

Uma narrativa autobiográfica sobre a graduação e pós-graduação em psicologia na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada

An autobiographical narrative on professional training and specialization in psychology in the perspective of the extended and shared clinic

Fernando Augusto Gomes Sobreira

Psicólogo. Especialista em Atenção Cardiovascular pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

Conrado Neves Sathler

Doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas. Docente de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados.

Resumo

O contato com a assistência e o pensamento sobre a necessidade de uma reformulação dos modos de produção, humanização da atenção e da gestão em Saúde me levou a problematizar o cotidiano, parte integrante do processo de formação acadêmica na graduação e na especialização na Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Esse novo modo de produção se interliga a uma forma diferente de pensar na qual a Clínica Ampliada e Compartilhada se faz presente, sustentando um olhar não hegemônico de produção, atrelado à Saúde Coletiva cujo objeto de trabalho deixa de ser centrado na doença e passa a ser um pensamento clínico ampliado, no qual o enfoque é o usuário do serviço, entendido na sua dimensão biopsicossocial. Desta forma, busco por meio da narrativa autobiográfica apresentar algumas vivências destacando as reflexões, contribuições e os movimentos gerados nos encontros entre os estágios em Psicologia da Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde e a Clínica Ampliada e Compartilhada no Hospital Universitário.

Palavras-chave: : Capacitação Profissional; Humanização da Assistência; Educação em Saúde; Saúde Pública.

Abstract

The contact with the assistance and the thoughts about the necessity of a reformulation of the modes of production, humanization of the attention and the management in Health led me to problematize the

daily, integral part of the process of professional training and in the specialization in the Multiprofessional Residency in Health of the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados. This new mode of production intertwines itself with a different way of thinking in which the Expanded and Shared Clinic is present, sustaining a non-hegemonic look of production, linked to Collective Health whose object of work ceases to be centered on the disease and becomes an extended clinical thinking, in which the focus is the

service user, understood in its biopsychosocial dimension. In this way, I seek through the autobiographical narrative to present some experiences highlighting the reflections, contributions and movements generated in the meetings between the stages in Health Psychology, the Multiprofessional Health Residence and the Expanded and Shared Clinic in the University Hospital.

Keywords: Professional Training; Humanization of Assistance; Health Education; Public Health.

Introdução

Este texto foi construído a partir de reflexões provocadas por (re)leituras de anotações particulares realizadas em uma Graduação em Psicologia e em um Diário de Campo com registro de vivências ocorridas entre março de 2017 e setembro de 2018 na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) realizada em um Hospital Universitário (HU), ambos na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul.

A narrativa apresentada aborda marcas de confluências, tensões e embates gerados no processo da minha aproximação com o Sistema Único de Saúde (SUS) nas disciplinas de Saúde, nos estágios profissionalizantes da graduação, nos cenários de prática e nos componentes curriculares teóricos da pós-graduação. Os programas desses cursos buscam sustentar uma formação profissional baseada nos princípios e diretrizes do SUS e constituir um pensamento comprometido com os ideários da Saúde Coletiva.

A graduação proporcionou o primeiro encontro com a Clínica Ampliada e Compartilhada (CAC).

Nesse período, inquietações e encantamentos instigaram o entendimento do conceito de Saúde que a Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta ao trazer a CAC como eixo diretivo para atuação na assistência em Saúde.

As inquietações relacionadas à Saúde foram fecundas e se transformaram em movimento, atribuindo sentidos aos passos seguintes. Entre as opções para a sequência formativa após a graduação, em nosso meio, a RMS se constitui como possibilidade de aprimoramento em serviço. Essa modalidade ampara, simultaneamente, a ansiedade pela atuação profissional e a angústia pela inexperiência.

A RMS equivale a uma imersão. A jornada semanal de sessenta horas propicia contatos com Assistência, Gestão e Controle Social. Por desenvolver-se na direção da integralidade na Saúde e, portanto, na promoção da cidadania dos usuários, se situa na linha de frente da reformulação dos modos de produção e de gestão dirigidos à implementação da Atenção

Humanizada permitindo, assim, a problematização do cotidiano.

Esse modo reformulado de produção de Saúde relaciona-se à superação da lógica do modelo centrado na doença, indispensável para um agir dirigido pelo modelo sujeito-centrado, no qual as necessidades materiais e imateriais da coletividade e as subjetividades integram o processo Saúde/Doença/Atenção-Prevenção (S/D/A-P)¹.

Esse modelo se constitui em uma forma diferente de pensar e a Política de Humanização expressa na CAC busca garantir condições para a manutenção de um olhar contraegemônico de produção de Saúde, trazendo em seu bojo renovada compreensão do objeto de trabalho, um deslocamento do objeto da clínica tradicional. Esse objeto deixa de ser centrado na doença e passa a ser um pensamento de Clínica Ampliada cujo foco é o usuário do serviço, sujeito multidimensional: social, mental e biológico^{2,3}. Além disso, a CAC propõe a corresponsabilização da tríade gestor-trabalhador-usuário no processo de produção de Saúde⁴.

Busco, por meio dessa narrativa autobiográfica, apresentar as vivências oportunizadas na circulação pelas unidades assistenciais do HU, destacando as reflexões, contribuições e movimentos ali gerados. O encontro entre essas práticas assistenciais, a política de Humanização expressa na CAC e a formação profissional empreendida pela RMS compõe, desta forma, uma produção que suspende

essas práticas institucionais e as constitui como analisadores do campo onde se dá nossa formação profissional. O termo “analisador” se refere a um produto completamente heterogêneo e instável apresentado à análise, mas cuja materialidade permite a compreensão do processo e do próprio sujeito que empreende a análise^{5:52-65}.

O método narrativo valoriza, enquanto método de pesquisa nas ciências sociais, as vivências do autor, seus impactos e desdobramentos. O autor, a partir da narrativa do vivido, vai atribuindo significado às experiências convertidas em foco central da investigação, produzindo conhecimento^{6,7,8,9}. As referências bibliográficas e notas recuperadas de sala de aula, além do diário de campo, são também objetos desta narrativa.

Residência Multiprofissional em Saúde: Caminhos Que Ganham Sentido

Uma novidade pode intimidar, intrigar, espantar, mas, também, encantar. Assim, a qualquer novo objeto atribui-se significado e sentido. A formação na RMS foi um processo de contínuo embate entre o novo e o velho na clínica e os sentidos produzidos sofreram intensas e intrigantes transformações.

Antes de discutir percursos e sentidos preciso apresentar a configuração específica da RMS, contextualizando-a. A Portaria Interministerial nº 1.077, de 3 de outubro de 2012, dos Ministérios da Educação e da Saúde, institui:

Art. 1º A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da Saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos¹⁰.

A carga horária total da RMS é de 5.760 horas, sendo 80% destinada às “estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social, e 20% às estratégias educacionais teóricas”. O residente tem direito a 30 dias de férias por ano e a uma folga semanal¹¹.

As residências são construídas como respostas às demandas loco-regionais. Desse modo, cada programa atende necessidades precisas de seu território e foca peculiaridades ou ênfases diferenciadas na constituição de seu Projeto Pedagógico. A RMS que integrei oferece três ênfases: Saúde Indígena, Atenção Cardiovascular e Atenção Materno-Infantil.

As ênfases Saúde Indígena e Atenção Cardiovascular são compostas por um quadro profissional de quatro enfermeiros, quatro psicólogos e quatro nutricionistas. A ênfase Materno-Infantil é composta pelos mesmos profissionais acrescida de quatro fisioterapeutas. Dessa forma, o processo seletivo anual permite a entrada de dois profissionais de cada núcleo de saber.

Os cenários de prática são distribuídos na Rede de Saúde do município de Dourados, sendo o HU o local onde os residentes permanecem maior tempo. A experiência narrada se deu na Ênfase em Atenção Cardiovascular e os locais de minha atuação foram: Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde Indígena, Hospital Evangélico e HU. No HU transitei pelas seguintes unidades: Maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários, Pediatria, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e Adulto, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Hemodinâmica. Além desses campos de prática, atividades pedagógicas e científicas como aulas e escrita de um trabalho de conclusão de curso completam a integralização curricular.

Entre os sentidos produzidos pela RMS na formação, percebi, inicialmente, a proposta de ensino-serviço como oportunidade segura de aperfeiçoamento e inserção no campo de trabalho e um amparo aos anseios de recém-formado. A vivência cotidiana proporcionou (re)encontrar os movimentos gerados na graduação. Assim, deixei um lugar de suposta comodidade, amparo e proteção para avançar, progressivamente, na construção de uma visão virtualmente mais crítica e reflexiva.

O deslocamento para ocupar um lugar outro - que elucidou novos significados - se deu pelo entendimento de que a RMS tinha (e tem) o potencial de fortalecer e qualificar o SUS por

meio da formação profissional implicada com o desenvolvimento da ampliação das formas de pensar a Saúde, possibilitando transformações significativas nos cenários de prática¹². Assim, a RMS se produz em consequência do “desafio de construção de práticas comprometidas com a concepção de Saúde proposta pelo SUS”^{13:103}.

Esse novo sentido percebido no deslocamento tornou-se responsável pela produção de novas inquietações levando ao reencontro com uma das diretrizes da PNH: a CAC. Surge, então, o interesse pela escrita desta narrativa autobiográfica, pois nesse momento passamos a refletir sobre o cotidiano do trabalho, tentando identificar como a CAC se fazia presente e as possíveis contribuições da RMS para potencializá-la.

Clínica Ampliada e Compartilhada: Encontros Possíveis

Para abordar a CAC, faz-se necessário contextualizá-la como diretriz da PNH. A PNH é “uma política que busca efetivar e colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, a PNH surge como um 'reencantamento' do movimento SUSista”^{14:230}, que diz respeito à Reforma Sanitária Brasileira que culminou com a construção do SUS. Nesse sentido, a PNH se apresenta como uma “proposta de humanizar as relações e produzir Saúde”^{14:228} de modo a “prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, valorizar os diferentes sujeitos, trabalhadores, usuários/cidadãos e gestores”^{15:256-257}.

Esses (re)encontros com a CAC potencializaram a formação profissional nos espaços ocupados pela RMS na construção de novos sentidos. Essa visão embasada nos ideários que cercam a CAC é definida pela PNH:

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo Saúde-Doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de Saúde e seus respectivos danos e ineficácia^{16:8}.

Logo, essa ampliação busca superar a clínica tradicional alicerçada no modelo biomédico, constituída por uma “assistência curativista, hospitalocêntrica e centrada na consulta médica”^{17:1187}. Assim, almeja construir um modelo de produção de Saúde não pautada por uma clínica centralizada nos aspectos individuais e curativos, cujo objeto de trabalho é apenas a Doença.

A CAC pretende “desviar o foco de intervenção da doença ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades”^{18:89}. Pensar essa ampliação implica certo grau de comprometimento dos atores envolvidos, pois tendo como objeto de trabalho o sujeito em sua complexidade, torna necessário o trabalho em equipe fortalecido por comunicação horizontal que possibilite produções de Saúde e Cuidado^{2:4}.

É importante destacar que a clínica almejada não é de substituição radical com

desvalorização total do biológico e do saber médico, mas sim ampliada, conforme aponta Campos^{2:56}, clínica centrada no sujeito, em sua “existência concreta”, e a “doença faz parte dessa existência”.

Superar a clínica tradicional implica uma descentralização do saber médico e abre espaço para outras abordagens contribuírem e tornarem-se presentes no processo de produção de Saúde. A cartilha PNH, afirma:

A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em Saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional^{4:14}.

A partir do momento em que se coloca o sujeito como centro da clínica, faz-se necessário valorizar as diferentes disciplinas, pois a produção de Saúde não se dá com um enfoque disciplinar único e a complexidade exige diálogo entre várias abordagens disciplinares para dar forma às intervenções com esse sujeito concreto.

Feitos esses esclarecimentos, seleciono recortes de vivências cotidianas sob a ótica dos “eixos fundamentais” da CAC sobre a ampliação da clínica.

Pelos Corredores do Hospital: A Clínica Ampliada e Compartilhada no Cotidiano

Vivenciei no HU encontros com diferentes intensidades e afetos. Transitar pelos seus

corredores tornou possível ver, aprofundadamente, várias situações atravessadas pela CAC.

A CAC fornece recursos para significar tais vivências. Utilizo-me dos eixos fundamentais apresentados na cartilha “Clínica Ampliada e Compartilhada”⁴. São cinco eixos fundamentais: 1) Compreensão ampliada do processo S/D/A-P; 2) Construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; 3) Ampliação do objeto de trabalho; 4) Transformações dos “meios” ou instrumentos de trabalho; 5) Suporte para os profissionais de Saúde.

O primeiro eixo “busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico”^{4:14}. Para ampliar a clínica, faz-se necessário compreender o processo S/D/A-P de forma também ampliada, entendendo que privilegiar uma determinada abordagem ou especialidade reafirma certa fragmentação da assistência prestada, portanto perde-se a dimensão subjetiva construída sobre os aspectos multifatoriais dos contextos histórico, social, econômico, espiritual e de tantos outros que influenciam direta ou indiretamente tanto o processo de adoecimento quanto o de prevenção e reabilitação da Saúde^{1,18,19,20,21}.

A construção da compreensão desse processo S/D/A-P também demanda pensa-lo a partir de um modelo de saúde sujeito-centrado, onde a autonomia e o conhecimento do sujeito no seu autocuidado sejam considerados para uma

produção de Saúde comprometida com a vida. Autocuidado pensado conforme descreve Menéndez:

O autocuidado refere-se ao conhecimento, ou seja, às representações e práticas sociais que sujeitos e coletivos usam para diagnosticar, explicar, participar, controlar, aliviar, apoiar, curar, resolver ou prevenir processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários^{1:106}.
(Tradução nossa)

Considerar os processos de autocuidado dos sujeitos e coletivos é, de acordo com Menéndez²², um importante caminho para compreender as formas de atenção que eles recorrem e constroem nessa produção de autocuidado de forma que possibilite potencializar a construção ampliada de um modelo de Saúde vinculado a realidade dos sujeitos e coletivos que potencialize a produção de vida.

O segundo eixo traz a necessidade de realização do trabalho de forma compartilhada. Deve existir, assim, por parte do trabalhador, a compreensão do que aponta o primeiro eixo: a sobrevalorização de uma única disciplina torna frágil a produção de Saúde. Dessa forma, é imprescindível haver um nível transversal de comunicação entre as abordagens que possibilite o trabalho multiprofissional, pois “aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual”^{4:15}.

O terceiro eixo relaciona-se com o objeto profissional de trabalho e se traduz pela

importância da compreensão de que seu objeto deve ser o indivíduo ou seu grupo. É necessário superar a forma como o trabalho em Saúde acontece, na qual cada profissional faz uma parte restrita de maneira que esse objeto se transforma em procedimento, diagnóstico ou parte do corpo, levando à “fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado”^{4:16-17}. Pretende-se, assim, apontar ao trabalhador o sujeito como seu objeto de trabalho.

O quarto eixo problematiza os “meios” ou instrumentos de trabalho no campo da Saúde. Aponta a necessária ampliação da clínica para a transformação desses meios ou instrumentos. Pensar esse eixo é repensar as práticas engessadas, estanques e individualizadas, reproduzidas pela assistência delineada por uma clínica centrada no procedimento, no diagnóstico e/ou na cura. E, para superar essa reprodução, conforme a cartilha CAC, são necessários:

[...] arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais, subjetivos, familiares e comunitários etc.^{4:17}.

A potência desse eixo caminha em direção à clínica do sujeito, clínica preocupada com a “produção de Saúde e vida e não simplesmente com a produção de procedimentos”^{21:67}.

O quinto eixo aponta ser “necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de Saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação”^{4:18}. Pretende-se que os profissionais tenham espaço para refletir sobre seu cotidiano e pensar nas potencialidades e fragilidades pessoais constantemente postas em jogo pela complexidade do trabalho em Saúde.

Nesse quinto eixo surge um processo de reflexão sobre a RMS que, de certa forma, produz um espaço de suporte no qual ensino-serviço e estudante-profissional acabam colocando o residente na busca de um suposto ponto de equilíbrio. Isso não é fácil e exige movimentos constantes. Talvez, devido a esses movimentos, ocupe outro lugar no processo de trabalho, lugar propício a certo grau de distanciamento e engajamento simultâneos. Conseqüentemente, potencializa formar profissionais para participar da assistência, mas também põe estudantes em busca de compreensão dos processos do campo cotidiano da Saúde. Esse lugar possibilita visão mais crítica do trabalho influenciando diretamente cada participação.

Pensando mais sobre os eixos e movimentos constantes nesse lugar atravessado pelas posições apontadas (estudante-profissional e ensino-serviço) trago recortes de vivências que ganharam significado nos encontros com a CAC. Um recorte atravessado de forma mais intensa pelos primeiro e segundo eixos está

relacionado à forma como o trabalho compartilhado acontece em alguns setores onde há reuniões multiprofissionais.

No primeiro recorte, narro uma vivência de uma reunião composta por internos (acadêmicos de medicina), residentes, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas. Esse era um momento de discussão de caso inserido numa visão da integralidade do sujeito, começava com um resumo clínico e no decorrer da conversa os profissionais contribuía.

Observando o foco da ampliação da clínica, ressalto a discussão não centrada nos procedimentos ou doença. A conversa direcionava-se ao sujeito, a compreensão se constituía frente ao processo de adoecimento e reação familiar à situação. Assim, a assistência era centrada no cuidado ao sujeito adoecido. Como exemplo se pensava sobre a possibilidade e validade da visita ampliada e em reuniões familiares como componentes do processo de produção de Saúde.

Pensando no primeiro e segundo eixos, destaco que os processos de cuidado e reabilitação só podem ocorrer de forma ampliada com o bom nível de comunicação entre os profissionais envolvidos, abarcando todas as contribuições e elaborando uma terapêutica multidisciplinar e coletiva⁴.

Só nesse recorte já é possível antever os atravessamentos de todos os eixos, pois há um

processo que não privilegia uma abordagem única (Eixo 1). O trabalho se realiza de forma compartilhada (Eixo 2). Observa-se também a ampliação do objeto de trabalho, de forma que ele não seja apenas a doença ou o procedimento, mas sim o sujeito (Eixo 3). Toda a terapêutica era pensada considerando as necessidades subjetivas ou familiares (Eixo 4). O espaço também se constituía em suporte profissional, pois, durante as discussões, ao surgirem dificuldades e entraves, dialogava-se sobre as possibilidades de condução da situação (Eixo 5).

Para o segundo recorte apresento outra vivência do processo de reunião multiprofissional, nesse caso, apontando a necessidade de (re)pensar como se dá esse processo segundo os eixos da CAC. Em outro setor a reunião acontecia de forma similar ao recorte anterior. Participavam diferentes profissionais (enfermeiro, médico, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista), internos e residentes.

A condução da reunião se dava pelo relato clínico e da terapêutica adotada. O interno ou o residente médico relatava e discutiam-se as possibilidades de exames, procedimentos, percursos da doença e também a substituição, manutenção, retirada ou alteração de dosagem da medicação. Nessa visita, em poucos momentos, havia intervenção de outros profissionais, o usuário e o acompanhante ouviam, mas não falavam, ocupando posição passiva.

Diferentemente do primeiro recorte no qual percebi um espaço potente no fortalecimento da CAC e pude identificar os atravessamentos de cada eixo, nesta segunda vivência há frágil espaço de discussão, fragmentado e centrado na(o) doença/ procedimento/cura, além da hierarquização do saber com sobrevalorização do saber médico em detrimento dos outros. Essa configuração remete ao modelo que a CAC busca superar, modelo focado na Doença como objeto de trabalho. Nele, o processo S/D/A-P é visto a partir de uma segmentação corporal tomada como objeto de saber especializado da parte/órgão adoecido como central, diminuindo ou excluindo espaços de outras abordagens e, conseqüentemente, provocando um processo de despersonalização subjetiva ameaçadora da identidade, dando lugar a uma Doença a ser curada^{4,19,23}.

O processo que emana do segundo eixo, neste recorte, é uma assistência fragmentada na qual cada um faz exclusivamente sua parte. As poucas contribuições soam como um processo parcial. O corpo médico aponta a doença e o prognóstico, e se ouve do médico que conduz: “a psicologia está acompanhando?” A resposta ouvida é “sim” e, às vezes, seguida de “estamos trabalhando nisto e naquilo”, ou seja, cada um permanece fazendo a sua fração.

O terceiro recorte relata uma vivência na qual me deparei com um acontecimento relativo ao quarto eixo “Transformação do meio e instrumento de trabalho”. Uma usuária de 34 anos estava internada para realização de um exame. A equipe

já a conhecia de um período anterior em que esteve na UTI após passar por uma cirurgia de retirada de pedra no rim em outro hospital, em que seu quadro agravou-se. Nesse processo foram feitas três tentativas de extubação (interrupção da ventilação mecânica para usuários que não necessitam mais do equipamento que faz a função da respiração), sem sucesso. Foi encaminhada para a UTI do HU onde somente na quarta tentativa de extubação houve sucesso. Esse longo processo prejudicou sua garganta. Após recuperação e alta, retornou para o exame. Em todo o período de internação no HU o esposo a acompanhou na UTI, usufruindo o direito da visita ampliada. A visita ampliada segue os pressupostos da Visita Aberta, proposta da PNH com objetivo de “ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente”^{24:3}.

Nessa internação, para realização do exame, devido sua idade, não foi permitida a permanência do esposo como acompanhante. Sabendo de seu histórico de internação e tendo percebido sua ansiedade e medo de enfrentar algo que havia sido motivo de muita angústia, discuti o caso com a enfermeira para averiguar a possibilidade de liberação de acompanhante.

Inicialmente perguntei à enfermeira se era possível liberar a entrada do marido, a enfermeira, de pronto, perguntou a idade da usuária e expôs a regra geral de direito ao acompanhante. Expliquei a situação e o valor

dessa presença para amenizar a angústia já vivenciada. A enfermeira, então, compreendendo a situação, concordou.

O trabalho em Saúde, pensado a partir da ampliação da clínica, só se torna possível com certa plasticidade do agir. Cotidianamente, esbarra-se em protocolos e procedimentos importantes para organizar e direcionar o serviço. Caso se tome o princípio de a assistência seguir rigidamente protocolos, se fortalece um trabalho engessado e centrado nos processos/procedimentos de forma a retirar espaço do sujeito complexo. Assim, não se produz Saúde.

O quarto e último recorte será descrito no próximo subitem, pois a experiência apresentada não está nos corredores do hospital, mas sim em um lugar para além deles. Lugar ocupado pela RMS, construído como espaço potente para o encontro com a CAC.

Para Além dos Corredores do Hospital: A CAC na Roda da RMS

Um dos componentes curriculares da RMS é o Acompanhamento Clínico (AC). Seu funcionamento é em forma de Roda de Conversa e sobre ele apontarei o quarto recorte. O AC acontece semanalmente em uma sala anexa à biblioteca do HU. Todos os atores da RMS são convidados: tutores (professores), preceptores (profissionais dos cenários de prática) e residentes se reúnem e a cada semana um grupo se responsabiliza pela

condução de uma atividade. Os assuntos expostos são construídos a partir de casos clínicos ou de temas de interesse coletivo da RMS. Há espaço para convite a especialistas.

Dois tipos de caso clínico são apresentados: um em acompanhamento por residentes e outro já vivenciado com desfecho. No primeiro tipo, o caso é apresentado no AC para elucidar possibilidades de intervenção e manejo de forma a auxiliar no direcionamento. No segundo, o caso é apresentado para possibilitar discussão das inquietudes despertadas no grupo e também para refletir sobre as intervenções e manejos realizados.

Os temas elencados são oriundos de propostas relacionadas com o campo da Saúde e são sugeridos pelos participantes do AC. Nesse formato já foram destacados temas como: políticas públicas, controle social, legislação, protocolos clínicos, humanização, práticas biomédicas, integrativas e complementares, trabalho multiprofissional, religião, rede e educação permanente, entre outros.

Pesquisando as referências sobre a CAC para construir esta escrita, um novo encontro aconteceu, a proposta do grupo de Apoio Paideia. Esse grupo muito se assemelha ao formato do AC. Campos, Cunha e Figueiredo¹⁷ apresentam a configuração do Grupo de Apoio Paideia da seguinte forma:

Um grupo de Apoio Paideia [...] pode ocorrer em espaços especificamente criados para desenvolver

processos de formação junto aos profissionais. De todo modo, deve ocorrer num espaço coletivo, ou seja, um *lugar* e um *tempo* construídos ativamente para possibilitar encontros periódicos entre os profissionais, de modo que consigam refletir e intervir sobre a própria prática. [...] No Apoio Paideia, a dinâmica dos encontros parte da emergência de temas de interesse do grupo e que sejam relevantes ao contexto. Em um curso com base no Apoio, em geral, dividimos o tempo dos grupos em dois: metade destina-se à discussão de casos; outro tanto se reserva para estudo de temas teóricos. [...] Esses casos e temas funcionam como núcleos de análise, isto é, uma provocação analítica para que as equipes signifiquem elementos da realidade (sínteses) e desencadeiem ações práticas (operacionais) de intervenção. Os casos discutidos irão tomando a forma de projetos de intervenção, sempre considerando a própria dinâmica social e institucional. Serão trabalhados pelo grupo após a apresentação do aluno responsável, que deverá levar as elaborações do grupo para sua equipe de trabalho, no respectivo serviço^{18:159-160}.

São perceptíveis as semelhanças entre as formas do AC e do grupo de Apoio Paideia. Assim como no grupo de Apoio, o AC acontece com periodicidade, lugar e tempo definidos, realiza um movimento de troca de saberes que possibilita reflexão e construção de sentidos a partir das vivências dos residentes nos campos de prática.

Essa coincidência, por sua vez, potencializa e fortalece a CAC, se apresentando como transversalidade. Vamos explicitar como grupo de Apoio Paideia se aplica ao campo da Saúde. Conforme desenvolvido por Campos³, esse grupo busca a construção de um pensamento crítico e reflexivo sobre o trabalho em Saúde,

tornando possível “repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho”^{3:14}.

Partindo da ideia do apoio, os atravessamentos do grupo na CAC objetivam a construção de um fazer Saúde de forma ampliada e compartilhada, o que implica em uma crítica reflexiva, um repensar sobre as formas hegemônicas do trabalho em Saúde de maneira a “contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito”¹⁶ e a complexidade do que atravessa o processo S/D/A-P.

Assim, é possível ver o AC como espaço de fortalecimento da CAC na formação na RMS. Essa visão vem do fato de que as reuniões elucidam um processo reflexivo dos modos de fazer Saúde a partir das experiências concretas vivenciadas cotidianamente. E são essas reflexões que tornam a consolidação dos eixos da CAC possível, pois a cada encontro, por meio de tema específico ou de caso clínico trabalhado, o grupo passa a refletir sobre o processo S/D/A-P, compreendendo-o como não limitado à questão biológica, mas atravessado por fatores psicológicos, culturais, espirituais, sociais, econômicos e geográficos, entre outros. Esses fatores não podem ser considerados isoladamente, mas integrantes da constituição do sujeito e relacionados diretamente com o processo S/D/A-P (Eixo 1).

O grupo desenvolve no AC a capacidade de elaborar construções diagnósticas e

terapêuticas, possíveis e compartilhadas, pois o processo S/D/A-P é multifatorial e exige trabalho multidisciplinar para garantir a integralidade do cuidado (Eixo 2). O espaço do AC promove um ambiente apropriado para repensar o lugar ocupado pelo “objeto de trabalho”, pois o trabalho em Saúde é feito com subjetividades e, dessa forma, nossos objetos devem ser compostos por sujeitos ou grupos e não por objetos que se traduzam e se limitem a procedimentos, diagnósticos ou doenças (Eixo 3).

A respeito dos atravessamentos do terceiro eixo no processo de troca de saberes no AC, o objetivo é construir a compreensão de que cada profissional de Saúde carrega consigo, no encontro com o usuário, o que Merhy e Feuerwerker²⁵ denominaram de “caixas de ferramentas tecnológicas”, sendo tais ferramentas constituídas “como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja”^{25:34}.

Essas tecnologias são classificadas como leves, leve-duras e duras, as quais se caracterizam da seguinte forma:

[...] tecnologias leves, referentes às relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica e a epidemiologia; e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais^{26:18}.

Dessa forma, quando se aponta que o objeto de trabalho deve ser composto por sujeitos ou grupos, infunde-se a necessidade de a produção de Saúde começar pelos aspectos relacionais que emergem do encontro trabalhador-usuário, ou melhor, pelo fortalecimento do uso das ferramentas tecnológicas compreendidas como “leves” e não apenas as “leve-duras” e “duras” que estão centradas nos equipamentos, procedimentos, diagnósticos e doenças.

Com essas ferramentas pode-se aprender, também, a lidar de forma crítica com as condutas automatizadas ao se desenvolver a compreensão de que procedimentos terapêuticos e diagnósticos não podem ser pensados e produzidos apenas por métodos como exames físicos, laboratoriais, imagéticos e semiológicos da doença, pois esses são apenas pedaços do processo S/D/A-P. É preciso adicionar a esses procedimentos a escuta da história de vida desse sujeito, história que trará a sua demanda, pois “o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de Saúde para ele” (Eixo 4)^{4,23,27}.

Ocorre nesse espaço a construção de uma sensibilidade perceptiva das dificuldades próprias e as dos demais profissionais frente às experiências do cotidiano, assim produzimos, também nele, um suporte para minimizar as angústias e os anseios gerados pelas vivências do trabalho. Essa compreensão leva a valorização da produção de espaços de suporte e, conseqüentemente, do profissional de Saúde (Eixo 5).

Esse processo torna possível visualizar a potência desse espaço. Ele se constrói como lugar de reflexão do trabalho em Saúde fundado na experiência concreta. Com isso se (re)significam as práticas. Toda reflexão proporcionada pelo AC serviu de base para uma conduta dirigida por uma ética da escuta para a prática nos setores e serviços, tornando possível identificar os atravessamentos da CAC em diversas situações. Dessa forma, o AC se configura como um robusto dispositivo metodológico na formação de profissionais implicados com o SUS.

Considerações finais

A RMS foi movida por encontros e inquietações sobre o conceito e também sobre as práticas em Saúde oportunizando um aprofundamento dos processos formativos iniciados na graduação em Psicologia. Foi um processo de (trans)formação em que o tempo e as vivências foram delineando os significados construídos nessa trajetória. O interesse pelo SUS foi intensificado e, ao mesmo tempo, a segurança para a atuação profissional foi se estabelecendo.

A vivência cotidiana do trabalho como *lócus* do processo de formação se fez mais potente pelo fato de haver espaços como o AC. Esse espaço aberto a críticas e reflexões permite elaborar e (re)significar diversas experiências. Portanto, a prática associada ao ensino e à formação conceitual vinculada aos métodos e políticas profissionais de Saúde se fizeram essenciais para o desenvolvimento de um trabalho na

busca de novas formas de produção de Saúde. Tal junção foi importante para que a problematização da assistência se fizesse constante, favorecendo a construção de uma visão crítica e reflexiva frente às demandas presentes.

Todos os eixos apresentados na cartilha PNH foram observados nos cenários de prática da RMS. No entanto, enquanto processo de formação profissional, o AC tornou-se um destaque na escrita pelo fato de ter se constituído como o espaço que mais promoveu inquietações para (re)pensar as formas de produção de Saúde e também revisar os processos nos quais a gestão da CAC acontece.

Enfim, partindo das reflexões dessa escrita e por meio da análise dos achados nesse percurso, destaco a potência desse modelo formativo e, mais especificamente, da metodologia construída na condução do AC. Pensar nesse espaço semanal é visualizar o fortalecimento da CAC e potencializar a RMS como estratégia para além da formação profissional, estratégia de consolidação do SUS. Os dispositivos da CAC dispõem a quem trabalha na Saúde elaborar de modo contínuo os procedimentos e agir de forma dirigida para o fortalecimento da integralidade do cuidado. Minha vivência na RMS me permite, ainda, entender que a realidade é uma construção, portanto é mutável e isso possibilita a quebra da reprodução irrefletida de práticas hegemônicas em Saúde.

Referências

- ¹Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 58, septiembre-diciembre 2018, pp. 104-113. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6620697>
- ²Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- ³Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- ⁵Baremblytt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- ⁶Rabelo AO. A importância da investigação narrativa na educação. *Educ. Soc.*, 2011. 32(114):171-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v32n114/a11v32n114.pdf>
- ⁷Souza EC. Diálogos cruzados sobre pesquisa (auto)biográfica: análise compreensiva-interpretativa e política de sentido. *Educação (UFSM)*, 2014; 39(1): 39-50. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/11344>
- ⁸Rodrigues NC, Prado GVT. Investigação narrativa: construindo novos sentidos na pesquisa qualitativa em educação. *Revista Lusófona de Educação*. 2015; 29(29): 89-103. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34941151006>
- ⁹Carvalho MLD, Miranda CPQ, Correia MAS. 'Pegadas na areia' de professores 'caçadores de sonhos': duas identidades profissionais em (des)construção. *Pro-Posições*. 2019; 30(e20170051). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072019000100505&lng=pt&nrm=iso
- ¹⁰Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Ministério da Educação/Ministério da Saúde (BR). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção 1, p.34. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=8862

- ¹¹Ministério da Educação (BR). Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 2014. Seção 1, p.34. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>
- ¹²Martins AR, Rosa KRKK, Basso KF, Orofino MMB, Rocha CMF. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: Brasil. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- ¹³Oliveira C, Guareschi NMF. Residência multiprofissional em Saúde: brechas para novas formas de conhecimentos? in: Guareschi NMF, Scisleki A, Reis R, Dhein G, Azambuja MA, organizadores. Psicologia, formação, política e produção em saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.
- ¹⁴Sobreira FAG, Abilio ES, Ortiz CL. Os pontos de aglutinação entre A Psicologia e a Política Nacional de Humanização. Saúde em Redes. 2016; 2(2): 227–233. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/687/pdf_37
- ¹⁵Abilio ES, Alves FL, Caleman G, Macario I, Lima LP, Diello ML, et al. A Política de humanização em Mato Grosso do Sul: processos de construção primeiros resultados e desafios atuais. In: Dobashi BF, organizadora. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande – MS; 2010.
- ¹⁶Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Política Nacional de Humanização PNH. Folheto. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- ¹⁷Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à Saúde. Cad. Saúde Pública. 2014; 26(6):1187-1193. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>
- ¹⁸Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: Apoio e cogestão em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ¹⁹Rey FG. Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2011.
- ²⁰Campos GWS, Bedrikow R. História da clínica e atenção básica: o desafio da ampliação. São Paulo: Hucitec, 2014.
- ²¹Onocko-Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à Saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na Saúde coletiva. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2005, 10(3): 573-583. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a15v10n3>
- ²²Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2003; 8(1): 185-207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- ²³Campos GWS. Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação do trabalho em Saúde. In: Campos GWS, Bonfin JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- ²⁴Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf
- ²⁵Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: EdUFS, 2009. p.29-74.
- ²⁶Silva MMS. A produção e tecnologias enquanto efetividade da residência multiprofissional em saúde da família. In: Dias MAS, Silva MMS, Souza FL, Gadelha AKS, Alves EAS, organizadoras. Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p 13-37. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/tecnologias-leves-em-saude-epub>
- ²⁷Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

Submissão: 16/05/2019
Aceite: 20/09/2020