

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

TAIANA CRISTINE DE SOUZA PACHECO

MEMORIAL DE FORMAÇÃO

Trajetória e reflexões sobre a experiência como cirurgiã dentista em um  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SALVADOR - BA

2019

TAIANA CRISTINE DE SOUZA PACHECO

## MEMORIAL DE FORMAÇÃO

Trajetória e reflexões sobre a experiência como cirurgiã dentista em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à coordenação do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Juliane Kely Fagundes Silva

SALVADOR - BA

2019

# APRESENTAÇÃO

## De onde falo/minha trajetória/experiências profissionais/motivações

Sou Taiana Cristine de Souza Pacheco, nasci em 24/02/1990, tenho 28 anos. Oriunda de uma família de classe baixa, nascida e criada no Subúrbio Ferroviário de Salvador, graças aos grandes esforços da minha mãe tive uma infância tranquila, na medida do possível. As palavras que eu e meu irmão mais ouvíamos dela era um pedido incessante para que a gente estudasse bastante para “ser alguém na vida” e ela sempre nos incentivou a isso. Assim, nosso maior desejo sempre era dá orgulho à nossa mãe.

Sempre gostei bastante de estudar (estudei a vida inteira na rede pública de ensino) e, pela afinidade com as disciplinas de português e ciências, descobri que gostaria de seguir a área da saúde, apesar de não fazer ideia de qual profissão escolher. Em 2009, surgiu a oportunidade de fazer um cursinho pré-vestibular, então me dediquei exclusivamente a esse objetivo. Ao final, tive a alegria de ser aprovada nos dois vestibulares que fiz (Odontologia/UFBA e Nutrição/UNEB) e mais o processo seletivo para o curso técnico (Eletrotécnica/IFBA). Optei pela Odontologia por alguns motivos: por ser em uma instituição federal, pela possível afinidade que descobri após realizar alguns testes vocacionais e pela experiência positiva após um tratamento ortodôntico que me devolveu a chance de sorrir sem vergonha (na adolescência já sofri *bullying* por ter os dentes tortos). Vale aqui ressaltar minha alegria por conseguir – contrariando as expectativas sobre uma jovem negra, de família pobre e da periferia–, ser a primeira pessoa da minha família a ingressar num curso de nível superior.

Ingressei no curso de Odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia em 2010, no segundo semestre. Já na Universidade, se intensificaram ainda mais as disparidades... afinal, a Odontologia é um curso bastante elitizado e, eu estava um pouco fora do “perfil”, não é mesmo?! Se foi difícil ingressar na faculdade, o desafio maior agora era conseguir finalizar o curso (pois mesmo estudando numa instituição pública, cursar Odontologia é bem dispendioso). Minha graduação exigia tempo integral (atividades de 07h às 20h, com alguns horários vagos entre as aulas, o que eu já considero como uma forma de segregar quem pode

ou não permanecer); assim fui impossibilitada de trabalhar para manter meus estudos. Optei então por outras alternativas: além de receber auxílio da assistência estudantil, me tornei bolsista no Programa Permanecer durante toda a graduação, renovando os processos seletivos anualmente. Apesar da jornada exaustiva de estudos e atividades de extensão, sempre foi fixa na minha cabeça a ideia que todo esse processo seria importante e necessário, afinal eu não tinha outras opções além dos estudos. Enfim, a cada semestre ia me apaixonando ainda mais pela Odontologia.

Em julho de 2015 concluí a graduação e, logo em seguida, me inseri no mercado de trabalho no setor privado atendendo em clínicas populares (em regime de porcentagem). Foi uma experiência bem difícil e frustrante, afinal havia uma grande desvalorização profissional e por vezes era levada a pensar em desistir da profissão. Por conta da minha trajetória de vida, era pulsante em mim o desejo de trabalhar no setor público. Então no ano seguinte surgiu a oportunidade de trabalhar num posto de saúde na cidade de Piritiba (323km de Salvador); encarei os desafios de mudar de cidade, as longas viagens semanais, a distância da minha família e, ainda assim, me senti muito melhor com essa decisão.

A experiência como dentista na atenção primária foi valiosíssima e me encantei ainda mais pela saúde pública que eu tanto desejava atuar. Pesquisei sobre as possibilidades das residências multiprofissionais (sobretudo como importante ferramenta para a qualificação profissional) e então resolvi aproveitar o período longe de casa para intensificar os estudos. Após 10 meses trabalhando no interior fui aprovada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da (FESF-SUS) junto à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA).

Esse memorial objetiva reunir minha trajetória e reflexões enquanto cirurgiã-dentista imersa em uma equipe multiprofissional em um programa de residência, bem como enfatizar a sua relevância para minha formação profissional em meio a um contexto nacional de intensas ameaças ao Sistema Único de Saúde e recente aprovação da nova Política Nacional da Atenção Básica que põe em risco a continuidade da Estratégia de Saúde da Família.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	06
MEMÓRIAS .....	07
<i>Cenário de prática</i> .....	07
<i>Território</i> .....	09
<i>Experiências mais relevantes</i> .....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
REFERÊNCIAS	

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família surgiu como um modelo assistencial alternativo significativo e estruturante para a organização dos serviços e ações da Atenção Primária à Saúde (APS), produzindo consideráveis resultados, inclusive por adotar uma concepção mais ampla de saúde (ARANTES; SHIMIZ; MERCHÁN-HAMANN, 2016); suas ações são pautadas priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua (MARTINS et al, 2014; MATTOS et al., 2014). Além do mais, a ESF prevê a produção de vínculos, mudanças das práticas de saúde, implantação do acolhimento, articulação entre os saberes popular e técnico, o reconhecimento da saúde como direito, cidadania e representação da qualidade de vida, etc. (MARTINS et al., 2014; SORATTO et al., 2015).

Assim, compreende-se que no cenário da APS é recomendável a integração dos mais diversos saberes a fim de torná-la mais eficaz e resolutiva, sendo, portanto, um importante espaço permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. A Estratégia de Saúde da Família, nesse contexto da APS funciona como porta de entrada principal para o sistema de saúde vigente no Brasil (JUNIOR et al., 2013).

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família teve sua efetivação por meio da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual o Ministério da Saúde estabeleceu o incentivo financeiro às ESB; dentre seus principais objetivos podemos citar a diminuição dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, bem como a possibilidade de rompimento com os modelos assistenciais excludentes apoiados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007; LOURENÇO et al., 2009). De maneira geral, propõe-se uma reorganização do modelo de atenção à saúde voltada para a proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família (MARTINS et al., 2014).

Apesar de reconhecer os diversos avanços orientados para o fortalecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação dos trabalhadores de saúde representa um dos principais desafios para efetivação desse sistema universal

(DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Nesse sentido, os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) – criados pela Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, fruto da articulação entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) –, objetivam contribuir para a formação e qualificação dos profissionais de saúde (RODRIGUES, 2016; SILVA et al., 2016), com uma aposta na produção do cuidado integrada ao ensino (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Para SALVADOR et. al. (2011) a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade se constitui como importante espaço para a construção de novas competências e habilidades, de estímulo às articulações entre diversas categorias profissionais e de formação de profissionais implicados com o SUS, configurando-se como uma prática contra hegemônica que possibilita a vivência de novas tecnologias de cuidado.

A implementação dos programas de residências, com a qualificação da formação profissional contribui também para modificar o modelo biomédico instituído, possibilitando ao profissional ampliar o olhar, refletir e valorizar outros aspectos ligados aos indivíduos. Para SILVA et al. (2016) a RMS objetiva formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, uma vez que pressupõe construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas técnicoassistenciais. No entanto, para que os processos de mudanças aconteçam é necessário que os profissionais de saúde se coloquem como protagonistas, capazes de refletir criticamente sobre a prática profissional, problematizando o cotidiano e contribuindo para construção de novas alternativas para se fazer saúde; quando as vivências passam pelo processo de análise crítica-reflexiva elas se transformam em possibilidades de mudanças (MIOTO et al, 2012; DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

## **MEMÓRIAS**

### *CENÁRIO DE PRÁTICA*

O município de Lauro de Freitas está localizado na região metropolitana de Salvador, no Litoral Norte da Bahia e pertence à macrorregião leste de saúde. Possui

aproximadamente 195.095 habitantes (IBGE cidades) e está dividido em 19 bairros, que compõem cinco distritos sanitários (Centro, Portão, Itinga, Areia Branca e Caji). O distrito sanitário de Itinga concentra a maior densidade populacional, com aproximadamente 70.000 mil habitantes (SITE OFICIAL DO MUNICÍPIO). O distrito conta com 07 Unidades de Saúde da Família (USF), entre elas a USF São Judas Tadeu, a qual se constituiu como nosso campo de prática na Residência.

Reinaugurada em 07 de junho de 2017, a USF São Judas Tadeu atualmente funciona em prédio próprio e está localizada no Loteamento Jardim Pérola Negra, no bairro de Itinga. É composta por 05 equipes de Saúde da Família, 02 equipes de Saúde Bucal e 01 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Após os trâmites legais relacionados à assinatura do convênio entre a Coordenação do Programa de Residência e a Gestão Municipal de Lauro de Freitas, finalmente no dia 06 de abril de 2017 iniciamos nossas atividades na USF São Judas Tadeu (figura 1) a equipe de residentes e corpo pedagógico foi então recepcionada pela equipe da unidade num clima bastante acolhedor, onde tínhamos o desejo comum de contribuir com a oferta de um serviço de saúde de qualidade para os usuários do território. Iniciava-se ali um importante ciclo, numa trajetória que seria tão desafiadora quanto enriquecedora.



Figura 1: Residentes e representantes do corpo pedagógico do programa de residência sendo recepcionados pela equipe da USF São Judas Tadeu.

O espaço de tempo entre a nossa chegada à USF e a reinauguração foi importante a fim de buscarmos apropriação de referenciais teóricos que nos auxiliasse na organização do processo de trabalho na unidade. Iniciamos as discussões sobre as modalidades de acolhimento, composição das agendas de trabalho, territorialização, divisão das equipes, entre outros temas; para facilitar a abordagem das temáticas propostas, nos organizamos em grupos de trabalho (GTs).

Fomos divididos em equipes, e como eram 02 duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) para 05 Equipes de Saúde da Família, fiquei como dentista de referência das equipes São Judas I e Diamante I e meu colega ficou responsável pela assistência às equipes São Judas III e Diamante II; dividimos a equipe São Judas II a fim de não permitir que os usuários ficassem sem cobertura das equipes de saúde bucal.

## *O TERRITÓRIO*

O processo de territorialização é uma das ferramentas indispensáveis e que fundamentam a ESF; afinal o território se constitui como um espaço dinâmico, capaz de produzir saúde (JUSTO et al, 2017). Assim, a delimitação do território bem como a adscrição da clientela são fatores que interferem diretamente no processo de organização das ações e serviços de saúde a serem ofertados aos usuários; além disso é importante conhecer o território bem como os fatores e condições relacionadas aos processos de saúde e doença (a saber: perfil sociodemográfico, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades, etc.) para o processo de planejamento local de ações de saúde.

Na USF São Judas Tadeu, atuavam uma equipe de saúde da família e uma de saúde bucal; com a inserção do programa de residência, o número de equipes de saúde da família passou a cinco e, duas de saúde bucal; assim, foi necessária uma reorganização do território. A área de abrangência inclui os loteamentos Jardim Pouso Alegre, Jardim Pérola Negra, São Salvador, Parque Santa Júlia e Vila de Sena, com expectativa de até 12 mil indivíduos cadastrados; a proposta para prestar assistência à população acontece da seguinte maneira: 05 equipes (1 equipe de funcionários efetivos com expectativa de até 4 mil indivíduos cadastrados e 04 equipes com atuação de residentes na expectativa de até 2 mil indivíduos cadastrados, por equipe).

Entretanto, além dos indivíduos de áreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as equipes acolhem pessoas de área descoberta.

O GT de territorialização (um dos que fiquei alocada) ficou responsável por iniciar as discussões e pensar/propor estratégias para a nova distribuição do território, uma vez que o número de equipes de saúde da família e de saúde bucal havia aumentado com a chegada dos residentes. Durante o processo fizemos uma análise da população estimada, delimitamos as ruas pertencentes ao território da USF São Judas Tadeu, visitamos outras unidades de saúde que faziam fronteira com o nosso território e fizemos uma proposta de remapeamento do distrito sanitário de Itinga; para isso lançamos mão de algumas ferramentas importantes como o Google Earth, dados do censo do IBGE, entre outras (figura 2). No entanto, ao levarmos as propostas aos gestores da Superintendência da Atenção Básica, não houve um interesse para dar continuidade ao movimento de remapeamento. Essa foi uma das experiências que considero como negativa, sobretudo pela sensação frustrante de ter gasto tanta energia em um projeto que não foi à frente, principalmente por ser algo que fugia à nossa governabilidade. Com essa vivência aprendi que apesar de não ter sido implantada a proposta que elaboramos (e, infelizmente nenhuma outra proposta para sanar o grave problema de mapeamento em todo o município), o conhecimento adquirido foi bastante válido; aprendi usar ferramentas novas, entendi o impacto que o processo de territorialização tem sobre o planejamento das ações de saúde das equipes e me apropriei de um saber mais abrangente e de suma importância para a ESF, que vai além do conhecimento técnico da minha formação profissional enquanto dentista.

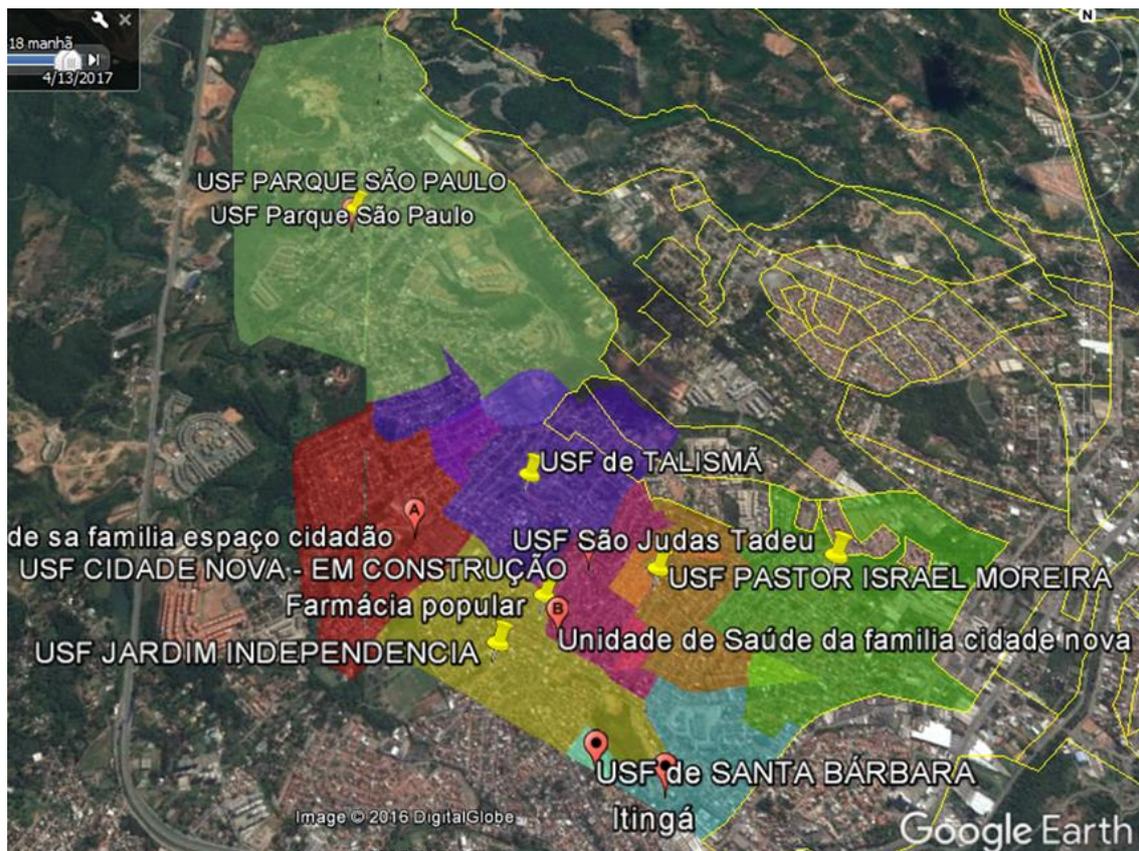


Figura 2: Proposta construída pelos residentes do GT de territorialização sugerindo o remapeamento do Distrito Sanitário de Itinga - Lauro de Freitas/BA.

O Projeto Político Pedagógico (PPP) do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família, cita como atribuições dos residentes:

“Desenvolver as competências básicas relacionadas à Reforma Sanitária Brasileira, fundamentados pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, orientados ao cuidado territorializado, integralizado e usuário centrado. Conhecimentos sobre territorialização: Realizar a prática da territorialização; conhecer as principais características e equipamentos sociais do território de abrangência, compreendendo-o como um espaço estático e dinâmico e as relações que afetam a vida dos indivíduos e famílias da comunidade; analisar em equipe como as características do território e suas relações interferem no processo saúde-doença, tanto na dimensão individual quanto coletiva, compreendendo vulnerabilidades e riscos em que os usuários estão expostos, de modo a atuar na promoção, prevenção e reabilitação da saúde.” (PPP FESF, 2017)

Assim, percebe-se um deslocamento positivo quanto às minhas habilidades, atitudes e conhecimentos relacionados ao tema da territorialização, alcançando parcialmente as competências esperadas pelo PPP, pois reconheço que a descontinuidade do processo causou interferência na sequência de aprendizagem.

### *EXPERIÊNCIAS MAIS RELEVANTES*

- Trabalho multidisciplinar/interdisciplinar

Sem dúvidas, o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar/interdisciplinar representa um dos maiores aprendizados adquiridos ao longo do período da Residência. Infelizmente nossa formação durante a graduação ainda acontece de forma muito fragmentada, e isso resulta na dificuldade de enxergar o indivíduo de maneira integral.

SALVADOR et. al. (2011) considera que uma das estratégias de atuação no SUS que seria capaz de assegurar a integralidade do cuidado é a Multiprofissionalidade, que pode ser entendida como a relação de diferentes profissões atuando de forma integrada com o objetivo de garantir efetividade da integralidade e do cuidado à saúde.

Em diversas situações vivenciamos essa realidade de maneira positiva. Podemos citar alguns exemplos: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) inicialmente nos orientaram sobre o território e cadastramentos, tivemos a oportunidade de realizar alguns matriciamentos de saúde bucal para os demais componentes das equipes, fomos matriciados sobre o tema de saúde mental, realizamos interconsultas com profissionais de outras categorias, etc. Uma das experiências exitosas que tivemos relacionadas ao trabalho multidisciplinar foi que na modalidade de acolhimento implantada na USF São Judas Tadeu, todas as categorias profissionais faziam classificação de risco odontológica, bem como, enquanto dentista, eu acolhia demandas para além das relacionadas à saúde bucal; isso nos proporcionou a aquisição de importantes conhecimentos e maior resolutividade das demandas acolhidas. Os espaços de reunião de equipe também se apresentaram como um potente campo para as trocas de conhecimentos entre as diversas categorias profissionais.

A residência multiprofissional oportuniza uma experiência em equipe a partir da inserção real dos serviços de saúde e seus contextos, visando articular o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial (MIOTO et al, 2012). Sobre o conceito de clínica ampliada e compartilhada a Política Nacional de Humanização, afirma:

“É uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.”

Uma das experiências também rica em aprendizados foi quando tivemos a oportunidade de trabalhar de maneira interdisciplinar e multiprofissional no contexto de um recém-nascido (RN) com anquiloglossia, garantindo sua resolutividade. O caso iniciou-se quando a enfermeira da equipe percebeu na consulta de puericultura que o RN não estava ganhando o peso esperado e questionou à genitora sobre a amamentação; após avaliar a inserção do freio lingual e identificar o encurtamento, solicitou interconsulta com dentista. Juntos optamos por solicitar a avaliação do fonoaudiólogo e, em seguida após todos esclarecimentos feitos à mãe, agendamos a intervenção cirúrgica. Após o procedimento a enfermeira fez as devidas orientações sobre amamentação e a genitora relatou melhora imediata no movimento de sucção do bebê (figura 3).

Vale aqui ressaltar os desdobramentos e a importância dessa articulação que fizemos na USF: o município de Lauro de Freitas não possuía uma rede estabelecida para encaminhamento dos casos de anquiloglossia, e após discussões suscitadas pelas enfermeiras residentes em estágio na linha de cuidado da Rede Cegonha, em parceria com a Coordenação de Saúde Bucal, foi possível reorganizar a rede e os casos passaram a ser atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); além disso, tivemos a oportunidade de realizar matriciamento para os dentistas da atenção básica do município e também apresentar o trabalho “Frênulo lingual: avaliação interdisciplinar na promoção do aleitamento materno” no Fórum Regional da Rede Cegonha, no Centro Administrativo da Bahia durante o mês ‘agosto dourado’ de incentivo ao aleitamento materno.



Figura 3: Abordagem multidisciplinar em um caso de anquiloglossia com impacto sobre a amamentação.

- Acolhimento

Durante a graduação tive um contato incipiente com a Política Nacional de Humanização (PNH), no entanto não tinha noção de como se estabelecia, de maneira prática, o acolhimento nas unidades de saúde.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) 2013:

“Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as

equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.” BRASIL, 2013.

Considerado uma diretriz do HumanizaSUS, o acolhimento pode ser entendido também como: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 28, 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Após a apropriação sobre a temática, optamos pela implantação da modalidade de acolhimento com **equipe de acolhimento do dia**. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº28 - Acolhimento à demanda espontânea:

“A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda. ”

Fazia parte da agenda semanal dos residentes (tanto os da equipe mínima, de saúde bucal e NASF) um turno protegido para estar na sala de acolhimento e realizar a escuta qualificada dos usuários. A fim de potencializar o espaço e garantir maior resolutividade, elaboramos conjuntamente uma tabela de classificação de risco geral e uma específica para as demandas odontológicas (figura 4). A implantação do Acolhimento na unidade demonstra um avanço importante com referência à eliminação de extensas filas (antes mesmo antes do horário de funcionamento da USF), cessação da distribuição de fichas/senhas, que são consideradas barreiras de acesso, possibilitando a ampliação do acesso.

O acolhimento deve acontecer em todos os espaços e momentos e deve ser realizado por todos os profissionais. Sua prática permite avaliar a necessidade de cuidados imediatos, identificar vulnerabilidades individuais ou coletivas, organizar o acesso dos usuários e suas disposições nos serviços e encaminhar o usuário para o serviço que atenda melhor suas reais necessidades. A escuta qualificada não é exclusiva de nenhuma categoria profissional e deve ser realizada por toda a equipe (BRASIL, 2013; MOIMAZ et al., 2017). Assim, na USF São Judas Tadeu foram criadas estratégias para ampliação do acesso dos usuários utilizando do apoio

multiprofissional para qualificar o acolhimento das demandas odontológicas. Em um contexto de desassistência pela equipe de saúde bucal há cerca de 01 ano (período em que a USF encontrava-se fechada até a construção do novo prédio), a aplicação da classificação de risco foi de fundamental importância para possibilitar o acesso equânime aos serviços de saúde bucal. Dessa maneira, era possível selecionar os casos para atendimento no dia, os que deveriam ser agendados mais brevemente possível, os que deveriam ser encaminhados para o grupo de saúde bucal (com ênfase na promoção de saúde e nas ações preventivas).

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ODONTOLÓGICA**  
**USF SÃO JUDAS TADEU**

VERMELHO (Atendimento imediato)	AMARELO (Atendimento prioritário)	VERDE (Atendimento no dia s/ prioridade)	AZUL (Agendamento)
Abscesso (inchaço, dor, presença ou não de febre e/ou pus)	Dor muito intensa, contínua e espontânea que aumenta ao deitar e é sensível ao frio e calor	Dor provocada, que passa ou permanece por um tempo curto ao retirar o estímulo	Dor sem quadro agudo
	Dor forte, dor de ouvido, dificuldade de deglutição, dificuldade em abrir a boca com ou sem febre	Dente com mobilidade e dor	Fratura de restauração (sem dor)
Traumatismo bucal com perda de consciência, náusea, vômitos, dores de cabeça ou distúrbios da visão que possam indicar traumatismo craniano	Trauma ocorrido (fratura dentária) após 30 minutos e até 1 hora	Remoção de sutura (ponto)	Dente com mobilidade e ausência de dor
			Exatracção (deciduo ou permanente)
Trauma dentário ocorrido até 30 minutos: Fratura (dente quebrado ou com mobilidade) e avulsão (dente saiu da boca)	Fratura de restauração (com dor)	Presença de sangramento na gengiva (com dor)	Presença de sangramento na gengiva (sem dor)
Hemorragia/Cortes extensos na região de cabeça e pescoço	Complicações pós-cirúrgicas (extração)	Alterações na mucosa (bolhas, feridas, etc.)	Paciente que solicita consulta
Luxação de ATM (mandíbula deslocada)			Outras queixas

Adaptado do modelo de Classificação de Risco Odontológica da USF Nova Aliança (Camaçari-BA), do Caderno nº 28 da Atenção Básica, e das práticas clínicas dos residentes.

Figura 4 - Modelo de classificação de risco para demandas odontológicas adotado na USF São Judas Tadeu, Lauro de Freitas - BA.

- Visita Domiciliar

A Visita Domiciliar (VD) é uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seus objetivos incluem a avaliação das demandas do usuário e de seus familiares, a prática de ações de saúde voltadas para o atendimento educativo e assistencial e o planejamento de ações com o intuito de promover saúde (BARROS et al., 2006).

Para mim os espaços de VD tiveram um significado de bastante aprendizados, pois me permitiu a possibilidade de uma abordagem fora do ambiente do consultório odontológico (que, geralmente, é o espaço de atuação mais comum da ESB). Como representou uma nova experiência na minha formação, foi necessária apropriação teórica prévia e, sobretudo a predisposição para novas possibilidades e aprendizados... e foi isso que busquei a cada visita: aprender, ensinar e cuidar!

Em reuniões com minhas equipes ressaltai com os ACS e demais profissionais a necessidade de identificação de demandas relacionadas também à saúde bucal, pois usualmente as visitas tinham demandas de saúde geral que eram prioritárias (e por diversas vezes pensei que minha presença nas visitas não eram tão relevantes). Com o tempo fui aprendendo com os colegas e com os usuários a ampliar o olhar para além das necessidades biológicas e associar ao contexto social e familiar e assim, contribuir ainda mais. Para MORITA et al, (2010), as VDs são uma ótima oportunidade para o fortalecimento de vínculos e redução das barreiras de acesso dos usuários aos serviços de saúde, reforçando assim a necessidade do desenvolvimento de atividades extramuros por parte das equipes de saúde.

Nas abordagens de visita domiciliar, ficou claro a importância da integração da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família e NASF a fim de oferecer um cuidado de qualidade aos usuários (figura 5). Nas reuniões de equipe fazíamos o planejamento das visitas da semana: selecionávamos as famílias, discutíamos os casos, definíamos os objetivos e identificávamos os profissionais necessários a partir das demandas. Como dentista atuava, sobretudo, na prevenção (orientações de higiene oral, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor), na promoção de saúde estimulando a adoção de hábitos saudáveis e na recuperação (prescrições, solicitação de exames complementares, raspagem supragengival, exodontias) desde que fossem viáveis realizar os procedimentos no ambiente da residência dos usuários.

Tive uma experiência que a princípio pensei ter sido bem negativa, mas que depois de refletir sobre ela a considerei como um importante aprendizado. Em um dos turnos, foram planejadas três visitas domiciliares: duas para avaliação (1ª visita de pacientes com HAS/DM) e uma para reavaliação de curativo (ferida em membro inferior). Nas duas primeiras visitas após as abordagens feitas pelo médico e enfermeira relacionados às comorbidades já identificadas (anamnese, aferir PA, solicitar/avaliar exames), questionei aos pacientes sobre os cuidados com a higiene oral, bem como sobre a alimentação e ingestão hídrica; fiz avaliação e as devidas orientações, pois ambas faziam uso de próteses dentárias. Ao final, identifiquei a necessidade de obter espaço na agenda a fim de atender suas demandas (as duas pacientes apresentavam problemas periodontais e necessitavam de raspagem e profilaxia). Ao nos dirigirmos ao último domicílio, o médico da equipe solicitou que fizéssemos uma abordagem mais rápida e objetiva voltada unicamente para a queixa do paciente: no caso, para o curativo da ferida. Pediu que eu não perguntasse nada sobre saúde bucal, pois o tempo estava reduzido. Com temos uma relação muito próxima e respeitosa, entendi e falei para ele que avaliar a saúde bucal não era uma competência exclusivamente minha. Ao chegarmos na residência, fiquei aguardando na varanda enquanto a abordagem acerca da ferida foi feita pelo médico e enfermeira da equipe; dentro de alguns instantes, fui solicitada para uma avaliação, pois o paciente apresentou uma queixa relacionada à perda de peso decorrente da dificuldade de mastigação pela má adaptação da prótese dentária; então entrei e fiz as devidas orientações/abordagens.

Essa experiência me fez refletir alguns aspectos:

I. ainda temos muito o que avançar se de fato queremos oferecer cuidados em saúde de forma integral;

II. precisamos ampliar o nosso olhar para o cuidado integral dos usuários: para além de uma abordagem multiprofissional, devemos investir esforços para abordagens mais transdisciplinares.

III. ainda somos bastante frágeis em relação à coordenação do cuidado; apesar de dispor das melhores intenções possíveis, nosso cuidado é ainda fragmentado;

IV. esses equívocos, no meu ponto de vista, se dão em grande parte pela formação tecnicista e biologicista que ainda sobrepõem as nossas ações de cuidar;

V. preciso me dispor ainda mais a quebrar tais paradigmas e continuar disputando e ampliando os saberes relacionados ao cuidado INTEGRAL dos usuários,

inclusive fazendo a equipe perceber a importância de incluir na anamnese/avaliação aspectos relacionados à higiene oral. Assim, podemos inferir que:

“A troca de saberes e o respeito mútuo às diferenças devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que os aspectos de saúde bucal também sejam apropriados e se tornem objetos de suas práticas.” (PEIXOTO, 2013).

A rede de relações traz a reprodução das práticas em saúde, denunciando as assimetrias entre os diferentes sujeitos. Nesse sentido, os trabalhadores das diversas áreas cristalizam, através da divisão técnica do trabalho, um afastamento daquilo que julgam não ser de sua competência. Portanto, aprisionam o campo do cuidado, predominantemente inter-relacional, em uma atividade marcada pelo individualismo e o fracionamento dos atos terapêuticos (SANTOS; ASSIS, 2006).



Figura 5 - Visita Domiciliar com abordagem multiprofissional. Da esquerda para a direita: fisioterapeuta, médica, enfermeira e dentistas (residente e preceptor).

- Atividades coletivas/Programa Saúde na escola (PSE)

Com o objetivo de reforçar/fortalecer as ações relacionadas à promoção de saúde/prevenção de doenças, as atividades educativas compunham a nossa agenda semanal. Realizamos diversas atividades, das quais posso mencionar: grupos de

convivência, salas de espera, PSE, atividades de educação em saúde no território (praça, base comunitária, etc.).

A respeito da interação entre os serviços de saúde e educação, o autor Fabio Fortunato Brasil de Carvalho reflete:

“Saúde e educação são constantemente evocadas quando a questão gira em torno das condições de vida. A interação entre elas, independentemente de onde ocorre – escola ou serviço de saúde – constitui um caminho importante para a conquista da qualidade de vida” (CARVALHO, 2015).

Com a inauguração da USF São Judas Tadeu, tivemos que pensar em estratégias para lidar com a demanda reprimida de usuários que estavam já algum tempo sem nenhum tipo de assistência. Inicialmente pensamos na proposta do Grupo de Saúde Bucal (figura 6) como uma ferramenta de promover a educação em saúde; no entanto, somente com o passar do tempo é que esse espaço começou a fazer sentido para mim (por que antes eu pensava que era necessário agendar todos os pacientes para atendimento no consultório odontológico); isso se deve ao fato de termos uma visão ainda muito tecnicista. Mas eu compreendi que meu papel enquanto profissional ia além de realizar procedimentos; as orientações e estímulo a adoção de hábitos mais saudáveis pode representar/significar bem mais para os usuários. Conseguimos abordar com os participantes alguns temas de interesse deles, como por exemplo: relação da diabetes com a saúde bucal, cuidados de higiene oral em recém-nascidos e bebês, estética em Odontologia, entre outros. Participei também nos grupos de convivência que aconteciam na unidade de saúde: práticas corporais, gestantes e artesanato (figura 7).



Figura 6 - Grupo de Saúde Bucal com destaque para ações de prevenção e promoção de saúde (orientações, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor gel).



Figura 7 - Grupo de artesanato de responsabilidade de condução de uma das minhas equipes (Diamante I).

O Programa Saúde na Escola, segundo MACHADO et al. (2015) tem como objetivo oferecer ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens em uma parceria intersetorial entre as escolas públicas e as Equipes de Saúde da Família (Ministérios da Saúde e da Educação). Para a saúde essa aproximação é importante pois se apresenta como uma estratégia para evitar que essas questões sejam dependentes da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial (CARVALHO, 2015).

As vivências de realização das atividades do PSE contribuíram para meu amadurecimento relacionado ao entendimento da importância das ações coletivas de saúde; sobretudo pela minha relação afetiva com o público infantil, nessa etapa tão significativa para o desenvolvimento de bons hábitos de cuidado e saúde (figura 8).



Figura 8 - Atividade integrada de orientação de saúde bucal e alimentação saudável realizada na Escola Vovó Ciça, Itinga - Lauro de Freitas.

- Gestão (estágios)

A proposta para o segundo ano de residência é que possamos desenvolver competências assistenciais e de gestão complementares, voltadas para o campo de gestão da atenção básica e articulação de redes na perspectiva do cuidado integral. A experiência para mim foi enriquecedora, pois me permitiu visualizar um novo campo

de atuação possível. Durante a graduação, não faz parte da grade curricular nenhuma disciplina que aborda a temática de gestão; por isso, fiz um curso de extensão em gestão de consultório (e ainda que tivesse uma lógica voltada para atuação no setor privado, foi válido para apropriação sobre o tema).

Optei pelo estágio na Vigilância em Saúde, pois foi dentre as opções a que eu mais me identifiquei. Nunca tinha tido nenhuma aproximação com o tema, mas hoje percebo a sua relevância para os profissionais que atuam no âmbito do SUS. Tive a oportunidade de estagiar na Vigilância Epidemiológica (VIEP) e na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). As principais atividades desenvolvidas foram capacitações sobre os agravos de notificação compulsória; apoio à construção do regimento interno da Vigilância em Saúde (VISAU); elaboração de guia rápido do manejo nos casos de influenza, meningite, coqueluche, rubéola e sarampo; participação nas reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde; contribuição para a estruturação da Política Municipal de Saúde do Trabalhador; matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre violências interpessoais e autoprovocadas; propostas de ações articuladas entre a VISAU e a atenção básica,.

Após esse período, o estágio se deu na Coordenação de Planejamento, Auditoria, Controle e Avaliação da qualidade dos serviços (COPLAC) e na Superintendência da Atenção Básica (SUPAB). Na COPLAC, foi o local onde nos apropriamos dos instrumentos de gestão (Política Municipal de Saúde, Plano Anual de Saúde, relatórios quadrimestrais, relatório de auditoria, pesquisa de qualidade dos serviços de saúde, etc.); os profissionais no setor foram sempre muito generosos em compartilhar os saberes, o que tornou a experiência ainda melhor. Na SUPAB pudemos contribuir para o desenho da rede de atenção à pessoas com doenças crônicas e com tuberculose, matriciamento dos dentistas acerca da anquiloglossia e discussão de proposta de qualificação da rede de saúde bucal para conferir resolutividade aos casos e na implantação do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) numa das Unidades de Saúde da Família; no entanto era perceptível o distanciamento dos trabalhadores dessa repartição em relação aos residentes.

A vivência durante esse tempo do programa de residência em Lauro de Freitas se tornou mais difícil porque, lamentavelmente, a Gestão da Atenção Básica não foi muito parceira; não compreendo ao certo por quais razões, mas havia muita

resistência à permanência do programa no município. De maneira geral, nos espaços de gestão pode refletir acerca da fragilidade dos vínculos empregatícios e da falta de qualificação profissional.

Lorenzetti et al. (2014) faz a seguinte reflexão: estudiosos e gestores têm analisado que as fragilidades de gestão e subfinanciamento têm emergido como problemas relevantes no âmbito do setor de saúde. As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. Construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio.

- Espaços pedagógicos

O Programa Integrado de Residências Médica e Multiprofissional adotam como princípio a Pedagogia Problematizadora. Segundo o Projeto Político Pedagógico:

“Esta tem como base o reconhecimento de que a educação ocorre numa dada realidade, sendo esta o processo de transformação do sujeito enquanto ele atua sobre a realidade, ou seja, a aprendizagem acontece através da busca pelo conhecimento e transformação da realidade. Deste modo, o educador assume uma função de facilitador da aprendizagem do residente, abandonando a papel de detentor do saber, acompanhando-o durante seu processo de transformação” (PPP FESF, 2017).

A fim de contribuir para que o processo de aprendizagem seja estabelecido, o programa de residência prevê alguns espaços para discussões teóricas relevantes: seminários, Grupo de Ação e Pesquisa (GAP), Grupo Diversidade (GD), Roda de Campo e Núcleo, turno pedagógico. Através da valorização do uso das metodologias ativas em detrimento ao método de educação tradicional, estimula à busca por novos saberes.

Percebi pouco aproveitamento de alguns espaços, como por exemplo o de seminários que, muitas vezes eram utilizados como um momento de desabafo dos residentes ao encontrar membros da coordenação para falar acerca da estruturação

ruim do programa de residência; além disso, quando conseguiam abordar algumas temáticas, as discussões não tinham muito aprofundamento teórico.

Por outro lado, as rodas de núcleo de Odontologia representaram uma grande extensão do conhecimento adquirido nessa trajetória; sobretudo por que me estimulou a ter uma visão mais ampla, me fazendo observar o indivíduo com olhares diferentes dos da visão biologicista que eu estava acostumada; também fui estimulada à produção científica, onde tivemos a oportunidade de apresentar trabalhos em alguns congressos/eventos (figura 9). Muitas vezes, dentro do meu núcleo fui desafiada a evoluir, aprender mais, enxergar além. Nem sempre isso aconteceu a partir de boas experiências, mas foi importante para meu amadurecimento pessoal e profissional.

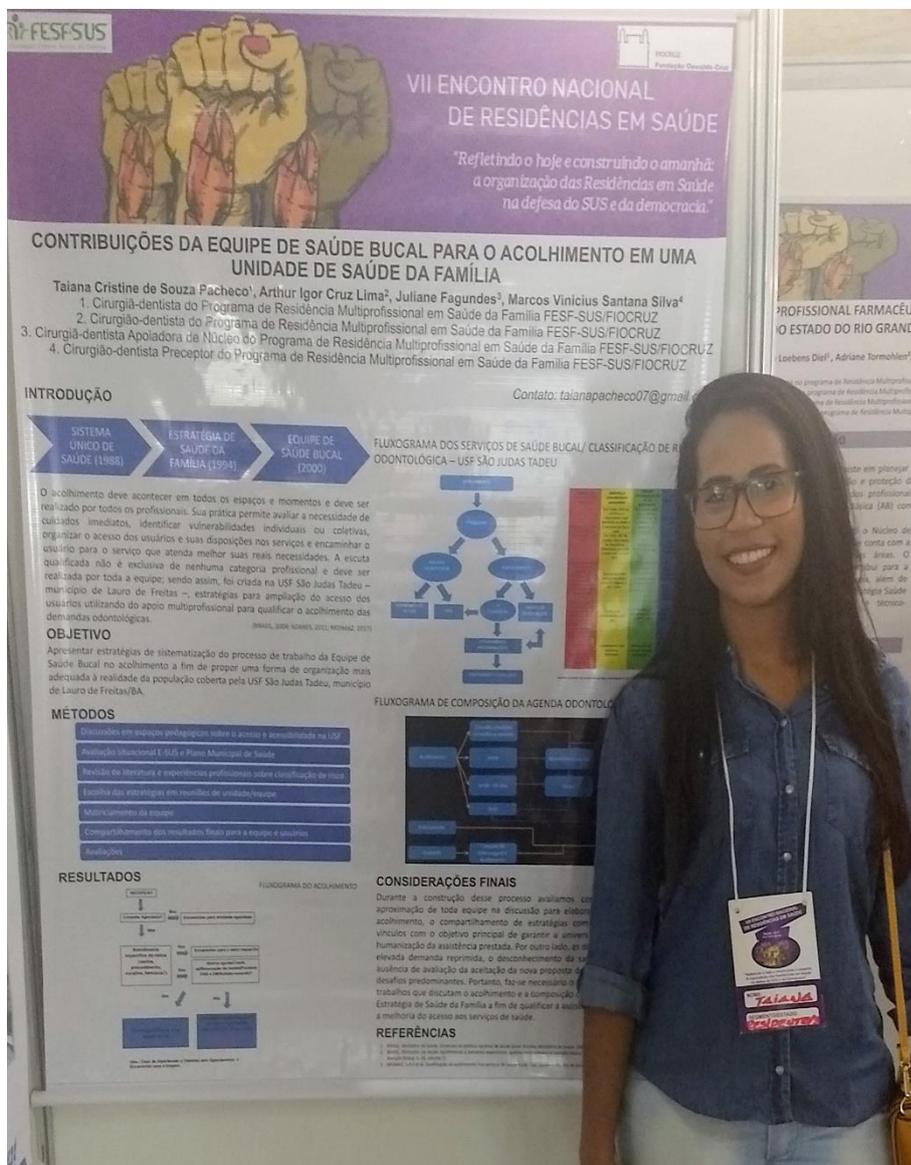


Figura 9 - Apresentação de painel intitulado "Contribuições da equipe de saúde bucal para o Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família" durante o VII Encontro Nacional de Residências em Saúde, Recife-PE em agosto de 2017.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Talvez essa tenha sido a experiência mais desafiadora da minha vida profissional até então; no entanto, em todo o tempo busquei aprender e enxergar, nas mais diversas situações, possibilidades que pudessem contribuir para minha formação pessoal e profissional. Desde a graduação me causava inquietude a visão meramente biologicista, focada somente na saúde bucal dos indivíduos, e essa vivência foi importante para fortalecer e ampliar o meu olhar, me fazendo enxergar os indivíduos em seus mais diversificados contextos e subjetividades.

Os programas de residência são de fundamental importância para a qualificação profissional e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em nosso país. Essa experiência me agregou muitos conhecimentos, pois imersa no contexto do território fui despertada para a oportunidade de fazer saúde de uma maneira diferenciada; por outro lado, as vezes é angustiante perceber que os desafios ainda são tantos e grandes. Mas, sigo apostando na saúde pública e de qualidade!

Finalizo esse trabalho com um pensamento que traduz muito do que sinto: **“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”** Carl Jung

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BARROS, G. B. et al. Saúde Bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev. Saúde.Com*, v.2, n. 2, p.135-142, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.28, v.1. Acolhimento à Demanda Espontânea – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 29 dez, 2000.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; Carvalho B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-32, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/lauro-de-freitas/panorama>. Acesso em 30 de outubro de 2018.

JUNIOR, R. G. O. et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. *Interface*, v. 21, supl.1, p. 1345-54, 2017.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015.

MARTINS, A.N. et al. A inserção do cirurgião – dentista no PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 4, n. 1, p. 24-33, 2014.

MATTOS, G.C.M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.373-382, 2014.

MIOTO, R.C.T. et al. As Residências Multiprofissionais em Saúde: A experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP, v. 11, n. 2, p. 185-209, 2012.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017.

MORITA, M. C. et al. Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em Odontologia. *Rev Odontol UNESP*, Araraquara, v. 39, n. 2, p. 75-79, 2010.

PEIXOTO, FLAR. Estratégias para potencializar o cuidado integrado entre as equipes de saúde da família e a equipe de saúde bucal na atenção às gestantes em uma Unidade Básica de Saúde no município de Belo Horizonte. Minas Gerais, 2013.

Perfil do município de Lauro de Freitas. Disponível em <https://www.laurodefreitas.ba.gov.br/site/noticia/perfil-do-municipio/120>. Acesso em 04 de outubro de 2018.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO - 1ª versão, Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), 2017.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, v.15, n. 1 (21), p. 71-82, 2016.

SALVADOR, A. S. et al. Construindo a Multiprofissionalidade: um olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *R bras ci Saúde*, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SILVA, C. T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.