

GIORDANO ALVES

AUTO REFLEXÕES DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

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

Orientador(a): Mariana Machado Aragão

BAHIA

2020

Sumário

Da Recusa do “eu” à Criação de Si Mesmo: Como a Residência me Forjou.....	3
A escolha: Por que Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC)?	5
Caminho até aqui	6
Do nascimento à criação de meus pais	7
Adolescência na escola pública	9
Formação acadêmica na formação pessoal	10
Novos saberes a partir da residência MFC	13
Aprendendo a aprender.....	13
Aprendendo a compartilhar.....	14
Aprender com o paciente	15
Reflexão final.....	17
REFERÊNCIAS	18



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



Da Recusa do “eu” à Criação de Si Mesmo: Como a Residência me Forjou

Diante de uma formação baseada na formalidade científica onde escrita em primeira pessoa foi por muito tempo desvalorizada e considerada um gênero textual não priorizado para publicação (PRADO, 2005), aceitar minha subjetividade como protagonista deste trabalho, provoca em mim, inicialmente, certo estranhamento, pois é inerente imaginar o grau de dificuldade ao colocar em papel a complexidade que é retroceder a si mesmo. Apesar disso, negar o resgate dos sentimentos e reflexões nessa rica vivência na Residência em Saúde da Família se torna uma recusa do “eu”.

Normalmente, costumamos esquecer ou refletir pouco sobre aquilo que passou, sejam lembranças boas ou ruins. Se por um lado, esse comportamento nos permite não ficar remoendo as intempéries, por outro nos impede de construir um caminho para o autoconhecimento.

“O produtor, na construção de sua narrativa, experiencia o chamado exercício metacognitivo e autoreflexivo, que se sustenta por um trabalho de avaliação ativa, de regulação e organização de conhecimentos e saberes implicados na tarefa.”
(SILVA,2010)

Eu, que costumo vislumbrar o futuro, agora coloco meus olhos no passado, ampliando os horizontes da razão e estabelecendo, assim, um novo modo de sentir, de pensar e de (re)significar minha prática em saúde através da minha subjetividade e da minha vivência que são, de fato, únicas.

E assim, encontro na minha história os pilares que lastreavam e lastreiam minha escolha. Dentre elas, em um âmbito maior, a existência de uma Força Maior, que alguns chamam de Deus, como causa primária de todas as coisas. Porém, sob a ótica mundana da vida, creio que absolutamente nada seja fruto ou consequência de uma causa única. Todo acontecimento concreto é sempre consequência de uma série de fatores causais que se alinham para materializar o efeito.

Da mesma forma, creio que todo problema complexo necessita de soluções complexas para se resolver. Sendo assim, percebi que meu êxito na residência não poderia ser explicado de forma simplória. Portanto, buscar no meu passado aquilo que me levou a escolher a MFC como especialidade seria fundamental para explicar minha trajetória na própria residência, sendo estes fatos abordados nas linhas que se seguem.

A escolha: Por que Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC)?

Nós do meio médico sabemos do preconceito e desvalorização que tal especialidade goza entre os pares, como mostra o artigo produzido por *Anderson e colaboradores* através da utilização de falas comuns ao tema:

“O médico de família e comunidade é aquele clínico geral antigo que ia na casa das pessoas” ou “o médico de família e comunidade é aquele que não se especializou em nada” ou ainda “é uma nova especialidade no Brasil”
(ANDERSON, 2005)

Sabemos também que tal desvalorização é responsável por boa parte das desistências de jovens e promissores colegas que entram e, de certa forma, não encontram aquilo que procuravam, abandonando a residência.

Então, mesmo tendo feito uma faculdade de Medicina com idade mais avançada, de forma consciente e sem idealismos, por que escolhi me especializar em MFC? Por que cursei todo o programa de forma convicta e nunca pensei em desistir apesar das inúmeras dificuldades?

Essas perguntas me atravessaram inúmeras vezes, e, sempre pensei que seria fácil encontrar essa resposta. Mas foi preciso pensar muito além para responde-la... foi necessário um olhar para dentro de mim, para meu passado e para minha trajetória, como está posto na essência deste memorial formativo.

Por isso, abordo minha trajetória em que contextualiza o caminho pelo qual passei para chegar até aqui, assim como meu deslocamento - enquanto Residente Médico em Saúde da Família - em um mergulho profundo nas suas glórias e desafios que favoreceram minha evolução pessoal e profissional nesses últimos dois anos.

Caminho até aqui

“O passado parecer servir como forma de reflexão de um presente.”

(SILVA, 2010)

Remontando cronologicamente minha história de vida, identifiquei então algumas épocas, situações, vivências que foram marcantes e cruciais para que fizesse escolhas futuras não-aleatórias. Como seres mutáveis que somos, vamos vivenciando experiências e nos transformando naquilo que somos hoje e seremos amanhã.

Assim como uma mesma doença impacta de forma diferente os indivíduos, uma determinada experiência da vida também. Um mesmo evento na vida de duas pessoas pode levar uma ao suicídio e a outra a se fortalecer ainda mais.

Não tenho nenhuma pretensão de estar certo ou errado quanto às minhas correlações. Quis simplesmente tentar fazer esse link e, quem sabe, ajudar no processo de auto compreensão de outros colegas a partir dessa leitura. Portanto, creio que a vida é um somatório de tudo que vivemos até aqui, como abordado pelo texto “*Memórias do Corpo*”:

“[...] é isso que os cientistas chamam de memória “implícita” ou “não-declarativa”, porque é muito difícil colocar essas lembranças armazenadas em palavras. Elas simplesmente são incorporadas [...] ela engloba todas as nossas experiências sensoriais, motoras e emocionais passadas, que agem no aqui e agora: trata-se de um know-how que, embora esteja enraizado em grande parte no nosso sistema nervoso central, é uma parte intrínseca de nós, da nossa carne e do nosso sangue.” (REVISTA GEO, nº 52)

Dessa forma, relato aqui a partir de tópicos - organizando meu processo de escrita e facilitando a leitura daqueles que se dispuserem a ler - minha essência enquanto ser complexo e único que sou, assim como todos vocês.

Do nascimento à criação de meus pais

Filho primogênito de três irmãos, todos do sexo masculino, nasci, e realmente somente nasci, na cidade do Rio de Janeiro, no início dos anos 80. Filho de um pai militar e professor de educação física com uma mãe professora, mudamos ainda em meados da década de 80 para o interior de Minas Gerais, cultura da qual me embebi e me forjei.

A vida financeira regradada e o destino, que se encarregou de dar aos meus pais três filhos homens, colocou em pauta a realidade de uma estrutura social repetida. Explico: como meu pai trabalhava muitas horas além do expediente para conseguir minimamente manter a família, minha mãe não tinha muita escolha a não ser permanecer em casa para cuidar desta e dos filhos.

Cenário que se repete na realidade das famílias em que se atua o MFC: mulheres-mães que assumem o papel de cuidar dos filhos e da casa em um trabalho que não é reconhecido, tampouco remunerado e que se sucede pelos implícitos valores morais machistas e patriarcais - derivados de nossa colonização - que se mantém até os dias atuais como forte influência do pensamento e das atitudes de grande parte da população (CHAVES; GUERRA; BASTOS, 2019), influenciando na saúde das mulheres que se encontram dependentes e sobrecarregadas. (SENICATO, 2016)

Felizmente, fui inserido nas atividades rotineiras de manutenção da casa. Em uma vila de moradores onde majoritariamente as filhas ajudavam as mães nos afazeres domésticos, eu tive o privilégio (claro que só pensei dessa forma anos mais tarde) de, diariamente, executar rotinas consideradas, à época, femininas: lavar louça, varrer/passar pano no chão, lavar banheiro, retirar poeira dos móveis, etc.

Lembro-me bem, tantas vezes, de ver meus colegas jogarem bola na rua e eu lavando o banheiro antes de me juntar a eles. Aos 10 ou 11 anos de idade já sabia cozinhar o básico, fazia arroz, cozinhava e refogava o feijão, fritava ovos e bifês, cortava e temperava saladas, etc. Aos 12 anos, por muitas noites, permanecia sozinho em casa, cuidando dos meus outros dois irmãos, enquanto meu pai dava aulas no turno da noite para complementar a renda e minha mãe cursava a faculdade de Letras almejando um retorno à vida profissional.

Apesar de ter sido zombado por meus colegas que riam do meu desempenho nas tarefas de casa, foi o tempo que me mostrou que essas tarefas não me fariam ser “menos homem”, mas me fizeram mais forte e mais preparado para lidar com o futuro, com a vida social e com a realidade do mercado de trabalho. Também foi possível refletir que os cuidados domésticos não são atribuição que nascem como ‘dom’ da mulher, mas um trabalho que deve ser aprendido e desenvolvido por todos nós seres humanos e, que nos prepara para responsabilidades inerentes ao cotidiano.

Como é obvio eu não sabia à época, mas toda essa bagagem seria fundamental na sedimentação de minha coragem e segurança necessárias para sair da casa de meus pais e realizar meus voos sozinho.

Essa lição sobre valores estende minha bagagem para ser um profissional atento aos determinantes sociais da saúde (DSS) (BUSS, 2007), para quando “Dona Maria – dona de casa” apresentar recorrentes visitas à USF por conta de hipertensão arterial sistêmica, eu possa não somente servi-la comodamente com uma medicação ou exame, mas que eu possa compreender a sua história enquanto indivíduo e como esta pode interferir na sua saúde, assim, buscando estratégias conjuntas de mudanças no estilo de vida (MEV), acompanhamento regular e artifícios para adesão ao tratamento (BRASIL, 2014), atuando assim nas causas, não apenas nas consequências. É com esta visão que deveríamos olhar para o cuidado em saúde enquanto MFC, este exercício é um grande diferencial.

Além disso, percebi o quanto podemos utilizar tecnologias leves – o diálogo – no consultório como ferramenta para desconstrução desses elementos. Como exemplos, destacam-se: Ao realizar puericultura pude incentivar pais a fornecerem brinquedos semelhantes aos filhos, independente do gênero, reforçando também a importância da figura paterna na corresponsabilização do cuidado com os filhos; solicitar às gestantes a presença da figura paterna para as consultas de pré-natal; criar uma cultura de incentivo ao autocuidado e autonomia nas abordagens com mulheres e debater com homens que apresentaram condutas agressivas ou depressão devido impotência sexual, incentivando recuperação de sua autoestima.

Adolescência na escola pública

Como escrevi no último capítulo, mudei-me do Rio de Janeiro para o interior de Minas Gerais ainda na minha primeira infância. Nessa época meu pai fazia jornada dupla, militar durante o dia e professor de educação física à noite. Minha mãe cuidava da casa e dos filhos durante o dia e cursava faculdade de Letras à noite. Apesar da vida tranquila do interior, nossa vida não era fácil e nem tinha luxo. Morávamos numa casa pequenina, alugada, porém, digna. Com exceção do último ano do ensino médio durante o qual tive uma bolsa de estudos no colégio particular que meu pai lecionava, estudei sempre em escolas públicas.

À época não via vantagem alguma em cursar o ensino público, porém, bem mais tarde, viria a perceber a importância desse fato na minha vida e a influência direta da mesma na minha escolha profissional. Se por um lado não tive tanta qualidade pedagógica para disputar vagas no ensino superior, por outro cresci e convivi com uma infinidade de diferenças, relacionando-me com colegas de diferentes condições sociais.

Até então tinha conhecimento que a vida era difícil e do quanto meus pais se esforçavam para nos dar o necessário. Visitava rotineiramente alguns parentes pobres, com condições piores que a minha, mas nada além disso. Foi, então, na Escola Pública que, pela primeira vez, tive contato com a pobreza crítica que existe em nosso país, e aquilo me marcou muito. A partir desse momento a percepção das situações vulneráveis e comparação da situação socioeconômica de alguns colegas com a minha foram me fornecendo doses diárias de gratidão pela vida, sensibilidade e desejo de tentar ajudar de alguma forma aqueles que necessitam de ajuda.

Entre as inúmeras vivências dessa época, marcou-me muito o fato de conviver com uma colega que vivia numa região muito pobre da cidade, numa casa pequena com mais 8 pessoas: o pai, a mãe e seis irmãos. Para agravar ainda mais a situação, a genitora era portadora de transtorno mental psicótico. Ela ia diariamente à aula vestindo sempre a mesma roupa, uma espécie de maiô de banho feito de um tecido bem fino e desgastado, saia longa e chinelos de dedo. Até hoje, quando penso nela, me vem à mente seu ato de correr para a cantina logo após a sirene anunciar o recreio e passava quase todo o tempo se alimentando daquela que - talvez - pudesse ser sua única refeição do dia.

“Nos ombros de milhões de crianças que hoje frequentam escolas descansa o futuro do Brasil [...] No momento, cabe a nós, adultos de hoje, ajudar os escolares a alcançar melhor nível de saúde, dando-lhes uma base sólida sobre a qual poderão construir uma vida útil e feliz.” (MARCONDES, 1972)

Esse pensamento remonta e reforça sobre a importância do Programa de Saúde na Escola (PSE) no qual pequenas ações educativas a partir dos profissionais da saúde, levam a identificação de diversos casos no qual as Unidades de Saúde junto a rede tem propriedade para lidar e podem estar atuando: casos de saúde mental, de saúde alimentar, de saúde sexual e reprodutiva, de violências, etc.

É indo ao campo escolar que muitos desses problemas podem ser identificados, como pude viver durante o PSE realizado pela USF do qual faço parte: encontramos desde crianças com prejuízo dentário por desconhecimento sobre escovação à casos de automutilação e tentativa de suicídio. Estes casos foram listados, levados para discussão com a escola e outros serviços pertinentes, seguida de encaminhamentos pertinentes à resolutividade de cada caso. Gostaria de que a minha escola tivesse recebido essas informações e que o meu colega pudesse ter sido melhor assistido, talvez este poderia ter sido um determinante para seu melhor crescimento e desenvolvimento.

Quando penso nesse caso que me marcou na memória, fica evidente para mim a importância do trabalho em saúde nos eixos de promoção e prevenção nas escolas. Esse trabalho entre saúde, serviço educativo e outros dispositivos da rede em busca da assistência necessária a cada caso, reforça o potencial da articulação de rede e do nosso papel para o desenvolvimento integral das crianças - que são o nosso futuro. (MARCONDES, 1972)

Formação acadêmica na formação pessoal

Passar no vestibular para Fisioterapia na UFMG, em 1997, onde eram ofertadas 40 vagas para aproximadamente 1500 candidatos, me deu, pela primeira vez, uma sensação única de que seria capaz de realizar o que quisesse desde que me dedicasse à causa.

Acessei o curso de Fisioterapia e nele me transformei completamente ao longo dos cinco anos de formação. Desenvolvi-me profissionalmente com todo enfoque na reabilitação motora das disfunções musculoesqueléticas. Aprofundei-me na beleza e complexidade dessa profissão linda e indispensável. Aprendi a valorizá-la e me manter orgulhoso de fazer parte da mesma a despeito da desvalorização social e financeira que ela vive.

Aos 26 anos de idade, após cinco anos de atuação clínica em Belo Horizonte, tive uma proposta para exercer minha profissão em Portugal. Após negociações, horas de conversa ao telefone, inúmeras mensagens, burocracias, consegui regularizar toda a documentação e, juntamente com minha noiva, parti para aquela que foi a minha mais difícil empreitada da vida. Foi realmente uma mudança absurda num tempo mínimo.

Mas como eu tinha vários motivos para não voltar ao Brasil, o tempo foi passando, e, como dizem os antigos, “dê tempo ao tempo que tudo se ajeita”. Pois assim foi! A partir dos seis meses aproximadamente comecei a me adaptar em todos os âmbitos da minha vida e pude começar a perceber o quão bem fiz a mim mesmo ao optar por morar em um país diferente do meu.

Mesmo já adaptado a essa nova realidade, coloquei-me ao desafio de prestar concurso para trabalhar na área de Saúde da Família no Brasil, onde fui aprovado junto à minha esposa, também fisioterapeuta. Retornamos ao Brasil, mas não sendo chamados de imediato para assumir o cargo, acabamos realizando trabalho braçal, fora da área de formação, para sobreviver. Sendo esse um grande desafio superado, onde me vejo mais forte e mais crente de que posso sobreviver sob qualquer situação, além de valorizar todas as formas de trabalho e as dificuldades como ponte para minha superação.

Além disso, o nascimento dos meus filhos foi marco nos meus sentidos que ampliaram meus conceitos sobre amor e de como contribuir para que o mundo seja justo para que eles possam usufruí-lo. Depois, na perspectiva de buscar uma formação que me permitisse maior estabilidade financeira, lancei-me ao desafio de cursar medicina aos 31 anos, casado e com 2 filhos. Esse êxito foi alcançado depois de inúmeros sacrifícios, ingressando no mercado de trabalho e, logo em seguida, na residência MFC.

Da mesma forma, consegui ao longo desses dois anos, reconhecer o valor da MFC como especialidade complexa e indispensável. Se a medicina não enxergar a saúde individual e coletiva sob um enfoque multilateral, interprofissional e menos

mercantilista, teremos eternamente uma medicina que fornecerá ou fingirá fornecer saúde à nossa população, seja ela pobre ou rica.

Para além de tudo já dito, cabe aqui também dizer que, ao entrar para a área de saúde pela fisioterapia, me forjei como um profissional essencialmente clínico. Na fisioterapia, mais do que na medicina, a clínica é realmente soberana uma vez que não dispomos de muitas tecnologias pesadas para avaliar e tratar os pacientes. Para além disso, só utilizamos recursos físicos para tratamento das disfunções, dispensando tratamentos invasivos e alopatia.

O tratamento cientificamente eficiente baseado em intervenções pouco agressivas respeitam ao máximo o princípio da não maleficência. Assim, encontrei na MFC uma especialidade com muitas características em comum que de certa forma me deixaram muito à vontade ao longo desses anos.

Com a MFC pude, de certa forma, me sentir muito confiante na prática clínica, pois vi na mesma alguns pilares profissionais que desenvolvi como fisioterapeuta e não abro mão: o cuidado longitudinal, o uso da alopatia somente quando necessário e não como recurso único, a utilização de propedêutica armada somente quando indicada, o reconhecimento da autonomia de outras categorias profissionais, o uso de procedimentos invasivos como último recurso ou se nitidamente necessários.

Novos saberes a partir da residência MFC

Aprendendo a aprender

Fato é que toda residência nos coloca à prova, tanto pela sua extensa carga horária, quanto por sua grande quantidade de conteúdo, mas não sabia que viveria com tanta intensidade essa imersão. Em meio a tantos desafios que pressenti viver, estava posto o primeiro: o preceptor de MFC que até então trabalhava na Unidade de Saúde, e que era minha grande referência, anunciou que iria se desligar da Residência.

Durante divisão dos residentes nas USF, aceitar a escolha da Direção em ir para uma Unidade foi fácil, já que era onde tal preceptor se encontrava, portanto, ter essa notícia nos meus primeiros dias de acolhimento foi, de certa forma, decepcionante. Tinha passado na prova em boa colocação, escolhido Camaçari porque julgava que este era um polo onde a Residência funcionava de forma mais consolidada, mas fiquei balançado com esse imprevisto.

Bastou pouco tempo para mostrar que tanto na MFC quanto na vida as coisas nunca são como imaginamos. Então, compreendendo este processo como passageiro e como parte do meu aprendizado, decidi aproveitar intensamente cada momento vivido.

Essa abertura possibilitou uma experiência de núcleo e multidisciplinar muito rica, a presença dos preceptores dos outros núcleos e a aproximação com residentes do segundo ano foram, de certa forma, me suprimindo algumas lacunas.

Além disso, a falta de um preceptor de núcleo por longo período acabou por ter um efeito interessante em minha formação: permitiu-me desenvolver autonomia de forma precoce e instigou-me a estudar e procurar respostas por conta própria nas diversas fontes disponibilizadas. Pude fundamentar essa minha evolução mais tarde através do curso de preceptoría onde tive a oportunidade de conhecer a andragogia e a heutagogia.

É isso que *Draganov e colaboradores* (2011) traz quando aborda sobre a importância do adulto estar em constante atividades educativas para contínua formação profissional, e salienta que a imersão nesses espaços coloca o

profissional dotado de consciência formada e de hábitos de saúde prévios, em favor a assimilação de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades, assim como na incorporação de outros valores (DRAGANOV, 2011).

Esse aprendizado também nasce do desejo do profissional em aprender, onde o mesmo se torna gestor e programador de seu próprio processo de aprendizagem através do autodidatismo, autodisciplina e auto-organização (COELHO; DUTRA; MARIELI, 2016).

Nós residentes, mesmo 'formados', chegamos inseguros e incertos desse campo tão pouco explorado na graduação, tentando se apoiar muitas vezes somente na figura do "professor", porém, como definido por Bellan (2005):

"O adulto é um indivíduo maduro o suficiente para assumir as responsabilidades por seus atos diante da sociedade, pois tem consciência de suas ações e é capaz de tomar decisões responsáveis em sua vida."

Por isso, precisamos refletir também sobre nosso protagonismo para nossa própria formação, pois é quando saímos da nossa zona de conforto que verdadeiramente nos deslocamos. São mesmo esses caminhos desconfortáveis que nos levam a lugares incríveis.

Aprendendo a compartilhar

Como disse no tópico anterior, no ambiente de Saúde da Família pude estabelecer relações mais profundas com a equipe multidisciplinar. Médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, professores de educação física e nutricionistas. Conviver com profissionais de diferentes saberes me trouxe uma visão ampliada do indivíduo e de responsabilidade compartilhada, mostrando que meu saber sozinho é insuficiente.

"O vínculo criado entre equipe e paciente é de corresponsabilidade."

(LUZ, 2016)

Dessa forma, saí do espaço em que se encontra a formação para consulta individual e comecei a experimentação da clínica compartilhada. Inicialmente, foi desafiador para equipe estabelecer agendas compatíveis, mas esses obstáculos foram por várias vezes discutidos, ajustados e superados.

Todos esses núcleos me colocaram de frente com a vivência prática da integralidade. Além disso, utilizar da clínica compartilhada promoveu uma comunicação transversal na equipe e entre as equipes, levando a uma interação de abordagens que culminavam para o manejo eficaz dos usuários - dentro de toda sua complexidade (LUZ, 2016). Por mais que tenha vivido, estudado e experimentado muita coisa, todo dia aprendi coisas novas.

Além disso, faço aqui uma citação especial às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), profissionais muitas vezes desvalorizadas, mas essenciais ao processo. Estas me ensinaram sobre ir além de procedimentos técnicos. São pessoas atentas à comunidade e estão imersas no contexto do território para além do horário de trabalho. É tanto que fui tocado por uma ACS que em uma reunião de equipe trouxe sua vivência no processo de falecimento de uma certa paciente, onde acompanhou a usuária até a UPA da cidade e permaneceu ao lado da mesma, além de confortar a família durante todo o processo.

São essas vivências que nos fazem refletir sobre a valorização e respeito com as relações humanas. Ser profissional de saúde não é apenas 'clínica', mas também apoiar, sensibilizar-se e ser-humano.

Aprender com o paciente

Fiquei surpreso ao atender um casal de meia idade em uma consulta de retorno e, em menos de 2 meses, conseguiram verdadeiras proezas: redução significativa dos níveis de glicemia, de pressão arterial, das dores articulares e, conseqüentemente, da quantidade de medicamentos ingeridos diariamente.

Tudo isso foi obtido apenas com mudanças de estilo de vida (MEV). Passaram a comer melhor, exercitarem-se e tentaram manter uma postura mais otimista com a vida, apesar dos problemas. Tomaram para si a responsabilidade

de serem os gestores de suas vidas, e passaram a fazer escolhas mais acertadas.

Para isso, além de respaldo científico para as condutas orientadas, foi necessário entender o contexto familiar, perceber as relações de cuidado e os vínculos afetivos. Essa família me fez refletir sobre o quanto é necessário utilizarmos da abordagem familiar para conseguir atuar nas nuances do processo saúde-doença, considerando as especificidades de cada família para o planejamento do cuidado em saúde (QUEIROZ, 2014).

“As ferramentas de trabalho com famílias são tecnologias relacionais que tem por objetivo estreitar as relações entre a família e o profissional de saúde, possibilitando assim, conhecer o indivíduo em sua singularidade, bem como sua relação com a família e a comunidade (SANTOS, 2015).”

É com essa estratégia que o indivíduo pode se apropriar de sua saúde e se engajar na mudança, sendo ele o protagonista. Dessa forma, aprendi mais uma vez que não é preciso grandes procedimentos, drogas e tecnologias pesadas para obtermos grandes impactos na vida do paciente.

Reflexão final

Apesar das inúmeras dificuldades e desafios inerentes ao processo de residência, ficam dias de superação e um vasto aprendizado. Não somente pela formação clínica em Saúde da Família, mas também por aprender sobre como ser autodidata e proativo, sobre trabalho em equipe para o cuidado integral, e sobre a importância de conhecer o contexto da família e comunidade para lidar com o processo de saúde-doença-cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; DE CASTRO FILHO, Eno Dias. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade Family and Community Medicine: specialists in wholeness. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.

BELLAN, Zezina. Andragogia em ação: como ensinar sem se tornar maçante. São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Caderno de Atenção Básica, n 37. Brasília, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CHAVES, Aline Valério; GUERRA, Emilly Cardoso; BASTOS, Letícia Beltrão. Os reflexos do machismo estrutural na política contemporânea. **Anais do núcleo de estudos de gênero e enfrentamento à violência contra à mulher - Elma Novaes (NUGEN)**, Caruaru, 2019.

COELHO, Marcos Antônio; DUTRA, Lenise Ribeiro; MARIELI, Joane. Andragogia e heutagogia: práticas emergentes na educação. **Revista Transformar**, v. 8, n. 8, p. 97-107, 2016.

DRAGANOV, Patrícia Bover; FRIEDLANDER, Maria Romana; SANNA, Maria Cristina. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 149-156, março, 2011.

LUZ, Alessandra Rocha et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 270-281, 2016.

MARCONDES, Ruth Sandoval. Educação em saúde na escola. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, p. 89-96, 1972.

PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. Memorial de formação: quando as memórias narram a história da formação. **Porque escrever é fazer história: revelações, subversões, superações**. Campinas, SP: Graf, p. 45-60, 2005.

QUEIROZ, Lázaro Silva et al. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 458-468, 2014.

REVISTA GEO. A memória do corpo: as experiências da infância que influenciam a vida adulta. Editora Escala, nº 52, p 24-33.

SANTOS, Kaiza Katherine Ferreira et al. Ferramentas de abordagem familiar: uma experiência do cuidado multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 377-387, 2015.

SENICATO, Caroline; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00085415, 2016.

SILVA, Jane Quintiliano Guimarães. O memorial no espaço da formação acadêmica:(re) construção do vivido e da identidade. **Perspectiva**, v. 28, n. 2, p. 601-624, 2010.