

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADRIELE SOUZA CALDAS

EXPERIÊNCIA MULTI DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dias d'Ávila, BA
2017

ADRIELE SOUZA CALDAS

EXPERIÊNCIA MULTI DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientadora: Leane Rosa Santos Silva

Coorientadora: Vanessa Fonseca

Dias d'Ávila, BA

2017

“Deixe o mundo mudar você e você poderá mudar o mundo.”
Che Guevara

RESUMO

Viver a residência em saúde trouxe desafios que, na graduação, eu nunca dimensione a possibilidade de vivenciar tantas coisas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) traz a experiência em mostrar o que é o mundo fora da universidade. Dentre as ofertas do serviço, a visita domiciliar ainda é o que mais me encanta, para mim, é a menina dos olhos da ESF, esse tipo de oferta de serviço no SUS me tira da zona de conforto que o consultório proporciona ao dentista. A experiência vivenciada no segundo ano de residência, como na gestão e na linha de cuidado, traz uma amplitude para o olhar e a formação de um profissional em saúde. Estar na residência foi poder identificar o que de melhor eu poderia ofertar para o nosso sistema de saúde e, ainda, para aqueles que estavam ao meu redor, residentes, preceptores, gestão, corpo pedagógico e cada sujeito que trilhou esse caminho junto comigo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde da Família. Internato e Residência. Prática Profissional

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA DE DESCOBERTA DA SAÚDE NA ODONTOLOGIA.....	6
RESIDÊNCIA, UM ESPAÇO DE LUTAS.....	8
RESIDÊNCIA, UM ESPAÇO DE TRANSFORMAÇÃO.....	14
RESIDÊNCIA, UM ESPAÇO DE CONQUISTA.....	19
COMO OFERECER O MEU MELHOR PARA O SUS.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

TRAJETÓRIA DE DESCOBERTA DA SAÚDE NA ODONTOLOGIA

Sou nascida, crescida e criada na cidade de Salvador/BA, sempre estive dentro desse contexto do agito de uma capital e nunca tive perspectivas de sair dela até começar a fazer provas de vestibular em 2008, ano que terminei meu terceiro ano do ensino médio. Eu tentei por dois anos seguidos o curso de Oceanografia, era um sonho para mim trabalhar no mar. Não passei e, em 2010, durante mais um ano de cursinho pré-vestibular, eu resolvi ouvir minha mãe e coloquei o curso de Odontologia.

Minha mãe sempre falou que era um sonho meu quando tinha sete anos, mas segui por influência dela e tentei o vestibular. Foi neste momento que descobri o mundo de possibilidades que a graduação tinha e observei que não era só a Bahia que possuía os melhores cursos. Tentei vestibular para Salvador e outras cidades, mas foi Salvador que me acolheu e, em 2011, eu ingressei na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A Odontologia foi um mundo completamente diferente do que eu poderia imaginar. No primeiro semestre, a gente entra no mundo da saúde do corpo, algo mais generalizado, para consolidar uma base a fim de nos dar suporte no curso, eu não imaginava que dentista pudesse saber tanto além da boca. No segundo semestre, eu conheci finalmente a anatomia oral, mas ainda assim era tudo junto, todas as estruturas orais, eu não sabia ainda o que era dente porque foi isso o que me fez acreditar na odontologia que eu ia aprender, ao longo de cinco anos, a salvar dentes.

No terceiro semestre, comecei a entender o dente, porque cada um tinha seu formato e uma função distinta, porque era importante ter pelo menos vinte dentes na boca quando adulta, mas nada disso permeava a qualidade de uma saúde bucal e, sim, a quantidade de dentes que deveria ter na boca. Foi neste semestre também que coloquei o primeiro pé no mundo da Saúde Coletiva, mas não foi ainda o suficiente para eu entender a dimensão do sistema de saúde do Brasil.

Quando entrei no quarto semestre, eu vim com muitos tabus acumulados de colegas da graduação, todos falavam muito que era um semestre cansativo porque havia uma disciplina que era exaustiva demais, a Odontologia e Saúde Coletiva I (OSC I). Mas foi exatamente quando o meu encantamento pela Saúde Coletiva se iniciou, mergulhei em aulas incríveis sobre a história da saúde no Brasil até o surgimento Sistema Único de Saúde (SUS), toda sua construção, desafios e vitórias alcançadas. Quando vi que era aqui onde meu coração habitava, eu me fiz uma boa mantenedora e perseverante dentro desse espaço, eu era mais uma mola propulsora para não desistir de um modo de fazer saúde tão incrível como é dentro do SUS.

Lógico que não foi neste momento, na graduação, que entendi toda essa dimensão do SUS. Caminhei muito até chegar num ponto, durante o oitavo semestre, quando eu comecei a fazer o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) onde entendi as várias dimensões e faces do SUS, inclusive a gestão.

Meu trabalho de TCC foi sobre a trajetória de coordenadores de saúde bucal e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PSNB/2004) em um município baiano. Emergi no SUS gestão, emergi nas políticas e na teoria, aquela parte que a gente se apegava para poder acreditar que é possível fazer o melhor por quem precisa. Nessa imersão, eu vi trajetórias de pessoas que passaram da assistência à gestão, lutando e acreditando que a saúde bucal tem sua importância dentro do SUS, mesmo antes da chegada do dentista nas unidades de saúde.

Logo em seguida, era a hora de pensar nos caminhos a seguir após a graduação, eram muitas dúvidas, mas todas elas dentro da Saúde Coletiva, sem sair da “menina dos olhos” que conheci no quarto semestre e sabia que jamais iria tirar ela de perto de mim. Foi, nesse momento, que eu fui apresentada a diversas residências em saúde possíveis para dentista, até então eu acreditava que a Residência era só para os médicos. Porque, tradicionalmente, a modalidade de Residência em serviço, iniciou-se na Medicina e, até hoje, ainda é um dos modelos de ensino considerado padrão ouro na especialização médica (BRASIL, 2010).

Então, mergulhei em pesquisas para entender qual tinha mais meu perfil, descobri que eram duas: uma envolvia planejamento e gestão no SUS e a outra, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tentei para ambas, mas foi a da ESF que me acolheu.

Essa foi minha primeira saída da minha cidade, eu estava indo oferecer o que aprendi para um outro município, mesmo sendo dentro da Bahia, mas eu não esperava que minha primeira oportunidade de trabalhar fosse fora do meu habitat, era a primeira saída do labirinto que é essa caixa que a gente coloca na nossa mente. Fui chamada para atuar em Dias d’Ávila/BA e aceitei.

RESIDÊNCIA, UM ESPAÇO DE LUTAS

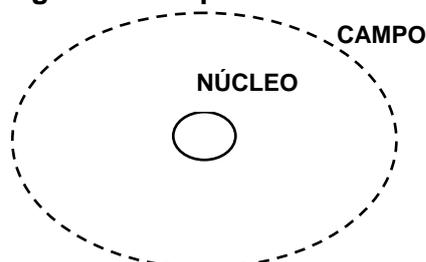
O SUS vem a partir de um movimento ideológico para reestruturar a saúde pública brasileira. Este movimento vem em busca de compreender sobre os determinantes do processo saúde e doença ofertando a assistência com equidade¹ e através da promoção da saúde². Em busca de continuar a colaborar com a construção do SUS, eu fiz o processo seletivo para a residência multiprofissional em saúde da família da Fundação Estatal em Saúde da Família/Fundação Osvaldo Cruz (FESFSUS/FIOCRUZ), em 2017.

A Residência em Saúde é uma modalidade de ensino pós-graduação *lato sensu* que exige uma dedicação integral do profissional de saúde proporcionando, assim, o aprendizado totalmente imerso na realidade de saúde ao qual ele está inserido³, seja nível hospitalar ou na atenção primária, como no caso da residência multiprofissional em saúde da família da FESFSUS/FIOCRUZ.

A residência em saúde da família é uma estratégia que proporciona um aprendizado através da prática, tanto em campo quanto em núcleo². Na perspectiva de aprender vivendo a prática, existe uma expectativa em viver o campo, no sentido amplo, em viver a intersecção entre os diferentes núcleos da ESF que ainda não vi e nem vivi em outros espaços de práticas além do SUS.

A residência multiprofissional traz os pontos de intersecção entre as diferentes categorias profissionais que compõem a ESF além das particularidades (obrigatórias) dispostas em cada núcleo profissional³. A partir disso, tem-se a ideia de campo e núcleo², onde há uma influência entre ambos, mas é possível perceber que existe um limite entre eles (Figura 1).

Figura 1. Campo e Núcleo



Fonte: Criado pela autora com dados extraídos de Campos, 2000.

Campos (2000) citado por Campos (2010) ainda afirma que:

[...] a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. **Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso.** O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e

de prática profissional; e o **campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas** [...] (pag. 02, grifos nossos)

Para o dentista, a imersão no campo é extremamente difícil por conta da formação durante a graduação. A minha formação, por exemplo, foi voltada completamente para o cuidado da boca, sem enxergar e/ou priorizar toda a dimensão dos usuários e os determinantes e condicionantes que o circundavam. Sentia uma limitação no processo de cuidado que não sabia onde estava: se era em mim ou no usuário que estava na cadeira odontológica. Sair dessa prisão foi libertador porque foi quando entendi que eu não precisava ser só boca e dentes.

A dinâmica e a troca existente nas Rodas de Campo, a gente tem várias percepções diárias através de olhares diferentes. Como toda ambientação pede, houve diálogos, trocas e questões de aprendizagem importantes para o processo de trabalho tanto da unidade quanto na formação de residente. As rodas de campo tem um dinamismo, propostas possíveis, viáveis e ricas para dentro do campo; discussões sobre temas que mais permeiam o dia a dia e, outros, que precisavam de nossa atenção e entrar na rotina, como acolhimento com classificação de risco e gestão de agenda. Por mais que a gente debatesse esses temas, eles foram fonte de discussões e aprendizado; o acolhimento e agenda possuem uma dinâmica que eu não vi durante minha graduação ou, no pouco tempo de atuação profissional, no setor privado (que foi apenas dois meses entre janeiro e fevereiro de 2017).

O trabalho dos dentistas no Brasil vem enfrentando uma série de precariedades, principalmente, por conta da naturalidade que a prática liberal vem apresentando ao longo dos anos mesmo tendo sua representatividade na prática profissional⁴. Ou seja, apesar da autonomia implícita na forma de inserção no mercado de trabalho, Bleicher (2012)⁴ afirma que essa autonomia explica a naturalidade que os dentistas encaram a ausência de seus direitos trabalhistas. Por isso, mesmo com pouco tempo de experiência, e diante daquilo que tinha vivido e reconhecido na graduação como meu propósito, segui minha luta por uma representação com qualidade do dentista dentro do espaço da residência.

Um grande desafio do primeiro ano da Residência foi entender o acolhimento à demanda espontânea na Unidade de Saúde da Família (USF). São usuários com diversas demandas, que inclusive não faziam parte dos conhecimentos do núcleo o qual eu faço parte, e que querem resolutividade na escuta. Foi desafiante para todos os profissionais da unidade, principalmente, porque era o primeiro ano de Residência dentro daquele espaço, e a implantação do acolhimento à demanda espontânea qualificado modificaria a lógica do serviço.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, foi implantada no SUS em busca de pôr em prática a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores e fortalecer os princípios do SUS dentro dos serviços de saúde a fim de “[...] produzir mudanças nos modos de gerir e curar”⁵. Com a Residência, essas mudanças são arduamente praticadas diariamente para promover um melhor acesso do usuário à USF. O maior desafio neste processo foi conceber o acolhimento a qualquer demanda espontânea pela cirurgiã-dentista e fazer com que a equipe compreendesse a necessidade de ocorrer o contrário também. Historicamente, a equipe de saúde bucal tem dificuldades em incorporar estratégias que não englobem seu núcleo e, isto, é um grande desafio em busca do fortalecimento na reorientação do modelo de atenção⁶.

Na prática diária do serviço, houve tentativas inúmeras na qualificação do acolhimento, na expectativa de achar um modelo ideal para a USF. As reuniões de equipe, as rodas de campo, os turnos pedagógicos e encontros com o apoio foram espaços onde o acolhimento foi estudado em busca de uma lógica que funcionasse muito bem, sem barreiras para o usuário. Entretanto, observei ao longo do primeiro ano da residência que este será um processo que precisa de qualificação e melhorias constantemente, pois o território é dinâmico e muda todo o tempo.

Apesar de compreender que o SUS é um sistema de saúde com uma proposta de modelo de atenção onde há a promoção da saúde, sei também que é um sistema com uma série de entraves que esbarram na estância política, social, econômica, dentre outras. Entretanto, ao longo dos anos, o sistema vem sendo qualificado através de implantação de novas políticas, programas e outras estratégias vem trazendo uma melhor qualidade para os serviços de saúde⁷.

Outra grande estratégia que vem em busca de modificar o processo de trabalho da Saúde Bucal dentro do serviço de saúde, mas que vai de encontro com a lógica assistencial histórica da odontologia no SUS, é a visita domiciliar⁶, que veio, para mim, como um caminho para enxergar a saída do consultório. Não vivi o processo da territorialização de verdade, de conhecer o território em um momento protegido e foi, através da visita domiciliar, que consegui entender, reconhecer e emergir no território. Apesar de saber que a visita domiciliar não é uma prática incorporada na saúde bucal amplamente, diferente de como ocorre com os outros núcleos da equipe de saúde da família⁶, essa é uma estratégia que potencializa a qualidade da atenção à saúde e, ainda, avança no sentido da mudança do modelo assistencial hegemônico e totalmente centrado na figura do profissional médico.

Neste momento, íamos de encontro com diversas barreiras que impediam a saída do dentista da USF. Apesar de ter em uma equipe três profissionais do mesmo núcleo, havia

impedimento em enxergar que o dentista poderia fazer mais, também, fora do consultório. A visita vem na perspectiva de renovar o vínculo com o usuário, fortalecer a promoção da saúde no domicílio daqueles que têm dificuldades de locomoção e/ou estão acamados⁶. Entretanto, o fortalecimento da equipe de saúde bucal junto com a equipe de saúde da família através de estratégias como Educação Permanente, Apoio Matricial, contribuiu para o desmonte das barreiras e um caminho trilhado em conjunto com médica, enfermeira e ACS.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017)⁸, o dentista deve “[...] realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, [...] no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários [...]”, isto fortalece o acesso aos serviços de saúde para quem, com certeza, o teria com maiores dificuldades caso a visita domiciliar não fizesse parte da ESF. Em cada domicílio visitado houve muitos desafios, mas jamais foram desmotivadores para me fazer desistir de realizar o melhor por alguém.

Em busca de qualificar o processo na Atenção Básica, eis que surge o desafio de qualificar uma USF para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB tem como objetivo “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”⁹.

Este processo foi fundamental para evolução da qualidade do acesso para os usuários, pois os serviços de saúde devem ser ofertados para os mesmos com o melhor que o SUS poder proporcionar. Para Uchôa (2018)¹⁰, é primariamente necessário que haja um envolvimento das pessoas interessadas para o avanço de um programa. Entretanto, o excesso de falta de organização da gestão, dos profissionais e do processo de trabalho tornou o processo cansativo, desgastante e, muitas das vezes, desmotivador, tirando todo o impulso em busca de uma evolução. E, para mim, quanto mais a gente organizava as coisas, parecia que nada saía do lugar.

Um dos grandes fatores motivadores para toda uma dedicação para a qualificação da AB vem no sentido do repasse financeiro que é feito através da certificação das equipes que fazem adesão ao programa (Uchôa, 2018). Infelizmente, em Dias d’Ávila, para a maioria dos atores que estiveram fazendo parte do processo, este foi o grande fator motivador para buscar a melhoria do serviço de saúde. E, um dos atores que veio para modificar essa

lógica e trazer valor de uso a tudo que estava sendo realizado naquele espaço, foi o apoio institucional.

O apoio institucional veio tarde porque a gestão acordou tardiamente para a construção dos pontos de avaliação que o PMAQ traz. O apoio institucional é “[...] método de gestão para elaboração, implementação e execução de projetos, políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos”¹¹. Quando o apoio chegou, trouxe um norte, segurou nossas mãos e se tornou um dos eixos para deixar a USF menos desorganizada, melhorar o processo de trabalho e fazer os equipamentos e insumos chegarem à unidade.

Quanto a estes equipamentos, me assustou a quantidade de materiais que pedimos a meses anteriores, insumos do núcleo odontológico e dos outros demais núcleos que observei chegarem na unidade e que vieram uma semana antes da avaliação, inclusive um aparelho para radiografia odontológica que chegou na unidade dois dias antes da avaliação externa. Lembrando que o aparelho é de alto custo e precisa de manutenções preventivas constantes. Houve uma maquiagem de coisas tão importantes dentro da unidade porque, num futuro próximo, somente quem irá sofrer com a falta dos materiais e serviços, que só chegam para o PMAQ, são os usuários.

Estive, durante o programa da residência, lutando para que a realidade se transformasse e que todos pudessem ver que tudo que foi feito para o PMAQ é comum, normal, necessário e que constrói uma rotina saudável tanto para o processo de trabalho quanto para o acesso dos usuários.

Para este processo de desconstrução e de reorientação dentro de um serviço, é muito importante a troca entre profissionais, principalmente, com figura da preceptoria dentro do serviço. A preceptoria na Saúde da Família permitiu a gente entender o serviço, estudar o serviço, monitorar e avaliar o mesmo na perspectiva de qualificar e buscar o melhor pelo usuário. Tive experiências positivas durante meu caminhar no primeiro ano, era uma mistura que dava um conforto, mas sempre me tirava de uma zona segura.

Assim como observado no estudo de Forte *et. al.* (2015)¹², a preceptoria via a necessidade de acolher o residente, trocar as experiências do serviço, havendo uma relação horizontal e, logicamente, cada parte com seus deveres dentro do seu papel pedagógico que o programa de residência traz. A relação era dentro de um espaço dialógico onde o preceptor tem um papel de protagonista no incentivo do residente no espaço, mas deixando que o residente perceba que ele é/será a mola propulsora para o seu aprendizado e melhor compreensão do serviço¹².

Entretanto, houve a necessidade de afastamento da preceptoria do núcleo de odontologia do serviço, por um tempo determinado, mas que trouxe grandes mudanças para a prática da saúde bucal no serviço. Quando me lembro da realidade que vivi, sempre lembro de uma frase dita pela preceptoria “você está colhendo o que plantou”, pois foi exatamente a herança de uma relação de confiança e pactuações dentro do serviço que me permitiu seguir longos quase cinco meses sem o apoio da preceptoria.

O fortalecimento do núcleo nos primeiros meses da residência na unidade, fez com que, a posteriori, a relação da equipe de saúde bucal com o serviço ficasse mais consolidada. Havia uma inserção e aceitação do núcleo de odontologia como parte da equipe mínima, a interdisciplinaridade, a transversalidade para a continuidade do cuidado do usuário ficou muito sólida. A independência compulsória foi acolhida porque toda a trajetória vivida foi muito esclarecedora e me trouxe confiança para continuar a viver o processo de trabalho como aprendizado contínuo.

RESIDÊNCIA, UM ESPAÇO DE TRANSFORMAÇÃO

Como poderia ser feito? Deveria ser uma pergunta norteadora para tudo que nos rodeia. Depois de acabar o período do primeiro ano, quando eu lia essa pergunta, pensava logo em "como poderia ter feito neste primeiro ano de residência?".

Em uma conversa com a apoiadora matricial de gestão, eu percebi que tudo poderia ter sido feito diferente por mim neste ano que passou, mas eu não tinha como voltar no tempo e consertar ou refazer tudo aquilo já realizado. Sempre foi muito difícil refazer as práticas durante o primeiro ano de residência, tivemos que "[...] em alguns momentos, "desaprender" o que nos ensinaram, ou desprender-se do que somos ou fomos para nos colocarmos enquanto sujeitos, inovando, criando e abrindo fronteiras"¹³. Tudo isso em busca de problematizar a prática e manter-se como agente do próprio aprendizado.

O início do segundo ano veio repleto de questionamentos e dúvidas, principalmente, entender qual intencionalidade do estágio fora da assistência, de enxergar o papel do residente dentro da gestão. Essa transitoriedade foi permeada por muitos apertos mentais vindo de mim e também do apoio matricial.

Desde a graduação eu tinha uma queda pela gestão. O desenho do segundo ano se conformava, no estágio da gestão, com diferentes espaços, mas que, indubitavelmente, se encontravam mais do que parecia. A sala de situação, o planejamento e a gerência de atenção à saúde foram lugares com grande potencial para o crescimento e fortalecimento do município diante da proposta que o programa de residência traz.

A lógica de desconstruir o modelo tradicional de aprendizado para uma relação mútua de troca de saberes dentro do campo¹¹, foi uma estratégia pedagógica extremamente importante para consolidação do fortalecimento do estágio da gestão. E isso era o que configurava nosso apoio matricial.

Nas primeiras semanas, foi difícil entender o que seria o residente nestes espaços, como poderíamos colaborar para agregar dentro da Secretaria de Saúde de Dias d'Ávila. Eu imaginava que tudo estaria pronto e organizado a nossa espera, mas percebi que os gestores estavam a nossa espera, a espera de pessoas com um espaço maior para a teoria, dentro da agenda, e que aprendeu (ou não) a associar essa teoria à prática ao longo deste primeiro ano.

O apoio matricial trouxe ferramentas muito importantes para condução do processo no campo do estágio, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento, que já são tecnologias importantes de gestão dentro do apoio¹¹. Então, comecei a perceber,

diariamente, qual era o meu papel naquele espaço, de manter a chama acesa para colaborar e desenvolver junto e para o município em todas as vertentes possíveis durante o segundo ano.

O desafio de ser a primeira residente dentro do estágio no planejamento traz um mundo cheio de expectativas para mim e a minha referência, um trevo da sorte dentro de um espaço cheio de entrelinhas. A dedicação e o esforço em tornar a gestão confortável e atrativa foram nítidos para mim desde o momento que fomos apresentadas às referências técnicas dos serviços. Como observado por de Macêdo, *et. al.* (2018)¹⁴, em uma experiência em uma secretaria municipal de saúde no nordeste brasileiro, quanto ao planejamento, a gestão precisa ter um esforço em mostrar aos profissionais “[...] a importância desse processo e [...] fornecer os subsídios necessários para que as equipes cumpram as metas propostas e atinjam os resultados esperados [...]”.

Para identificar quais instrumentos eram necessários para o Planejamento em Saúde, fiz uma pesquisa sobre as legislações¹⁵ (Tabela 1) onde encontram-se embasamentos para analisar os instrumentos utilizados pelo município:

- Plano Municipal de Saúde (PMS);
- Programação Anual de Saúde (PAS) e o
- Relatório Anual de Gestão (RAG).

Tabela 1: Instrumentos preconizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento no âmbito do SUS.

Instrumento	PMS	PAS	RAG
Objetivo	Instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS	Instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.	Instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde
Período	4 em 4 anos	Anual	Anual
Fonte	Análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.	PMS	PAS
Outras informações	Deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus .	O que deve constar: I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde. II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e	O que deve constar: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV - as recomendações necessárias, incluindo

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.	eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.
--	--

Fonte: Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

O PMS (2018-2021) já estava em vigor quando entrei no estágio, nele contém todo o compromisso que a gestão municipal tem com a saúde da população e envolve toda a rede de atenção à saúde a fim de garantir a integralidade das ações (BARROS e ALMEIDA, 2017). O Relatório Anual de Gestão (RAG) é uma importante ferramenta para analisar os indicadores propostos na Programação Anual de Saúde (PAS) de um município, é um instrumento obrigatório para receber uma série de recursos da União e do Estado¹⁵. O desafio iniciou-se quando comecei a estudar os documentos norteadores para este espaço e passei a entender um pouco mais como funcionava o planejamento em saúde na prática.

Apesar de não participar da construção do PMS (2018-2021), acompanhei a análise do RAG referente ao ano de 2017. Definiu-se na gestão que a análise para o RAG seria feita quadrimestralmente baseada em estudos feitos, previamente, pela assessoria de planejamento. Entendeu-se que esse monitoramento é uma estratégia para fazer uma análise mais breve dos indicadores de saúde pactuados e para poder reavaliar as prioridades diante daqueles que estão com metas ainda por alcançar.

Ao receber os dados referentes ao primeiro quadrimestre de 2018 das gerências da Secretaria Municipal de Saúde, fizemos análises dos dados e observamos alguns pontos que dificultaram o processo de construção do relatório quadrimestral como: diferentes métodos de avaliação das metas, o preenchimento das matrizes sem análises dos dados e falta de articulação quanto ao planejamento interno das gerências para alcance das metas pactuadas. Por isso, é fundamental que o planejamento em saúde ocorra de forma integrada e participativa. Os atores que compõem este processo devem reconhecer a importância que o planejamento traz para a continuidade do trabalho, modificar os processos de trabalho e melhorar a qualidade do que está sendo ofertado ao usuário¹⁴.

Os indicadores em saúde são medidas importantes para analisar a situação da saúde em um local, utiliza-se para poder avaliar diversos serviços de saúde desde a gestão, como a estrutura e o desenvolvimento das ações e serviços em saúde¹⁷. Diante disso, pensou-se em criar a sala de situação dentro da secretaria de saúde de Dias d'Ávila, em busca de criar um espaço de análise contínuo e permanente.

A Organização Pan-Americana da Saúde, em 2010¹⁸, trouxe um compartilhamento de experiências em diversos estados brasileiros, tendo a Sala de Situação em Saúde como um instrumento fundamental para qualificar o processo de análise dos dados gerados pelos

sistemas de informações do SUS. Os organizadores trazem ainda o propósito da criação de uma Sala de Situação em Saúde:

“Propiciar a integração de tais informações de forma a oferecer diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, possibilitando a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades detectadas, de forma a **fomentar a melhoria dos sistemas de informações em saúde** e permitir a **observância dos resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde**, é parte dos alcances que as diversas experiências em **Sala de Situação em Saúde** vêm mostrando, em vários locais do país [Brasil].” (pag. 13, grifos nossos)

Quando iniciamos o processo do Grupo de Trabalho (GT) para estudar e entender o que era uma Sala de Situação de Saúde, percebemos que antes de levantar os indicadores a serem avaliados, precisávamos nos apropriar conceitualmente do que se trata a própria Sala de Situação de Saúde e os indicadores. Fiz uma busca sobre o alinhamento conceitual do que é um indicador e como “[...] informações epidemiológicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos, oriundas de dados de qualidade [...]” são importantes para a análise de situação de saúde, o planejamento das ações, monitoramento e avaliação das mesmas para identificar os problemas necessários para priorizar as ações que serão desenvolvidas¹⁸. Em seguida, selecionamos e/ou criamos indicadores que foram qualificados para, posteriormente, serem analisados.

Quando começamos a dimensionar nossa situação de saúde nas rodas de encontro com a Apoiadora Matricial (APM), vimos que muita coisa precisava estudar e buscar ajuda de quem já tinha experiência em levantamento da situação de saúde baseado nos dados de produção de um município através dos Sistemas de Informação de Saúde. Foi, neste momento, que nos encontramos com duas residentes de Salvador (ISC-UFBA) que nos apresentaram o universo que é Salvador e a qualidade que um levantamento pode trazer na discussão da análise de situação de saúde num município.

Após o encontro com as residentes de Salvador, decidimos, em turno pedagógico, levantar a situação de saúde mental do município de Dias d'Ávila para ajudar a identificar os entraves na rede de atenção psicossocial e, assim, levantar indicadores importantes para qualificar essa rede. É importante salientar que essa rede é uma das redes de atenção à saúde prioritária no município, segundo o PMS (2018-2021). Identificamos diversos indicadores de produção sem nenhum registro ou, possivelmente, subnotificados e, também, a necessidade de qualificar o registro dos procedimentos, principalmente, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Diante disso, constatamos a necessidade de realiza qualificações com os profissionais que atuam no CAPS para utilização das fichas de fichas

de registro de procedimentos (RAAS, BPA-I e BPA-C)¹, em busca da melhoria na qualidade do registro e, futuramente, analisar os dados para melhorar o processo de trabalho e dos serviços e ações em saúde no CAPS.

¹ Os formulários do RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) Individualizado (BPA-I) e o Consolidado (BPA-C) são locais onde são coletadas as informações ambulatoriais dos serviços de saúde de um município.

RESIDÊNCIA, UM ESPAÇO DE CONQUISTA

Na minha trajetória no segundo ano de residência, alguns momentos e/ou pessoas foram divisores de água, por exemplo, a quebra do laço com a preceptoría no primeiro ano, a construção da independência, em seguida, na assistência, a transição assistência-gestão, conhecer duas pessoas importantes que colaboraram muito para o meu reconhecimento dentro da gestão, estagiar na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/BA (SMS) onde eu conheci a “NASA^{®2} da saúde”, fazendo uma analogia a uma das grandes agências mundiais de exploração espacial. E, foi nessa proporção, que vivi a realidade macro da SMS de Salvador quando se compara a Secretaria de Saúde de Dias d’Ávila/BA (SESAU), uma cidade que tem, segundo IBGE¹⁹, uma estimativa de, aproximadamente, 80 mil habitantes, ou seja, menor até que um Distrito Sanitário (DS) da capital baiana.

Quando cheguei na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS/SMS) encontrei um espaço com mais de 20 campos temáticos, onde existem mais de uma referência técnica para alguns campos. A DAS/SMS é por onde circula tudo o que tange a assistência à saúde no município. Ao iniciar o estágio na DAS/SMS, eu pensei imediatamente que tinha muita gente para fazer muito trabalho. Mas, infelizmente, a demanda do município de Salvador é enorme quando se compara a Dias d’Ávila, a capital baiana tem, aproximadamente, 3 milhões de habitantes²⁰ e diversos territórios completamente distintos entre si.

O que percebi dentro na secretaria de saúde de Salvador o movimento em relação ao planejamento mais estruturado do que em Dias d’Ávila, do nível central para a assistência e vice-versa. Teixeira (2010)²¹ afirma que “[...] planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.”

A partir disso, entendi a necessidade de organizar o processo de trabalho e promover com aqueles ao redor o monitoramento e avaliação do que realiza tanto no nível central da gestão quanto na assistência. Diante do que vivi, do que vi, percebo que há uma necessidade iminente em se perpetuar a importância do planejamento em saúde dentro dos serviços de saúde em Dias d’Ávila, seja através de educação permanente ou de pequenas iniciativas para estimular as referências técnicas a se qualificar para uma melhor resolutividade nos processos de trabalho.

² A *National Aeronautics and Space Administration* (NASA) é uma agência do governo federal dos EUA responsável pela pesquisa e desenvolvimento de tecnologias e programas de exploração espacial fundada em 1958. **Fonte:** <https://www.nasa.gov/about/index.html> [acessado em 18 fev 2019].

Apesar de viver uma trajetória incrível de descobertas e conquistas, tive um grande momento de dificuldade dentro do espaço que fiquei lotada na linha de cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Eu percebi como é difícil depois da trajetória pelo planejamento, eu não ver planejamento em tudo. Descobri após meses que já aplicava muito da vida de planejamento desde a faculdade, eu só não tinha o entendimento conceitual da coisa.

Durante oficinas para elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) do ano de 2019 foi nítido que diversas gerências nunca estiveram planejadas nem para uma reunião interna e nem para criação de metas para a PAS do próximo ano. Acredito muito que a residência trouxe uma importante rotina no que tange o planejamento no município, pois, ao colaborar com o monitoramento do Relatório Anual de Gestão (RAG) do primeiro quadrimestre de 2018, observei que diversas gerências não tinham entendimento das atividades pactuadas na PAS 2018 e nem do que escrevia nos relatórios enviados.

Apesar de estar inserida na Gerência de Atenção à Saúde (GEASA), nós, residentes que estavam na linha de cuidado das DCNT, não fomos convidadas pela gestão do município a colaborar, previamente, com a criação das metas para discussão das oficinas (que também não foram avisadas previamente). Em mais um apagar de incêndio, fomos convidadas, um dia antes, para colaborar com uma oficina já agendada com muita brevidade e que não foi dada devida importância.

A rotina na GEASA é repleta por “apagar incêndios”, que na maioria das vezes, são causados pela própria gerência e/ou pela falta de organização, até, para as situações imprevistas. Sabe-se que é importante que os gestores entendam e reconheçam a “importância do planejamento enquanto ação prioritária para organizar os serviços”²², pois é muito comum haver um deslocamento do tempo para atividades não prioritárias, sem refletir sobre as práticas que estão sendo realizadas.

Corroborando com o estudo de Silva e colaboradores (2015)²², a realidade de lidar com incêndios é uma prática comum e aceitável na sociedade, assim como o que observei dentro da GEASA durante cinco meses. Entretanto, é necessário enxergar que é a partir do planejamento que teremos um olhar sobre o que está sendo produzido dentro e para o espaço SUS.

COMO OFERECER O MEU MELHOR PARA O SUS

O processo de reconhecimento dentro da residência é gradual, eu passei por cada espaço em busca de amadurecimento e de me enxergar como uma participante ativa e que colabora de alguma forma para a transformação do SUS. Após quase 9 meses como R2, eu ainda via muitas dificuldades no meu papel dentro da USF, com todas as dificuldades vividas no R1, eu não tive um residente veterano para ajudar a entender como vários processos se davam. Então, não me via como necessária naquele espaço, me sentia sozinha na batalha R2 *versus* USF.

O desenho do R2 na unidade tinha um grande propósito: apoio matricial e a preceptoria, ou seja, colaborar e apoiar no deslocamento do R1, ajudar na preceptoria para o desenvolvimento da competência que deve ser alcançada no R2, mas as maiores perguntas são “como faço isso? quem pode me ajudar?”

Então o Apoio Matricial da linha de cuidado de DCNT veio para planejar atividades onde eu podia colaborar de forma mais organizada e que, realmente, fizesse sentido tanto para os R1 quanto para o serviço na USF. Foi um avanço muito bom compartilhar junto com o apoio matricial e a preceptoria uma angústia que me assombra desde a transição de R1 para R2.

Em uma oficina, em dezembro de 2018, com a apoiadora matricial da linha de cuidado de DCNT, fiz uma proposta de planejamento junto às residentes do primeiro ano e a preceptoria do Entroncamento, com os núcleos de Odontologia e Enfermagem, em um turno pedagógico para fazer um planejamento de atividades baseado nas habilidades ainda não alcançadas no R1 para que, durante o último trimestre do primeiro ano, elas pudessem se organizar para ofertar ao serviço aquilo que ficou sem muitos avanços nos últimos 9 meses. Esse planejamento fortaleceu e qualificou o papel do R2 na USF e permitiu uma troca na relação do R1 com o R2.

A fim de fazer entender a necessidade do R2 na USF, busquei dentro de meus anseios, habilidades e afinidades algo que eu pudesse multiplicar para o serviço e oferecer o meu melhor para aquele espaço onde eu não ia mais habitar como residente. O planejamento veio para mim como uma válvula de escape para que, no processo constante de culpabilização da minha relação com o fazer do R2 na assistência, eu pudesse realizar algo que ia fazer refletir o pensar no futuro das residentes do primeiro ano.

Acredito muito que este processo precisa de uma qualificação maior da preceptoria e do residente do segundo ano para fortalecimento da relação de ambos com o R1, visto que na USF existem muitas tensões e que a maturidade do residente do primeiro ano está sendo

lapidada diariamente. Vejo muito potencial para construção de um elo mais forte desde que a preceptoria mergulhe de cabeça com os residentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha trajetória no SUS está sendo repleta de descobertas, lutas, transformações e conquistas. E, mesmo que a residência seja um espaço de formação, também é um espaço transformador, que ativa nos sujeitos o propósito de fazer um SUS motivador para o usuário e o trabalhador de saúde. Descobri a raiz de todo processo de trabalho qualificado: o planejamento. A estratégia que a gente consegue pensar no futuro, viver sem medos o presente e, ainda, se orgulhar do passado que foi trilhado

As minhas memórias destes dois anos de trajetória na residência multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família me fez analisar todo o processo vivido e perceber a importância em ser agente do seu próprio aprendizado e que, a partir disso, podemos ativar pequenos coletivos dentro de diversos espaços tanto da assistência, como os residentes do primeiro ano e, até os servidores municipais em momento de educação permanente realizados na unidade, quanto na gestão onde processos de trabalho foram repensados a partir dos olhares que a residência trouxe para uma secretaria municipal.

Viver este espaço foi poder identificar o que de melhor eu poderia ofertar para o nosso sistema de saúde e, ainda, para aqueles que estavam ao meu redor, residentes, preceptores, gestão, corpo pedagógico e cada sujeito que trilhou esse caminho junto comigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
2. Campos, GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. Saúde coletiva [internet]. 2000 [acessado em 2019 Jan 9]; 5(2): 219-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en.
3. Brasil. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010.
4. Bleicher L. Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. Salvador: Revista Bahiana de Saúde Pública. 2012 jul/set; 36(3): 668-682.
5. Brasil. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2a. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. De-Carli AD, Santos ML, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. Saúde em Debate. 2015; 39:441-50.
7. Backes DS, de Souza MH, Marchiori MT, Colomé JS, Backes MT, Lunardi Filho WD. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014 dez 1;22(6):1026-33.
8. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
9. Brasil. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Uchôa, SAC *et. al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde em Debate [online]. 2018; 42(1); 100-113 [acessado 13 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S107>
11. Pereira Júnior N, Campos GWS. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908.
12. Forte FD, Pessoa TR, Freitas CH, Pereira CA, Carvalho Junior PM. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2015; 19:831-43.
13. de Carvalho AB, Nepomuceno LB. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. SANARE-Revista de Políticas Públicas. 2008 Jul 15;7(2).
14. de Macêdo DF, da Rocha Ataíde JA, de Queiróz AG, da Guia Santos D, Costa AC. Potencialidades e Desafios do Processo de Planejamento Integrado: A Experiência de uma Secretaria Municipal de Saúde do Nordeste Brasileiro. Revista Interdisciplinar de Gestão Social. 2018 Jun 9;7(1).
15. Brasil. Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 25 Set 2013.

16. Barros FPC, Almeida LL. O planejamento em saúde no Brasil. Goiás: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. An Inst Hig Med Trop 2017; 16:43-50;
17. Bueno D. Indicadores de Saúde. [publicação online]; 2019 [acesso em 18 fev 2019] Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/napead/projetos/indicadores-de-saude/creditos.php>;
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010;
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente. 2017a Jul 1 [acessado em 18 fev 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/dias-davila.html?>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente. 2017b Jul 1 [acessado em 18 fev 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html?>
21. Teixeira CF. Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
22. Silva, BFS *et al.* A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). Saúde em Debate [online]. 2015; 39(104):183-196 [acessado 26 Fevereiro 2019] Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040078>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040078>.