envolvida: mamãe, papai, filhinho, cachorro, casa, carro, titio, titia e a gente tem uma cumplicidade familiar muito maior.

Participei de um evento, tinham quinhentas pessoas em uma comunidade rural do Maranhão. Um lugar onde todos se consideram família. Se a unidade de saúde da família fosse visitar esse, vou chamar de assentamento uma comunidade rural, essa comunidade rural ela então com complexidade de uma família de 500 pessoas, a unidade teria que dialogar de uma forma bem diferente onde não é a consanguinidade que prevalece. Onde é o sentir-se família que se prevalece e aí amparado no cuidado de si, do outro e no cuidado do mundo. O mundo inclui a natureza, cuidar de si, do outro, da natureza, do ambiente e do mundo.

A música é como projeto de vida está fantástico, porque eu descobri que posso tocar. Depois que mudei para [...], foi um presente que a [...] me deu também, comecei há três anos fazer aula de pandeiro. Hoje estou participando de uma orquestra de pandeiros de [...], um trabalho bem sério. Estou num grupo que chama “Outros Baianos” e a gente toca música dos Novos Baianos, Samba e componho também com algumas rodas de samba como o grupo Botequim que são amigos e o bloco Samba de Hoje a Oito. Isso me ajuda a pesquisar várias coisas. E aí para além do samba também pesquiso coco, todas as músicas da origem da cultura popular o samba de roda, a chula, o cacuriá do Maranhão, o tambor de crioula, caroço, maracatu, tudo que vem da manifestação da cultura popular brasileira, porque aqui o que eu

tenho mais me dedicado hoje dentro da articulação com a saúde é a potência da arte da cultura popular enquanto fator determinante e condicionante de saúde. Paulo Freire trás a ideia de que todo ser humano é antologicamente na sua origem do ser social, ele nasce para ser mais e tudo que o sistema capitalista nos faz acreditar é que a gente não pode ser mais. A gente está para construir mais! A gente é desde que a gente consoma e cada vez mais trabalhamos para comprar coisas que acha que precisa e não precisa. E eu acredito que isso ocupa muito nosso tempo e não sobra tempo para que possamos dedicar nossas potências possíveis. Tenho estudado muito sobre isso assim que um amigo meu diz que “todo ser humano é artista, cientista e intelectual desde que tenha a oportunidade de desenvolver”.

Tem outra figura legal, um alemão que se chama Joseph Beuys, o cara que eu tenho mais estudado atualmente. Ele fala que todo ser humano é artista. Ele acredita na arte como um processo inerente a revolução pessoal e social. Enquanto no sistema capitalista tempo é dinheiro, na perspectiva de outro mundo possível a gente acredita que neste outro mundo possível principalmente das comunidades aquarianas chamada comunidades alternativas está ligado que tempo é igual a arte. Tudo é arte, tudo pode ser feito de maneira bonita e bela! Até comida principalmente uma comida, a gente come tanta besteira e não tem tempo para cozinhar sua própria comida, de cuidar, de ver o que a gente come.

Mas aí eu tenho tentado aproveitar essas coisas que aprendi nesse um ano e meio e continuo nesse diálogo com a saúde, inclusive agora vou para 5º Encontro Nacional de Educação Popular de Saúde que vai ser no Rio de Janeiro. Eu escrevi uma proposta de mini curso e foi aprovado, que é justamente isso, a arte e a cultura popular como fator determinante e condicionante de saúde, para ampliar um pouco os fatores determinante e condicionante, o que a gente precisa fazer para ter saúde, além do acesso ao serviço de saúde. O que é que eu preciso para estar de bem com a vida e a produção potente criativa. A criação para mim é inerente à saúde, tenho apostado muito nisso e quanto os serviços de saúde podem ser potente para isto e acho que todos os trabalhadores precisam ser cuidados também, a maioria pega 40, 60, 80 horas, plantão e sei lá o que e mais 40 horas de saúde da família e aí, são pessoas doentes tentando cuidar de pessoas doentes, sofredas. Acho bem sério isso, mas é tudo potente um encontro, um encontro terapêutico, um encontro do cuidado, vamos chamar assim. Se eu consigo, na relação de empatia e de transferência de cuidado ali naquele momento, tentar junto com os usuários ou sujeitos, que nos apresentam desvelar as potências criativas que eles têm. Parto desse pressuposto com os autores que eu citei que todo ser humano tem potência criativa e artística, que esses encontros da saúde também funcionem para isso e que os gestores possam também a ter essa consciência e que os próprios sujeitos possam resgatar suas origens ou aprender novas culturas. Até mesmo quando se pensam em utilizar referências de sambas de roda lá na [...] perto do recôncavo, o samba de roda ele não está descolado da produção do trabalho, da construção da sua própria casa, nem da alimentação. Antigamente as pessoas iam ao encontro de uma casa inerentemente ela teria que construir essa casa com ajuda de outras pessoas, porque ela teria que pegar o barro, juntar misturar com um pouco de areia às vezes, colocar água, misturar com palha, misturar com esterco de cavalo e pisar o barro, muito barro para construir uma casa. Precisaria de muitas pessoas, só que se ficar só nessa função ficaria monótono, convida um violeiro, convida um batuqueiro, um atabaque, um pandeiro, uns cantadores e vamos fazer um trabalho brincante. As pessoas precisam comer, ao mesmo tempo algumas pessoas se deslocam para cozinha e começam a cozinhar,

mas tem as crianças. Precisam cuidar das crianças, crianças também são cuidadas por algumas pessoas que se deslocam, aí quando você vai ver essa segregação entre as coisas que compõe a vida, vamos chamar assim, ela não acontece. O trabalho não está dissociado da educação, da produção de saúde, do lazer e da produção cultural daquele povo. Tem um CD maravilhoso Canto dos Escravos, de Clementina de Jesus do Rio de Janeiro, uma sambista fantástica junto com Geraldo Filme, que é uma pesquisa dos Cantos dos Escravos em Minas Gerais quando os escravos cantavam enquanto estavam trabalhando nas minas de ouro. E quanto que isso já na cultura dos ancestrais estava presente, eu costumo falar que é preciso evoluir nossas ancestralidades. Tenho tentado aproveitar toda essa estética, essas éticas, essas políticas que compõe o universo da arte, da cultura e da produção criativa como produtora de saúde. Até então estou tendo espaço para desenvolver essa atividade e tenho tido muito apoio e tenho conseguido apoiar algumas coisas, mas vamos ver até aonde vai.

A gente trabalha sempre em equipe. Acho que como o trabalho se propõe a construir um inédito viável dentro do campo da coletividade, do sujeito coletivo, dialogando com singularidade do sujeito individual, só poderia ser feita de maneira coletiva. É eu costumo falar que eu trabalho na DGETS – Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde por mais que meu nome esteja ligado ao MobilizaSUS eu trabalho na DGETS e a gente quer trabalhar lá e não criar um outro núcleo de educação popular em saúde que a gente quer que a educação popular de saúde enquanto ético, estético, política, método, jeito de ser e estar o mundo, ela componha a política de gestão de trabalho, de humanização de saúde, de mobilização de saúde de participação popular. O trabalho é em equipe, é bem tranquilo, bem aceito. Agora uma coisa que é complexa e quando te falo da educação popular a gente está falando de um projeto de sociedade. Assim como eu quando falamos de SUS na sua concepção sabe-se da história do SUS e que o SUS é maior, muito mais do que um sistema de saúde. Ele é um ideal de mundo. De concepção de mundo por isso que eu acho tão difícil encontrar trabalhadores, gestores comprometidos com sua causa na íntegra, porque ele passa por um processo de sensibilização singular de crença, de fé, de trabalho e outro viés para além do capital. Seja para que alguns sejam através do socialismo, do comunismo, da monarquia, eu prefiro não colocar nomes, eu prefiro falar de um outro possível onde exista cuidado das pessoas, cuidado com seres para além das pessoas ambiente e que a gente consiga compartilhar os excelentes produzidos.

Residência para mim entra muito mais na ótica e na perspectiva do encontro. Encontro com outros sujeitos de diferentes lugares. Eu estava em [...] desenvolvendo um trabalho com movimento estudantil, com conselhos locais e municipais de saúde, com movimento estadual de luta pelo direito a saúde, com movimento sem terra e outras coisas e de repente vou para outro estado fazer uma residência, não caio direto no mundo do trabalho, faço uma perspectiva de transição com orientação dentro de uma Universidade pública. Eu acho que é uma iniciativa importantíssima das universidades públicas do estado principalmente em financiar pessoas recém-formadas ou pessoas que já estão trabalhando há um tempo e querem ressignificar sua prática, a desenvolver novas práticas. O programa de residência da UFSCar o qual eu fiz, eu achei que ele já nasceu com uma potência muito grande quando se propõe a trabalhar a partir de uma nova metodologia que não seja a partir de uma educação bancária, mas espiral construtivista baseada na problematização, usa muitos referenciais canadenses, mas esquecem de quem trabalhou aqui foi primeiramente Paulo Freire com vários outros

educadores populares da América Latina. A gente tem mania de buscar referenciais norte americanos ou europeus e esquecemo-nos de valorizar os nossos referenciais teóricos produzidos aqui, como também Enrique Dussel da filosofia da libertação, da Argentina, várias figuras do Chile, do Uruguai que tem produções fantásticas de mais de 60 anos nesse campo da construção participativa. Carlos Mattos que trabalhava com planejamento estratégia participativo. Com aprendizagem significativa inclusive, Paulo Freire é o maior exemplo disso para mim. Um dos maiores símbolos hoje... várias figuras, Moacir Gadotti, aí que estão no campo do movimento da educação popular.

E aí, eu acho que é nesse ponto a residência é potente, por ser financiado, por ter uma bolsa para o trabalhador de saúde que ingressa. Agora, no que tange a orientação pedagógica... os orientadores de aprendizagem, na minha época como a minha turma foi a primeira turma da UFSCar, eu senti uma carência muito grande de acúmulo e de sensibilidade, de sensibilização, de sabedoria mesmo, às vezes até de conhecimento no que tange a princípios básicos do sistema único de saúde, atenção básica, mas como o programa é muito novo, é doloroso cobrar também que professores universitários que estão acostumados a desenvolver outros tipos de pesquisa terem habilidades nesse campo. Eu percebi que durante os dois anos estávamos em formação conjunta, aliás, eu não me arrisco dizer de que grande parte dos residentes tinha um debate mais maduro do que quase todos os facilitadores de aprendizagem que grande parte da primeira turma veio oriundo de movimento estudantil na área de saúde da executiva de curso, então já era uma coisa cara para nós residentes nos debates no campo da saúde coletiva e da saúde pública brasileira. Percebemos isso, não sei como é que está hoje e muitas vezes os educadores eram colocados em cheque eles voltavam para o lugar de educador bancário. O lugar de poder, que saber é poder de educador, de professor. De quem professa, o iluminado e isso a gente teve vários choques, mas também que esses problemas de choques que acredito foram potentes principalmente para o movimento de residentes. Eu não sei se foi para os educadores, eu espero que tenha sido em algum grau. Para diretora de residência na época foi bastante. Para ela foi pesado porque ela vinha com concepção de gestão baseado no usuário. Dou muito valor para ela porque ela é uma pessoa extremamente centrada no usuário, mas ao mesmo tempo bastante incoerente no campo da educação mesmo assim como eu digo nos trancos e barrancos aprendemos muito. Quando eu falo de sabedoria de conhecimento é de... eu ouvi isso de um cara de uma comunidade alternativa do Ceará, que “sabedoria tem a ver com saborear a vida, o quanto e como você saboreou a vida”. Então sabedoria é a gente saborear. Não tem a ver necessariamente com conhecimento. Conhecimento é em qualquer um a qualquer momento. Você pode através de uma universidade, de uma leitura, de um livro, de uma aula expositiva, de uma consulta na internet. Os facilitadores eu tenho uma dura crítica, severa crítica na época que não tinha nem... muitos não tinham nem saboreado o SUS. De forma, de uma imersão profunda. Nem quanto trabalhador, nem quanto usuário. E também não tinham conhecimentos básicos, mas foi válido, principalmente aproximação com o local, com a realidade, com os serviços, com os usuários e com o cuidado porque isso foi potente.

Precisamos assumir a radicalidade quando eu falo em radicalidade, falo em raiz mesmo do sentido do serviço de saúde que é o cuidado, é o cuidado com o outro e não sobre o outro. E para que possamos cuidar com o outro eu preciso estar aberto ao diálogo e respeitar as diferentes formas de saber, de produzir a vida. Que aí a educação popular e prática popular

novamente ficaria bem complexa nossa ação porque nossas formações geralmente são centradas cuidado do médico, no procedimento e no domínio dos corpos. Entendo esse corpo nesse sentido ampliado de um corpo físico, um corpo mente e um corpo espiritual. Cada vez mais o serviço de saúde, se nós não tomarmos cuidado pelas ações dos gestores e principalmente dos trabalhadores da saúde que tem contato direto com a potência, tanto para construir como para destruir a autonomia do usuário. Aquele ator naquela comunidade, naquela família. Ele pode ser potência tanto para produzir junto com aquela família, aquele sujeito individual coletivo processos de autonomia. Autonomia também é muito confundido eu acho, que as pessoas falam “é você cuidar de si mesmo, você se vira”. Autonomia tem a ver com individualidade. É cuidado de si, mas a autonomia é em relação com o mundo. Autonomia para mim tem a ver também com liberdade, com opção de escolha. E aí escolher acessar um serviço de saúde quando preciso, quando eu escolho tenho que ter acesso, se não que porra de autonomia é essa!?! (risos). Já que os serviços existem, já que somos pagadores de impostos, já que temos direitos. É também um Estado que o mínimo que a gente pode ter é direito, então quando tem uma dor ou sofrimento, quero preveni-la, quero orientações, quero um lugar para me encontrar, para dialogar sobre minha saúde e do meu povo, eu preciso ter as portas abertas. Mas acredito muito na construção do projeto local de saúde com o que vive lá. Porque se não fica uma catequização. Um processo de aculturação mexeu com meu saber, vocês são desprovidos de saber e aí vou “cuidar” de vocês, vou tratar vocês, eu vou domesticar vocês. No Estado ficamos um pouco distante, muito mais, vai indo para escala regional, estadual ou nacional mais distantes você fica de onde a vida acontece de fato por isso o contato com os movimentos sociais, com as pessoas também tem sido bastante vital para que eu consiga achar coerência no que estou fazendo no meu trabalho. Porque senão perde o sentido do meu trabalho no caso hoje na saúde.

O fato que mais me marcou foram vários. Uma que me vem a cabeça agora foi em uma das Tendas Paulo Freire o diálogo com uma parteira de Sergipe da serra da guia com uma quilombola que chama Zefa da Guia ela é uma senhora cabocla miscigenada com miscigenação e entre indígena e negro, senhora linda, que participa e acompanha a gente em vários tempos, e ela no testemunho de orientações sobre parto natural, parto com parteira ela deu dados de que ela tem mais de 5 mil partos já feitos na comunidade da região e que nenhuma morte na mão dela, nenhum processo de sofrimento e nenhum problema com parto, como circular de cordão, paralisia e ainda mais vários casos que quando ela não dava conta de fazer sozinha por alguma complicação, ela acompanhava a gestante até o serviço de saúde mais próximo, ou seja, referenciavam aos médicos e enfermeiros do local e acompanhava o parto. Para mim isso foi o que mais me marcou porque a coerência de uma praticante popular de saúde que tem uma função extraordinária dentro da sua comunidade, dentro do histórico do Brasil todo de manutenção dessas práticas, belas práticas e ela ter a consciência de referenciar para o outro nível de alto grau de complexidade o que ela viu que não daria conta sozinha. E aí eu fico pensando só precisa do movimento do serviço de saúde em reconhecer as práticas da sua região, acompanhar junto, oferecer apoio e encaminhar também porque não? Se conversar com o sujeito ou com a família e essas pessoas acreditam a partir da sua espiritualidade, de suas crenças, de suas relações comunitárias, da sua rede de apoio social porque não referenciar um erveiro, uma raizeira, um rezador, de acordo com as crenças das pessoas. Outro fato que me marcou muito foi um dado de uma pesquisa se não me engano em

Sergipe que só ouvi falar eu não li, na Tenda Paulo Freire que foi feita uma pesquisa comparando se não me engano 20 terreiros de candomblé e umbanda e 20 equipamentos de saúde questionando os sujeitos sobre a sensibilidade, sobre cuidado, especificamente acolhimento e resolubilidade. Disparadamente os terreiros ganharam enquanto referência para as essas três coisas. É uma triste realidade o mundo poderia ser igual. Não menos.

Não acredito que a residência seja nenhuma salvadora, que ela vai orientar os profissionais, vai salvar os profissionais que não tiveram a oportunidade ou direito de estudar 4, 5, 6 anos de forma mais coerente com a realidade do país. Eu acho que ela (a residência) é potente para contribuir com a consciência do sujeito. Mas, eu acho que aliado à residência eu gosto da ideia do mestrado profissional de favorecer as pessoas que já estão no trabalho de alguma forma a analisar a partir da sua prática. É muito importante que os trabalhadores de saúde tenham tempo para estudo para refletir a sua prática. Na perspectiva de ação/reflexão/ação é preciso que de alguma forma seja garantido o tempo e direito de estudo desses trabalhadores. O trabalhador de educação tem o direito de ter, eu acho, 33% da sua carga horária para atividades extraclasse. Eu já brinquei que os trabalhadores da atenção básica precisam dessas 33 horas também, extra unidade que pode ser ocupadas em cursos, especialização, não essas especializações malucas, formatadas. Mas que de certa forma priorizem as especializações financiadas pelo Estado e que provoque no trabalhador uma reflexão da sua prática. Para que ele possa ressignificar essa prática e redescobrir em si mesmo suas potências para além de ser trabalhador da saúde, porque se ele descobre as potências para além de trabalhador de saúde, pode acontecer algumas coisas, por exemplo: ele ver que não que ser trabalhador de saúde, sair e fazer outras coisas. Isso é legítimo, muito importante ou ele descobrir que ele pode ser um trabalhador de saúde e fazer outras coisas nas horas livres ou até mesmo de incorporar as suas potências no cotidiano de trabalho, porque não? Incorporar poesia, pintura, à culinária, sei lá todos os movimentos no campo do ser mais.

O futuro é hoje! Como diz Carlos Drummond de Andrade “Eu me ocupo do tempo presente dos homens e das mulheres presentes”. Eu sou um homem do presente! Meu tempo tem outro... Mario Quintana diz que “meu tempo é quando”. Então, hoje é o dia para gente fazer tudo que sonhamos, tudo que é perspectiva de futuro é preciso ser feito hoje dentro das limitações do hoje, que façamos hoje. E o futuro são os sonhos possíveis que temos e os inéditos viáveis, é importante sonhar. Bem pessoal? (suspiro). É viver na terra, da terra e com a terra!!! Como diz um amigo nosso “respeite e ame a terra como a si mesmo”. Então, o cuidado com as pessoas e o cuidado com a terra e o compartilhamento de excedentes para mim é um caminho possível para que a gente rompa com o caminho da hegemonia do sistema capitalista, que serve para colocar as pessoas no lugar de mercadoria e não de pessoas produtoras da vida. Minha perspectiva é essa de trabalhar com permacultura, trabalhar com a terra, com os povos ancestrais, com um diálogo sinérgico com as outras naturezas para além da minha. Reaproximar-me na verdade com muito respeito, humildade e calma do lugar de onde vim! As tecnologias são importantes como a natureza também, mas estão sempre em 2º plano para mim, sempre. Em 1º lugar são as pessoas, os seres do mundo. Então minha fé, é fé... como diz o Beto Guedes, Betinho... “fê na vida, fê no homem, fê na mulher e no que vier”.

Uma coisa que me fez romper com a fisioterapia é não querer me limitar a ser uma coisa que eu fiz durante cinco anos na universidade, porque isso me limitava o ser e estar no

mundo. Mas, eu aproveito até hoje vários saberes que eu aprendi no estudo da fisioterapia, no campo da anatomia, da cinesiologia, dos recursos terapêuticos manuais, no campo da fisiologia, nas órteses e próteses, na neuroanatomia, em várias disciplinas. Então, a importância da pessoa que trabalha com a fisioterapia, do fisioterapeuta no caso na atenção básica é de extrema importância como de vários outros profissionais desde que ele seja ampliado também. Ele poder ser muito técnico... a atenção básica precisa também de fisioterapeuta com especialidade, especialização por exemplo no trabalho com as complexidades das pessoas acamadas. Complexidades no campo da saúde respiratória, pulmonar, cardíaca, todas as consequências da imobilidade. São diversas, fratura, a dificuldade respiratória, postural, úlcera, mas que também isso não seja uma coisa exclusiva da fisioterapia.

A maior potência do fisioterapeuta para mim no caso aí é a potência das outras especialidades é abrir mão da sua especificidade... o que eu chamo de abrir mão? É socializar o saber com todas as pessoas que eu encontro, isso faz engrandecer o papel da especificidade. Tinha um minha professora da época de faculdade que falava que “todo grande especialista tem que ser antes de mais nada ou juntamente excelente generalista, senão ele não é porra nenhuma” e o que a gente vê na formação mais técnica do fisioterapeuta, que ele tem esse “carma”, esse estigma de ter nascido durante o pós-guerra ele é uma ciência que brota para reabilitar. E tem a sua função importantíssima, ele não pode deixar essa função de reabilitação... agora que essa reabilitação não entre nos padrões da funcionalidade do sistema capitalista que é para produção de capital para os burgueses, para os donos do poder, para quem acumula e sim que ele produza riquezas, que riqueza é uma qualidade, já dizia Marx e Hengels que riqueza é um tributo a qualidade do humano, tem a ver com potência, o sistema capitalista é capaz deturpar tudo. Que o fisioterapeuta ele haja na perspectiva de funcionalidade de acordo com os desejos, necessidades e interesses do sujeito que ele encontra. Ele pode ser muito útil, na saúde do trabalhador, ele pode encontrar com os trabalhadores no campo na zona rural e dialogar de uma forma que o trabalhador ele precisa extrair o seu sustento de sua terra que não prejudique seu corpo, tentando dialogar no campo da consciência corporal, que quando a gente conhece a nós mesmos a gente consegue cuidar mais da gente. Tem a ver com cuidado com a gente mesmo.

O fisioterapeuta é muito potente na sua especificidade para ajudar que as pessoas possam ser mais. Uma família que tem um acamado preciso desmamar cada vez mais a dependência de mim como fisioterapeuta, então eu posso cada vez mais emancipar, ajudar no processo de cura, de autonomia, desde vizinhança, de todas as pessoas que ajudam aquela família a cuidar daquela pessoa que está em estado de dor ou sofrimento e de necessidade de apoio.

O fisioterapeuta ele assume a função de todos os outros importantes de todos os outros trabalhadores. A concepção de apoio que NASF vem trazer, ela transcende as especificidades, ela tem para mim que ser incorporada pela própria medicina e pela própria enfermagem, odontologia. Como que eu consigo ampliar o espectro de ação para que as pessoas possam saber mais em si, ter a oportunidade de saber mais em si e quanto que os trabalhadores de saúde podem saber mais da especificidade de outra profissão para que ele possa colher de maneira digna e responsável um sujeito que chega à unidade em um dia que aquele médico não está. Ter a tranquilidade de acolher, que não fique essa setorização absurda que gera a

desatenção, o desatendimento, a negligência. Às vezes a pessoa que mora na zona rural pode ir à unidade uma vez por semana para aproveitar o ônibus da escola, o dia que ela foi não vai poder porque o médico não está lá, porque que eu não posso acolher? Porque eu não posso coletar os dados e ver como é que está, se esse cara só pode vir na segunda-feira justamente o dia que eu não estou lá e como é que a minha colega pode... nutricionista ou técnica em enfermagem, agente comunitário de saúde pode coletar aquele dado e conversar comigo e eu orientá-la e a gente fazer uma coisa por tabela assim com muita tranquilidade. Todo mundo tem esse lance de fazer junto, então o fisioterapeuta ele é de extrema importância para várias coisas. Ele é importante desde que o sujeito daquela comunidade paute a sua importância ou que ele veja algumas coisas e ofereça, oferte. Mas com muita tranquilidade, não como uma doutrina, seguindo as outras lógicas, das outras profissões do doutrinamento. Isso é postura correta? Isso é postura certa, errada. Outra é postura sei lá o que, que é aquela normativa aquela coisa meia mentalizada, normativa da saúde.

Durante dois anos de residência que foi minha última experiência com atenção em saúde direta com usuário, eu procurei trabalhar os dois anos desse jeito que te falei. Agora recebi várias críticas, inclusive na tutoria específica mesmo eu comprei algumas brigas, porque eu fazia esse rompimento de fronteiras, esse borrar de fronteiras do meu núcleo de saber, eu também incorporava os outros. Incorporei muito saber da psicologia que eu gostava muito e vi que era muito necessário pelo estado de sofrimento, adoecimento mental que nossos sujeitos estão, nossos irmãos estão. E também o campo nutricional também, porque alimentamos muito mal também cada vez mais. É um campo de debate muito importante de novas práticas foram esses dois campos que eu mais incorporei, então eu trazia muito para essa questão. Essa questão da potência humana, já fiz isto, não tão bem estruturado quanto hoje, mas eu sempre ajudei, contribuí nos meus encontros com os usuários ou mesmo com as atividades de apoio institucional que eu desenvolvi junto as equipes e tentava contribuir com essas coisas. Quando falo de romper, não é abandonar, é de romper com as amarras que é as categorias e que os núcleos fazem, porque criam aquelas linguagens que são isotéricas ao outro. Você cria códigos de proteção de uma categoria em que a gente coloca paredes grossas e grandes nas nossas fronteiras de saber para que as pessoas dependam da gente. Não acredito nisso não, isso está dentro da lógica do sistema, sabe? Eu não acredito em nada que é produzido dentro sistema capitalista. Então, isso é mais uma ferramenta histórica aí de proteção de nichos de mercado só sei que é idiota, ridículo, imbecil, não cabe.

A fisioterapia ela é tão potente enquanto ela se dispõe a romper barreiras, fronteiras do seu saber e incorporar, radicalizar no que tinha falado lá no começo, cuidado. Então pouco importa minha categoria, minha profissão, eu sou um trabalhador de saúde, sou um cuidador antes de ser um fisioterapeuta. Eu sou um agente cuidador de saúde. Olhe o peso disso, olhe a responsabilidade disso, então estou apto a acolher qualquer pessoa ou pelo menos deveria estar, acolher e eu não tenho que resolver nada para ninguém, por mais que o sujeito aparece na unidade e espera isso da gente que isso é produzir socialmente. Eu sou uma pessoa de referência que posso contribuir ou não com o cuidado daquela pessoa, mas no máximo o meu cuidado com ela. Não sobre ela, não para ela, não sobre o processo paternalista diante das comunidades, dos sujeitos. Isso não é legal, isso não é legal! Eu só acredito nos processos emancipatórios, libertários, que a gente consiga ser mais junto com o outro, como diz o secretário que eu trabalhei em Santa Barbara do Oeste “eu não trabalho com a corda no

pescoço, não trabalho, não coloco a corda no pescoço, não trabalho”. Estou aqui para a gente tentar construir uma estratégia, uma saída juntamente com vocês do sofrimento. Tem gente que vai abandonar o trabalho e eu não sei fazer outra coisa, o que é que está causando sofrimento nele, principalmente é o trabalho. Desde uma LER/DORT mesmo pesada como sofrimento mental, como sofrimento espiritual, o desrespeito a sua cultura, seu credo e a sua espiritualidade.

Eu chego a radicalidade perante o extremo, é fácil para falar porque estou de perto de grandes centros de que às vezes é melhor sem unidades de saúde em algum lugar do que uma unidade de saúde, porque as pessoas chegam dizimando processos de cultura e de cuidado local e vem num processo de medicamentação que destrói, causa dependência. Deixa as pessoas dependentes da unidade, dos medicamentos alopáticos.

Ah, o fisioterapeuta também tem uma ação fantástica de trabalhar com as práticas integrativas como a acupuntura, reiki, massoterapia, massagem ayurvédica. Os fisioterapeutas que trabalham com essas práticas integrativas... são ferramentas fantástica na mão de desconstrução dessa hegemonia da alopatia, da “cura imediata”, do alívio de sofrimento imediato. O fisioterapeuta tem essa potência muito grande, se os fisioterapeutas sensíveis que desejam trabalhar com atenção e com a clínica na atenção básica, é um recado que eu deixo. Para mim isso é o passado e o futuro.

Narrativa – Marina

“Eu saí da faculdade uma profissional e sai da residência outra”.

Eu entrei na residência meio na loucura, porque eu me formei e não sabia direito o que fazer. Fiquei sabendo da residência pela minha irmã e prestei. Foi uma experiência que gostei bastante, eu não tive nada disso na faculdade, aprendi muito. No meio da residência prestei o concurso para NASF aqui em Botucatu, pois eu já estava pensando em voltar para minha cidade. Além disso, junto com a residência eu fiz a pós-graduação em acupuntura que eu gostava desde a faculdade e como a minha irmã já tinha reformado minha casa para fazer uma clínica e como isso já estava certo aqui, eu falei *não, acho que vou ter mesmo que voltar para [...]*. Acabei voltando para minha cidade e atendendo na clínica acupuntura, porque até então o resultado do concurso ainda não tinha saído. Comecei a atuar com acupuntura e fiz a acupuntura estética, que dá bastante resultado, e como a procura foi grande, pensei, *nossa, preciso saber mais sobre estética, vou fazer uma pós em dermato-funcional* que é a área da fisioterapia que atua com isso. Comecei a fazer em setembro de 2011. Terminei a residência em maio e até então estou atuando aqui na clínica com acupuntura.

E, dezembro de 2011, fui chamada no concurso para NASF, e então comecei a fazer as duas coisas, tanto trabalhar na clínica quanto trabalhar no NASF e nesse meio tempo também a minha irmã, tudo culpa dela (risos), abriu uma casa de repouso e ela me chamou para trabalhar lá. Atualmente esses são meus três empregos. Eu trabalho no NASF 30 horas, trabalho na clínica com acupuntura nos outros horários e duas ou três vezes por semana eu vou à casa de repouso. No NASF o foco é como na residência, eu faço principalmente trabalhos coletivos, estou em 9 unidades. A equipe faz até atendimento individual, mas preconizamos que seja compartilhado com outros profissionais. O nosso foco não é ser porta de entrada, ficamos nos bastidores tentando matricular a equipe. Alguns grupos estão sendo realizados no município todo, logo todas as unidades tem esses grupos. Primeiramente tentamos focar nesses para depois ampliar. Os grupos que estamos tentando padronizar no município todo são o grupo de qualidade de vida, grupo de psicotrópicos, alguns grupos de recepção e escuta. A gente também atende demanda específicas, por exemplo, dor. Então, estamos planejando fazer alguns grupos de dor crônica, mas tudo é complicado porque a frequência é de 15 em 15 dias em algumas unidades e outras uma vez por mês. Pretendemos que sejam grupos multiprofissionais e que assim não foquem necessariamente em um só profissional. Esse está sendo nosso maior desafio, já que dessa forma contamos com diferentes saberes, extrapolando o limite de cada profissão. Essa característica da saúde da família em trabalhar com equipe multiprofissional deixa esses limites obscuros. Além dessas atividades coletivas e atendimento compartilhado também são realizadas espaços de educação permanente, principalmente em reunião de equipe, de acordo com a demanda da unidade. Se existe uma demanda específica, é trazido até nós e capacitamos a equipe para lidar com a situação.

Aqui na clínica eu atendo acupuntura e acupuntura estética. Eu gosto muito da acupuntura, porque ela vê o indivíduo como um todo, e é muito do que preconizamos na saúde da família. A pessoa chega com algum problema tanto emocional quanto dor, mas é visto todo o contexto daquele paciente para tentar melhorar. Não é focado em uma parte só

como muito da fisioterapia é. Se a pessoa está com dor no joelho, só vê o joelho. Tanto na saúde da família quanto na clínica tento ver o indivíduo como um todo, por isso que eu gosto muito de trabalhar com acupuntura e com acupuntura estética. Eu estou fazendo especialização em dermato-funcional, tentando seguir esse olhar ampliado, por exemplo, vou fazer alguma coisa específica para estética, então faço também auriculoterapia tentar equilibrar a pessoa e ela se sentir melhor. O que adianta fazer um tratamento para redução de gordura, mas a pessoa é ansiosa, come exageradamente. Mas por enquanto, pela falta de tempo, estou trabalhando só com acupuntura, utilizando poucas técnicas da dermato-funcional.

Na casa de repouso no momento tem 7 idosos sendo 1 acamado. As atividades que eu desenvolvo são individuais, de acordo com a demanda, mas principalmente em grupo como treino de marcha, exercícios de fortalecimento, alongamento, exercícios para memória, colagem, desenhos, escrita, tentando exercitar corpo e mente.

Bom, dificuldades são muitas no NASF, porque é um processo novo que começou esse ano em Botucatu, ainda é confuso para as equipes terem muitos profissionais indo à unidade uma vez por semana ou a cada 15 dias. Eles ainda não entenderam muito esse processo do NASF, de apoio matricial e tentar com isso diminuir a demanda e não aumentar. Como a gente tenta não atender sozinho, há muita reclamação, por não entenderem a mudança do processo, pois antes existia uma equipe de saúde mental que trazia muito do secundário e terciário para atenção primária, e não queremos isso com o NASF. É preciso entender a lógica do NASF, de se conseguirmos melhorar a qualidade dos atendimentos e dos grupos, a demanda vai diminuir. É complicado, porque as pessoas já estão trabalhando muito tempo nessa área e trabalham no processo de encaminhamento. O NASF quer discutir caso, e não atender individualmente caso a caso, mas acontece o seguinte em muitas unidades “*É caso de fisioterapia toma*”, me entrega o prontuário e então tentamos ampliar isso, e ver que caso é, se já foi atendido, o que já foi visto, que muitas vezes conseguimos dar uma orientação pela discussão de caso ou fazer atendimento compartilhado, que se existir um caso parecido lá na frente, o profissional já vai ter mais propriedade na consulta. Acho que essa é a principal dificuldade deles entenderem qual é a proposta do NASF, apesar de já termos feito várias capacitações com a rede antes de ser inserida nas unidades, e já foram várias conversas principalmente com os gestores, ainda há resistência para atender com o NASF nos dias que estamos nas unidades, mas está melhorando a cada dia. Trabalhar com outros profissionais, facilita bastante, e há um suporte maior, às vezes até de continuidade de algum trabalho e a gente com isso vai se fortalecendo enquanto grupo pelo menos. Como não estou sozinha neste trabalho, sinto falta de trabalhar com outros profissionais quando eu estou na clínica, que eu trabalho sozinha, pois acostumei bastante em trabalhar em equipe. Eu acho que isso facilita bastante o trabalho e se fortalecer enquanto grupo pra conseguir crescer junto.

(risos), às vezes fica meio confusa a atuação do fisioterapeuta. Às vezes a gente acha que tem que atender, tem que fazer... eu acho que seria muito mais fácil eu ver o paciente, avaliar, atender e fazer a fisioterapia quanto a questão mais individual mesmo, mas eu gosto bastante do fisioterapeuta na atenção primária, porque acho que consegue contribuir em muitas outras questões. Por exemplo, eu estou revezando com o educador físico nas unidades e a gente consegue construir bastante coisa. Eu vou em uma semana e o educador físico vai na outra, e assim a gente consegue fazer alguns trabalhos com continuidade. É que a demanda

de fisioterapia é muito grande e a gente está tentando também organizar a rede, porque a atenção secundária muitas vezes não dá conta do tanto de casos que tem. Na atenção primária eu consigo orientar um caso mais crônico a realizar exercícios em casa, que pode melhorar com algumas orientações básicas de alongamentos, como lidar com a dor, melhorar a qualidade de vida daquela pessoa para ela não ficar na fila por muitos anos para conseguir um atendimento no secundário. Estamos tentando também organizar o fluxo desses pacientes, se chega um paciente com caso específico de fisioterapia atendemos junto, e então vendo se é caso agudo ou crônico, conseguimos organizar para aquela pessoa conseguir até um atendimento mais rápido. Visitamos todos os serviços especializados aqui de Botucatu para conversar, explicar que agora tem fisioterapeuta na rede. Então articular entre os serviços, o encaminhamento de pacientes agudos para ter a prioridade que eu citei na organização do fluxo. Está sendo bastante importante a implementação no NASF no município, porque a fila estava gigante, você sabe como é (risos), então, a gente está conseguindo que isso diminua, encaixando o paciente em algum grupo ou orientando com exercícios específicos.

A residência contribuiu em muitas questões, porque se não fosse a residência hoje eu não estaria trabalhando no NASF. Ela fez eu me descobrir profissionalmente, desde como trabalhar em equipe, trabalhar com promoção e prevenção, sair um pouco da lógica curativa, de ver o indivíduo como um todo, de ver também a questão de saúde mental que a gente fica muitas vezes perdido de como lidar, além de trabalhar com outros profissionais. Se não fosse isso não teria competência para estar hoje trabalhando no NASF. Quem fez a residência tem outra visão, porque tem vários profissionais que fizeram residência aqui em [...] e é muito diferente, até como a gente conversar, como a gente consegue lidar melhor com certas situações, do que pessoas que não fizeram a residência. Com certeza os meus dois anos de residência foram anos que não vou esquecer tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Porque mudou completamente a minha vida ter feito à residência. Eu saí da faculdade uma profissional e sai da residência outra. Eu acredito que muito melhor. Foram dois anos que cresci, amadureci e que foram importantes para mim. Mudou minha vida, porque passei num concurso por conta disso e descobri outras formas de lidar com pessoas e outra forma de trabalho na residência.

É complicado, porque eu tenho uma clínica e eu gosto muito de trabalhar com as duas coisas, pois dá uma equilibrada, porém mais para frente eu penso em ficar só na clínica, pois dá mais dinheiro, se eu tiver paciente o dia inteiro... NOSSA não tem nem comparação. As 30 horas que eu trabalho na atenção básica se trabalhasse aqui na clínica iria render muito mais, mas por outro lado eu gosto muito de trabalhar na atenção básica e ter outro foco, além de estar registrada, por isso estou feliz assim. Porém, a clínica é o meu negócio próprio, vejo a importância de investir nela, por mais que faça outras coisas.

Narrativa – Sophia

“Eu penso que minha atuação vai depender do lugar onde estou inserida e do tipo de gestão que ocorre”.

Bem, depois que terminei a residência, logo iniciei o mestrado da [...]. Fiquei um tempo morando em São Carlos ainda, prestando vários concursos. Foi uma época muito tensa porque prestava vários processos seletivos, entrevistas e nada parecia dar certo. Até que resolvi prestar [...] e passei. Foi tudo muito rápido, tive que mudar de cidade e até de estado! Tão rapidamente, que nem deu tempo de pensar sobre isso. Mas precisava ir, e foi o que eu fiz. Chegando a [...], fui saber como se dava o trabalho do NASF e logo fui percebendo que seria **bem** diferente do que tinha aprendido na residência. Achei estranho que aqui não existiam USF e sim UBS e eu estaria em só uma delas. Rapidinho tive que escolher a minha UBS e começar o trabalho.

A minha primeira impressão? Trágica. Eu sai da residência com uma visão “super” ampliada de saúde pública, da minha própria atuação na saúde da família com o matriciamento e quando cheguei ao município que estou trabalhando atualmente, deparei-me com um processo de trabalho retrógrado, uma gestão centralizadora, verticalizada e que me reduz a simples atuação de fisioterapeuta. Senti-me frustrada no começo, parecia que eu falava e ninguém me entendia. Estar UBS era uma loucura!!! Funcionavam 12 horas por dia, os funcionários todos muito antigos lá, eu não entendia nada... quando você ia falar com alguém dos casos eles diziam “*eu não faço PSF*”, já outros diziam “*eu faço PSF*”. Foi **muito** difícil entender, quero dizer compreender como aquilo funcionava, parecia que ia “explodir” a qualquer momento. Todo mundo corria, atendia as pessoas como um pronto atendimento, só na queixa conduta, sem vínculo nenhum. Lembro até hoje que eu cheguei lá e tinha uma pasta lotadinha de encaminhamentos de fisioterapia, abri a pasta e caiu tudo por cima de mim!!! (gargalhada). Hoje eu não estou mais lá, pedi transferência e estou na zona rural e acho que de verdade, nunca entendi como aquilo funcionava direito.

Eu penso que minha atuação vai depender do lugar onde estou inserida e do tipo de gestão que ocorre. Atualmente estou na zona rural, trabalhando com equipes pequenas e lá sim conseguimos fazer saúde da família, parecido com o que eu fazia durante a residência. Dei sorte agora, porque encontrei parceiros de trabalho comprometidos e envolvidos com o serviço, criam vínculos e aos poucos estou tentando fazer o matriciamento com a equipe já que isto é muito novo para eles. Penso que o matriciamento é um viés no Brasil todo e colocar isto em prática é muito complicada em lugares que não abraçam realmente a ideia. Eu acho que existe uma contradição muito grande de atuação do fisioterapeuta no país. Falta um consenso entre a própria classe e os diferentes tipos de gestão. E outra coisa que trunca muito o desenvolvimento disso, a nível nacional, são estes concursos e processos seletivos desqualificados. Entram pessoas no NASF que não sabem nada de saúde pública, tampouco de saúde da família e muito menos de NASF. Aí fica muito ruim.

Faço o meu melhor, mas me sinto desvalorizada. Tenho uma atuação muito distante do que gostaria de ter, mas o trabalho aqui é desenvolvido desta forma e é necessário dar continuidade senão as coisas se perdem e você perde seu emprego também. Faço muitos atendimentos individuais, grupos e tento ao máximo discutir os casos e compartilhar ações

com as equipes, mas elas são **muito** resistentes. Tento ao máximo promover a autonomia do usuário no seu cuidado, mas aqui todos têm uma cultura muito medicamentosa e assistencialista com o paciente, por isso é muito difícil promover esta autonomia. Já me senti muito mal algumas vezes aqui, porque no início parecia que existia um abismo entre o que eu fazia e o que a equipe esperava de mim. Mas aos poucos as pessoas começaram a entender minha forma de trabalho. Graças a Deus consigo fazer grupos e priorizo ao máximo isto. Infelizmente conto com pouquíssimas pessoas para desenvolver este trabalho. Na gestão eu não consigo fazer nada porque aqui a gestão é centralizada somente em uma pessoa: a coordenadora da unidade e é “**super**” verticalizada, burocrática e autoritária. É muito difícil trabalhar num ambiente assim. Sinto-me presa no pensar, agir. Para mudar isso, penso que para as pessoas respeitarem você e suas ideias, você tem que acreditar no que fala e realmente fazer o que fala a tal da práxis. Não pode a ver uma longa distância disso! As pessoas precisam de um tempo para se acostumarem com você, conhecer seu trabalho e ver os resultados dele. Se você tem forte convicção do que faz, o resultado logo aparecerá.

De educação em saúde eu tento fazer salas de espera, discutir alguns assuntos nos grupos de maneira a promover a autonomia e fortalecer a cultura popular, mas o que eu vejo é que quando você vai com algum assunto para ser discutido nos grupos, a população não gosta. Eu gostaria de atuar mais com matriciamento, acrescentar às equipes, gostaria de discutir mais os casos, de fazer amplas discussões de vários temas... é um processo!!

As dificuldades são: gestão centralizada, autoritária, controladora... gestão a nível macro e micro... eu vejo que tem muitos funcionários antigos na rede que não querem nada com nada sabe...enrolam o serviço! Sofrem de funcionalismo público crônico!!! (gargalhadas). Então, só estão lá no serviço para bater o cartão. O usuário vai lá querendo atendimento e “estragar” o sossego deles. É complicado você querer atuar onde as pessoas não estão afim, simplesmente não estão afim pelos seus diversos motivos que sempre parecem, para eles, mais importantes que o usuário. Mas agora estou com algumas equipes muito boas e engajadas, que levam a sério o serviço, criam vínculos e se preocupam com os usuários e que me entendem um pouco!! Fico feliz! Aqui no município a visão do NASF e do matriciamento é muito errada, os meus colegas de trabalho sofrem muito. Somos cobrados para atuar como NASF, mas nem a própria gestão central não entende o que é NASF, não abraçou a ideia... é complicado!

As facilidades são que ainda existem algumas pessoas comprometidas e envolvidas no trabalho, que se preocupam com os usuários, que acreditam no NASF e na saúde pública de qualidade... acho que é só isso...Olha, de verdade acho que para o NASF funcionar é preciso que todo o sistema público de saúde e até extra saúde funcione. É muito complicado trabalhar no NASF se não temos equipes de SF para construir cuidado juntos, se não temos rede no município. Precisamos nos articular, conversar. Uma coisa que vejo que acontece muito é que os serviços não conversam, trabalham com as mesmas pessoas e fica um jogo de empurra, sem comprometimento de ninguém, ninguém que se responsabilize pelo outro. Para o NASF funcionar as pessoas que trabalham na saúde pública precisam estar dispostas a trabalhar!

Eu falo às vezes que a residência me estragou, porque eu fiquei muito crítica com o serviço, com as equipes. Eu consigo ter nitidamente uma visão de todo o processo de trabalho, tudo o que acontece no meu local de trabalho. Sinto que ter sido residente e atual mestranda é complicado, principalmente porque você acaba sabendo **muito** mais do que os gestores e aí

eles te veem como uma ameaça. Quando cheguei aqui, queria muito expor minhas ideias e sei que tenho uma boa formação em saúde pública. Logo fui percebendo que eu era boicotada em algumas reuniões e decisões... Eu também me senti muito frustrada no começo, tive equipes ótimas que contribuíram para minha formação na residência e cheguei aqui e me deparei de início com tudo isso, mas agora já aprendi a crescer com a frustração! Eu acho que para ser gestor você precisa ter perfil ou minimamente uma formação. Pelo que se percebe vira gestor aquele que está há mais tempo na rede ou as pessoas mais autoritárias, inflexíveis, bem no modelo da década de 70 ainda. O trabalho das pessoas e as relações desenvolvem-se naquele ambiente que não pode estar impregnado de autoritarismo, pois isto não permite criar e se desenvolver como pessoa e trabalhador. Hoje estou em alguns lugares que se permite mais e vejo como isso acrescenta no cuidado aos usuários.

Acho que foi quando me desliguei de uma residência multiprofissional em saúde da família que iniciei em [...] e não gostei, não me adaptei e aí fui falar com a coordenadora do curso e ela me disse que eu não tinha perfil para saúde pública, que era para eu procurar fazer outras coisas e hoje estou aqui trabalhando e feliz na saúde coletiva. Encontro-me neste campo, não consigo me ver fazendo outra coisa. Está no sangue já (sorriso). Para mim, acho que não existe atuação mais gratificante na fisioterapia. Hoje depois da residência não me enxergo somente como fisioterapeuta, meu leque de trabalho é muito amplo na saúde pública. Como fazemos muito com tão pouco!

De verdade? Espero terminar meu mestrado e dar aulas... acho que é só isso que quero! Espero que a minha experiência na saúde pública possa me abrir portas para oferecer cursos, participar de congressos como palestrante e também poder contribuir na formação das pessoas. Para que serve nosso conhecimento se não para passá-lo adiante? Vou lutar por isso, mas ainda não sei como fazer!

Narrativa – Suellen

“Eu acredito na proposta do apoio, eu acredito na gestão compartilhada, eu acredito na corresponsabilização.”

Um pouco antes de ingressar na faculdade eu tive contato com a educação em saúde. Eu trabalhava com adolescentes em uma escola de periferia de [...] e também participava como usuária de um programa de meninas adolescentes. Um programa multiprofissional para atendimento de mulheres adolescentes. E eu fui me interessando muito pelo trabalho multiprofissional, porque lá tínhamos um contato com várias profissões bastante integradas e no projeto que eu trabalhava nessa escola pública também tive contato com outro olhar para a saúde que não era aquele olhar focado na doença. Eu acho que a maioria dos cursos ainda são extremamente voltados para a clínica. Durante a graduação, para fugir um pouco disso eu tentei caminhar pelo o que eu queria fazer através da pesquisa. Também foi difícil porque além do curso ser muito pautado na clínica, ele também tinha um viés bastante biomédico na pesquisa (risos). Foi muito difícil encontrar orientação, mas encontrei algumas pessoas que me ajudaram em outros aspectos, que incentivaram a importância de estudos qualitativos, por exemplo, eu comecei a estudar a inserção do fisioterapeuta na saúde da família e buscando onde tinha trabalhos sobre o tema, comecei a ver que no nordeste já era mais forte, o pessoal do Rio de Janeiro tinha algumas publicações sobre essa temática e eu fui pesquisar esse tema em São Carlos. Comecei a ir às unidades de saúde da família, não havia fisioterapeutas nas unidades, a fisioterapeuta, na época, atuava em um ambulatório de especialidades. Não estava descentralizado. Mas eu comecei a estudar isso e comecei a vasculhar como que eu ia entrar para essa vertente de trabalho já quando estava no final da graduação. Várias possibilidades aconteceram, eu pensei em fazer o mestrado em saúde pública, saúde coletiva, a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade e também o aprimoramento paulista do Instituto de Saúde Coletiva. Cheguei a prestar inclusive o aprimoramento em saúde coletiva e de todas essas possibilidades acabei optando pela residência multiprofissional que eu não conhecia profundamente como era a proposta, mas o tema já acolhia algumas de minhas intencionalidades de atuação, mas foi dentro da residência que me aproximei mais do entendimento da integração - pesquisa, ensino e trabalho. Proporcionar a integração entre todas essas coisas de forma bastante intensa que eu acho que é o maior valor da residência. Que ela te permite espaço de análise do seu processo de trabalho. Ela é bastante prática eu acho. As coisas que eu vivi “ali na ponta”, na relação direta com os colegas de trabalho e com usuários, eu conseguia analisar com leitura e discussão. Nós discutíamos muito na residência, intensamente sobre vários aspectos. Acho que foi muito rico o caminho até a residência, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas foi possível entrar para esse lado de atuação.

E depois da residência foi bastante difícil, porque veio outra realidade. Ainda, não tinham lançado os NASF. A residência abriu esse campo, mas ainda dentro da formação. Saindo da residência o campo ainda estava muito complicado, porque começavam a “pipocar” os NASF só que o processo seletivo do NASF muitas vezes não considerava a sua formação enquanto residente. Eram processos seletivos com formatos ainda “duros” até de conteúdo. Eu e mais alguns amigos montamos um grupo de estudo quando saímos da residência para apoiar a implantação do NASF nos municípios. Isso também a gente tentou e procurou alguns

municípios e eu também tentei o mestrado. Foi nesse momento que passei e decidi fazer o mestrado. Também tinha passado em [...] como apoiadora, mas eu optei por fazer o mestrado em saúde coletiva. Quando eu fui fazer residência os temas que mais me chamavam atenção era essa forma de trabalho diferente que não é o trabalho de atendimento clínico dentro da sua área profissional. Ele é um trabalho multiprofissional, ele tem que ser integrado e ao mesmo tempo ele tem que ter um formato de trocar conhecimento que é a do apoio matricial. O apoio matricial e apoio institucional me intrigavam muito. Na residência multiprofissional de São Carlos nós tínhamos essa atribuição e a gestão puxava isso do residente também que era de tentar implantar a política, de tentar mudar o processo de trabalho entre as equipes. Apesar do apoio da gestão, os residentes não tinham o respaldo muito grande para fazer isso, mas a gente tinha essa atribuição também. Essa coisa me deixava bastante curiosa, era um trabalho muito difícil na verdade e por isso durante a residência eu fiz meu estágio eletivo em João Pessoa para vivenciar a proposta de apoio institucional daquele município e sai de lá com um monte de pulga atrás da orelha, com um monte de dúvida, inquietação, porque comparado com o que eu vivi na residência tinha uma vantagem do fato de que o apoiador institucional ele tinha respaldo para a implementação de ações disparadas pela gestão.

Em São Carlos quando a gente trazia a discussão da política sofríamos preconceito porque nós éramos estudantes *Não, é assim mesmo que tem que mudar*. E lá não, esses apoiadores eles tinham essa função direta de acompanhar e orientar os processos de trabalhos nas equipes. Eles eram contratados para isso e também estavam contratando uns apoiadores NASF, mas eles acabaram mesclando as duas propostas. No mestrado meu tema de estudo foi o apoio em saúde. Eu queria investigar melhor como era isso. O que era trabalhar enquanto apoiador, seja apoiador de NASF, seja apoiador institucional ou apoiador matricial, enfim. O que era ter esse trabalho que não era um trabalho direto com o usuário, algumas vezes ele fazia uma interface com os usuários, mas o trabalho era direto com profissional de saúde. Eu queria entender da onde vinha e para onde que ia e eu comecei a estudar. E eu entendi que muito do trabalho do apoiador tem a ver com uma lógica de educação permanente, mudança de processo, de democratização no trabalho, das falas, de trazer as pessoas para o espaço de gestão colegiada, de facilitar a criação de dar autonomia do trabalhador e permitir sua maior participação. Passei a estudar então a proposta de apoio do município de [...]. Eu estava na dúvida se estudava a proposta de [...] ou a proposta de [...] que era no NASF, mas a proposta de [...] tinha uma dimensão muito maior em muitos aspectos. Lá em [...] era um NASF com 5 profissionais, poderia ser um estudo de caso, eu estava até tranquila, porque eu estava querendo pegar um contexto de um município que era bastante interessante pois tinha 100% de cobertura de saúde da família. Mais quando chego a [...] tem uma proposta de 50 apoiadores em uma cidade que está começando a reorientar o modelo de atenção e com uma proposta que queria mesclar apoio institucional e apoio matricial. Vixe é aqui! E entender o que está acontecendo no município... apresentei a proposta de estudo e um tempo depois fui convidada para trabalhar no setor de educação permanente. Eu fiz as duas coisas paralelamente. Eu pesquisei a proposta de apoio do município ao mesmo tempo eu estava trabalhando no setor de educação permanente. É um setor que na época que eu entrei tinha uma ligação com o apoio, já não estava tão forte, era o setor que coordenaria o processo de trabalho dos apoiadores, depois essa coordenação foi para o gabinete da secretaria por meio de um colegiado de gestão com vários diretores. Hoje eu trabalho no setor de Educação

Permanente e basicamente e tenho como atribuição fazer a articulação do processo de formação de profissionais e do processo de integração ensino/serviço no município (risos e gargalhadas). Quanto à articulação ensino-serviço debatemos com as instituições de ensino os estágios na rede, discutimos os currículos e os projetos de estágios das instituições de ensino. Também demandamos das instituições de ensino a inserção de estagiários e a gestão compartilhada de programas como o Pró e Pet-Saúde e as Residências.

Aqui em [...] essa gestão compartilhada tem o intuito de aproximar a realidade dos serviços, necessidades dos usuários e dos trabalhadores, com as necessidades de gestão e as de ensino. Um exemplo para ficar mais claro... Normalmente o que temos no país são instituições de ensino que fazem projetos Pro e Pet Saúde e convidam os municípios para participarem, mas essa participação geralmente é apenas para fornecer os campos de estágio e preceptores que ganham uma bolsa. Nossa proposta é construir junto com a Instituição de ensino os projetos e seus cronogramas de forma que atendam as necessidades dos serviços e da gestão. Quanto aos espaços de formação, minha atuação é na coordenação conjunta de cursos fomentados pela secretaria de saúde, sejam eles comprados de instituições de ensino ou montados por nós mesmos. Aqui o desenho é o mesmo, garantir que esses cursos atendam as necessidades reais dos serviços e usuários. Além disso, tentamos garantir também que esses espaços se pautem na lógica de Educação Permanente, permitindo discussões que partam da prática dos trabalhadores por meio de metodologias ativas e problematizadoras. Fomentamos espaços de gestão compartilhada entendendo que esses são também espaços de formação. Assim temos alguns grupos de trabalho que funcionam na lógica da gestão compartilhada, que tentam colocar para conversar figuras diversas da secretaria de saúde. Como exemplo tem o grupo de trabalho em humanização, o grupo de trabalho em saúde mental e o grupo rede escola.

Hoje eu não consigo trabalhar se não for equipe para começar! Para mim é pressuposto! O trabalho tem que ser em equipe, porque não dá para fazer tudo sozinho, além de não dar é irresponsável. Porque se você não tiver, ninguém vai fazer. Minimamente temos que compartilhar saber, compartilhar relações. Quando eu estava na residência isso foi muito importante, eu fiquei em uma equipe que tinha muita tranquilidade em trabalhar em equipe, a coisa fluía bem. Aqui foi um pouco diferente. Não sei se é porque o espaço... tem várias coisas na verdade. Eu acho que quando eu entrei tinha uma proposta de trabalho em equipe, mas era uma equipe muito fragmentada e com saberes muito distanciados. A gente precisava de uma figura que pudesse diminuir a distância entre esses saberes e a gente não tinha essa figura, na verdade era uma figura que acentuava a distância dos saberes das pessoas, que é um risco que tem em todos os espaços. Isso gera muita disputa, muita briga de poder e a equipe foi se desfazendo fortemente até que essa figura foi mandada para outro serviço. Entraram e saíram várias pessoas dessa equipe.

Hoje eu trabalho em uma equipe de duas pessoas – eu e mais uma. Na verdade, somos uma dupla. O desenho de trabalho do lugar que eu estou era para ser um trio com uma chefia. Hoje não tem essa chefia e ainda é um trio, só que uma das pessoas é responsável pela Humanização, é uma gerencia de humanização, a outra é gerencia de Educação em Saúde que é a minha e a outra gerencia é de Gestão Participativa, porque era para trabalhar essa tríade, a participação, o controle social, a educação permanente e a humanização. O viés da prática do trabalho, o viés do usuário e o viés da instituição de ensino. Os três trabalhando junto, mas

não temos uma integração boa com a gestão participativa, mas a gente trabalha muito integrado a gestão de humanização e a gestão de educação em saúde. Eu ainda não sei por que isso se dá. É uma coisa que eu estou tentando entender. Mas uma das questões que eu acho que é forte é que a gente ainda está em uma secretaria que é muito centralizadora de poder. As pessoas aqui centralizam muito o poder e fazem uma separação que é estratégica aqui. São estratégias, políticas acredito. Minha equipe tenta uma entrada pela gestão participativa, mas essa entrada tem que ser regulada por alguns setores da secretaria, aí a gente tenta uma entrada nos serviços e essa entrada tem que ser regulada por outros setores da secretaria. Se não existe uma liberdade, uma autonomia de trabalho que te permita trabalhar em equipe que é uma coisa que eu não tinha vivenciado ainda que é quando o poder direcionado por outras instâncias ele dificulta o trabalho articulado entre as pessoas. Porque assim a nossa função aqui... eu estou no departamento que se chama Departamento de Apoio a Gestão. Ele tem essa intensidade de apoio que é mais maluca. A mesma intensidade que o apoiador, o apoiador matricial do NASF, apoiador institucional, apoiador do Cosems ou qualquer tipo de apoiador, é uma figura que ela não é uma figura direcionadora, ela é uma figura articuladora. Esse departamento ele articula entre os outros, ele não é fim dele mesmo, ele é meio das outras discussões.

Então, nosso trabalho é meio. Ele tem que articular a proposta de um com a proposta de outro. Estou o tempo inteiro articulando com todo mundo e para fazer essa articulação você precisa minimamente de um respaldo e essa que é a questão. Quando a gestão é muito centralizadora e você coloca os diversos atores para falar, corre esse o risco de expor uma verdade que não está querendo ser ouvida. A gente tem um problema muito sério para lidar em relação a isso. Que é a mesma realidade que o apoiador vive. O cara que trabalha tanto lá na “ponta” como na relação com a gestão que é isso **quando você democratiza as falas, as participações, você coloca as pessoas para falar e para compor e assim, de uma alguma forma está desequilibrando um status quo**. É um trabalho difícil. Quando eu entrei tinha uma expectativa muito grande, porque eu acredito na proposta do apoio, eu acredito na gestão compartilhada, eu acredito na corresponsabilização. Eu acho que são duas palavras que guiam um pouco a forma como eu acho que deve ser o trabalho. Isso tem a ver com o trabalho em equipe, no trabalho multiprofissional, interdisciplinar, acredito muito nisso.

Eu vim muito tranquila para estar no lugar de apoio, porque para mim era para fazer isso mesmo e teria prazer em fazer. E quando eu percebi que não era não tão fácil assim você conseguir entrada para poder... não era nem entrada é respaldo daquilo que você constrói. Aí eu comecei a ficar bastante insatisfeita com o trabalho, bastante. Cheguei a pedir para sair e foi aí que teve uma conversa, uma reconfiguração do trabalho e tudo. Voltei a me animar e a ter novas expectativas em relação a isso e foi muito bom esse período, deu para construir um monte de coisas. Só que aquilo, você passa por um período de se esconder um pouco, constrói e quando começa a aparecer vem de novo, as relações vão cortando. Mas o sofrimento hoje está não é nem pelo impedimento do meu trabalho direto assim, apesar de sofrer um pouquinho disso também, mas não é nem esse, é de **participar de espaços “duros” de gestão onde você percebe a impossibilidade, a incapacidade, a falta ou o posicionamento mesmo de alguns atores em não permitir uma discussão que é democrática**. São espaços onde as coisas são construídas de formas verticalizadas tranquilamente e eu nem consigo analisar se isso é uma coisa avaliada pela gestão ou se é um estilo de gestão que vem se encaminhando

pelo país. Enfim, um grupo gestor que trabalha dessa forma e assim que entende que é gestão ou se tem a ver com o cenário daqui. Isso eu não teria capacidade, não tenho capacidade de análise, mas a verdade é que esses espaços causam muito sofrimento, porque a gente vê a dificuldade que as pessoas tem de colocar as questões para mudança e a gente vê que quando essas questões são colocadas, elas não são acolhidas ou elas são rechaçadas. Então, é muito sofrido, é bem difícil mesmo.

Eu estava no seminário de integração ensino e serviço pela faculdade de medicina do ABC e teve uma mesa que era dos professores. Uma coordenadora da fisioterapia fez uma fala que quase me fez fazer uma cambalhota na cadeira, risos. Nesse evento cada professor trazia sua fala em relação ao PRO e PET Saúde que é um programa do ministério da saúde que trabalha essa integração, colocar esses alunos no serviço público desde o primeiro ano da graduação, enfim com outro viés de trabalho e ela traz uma fala exatamente assim *É o primeiro ano que a fisioterapia vai entrar no programa Pro/Pet Saúde aqui dessa faculdade de medicina* e a fala dela era *Eu estou bastante feliz que a gente tá se inserindo no programa, porque essa vai ser a forma de divulgar o trabalho da fisioterapia em prevenção*. Eu falei *Meu Deus do céu, e agora* (risos). Ou seja, não é assim que eu vejo a fisioterapia na atenção primária, mas eu acho que é como os cursos, como é um mercado que abriu. Está aí, hoje o NASF, a portaria está “bombando”, está abrindo um monte de vaga e em São Paulo é assim as pessoas passam, saem e é um mercado de trabalho, foi para um meio onde tem mercado de trabalho. Vantagem disso é que a profissão vai ter que se ressignificar na prática. A desvantagem é que isso aconteceu sem fazer a discussão dentro da universidade se tentava a discussão mais estava falha.

O fisioterapeuta sai com uma ideia equivocada para trabalhar nesses lugares, onde o mercado de trabalho se abriu. É um lugar onde eu vou divulgar uma prática preventiva e sempre relacionada com diminuição de custo, porque se prevenir é menos oneroso para o Estado. *É melhor prevenir do que remediar* e a discussão ainda está muito no nível superficial. Eu não vejo assim, eu não vejo a fisioterapia na atenção primária dessa forma. **Eu vejo a fisioterapia enquanto uma profissão que junto com as outras pode compor um quadro interessante de trabalho em promoção da saúde dentro da comunidade.** É assim que eu vejo, não consigo imaginar só a fisioterapia. Se a gente conseguisse avançar para uma leitura epidemiologia dos bairros, cidades e municípios para poder de repente pensar que profissional seria mais interessante aqui ou ali poderia ser que a profissão fisioterapia, dentro do seu núcleo profissional, pudesse ser interessante em uma extensão mais nuclear, mas também seria pontual. Hoje dificilmente a gente tem cenário e quando a gente olha para realidade local não conseguimos falar *Não, só preciso dessa profissão. Eu preciso de várias profissões, várias*. Então, eu vejo a fisioterapia dentro da atenção primária hoje muito mais no sentido de integrar conhecimento e de melhorar o conhecimento das equipes, muito mais uma relação com o profissional de saúde do que com o usuário. Porque se não você volta para lógica de clínica. E não é lógica da atenção primária, essa é a lógica de outras atenções. Essa lógica de atendimento clínico é importante do profissional fisioterapeuta mais num outro lugar que seria no ambulatório que tem que ter reabilitação, mas na atenção primária não é uma lógica de atendimento ao usuário ali na ponta e sim uma lógica de capacitação de equipe, de mudança de modelo de atenção, de outros olhares para saúde que não é só focado na doença. É assim que eu vejo.

Minha atuação na Atenção Primária é indireta como em todos os outros níveis de atenção. Vejo muito forte minha atuação na constituição de redes entre a atenção primária e os demais níveis de atenção. Estou alocada num departamento que se chama Apoia à Gestão e ele faz exatamente isso, apoia os demais setores (atenção primária, vigilâncias, atenção especializada – secundária e hospitalar – terciária). Assim, podemos tanto responder a uma questão específica de um setor x como, por exemplo, a demanda da atenção primária para apoiar a coordenação do curso de especialização em saúde da família, mas sempre fazemos isso tentando articular essa demanda aos demais setores. A questão do núcleo da fisioterapia interfere pouco na minha atuação profissional hoje, salvo algumas situações específicas na avaliação e na coprodução dos projetos pet. O meu núcleo profissional permitiu que eu levasse uma discussão qualificada sobre os projetos que envolviam ou poderiam envolver a participação de estagiários da fisioterapia. Por outro lado, **ser profissional de saúde, ter vivenciado o serviço de saúde antes de vivenciar os espaços de gestão central foi crucial para minha atuação hoje.** A gestão compartilhada, além de democratizar as relações, torna a gestão menos distante da realidade vivida pelos trabalhadores e usuários. Mas ainda estamos num processo de construção desses espaços, então, ter na gestão alguém que já vivenciou a prática do serviço e no meu caso ainda acompanhado de reflexão sobre essa prática, como foi na residência ajuda a diminuir essas distâncias também.

Apesar de eu já estar fazendo uma busca, era uma busca muito mais por identidade com a discussão de questões que envolvem uma análise social, não social pensando em questões financeiras, não é isso, mas uma análise que envolve relação do ser humano com o outro. Isso é uma coisa que eu já buscava, mas a residência ela me colocou nesse lugar. Ela me colocou para analisar exatamente isso como é que a gente pensa a nossa prática de forma... como é que a gente faz a nossa prática de forma reflexiva e produz mudanças não através de uma prática mecânica, repetitiva ou sem análise, mas através de uma prática que te permite analisar, voltar, planejar. O pensamento estratégico foi uma coisa que desenvolvi muito na residência. A gente sempre tem um pensamento estratégico, a gente planeja fazer uma coisa, fazer uma viagem, tudo bem, mas no trabalho foi a residência que despertou isso. Porque eu tinha diante de mim uma comunidade gigantesca, às vezes uma pilha de encaminhamento, de trezentos encaminhamentos para fisioterapia e para o ortopedista que você enquanto residente tem que avaliar para saber se esse encaminhamento ia ou não. Ao mesmo tempo uma fila “bombando” de um monte de pessoas com questões de LER/DORT querendo passar por uma fisioterapia. Então, tinha milhões de coisas, a residência contribuiu para mim uma análise de cenário, para o meu pensamento estratégico, planejamento de ação, entendimento em vigilância em saúde, análise de micro política, entendimento das relações dentro da equipe, como as equipes se relacionam, relação de poder dentro da equipe, nossa isso foi uma coisa que aprendi muito na residência, a relação de hierarquia mesmo ela não apareça, ela está dada, ela está lá e ela influencia muito nas questões de trabalho.

O corporativismo profissional ficou muito forte essa análise durante a residência o conhecimento clínico que foi uma coisa muito forte que também aprendi na residência por conta do acolhimento. Durante a faculdade inteira eu gostava de fazer estágio, gostei de fazer estágio assim, mas fazia estágio ambulatorial lá do, até esqueci o nome do lugar lá, da USE - da unidade de saúde escola, que é um ambiente super bonito, né, quase um shopping da fisioterapia aquilo lá. Aquela coisa e tal, uma fila relativa. Uma quantidade bem tranquila de

pacientes para atender e as doenças já demarcadinhas... Lúpus Eritematoso, Reumatismo não sei o quê, tudo quadrado. E quando eu fui para atenção primária fazer acolhimento? Nossa!!! Eu vi doença que nunca poderia imaginar que existia, por exemplo, urgência em fisioterapia era uma coisa que eu nunca tinha visto na universidade. A gente foi pensar em urgência em fisioterapia na atenção primária e que não é urgência respiratória, de intubar ninguém. Até tinha também de crise asmática de como você lidar, em uma situação de crise asmática em uma criança que acaba de chegar à unidade como trabalhar a respiração ou então o cara travou e ele aparece na unidade “travado”. Que primeiros socorros você dá até ele seguir a diante dali? E vários tipos de morbidades que eu nunca tinha ouvido falar na universidade e aprendi. Foi rico desde o núcleo específico até as questões de vigilância, promoção da saúde e o planejamento em saúde.

A residência me fez passar por todos esses três aspectos de forma muito intensa. E eu não consigo imaginar como eu ia desenvolver um trabalho com tanta distância da ponta se eu não tivesse vivenciado tudo aquilo que vivenciei na residência, porque eu não estou nas unidades. É muito raro quando consigo ir ao serviço, dialogar com os trabalhadores. Nosso diálogo é com no máximo o gerente de unidade de saúde pensando na atenção primária. E outra coisa que a residência me ajudou a refletir muito foi o que eu escrevi no meu trabalho de conclusão de curso da residência, a rede em fisioterapia. Como ele... integralidade da fisioterapia, passar em todos os níveis de atenção, como é essa integração em rede.

E hoje eu trabalho num lugar que não é um lugar da atenção primária, é um lugar da rede de saúde do município. Eu não posso pensar só na atenção primária tenho que pensar o hospital, o ambulatório, a saúde mental. É muito interessante ter vivenciado isso e as dificuldades que a atenção primária tem para fazer o caminho do usuário na rede ou acompanhar o usuário que passa por outros serviços. Eu lembro que ficava perdida, não tinha prontuário, para conseguir resgatar um prontuário era um inferno e às vezes o paciente ia embora com o encaminhamento na mão e não levava. Essas vivências de rede também foram possíveis ter pela residência, pelo menos questionar essa rede que estava mal construída e hoje sorte no meu trabalho porque eu preciso trabalhar com integração de rede o tempo inteiro de todos os setores. Pensar como que você coloca, por exemplo, estamos agora com o curso de capacitação em saúde mental para profissionais da urgência e emergência. Esse curso veio com base em questões de avaliação de capacidade de manejo desses profissionais com paciente em surtos, questões de saúde mental e o curso foi construído de forma que fosse construído em rede.

Na verdade, o curso é desenhado dentro de territórios e tem territórios onde uma unidade de pronto atendimento ela funciona e toda discussão dela é feita com base no território. Como que a atenção primária à saúde entra na urgência e emergência e faz essa integração? É muito interessante. Duas questões que discutíamos muito na residência uma: **A residência realmente tinha que existir? Porque se existisse um curso de fisioterapia que fosse pautado nas diretrizes curriculares que focam o SUS, será que precisaria de residência?** É difícil de responder por que não vivemos essa realidade, mas se eu fosse hoje dá opinião eu falaria assim *Eu acho que sim, precisaria de residência*. Porque durante a graduação o aluno tem que vivenciar essas coisas, mas ele não tem maturidade. O meu curso não me colocou nessa prática do serviço público, mas eu vivenciei isso por mim e ainda assim eu acho que a residência foi crucial nesse sentido, porque ela coloca o residente dentro da

prática, já está formado, teoricamente capacitado enquanto profissional de saúde para poder fazer uma atuação mais independente e aí o profissional vai ser jogado direto nessa atuação. Acho que a residência ela faz esse caminho de formar para o trabalho que você executa. Outra coisa legal de apontar que é em relação a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Hoje a gente tem também residência em saúde coletiva que é uma residência que trabalha mais gestão, vigilância e promoção. Primeiro, eu realmente acredito que não dá para dissociar a gestão de atenção, que as coisas estão próximas, mas também sei que a gente necessita hoje de profissional que queira estar na “ponta” com o usuário que seja bom para isso. Teoricamente a residência o prepararia para estar na “ponta”, não necessariamente com o usuário, mas com profissional de saúde que está na relação direta com o usuário e muitas vezes esse caminho acaba indo para outro lugar no meu caso eu sei por quê. Eu já conversei com várias pessoas.

Para mim estar atuando diretamente nos serviços de saúde não respondia minhas angústias de mudanças. Que eu achava que precisava mudar algumas coisas mais estruturais para permitir que o profissional que está lá e está querendo fazer consiga fazer e ter voz para isso e tudo mais. E outras coisas mais pessoais mesmo de trajetória de vida. Eu acho que é um desafio formar fisioterapeutas que trabalhe de forma interdisciplinar com atenção primária e que consiga desenvolver um trabalho legal na “ponta”, que não saiam para fazer gestão no sentido mais duro, que tenham prazer nesse trabalho e consigam construir. Tem trajetória de vida também... eu quero e tenho vontade de ser professora, sempre quis. Eu acho que o fato de não ter tanto desejo de está na “ponta” enquanto profissional fisioterapeuta, além de não ter achado possibilidade acolhedoras de mudança das práticas também tenha a ver com querer, participar de espaços de educação permanente. Sempre tive vontade de fazer, de trabalhar integração ensino-serviço. Trabalhar direto com instituição de ensino que eu acho que é uma necessidade que eu vejo dessa integração desde a época da faculdade. Tem a ver com esses desejos também, não tem só a ver com a minha formação da fisioterapeuta, da residência. Pensando a trajetória inteira a residência foi um marco. Acho que participar de espaços duros de gestão foi um marco forte também profissional. Um marco de fazer repensar mesmo se é por esse caminho que vai se produzir mudança em saúde. Com certeza se produz saúde em todos os lugares, mas se esse é o caminho mais potente de se gastar energia para mudar. Nesses espaços de gestão dura é preciso sim a gente realmente dedicar dedique energia para mudança.

Eu não tenho pretensão de ser uma grande pesquisadora não, mas eu queria ser professora. Ser acadêmica nesse sentido. E hoje eu acho que a academia realmente é o exílio pós-moderno (risos). De alguma forma poderia colocar algumas questões de forma mais protegida. Acho que tem a ver com a vivência do meu trabalho aqui também. Tenho dificuldade de colocar as coisas que penso e que acredito sem causar conflitos políticos passíveis de manejo posterior. Acho que academia ela traz essa proteção, acho que tem a ver com isso. Mais a minha ideia é fazer doutorado e seguir carreira acadêmica. Dar aula, de repente ir para uma instituição de ensino e a partir dessa instituição de ensino fazer essa integração com a rede de saúde de algum município. Hoje está ao contrário, hoje eu estou dentro de um município fazendo integração com instituições de ensino e aí de repente fazer o contrário está dentro de uma instituição de ensino para ele se integrar no município.