

No microcosmo de um grande hospital, entre normas e brechas: Os caminhos trilhados por um terapeuta ocupacional residente

In the microcosm of a great hospital, between standards and gaps: The paths taken by a resident occupational therapist

En el microcosmos de un gran hospital, entre las normas y brechas: Los caminos tomados por un terapeuta ocupacional residente

Andre Eduardo Mei ¹

Lucia da Rocha Uchôa-Figueiredo ¹

Virginia Junqueira ¹

Gisele Paiva Correio ²

RESUMO: O programa nacional de Residência Multiprofissional em Saúde surge no país como mais uma estratégia para melhorar a qualificação da formação profissional, reforçando o processo de trabalho orientado pela integralidade e interprofissionalidade. Este artigo tem como objetivo apresentar a pesquisa de trabalho de conclusão de residência, em que analisou-se a construção do processo de trabalho de um terapeuta ocupacional residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista (UNIFESP-BS), durante estágio realizado em enfermagem na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS). Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir da análise dos diários de campo do residente de Terapia Ocupacional. Foram percebidas balizas para o trabalho em saúde que aludem à lógica de produção do cuidado de caráter mais fragmentado. Contudo, o terapeuta ocupacional residente pôde, através de atuação criativa nas brechas nos elementos instituídos, contribuir para a mudança em seu microcosmo. Apesar de a mudança não estar dada, o microcosmo do aqui e agora nos serviços não é infértil, desde que haja abertura para a criatividade, ampliação da clínica e para as tecnologias leves. Dessa forma, o residente de Terapia Ocupacional pôde aprimorar o cuidado prestado e sua formação, aproximando-se dos objetivos

1 Universidade Federal de São Paulo

2 Universidade Federal de São Carlos

pedagógicos e assistenciais preconizados pelo programa.

ABSTRACT: The national Multiprofessional Health Residency program begins in the country as another strategy to improve the qualification of professional training, reinforcing a work process oriented by integrality and interprofessionality. The objective of this article is to present a residency's final research project, in which is analyzed the construction of the work process of an occupational therapist residing in the Multiprofessional Residency Program in Health Care (PRMAS) of the Federal University of São Paulo Paulo, Baixada Santista campus (UNIFESP-BS), during an internship in a Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS) ward. This is a qualitative study, elaborated from the analysis of the field diaries of the Occupational Therapy resident. The beacons for health work that were perceived allude to a more fragmented logic of health production. However, the resident occupational therapist was able, through creative action inside the gaps of instituted elements, to contribute to the change in his microcosm. Although the change needed is not done, the 'right here and now' microcosm in health services is not infertile, as long as there is openness to creativity, comprehensive healthcare, and interpersonal relations technologies. In this way, the Occupational Therapy resident was able to improve the care provided and his own training, approaching the pedagogical and clinical objectives recommended by the program.

RESUMEN: El programa nacional de Residencia multidisciplinaria en Salud surge en el país como una otra estrategia para mejorar la cualificación de la formación profesional, fortaleciendo el proceso de trabajo orientado por la integridad y interprofesionalidad. Este artículo tiene como objetivo presentar la investigación de el trabajo final de la residencia, en el cual se analiza la construcción del proceso de trabajo de un terapeuta ocupacional residente en el Programa de Residencia Multidisciplinaria en el Cuidado de la Salud (PRMAS) de la Universidad Federal de São Paulo campus de Santos (UNIFESP-BS), durante entrenamiento en una enfermería de la Santa Casa de la Misericordia de Santos (ISCMS). Se trata de un estudio cualitativo, realizado a partir del análisis de los diarios de campo de el residente de Terapia Ocupacional. Las balizas que fueron percibidas en el trabajo en salud aluden a una lógica de producción de naturaleza fragmentada. Sin embargo, el terapeuta ocupacional residente podía, a través de la actividad creativa y a través de las lagunas en los elementos establecidos, contribuir a cambiar su microcosmos. A pesar de que el cambio no ha terminado, el microcosmos del aquí y ahora en el servicio no es estéril, siempre que existan la apertura a la creatividad y a la expansión de las tecnologías clínicas y interpersonales. Por lo tanto, la terapia ocupacional residente podía mejorar la atención y su formación, acercándose a las metas educativas y clínicas recomendados por el programa.

Palavras Chave: Internato e Residência; Terapia Ocupacional; Assistência Hospitalar; Integridade em saúde; Educação Continuada.

Key words: Internship and Residency; Occupational Therapy; Hospital Care; Integrality in Health; Education, Continuing.

Palabras clave: Internado y Residencia; Terapia Ocupacional; Atención Hospitalaria; Integralidad en Salud; Educación Continua.

INTRODUÇÃO

Na assistência à saúde prestada nos equipamentos hospitalares tem ocorrido renormatizações sugeridas pelas reformas nos sistemas de saúde nacional e mundial. A instituição hospitalar, componente da rede de cuidados, busca concomitantemente redefinir seu papel na rede e reorganizar-se internamente. Esse impacto se deu em nível macro, especialmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e em nível micro, com políticas internas de reorganização da instituição pautadas na gestão da saúde e da clínica e suas respectivas ferramentas^{1,2}.

Um fenômeno que pôde ser observado no hospital nas últimas décadas, alinhado às reformas no campo da saúde e às tendências na assistência hospitalar, foi a busca das diversas áreas profissionais pela inserção ou reformulação de suas práticas no âmbito hospitalar. Desta forma, foi se fortalecendo um raciocínio multidisciplinar em prol de um cuidado que fosse o mais integral possível.

Nesta perspectiva, destaca-se a trajetória e os rumos atuais da Terapia Ocupacional. A profissão, cujos movimentos precursores estão intimamente ligados ao ambiente hospitalar, através de práticas dirigidas às pessoas com transtornos mentais crônicos e aos veteranos de guerra com necessidade de reabilitação físico-funcional. Atualmente fortalece sua atuação nos contextos hospitalares, sobretudo com a publicação da Resolução 429/2013 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que reconhece a especialidade de “Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares”³.

Norteando-se pelos pilares da promoção de saúde e qualidade de vida, bem como da humanização das relações e do ambiente hospitalar, o profissional busca facilitar o desempenho funcional e ocupacional no processo saúde-adoecimento, atentando-se para os diferentes momentos vividos, seja pré-hospitalar, hospitalar ou pós-hospitalar⁴⁻⁶.

Tendo em vista a necessidade de produzir mudanças no modelo de saúde e fortalecer o SUS, foram criadas no Brasil diversas estratégias e políticas públicas nos últimos anos. Acreditando que a qualificação da formação dos profissionais contribui diretamente para tais fins, inúmeras ações caminham nesta direção, dentre as quais destacaremos a seguir o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde^{7,8}.

A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, instituídas pela Lei nº 11.129 de 2005, configuram-se como cursos de pós-graduação *latu sensu* caracterizados por ensino em serviço para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS⁹.

Nesse sentido, a Universidade Federal de São Paulo, por intermédio do *campus* Baixada Santista

(UNIFESP-BS), operou, de 2010 a 2015, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS), assumindo como eixo transversal a “Atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social” e eixos perpendiculares correspondentes às áreas profissionais - enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional¹⁰.

Tanto o eixo transversal como os eixos perpendiculares aconteceram nas áreas de atenção básica e hospitalar, conforme pactuação com a Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de Santos. O programa operou nas seguintes linhas de cuidado: saúde do adulto e do idoso; saúde da mulher e do recém-nascido; saúde da criança e do adolescente; e saúde mental⁹.

Contudo, em âmbito nacional, avalia-se que a residência multiprofissional, assim como outras macropolíticas de saúde, enfrenta frequentemente desafiantes processos de implantação até se traduzir e se consolidar enquanto processos de trabalho em saúde, entendendo estes como a dimensão microscópica do cotidiano¹¹, onde ocorre a prática realizada no aqui-e-agora pelos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços.

Os atores envolvidos – residentes, preceptores, tutores e outros profissionais dos cenários de atuação – frequentemente se encontram sem o devido suporte e/ou planejamento para a construção desse novo saber-fazer em saúde¹²⁻¹⁵. Dessa forma, o presente trabalho visa descrever o processo de trabalho de um Residente Multiprofissional do PRMAS da UNIFESP-BS, durante estágio em uma enfermaria de adultos da ISCMS, tecendo uma reflexão sobre as possibilidades para a tradução das mudanças necessárias à saúde e ao hospital em trabalho vivo em ato, com o intuito de fomentar o debate acerca do aprimoramento da assistência hospitalar e fortalecimento do SUS.

PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

O estudo se caracterizou como sendo de abordagem qualitativa, de caráter transversal e descritivo. A fonte de evidências utilizada foi a observação assistemática participante, fundamentada na metodologia proposta por Marconi e Lakatos¹⁶ e Yin¹⁷. Marconi e Lakatos¹⁶ definem a observação assistemática como aquela isenta de meios técnicos especiais ou de perguntas diretas do pesquisador. O conhecimento é obtido de forma casual, sem estrito planejamento dos exatos aspectos a serem observados e nem dos meios para a observação, o que leva essa estratégia a ser muito utilizada em estudos exploratórios.

Segundo Yin¹⁷, a observação participante é uma modalidade especial de observação na qual o pesquisador assume uma posição mais ativa, dada a possibilidade de assumir funções dentro de um estudo de caso e inclusive, participar dos eventos que estão sendo estudados. Esta técnica, amplamente utilizada em estudos antropológicos, de grupos culturais a organizações, apresenta como principais vantagens a possibilidade de acesso a eventos, reuniões ou grupos estratégicos para alguns tópicos da pesquisa e que de outro modo, apresentam-se inacessíveis à investigação

científica; ainda, introduz a percepção de alguém de dentro do caso, e não um ponto de vista externo, o que leva a uma atribuição de valor inestimável por produzir um retrato mais curado do fenômeno estudado.

Minayo¹⁸ complementa ponderando sobre a importância de se estabelecer a forma desta atividade, sugerindo a construção de registros pautada no instrumento do diário de campo. Nesse caderno, o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, tais como: conversas informais, como os processos estudados se organizam na prática e como funcionam, eventuais divergências entre o que é dito nas entrevistas e o que é feito, as relações hierárquicas e entre pares, etc.

Os documentos selecionados para o presente estudo foram os diários de campo produzidos pelo terapeuta ocupacional residente durante estágio em uma enfermaria para adultos da ISCMS. Foram fundamentados na metodologia de Minayo¹⁸, e foram propostos para uso pessoal do residente, a serem utilizados como norteadores dos momentos semanais de Preceptoría (encontros semanais entre os residentes e preceptores para apoio teórico-prático e metodológico referente aos casos clínicos acompanhados e ao processo de trabalho na instituição).

O tratamento e análise dos dados consistiu na composição de uma estrutura organizativa que agrupou e destacou os principais núcleos de sentidos convergentes, para serem discutidos em harmonia com os objetivos da pesquisa e à luz dos referenciais da saúde coletiva nacional.

RESULTADOS

Os resultados foram classificados e categorizados de acordo com as unidades temáticas que expressaram sentidos e ideias convergentes. No presente estudo, de acordo com a leitura flutuante dos depoimentos transcritos, foi possível agrupá-los em duas categorias analíticas: *‘Balizas, barreiras e lacunas’* e *‘Construindo o processo de trabalho’*, como exposto a seguir.

Balizas, barreiras e lacunas

Parte da leitura dos documentos analisados se debruça sobre a percepção do residente com dados elementos que acabaram por direcionar seu processo de trabalho em saúde. Estas balizas podem ser classificadas conforme proposta de Brito et. al.¹⁹, se relacionando: com os saberes técnicos, científicos e culturais daquele cenário; com o planejamento e a organização prescrita do trabalho, determinados pelo PRMAS e pela ISCMS; e ainda com os trabalhadores e coletivos de trabalho – seus saberes, ideais e regras.

As balizas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais se traduziram em um cuidado demasiadamente centrado na figura médica. Especialmente, os profissionais médicos eram segregados dos demais trabalhadores da instituição, possuindo acesso físico à instituição (entrada/saída) e refeitório diferenciados. O cotidiano da prática também evidenciou a supervalorização do

saber do médico na situação dos pedidos de interconsulta – solicitação de avaliação/intervenção de profissional contratado pela instituição de alguma especialidade médica ou multiprofissional – que eram preenchidos apenas pela categoria médica. O cuidado, além de centralizado, torna-se altamente fragmentado pela ausência de reuniões multiprofissionais, diálogo entre profissões e até mesmo entre especialidades de uma mesma profissão.

Cabe ressaltar que o raciocínio e a prática fragmentada e reducionista apareciam em trabalhadores de distintas categorias, evidenciando que a problemática transcende a questão corporativa. Outros reducionismos percebidos, além do biomédico, foram o reducionismo psicológico e o reducionismo social.

Entre as balizas relacionadas à organização prescrita do trabalho em saúde, temos, inicialmente, uma exigência do PRMAS que sancionara que os residentes prestariam assistência exclusivamente aos usuários do SUS. Houve também, por parte da ISCMS aos residentes do PRMAS, buscando cumprir com os objetivos de capacitar os residentes concomitantemente em seu saber nuclear e transversal, a inserção de um fluxo de atuação dos residentes multiprofissionais. Tal medida se traduziu em uma normativa de separar, dentro da carga horária, um período para atendimentos específicos e um período para atendimentos multiprofissionais. Os primeiros se reportaram aos atendimentos destinados a realização de procedimentos exclusivos de cada categoria profissional, sendo realizados individualmente; os últimos se reportaram aos atendimentos interdisciplinares e interprofissionais, sendo realizados preferencialmente através de prática colaborativa. Esta última normativa mencionada entrou em vigor no início do estágio naquela unidade.

Por fim, foram percebidas balizas ligadas aos trabalhadores e coletivos de trabalho, que se traduziram em diferentes regras e dinâmicas para o trabalho, como as diferenças e oscilações das disponibilidades pessoais para o trabalho interdisciplinar e para a prática colaborativa.

As balizas supracitadas tiveram como desdobramentos algumas barreiras e lacunas vividas pelo residente de terapia ocupacional. A organização do trabalho enquanto normativa de separar períodos para atendimentos específicos e multiprofissionais, sem, no entanto, uma estratégia singular para cada caso, ocasionou a lacuna mais evidente e recorrente nos diários deste profissional. Uma vez que não foram dados norteadores para a triagem dos atendimentos específicos, cada categoria elaborou uma estratégia distinta para a organização da rotina de seu residente, gerando um período de ociosidade inicial ao residente da terapia ocupacional, posto que as estratégias conhecidas e adotadas pelas demais áreas profissionais não foram suficientes para a construção de sua rotina de trabalho.

Entre as estratégias utilizadas pelos demais residentes houve: triagem por pedidos de interconsulta à sua categoria específica, por solicitação da equipe da unidade de internação pelo censo hospitalar (relatório diário com os pacientes internados na unidade, que explicita os dias de internação hospitalar e o motivo da internação, por CID – Classificação Internacional das Doenças)

e atendimentos específicos de casos discutidos nas reuniões internas da equipe de residentes.

Reflexão conjunta com a preceptoria de núcleo evidenciou que a inserção do profissional na unidade de atendimento em questão era composta de intervenções e avaliações de caráter mais pontual em resposta a pedidos de interconsulta, que não eram muito frequentes devido inclusive ao desconhecimento da categoria médica acerca da atuação do terapeuta ocupacional nas clínicas envolvidas. Cogitou-se ainda selecionar casos específicos a partir do censo hospitalar (possível para o profissional residente, uma vez que sua categoria de estudante lhe dava a liberdade na instituição de não precisar de pedido de interconsulta emitido por médico), porém foi compreendido que o censo não seria o instrumento mais apurado para detectar as demandas específicas de Terapia Ocupacional, pois trazia poucos elementos para compreender a vida ocupacional do sujeito.

Estratégias como responder solicitação da equipe da unidade ou compor com o atendimento específico de casos elencados nas discussões da equipe de residentes também não foram suficientes para estruturar uma rotina de atendimentos específicos, pela dificuldade de outras áreas em perceber como o terapeuta ocupacional poderia compor nos cuidados prestados na unidade em questão, dada a pouca tradição da categoria com a problemática vivenciada, levando à raras solicitações de atendimento específico.

Construindo o processo de trabalho

Como visto na categoria anterior, a inserção do profissional na unidade de internação estudada foi marcada por uma série de balizas, algumas das quais se traduziram em barreiras ao desenvolvimento do processo de trabalho, exigindo do residente e sua preceptora um raciocínio singular, que superasse a mesma lógica que o estava limitando, assim como uma intervenção pouco usual no ambiente hospitalar, a busca ativa de demandas.

Para a tarefa proposta, buscou-se uma aproximação não apenas com as pessoas envolvidas, mas também com o espaço físico, o espaço onde era vivido todo o cotidiano das pessoas em situação de internação, e boa parte do cotidiano dos trabalhadores. Assim, o residente parou para olhar o lugar que “habitava” já há algumas semanas, tecendo anotações e reflexões sobre o mesmo, seus empecilhos e facilitadores para a produção do cuidado em saúde e de terapia ocupacional.

De acordo com os diários analisados, o espaço era amplo para uma unidade de internação hospitalar. O pé direito alto e os corredores largos mostravam resquícios da arquitetura dos tempos da Segunda Guerra Mundial, projetados para abrigar internações no próprio corredor em períodos de conflitos militares²⁰. O largo corredor servia como um amplo passeio para os pacientes e familiares se encontrarem, conversarem, esperarem sua vez para tomar banho nos poucos chuveiros existentes.

Neste corredor também se encontrava a copa dos funcionários, uma sala da chefia médica, sala de aula, sala de expurgo, sala de procedimentos de enfermagem e o posto de enfermagem, fisicamente aberto, separado do corredor apenas por um balcão. Foi observado que essa arquitetura

convoca a equipe técnica a participar da troca com quem transitar por lá. Contudo, foi percebido que isto também era uma barreira ao profissional que ocupava o espaço, por ser frequentemente interrompido em suas atividades.

Esse amplo corredor terminava em uma sacada (solário), que também era bastante ampla e composta por bancos, um sofá, televisão, uma vista privilegiada para o verde e para o Centro de Treinamento Rei Pelé - do Santos Futebol Clube - sendo possível observar treinos dos jogadores do clube. O solário funcionava como um microcosmo da vida pública, pois ele, mais que os corredores, era utilizado como espaço para espairecer, conversar, ter algum momento de participação social e lazer possível.

Tal exploração despertou no residente a reflexão de que o lugar habitado apresentava singularidades que poderiam dificultar ou potencializar o desempenho de uma vida ocupacional satisfatória. A existência de banheiros e chuveiros coletivos fora dos quartos se tornava uma barreira para internos e acompanhantes com menor mobilidade, bem como constrangiam cônjuges que se propunham a auxiliar o interno em suas atividades de banho e higiene. Por outro lado, o solário era terreno fértil para o desempenho das áreas ocupacionais do lazer e da participação social.

Após tal exploração, o olhar do residente foi direcionado de maneira mais focada para as pessoas que usavam esse espaço. Assim, algumas mensagens não verbais saltavam mais aos olhos do residente: um jovem com mobilidade reduzida, preparando-se para o banho; um acompanhante com rigidez muscular que, no entanto, apresentava intensa agitação psicomotora ao percorrer o corredor repetidas vezes, preocupado com sua sogra; um senhor que aguardava o banho cabisbaixo e com expressão triste.

Logo foi dialogado em preceptoria que dessa observação poderia partir um importante norteador da busca ativa de demandas para atendimento específico da profissão. Foi compreendido que seria um ponto de partida mais interessante do que a leitura do censo hospitalar, por exemplo, pois poderia dar pistas mais palpáveis de como a hospitalização impactara a vida ocupacional da pessoa observada.

Por serem “transeuntes” dos espaços com potencial para a participação social, onde a vida social possível para o momento da internação era favorecida, foi refletido que a abordagem não poderia ser carregada somente de saberes estruturados, mas também de tecnologias das relações humanas. Com o uso das tecnologias centradas nas relações humanas, ou tecnologias leves ²¹mais ouvindo do que falando, as pessoas previamente selecionadas eram abordadas. Usou-se das trivialidades e banalidades do cotidiano que também permeiam a vida em sociedade; a escuta qualificada, a postura acolhedora e o reconhecimento do saber do outro iam abrindo caminho para outros assuntos, para o momento atual, a situação de internação, o adoecimento, os cuidados recebidos, a relação com familiares e profissionais da saúde da instituição e da rede, os desejos, os projetos de vida, os fazeres e a vida ocupacional atual e pregressa.

O processo buscou atender a singularidade de cada ocasião, e não houve pressa para fazer um completo diagnóstico terapêutico ocupacional; a própria dinâmica dos encontros ditou o tempo dos encontros. Entretanto, na quase totalidade dos casos foi possível reconhecer as prioridades e reais necessidades de saúde. Assim sendo, houve encontros que se bastaram em si mesmos, pois dentre as necessidades observadas, a prioridade no momento era ter acesso à escuta, informação e acolhimento. Outros necessitaram uma continuidade, pela demanda de terapia ocupacional a ser melhor investigada e atendida. Houve ainda encontros que necessitaram continuidade, mas não da especificidade da terapia ocupacional, de modo que tais casos eram compartilhados com outros membros da equipe de residência e da unidade de internação.

Identificaram-se como resultados mais significativos das estratégias utilizadas a conquista de maior autonomia do residente para triar e conduzir seus atendimentos (tendo como consequência direta maior satisfação com seu processo de trabalho) e a maior participação na prestação de cuidados de sua especialidade e comuns às áreas profissionais que compõem o campo da saúde. A maior participação na prestação de cuidados, por si só, contribuiu para o aprimoramento de sua formação, possibilitando uma pluralidade de vivências, assim como para a assistência de necessidades ainda não exploradas, aproximando-se de um cuidado mais integral.

Não obstante, houve mais solicitações de atendimentos da especialidade dado a visualização concreta dos outros profissionais da unidade e da residência das possibilidades da profissão. Ainda, a escolha das tecnologias humanas como elemento norteador da prática não se resumiu à busca ativa, mas pautou toda a presença do residente no setor, inclusive na relação com os trabalhadores da unidade, possibilitando processos potentes não apenas com usuários, mas também com colegas de trabalho.

DISCUSSÃO

O residente e sua preceptora chegaram à reflexão de que seria preciso, para lidar com as barreiras apresentadas, adotar um raciocínio diferente, que captasse a singularidade e a multidimensionalidade da situação. Seria necessário inverter genuinamente a lógica de ser e estar naquele espaço, adotar um ponto conceitual de partida distinto do hegemônico, pois para a situação descrita este se apresentou circunscrito ao cuidado, e procurar soluções criativas e ampliadas para as lacunas encontradas.

Para tanto, destaca-se conceitualmente o paradigma da Complexidade, proposto por Edgar Morin, por preconizar a policausalidade, a visão multidimensional e integrada dos objetos de conhecimento e a inclusão da incerteza e da imprevisibilidade. Segundo Morin²²:

“Complexus significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (...) e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as

partes entre si.” (p. 38)

Para começar a agir, procurou-se respaldo na concepção de Deleuze e Guattari²³ que postula que todos elementos estruturados e previsíveis apresentam brechas, rachaduras, por onde podem “escapar” novos modos de existir, por sua vez mais ou menos estruturados.

Já Merhy²¹ corrobora esta concepção afirmando que o trabalho em si, é sempre condicionado e limitado pelas balizas instituídas; entretanto, dada a complexidade do objeto de intervenção, os condicionantes não são totalmente rígidos, abrindo espaço para a autonomia e a criatividade nos processos de trabalho. Complementam ainda afirmando que a chave para mudança efetiva está no próprio trabalho em si, o *trabalho vivo em ato*. Quando pautado nas tecnologias leves, através das pequenas aberturas encontradas no modelo anterior e seus elementos instituídos, as *linhas de fuga*, consegue questionar e transformar os processos de fazer saúde. Ainda, acrescentam ser necessário operar mudanças no interior dos serviços, caso contrário os enormes esforços de reformas macroestruturais, podendo se enquadrar nesta categoria a adoção do modelo de residência multiprofissional para a educação permanente em saúde, não servirão para nada.

Dessa forma, a ação encontrou sua brecha na própria condicionalidade do residente, que o eximia de necessitar de pedido de interconsulta emitido por médico para realizar suas intervenções, podendo realizar busca ativa e executar, através de seu trabalho vivo em ato, uma reorientação do cuidado e uma pluralidade de trocas no âmbito micropolítico, pautando-se na clínica ampliada²⁴, para além das questões biológicas e orientadas à busca pela qualidade de vida e autonomia dos sujeitos, bem como nas tecnologias leves.

Considera-se que a ampliação da clínica foi evidentemente influenciada pela sua formação profissional. Tendo a Terapia Ocupacional como objeto de estudo e intervenção o cotidiano e o envolvimento do ser humano em atividades significativas²⁵, este saber foi utilizado em todas as etapas da intervenção. No diagnóstico situacional, percebendo barreiras e limitações do espaço à vida ocupacional, bem como os corpos que ali habitavam desempenhando suas atividades. No planejamento e na intervenção em si, avaliando quais dimensões do cotidiano estavam mais prejudicadas; utilizando o próprio cotidiano para abrir caminho às tecnologias leves, para intervir dentro de sua especialidade e como fim, quando percebido ser necessário.

Outro saber agregado para a ampliação da clínica para além da dimensão biológica foi a pedagogia da autonomia²⁶. Assumindo que a escuta das necessidades e a informação/educação em saúde são pilares para a autonomia da pessoa que procura cuidados, temos que a concepção deste autor esteve presente no processo de trabalho do residente, dado que este reforça a importância da escuta e atenta para o respeito aos saberes do outro, aceitação do novo, rejeição a qualquer forma de discriminação e para a corporificação das palavras pelo exemplo, elementos utilizados pelo residente.

Concomitantemente, a reorientação do cuidado também foi operacionalizada pela adoção das tecnologias leves como norteadoras da prática. Isto se deu naturalmente, quando escolhido ampliar o local de intervenção dos leitos hospitalares para outros espaços habitados por internos e acompanhantes - espaços onde vida social possível para o momento da internação era favorecida, clamando pelas tecnologias leves.

A potência do enfoque nas tecnologias leves para o cuidado em saúde, orquestrado em “bons encontros” com maior percepção das reais necessidades dos indivíduos e possibilidade de ação em busca de uma assistência mais integral é validada por outros autores. Para Deleuze²⁷, o filósofo Espinosa aponta que toda pessoa carrega uma potência de ser afetada no encontro com o outro. Nesse encontro, quando há composição, existe uma *potência para ação – os bons encontros*; do contrário, existe uma *potência para opadecimento – os maus encontros*. Também diz que uma sucessão de bons encontros favorece maior autonomia em busca da liberdade e da felicidade.

Merhy ²¹, por sua vez, também defende no campo da saúde o mesmo enfoque, afirmando este ser facilitador do que denomina *espaço intercessor*, onde ocorrem escuta de necessidades, troca de informações e reconhecimento mútuo de direitos e deveres. Com tal espaço, há potência para um cuidado resolutivo e produtor de autonomia, que instrumentalize a pessoa para cuidar de sua saúde e ir à busca de projetos de vida significativos. Franco²⁸ complementa apontando que as verdadeiras experiências inovadoras de mudanças nos sistemas de saúde têm como base a reorganização dos processos de trabalho com foco no acolhimento e protagonismo dos usuários.

Cabe ainda ressaltar que as novas percepções lançadas sobre o processo evidenciaram outras dimensões da experiência para além da assistência direta. A conquista de maior autonomia em seu microcosmo, maior participação nos cuidados e a possibilidade de conferir novos significados e novas subjetivações à sua experiência de formação, elementos cuja importância é apontada na literatura, tiveram conotação positiva para o profissional por atender aspectos de seu duplo papel, de trabalhador e estudante^{21,28}.

Ainda, temos que a experiência micropolítica da troca de saber entre o residente e demais profissionais que compunham o cuidado naquele espaço traduziu-se como processo de aprendizado para ambos. Assim como sugere Freire²⁶, o aprender e o ensinar não se deram por via única e vertical, mas através do respeito, da corporificação da teoria pelo exemplo, da disponibilidade para o diálogo e da habilidade de escuta.

Desta forma, o terapeuta ocupacional residente pôde, através das rachaduras encontradas no instituído, existir de outra maneira, reorientando o cuidado para as reais necessidades em saúde, através da ampliação da clínica e enfoque nas tecnologias leves. Consequentemente, esta postura evidenciou diversos desdobramentos positivos. Para o residente, a vivência contribuiu para a sua formação, dada sua maior participação nos cuidados prestados, bem como para a maior satisfação pessoal deste trabalhador, pela autonomia conquistada. Para os usuários da unidade de internação

estudada, por sua vez, a vivência contribuiu para uma assistência mais integral às suas necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o trabalho em saúde pode estar imerso em um caldeirão de balizas e normativas limitantes à assistência e à motivação do trabalhador, e a mudança na lógica da assistência à saúde não está dada só com a sanção de políticas e/ou elaboração de estratégias de ensino/trabalho. Entretanto, pode ser conquistada e o microcosmo do aqui e agora nos serviços não é terreno infértil para superar as limitações impostas, desde que haja disponibilidade do trabalhador e abertura (ou ao menos uma brecha) no serviço para o questionamento construtivo dos elementos instituídos e dos processos de trabalho, para a criatividade e para a ampliação da clínica.

Ainda, o relato desta vivência evidencia que existe potência de transformação pedagógica e assistencial na atenção hospitalar e em programas de formação pautados no ensino em serviço, caso da residência multiprofissional. Dessa forma, espera-se que este estudo contribua de maneira positiva para o debate acerca do trabalho em saúde realizado na instituição hospitalar e para a formação profissional na saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar ZN. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde – Breve história da política de saúde no Brasil. In: Aguiar, Z. N. (org.) SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari; 2011:17-40.
2. Neto FCB, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: Giovanella, L. (org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012:577-608.
3. Resolução COFFITO nº 429/2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e da outras providências. [Acesso em 10/12/2016]. Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-429--de-08-de-julho-de-2013-1670.html>.
4. De CarloMMRP, Bartalotti CC. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: De CarloMMRP, Bartalotti CC(orgs.). Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001:19-40.
5. Prieto GB, De Carlo MMRP. Promoção da saúde e humanização da assistência a pacientes

de traumato-ortopedia na perspectiva da Terapia Ocupacional hospitalar. In: Uchôa-Figueiredo, L. R.; Negrini, S. B. M. Terapia Ocupacional: diferentes práticas em hospital geral (orgs.). Ribeirão Preto: Legis Summa; 2009:225-234.

6. Giardinetto ARSB, Martini EC, Cruz JA, Moni LO, Ruiz LM, Rodrigues P, et al. A importância da atuação da terapia ocupacional com a população infantil hospitalizada: a visão de profissionais da área da saúde. Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar. 2009;17(1):63-69.

7. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Senso no Brasil: Apontamentos Históricos. Trabalho, Educação & Saúde. 2009;7(3):479-498.

8. Campos FC, Aguiar RAT, Belisario SA. A Formação Superior dos Profissionais da Saúde. In: Giovanella, L. (org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012:885-910.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão da Educação da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414p.

10. Universidade Federal De São Paulo (UNIFESP). Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Santos, 2010, 58p. Projeto Político-Pedagógico.

11. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. [Acesso em 03/08/2013]. Disponível em : <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>.

12. Lima MS, Rodrigues T. O Trabalho da equipe multiprofissional de residentes no Território sob o olhar da equipe do Centro de Saúde Martins Fontes em Santos/SP. 2013, 32p. Monografia de Conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos.

13. Santos DO, Silva CRC. Preceptorial em um programa de residência multiprofissional: uma função para a (trans)formação? 2012, 24p. Monografia de Conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos.

14. Santorum JÁ, Figueiredo P, Rodrigues S. Problematização da realidade e organização do processo de trabalho: relato de experiência a partir da residência multiprofissional em saúde da família. 2012, 71p. Monografia de Conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande.
15. Forti MC, Ortiz MCM. O Processo de Formação em Residência Multiprofissional em Saúde: A Experiência dos Residentes de Santos. 2013, 38p. Monografia de Conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos.
16. Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003. 310p.
17. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi – 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. 205p.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.
19. Irmandade Da Santa Casa Da Misericórdia De Santos (ISCMS). História da Santa Casa. [Acessado em 05/02/2014]. Disponível em: http://www.scms.org.br/noticia.asp?codigo=42&COD_MENU=24.
20. Brito J, Muniz HP, Santorum K, Ramminger T. O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: Assunção, A. A.; Brito, J. (Orgs.) Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011:23-44.
21. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco, TB, Merhy EE (orgs). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª edição. São Paulo: Hucitec; 2013:19-67.
22. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de C. E. F. da Silva e J. Sawaya. Revisão técnica de E. de Assis. 4ª edição. São Paulo: Cortez; Brasília DF: UNESCO, 2001. 204p.

23. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia – volume 3. Tradução de A. G. Neto, A. L. de Oliveira, L. C. Leão e S. Rolnik. São Paulo: Ed. 34, 1996. 120p. (coleção trans).

24. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS et. al. (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec, 2012:39-78.

25. Ferriotti ML. Construção de identidade(s) em Terapia Ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: Ferriotti ML, Pádua EMM. (orgs.). Terapia Ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais. Curitiba: CRV, 2013:43-72.

26. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 46ª edição. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2013. 143p.

27. Deleuze G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002. 144p.

28. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2007;11(23):427-38.

Artigo apresentado em 31/01/17

Artigo aprovado em 21/03/18

Artigo publicado no sistema em 01/12/18