

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF) / FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)**

ARTHUR IGOR CRUZ LIMA

**MEMORIAL REFLEXIVO DE UM DENTISTA EM MEIO AOS
DESAFIOS DO SUS**

Salvador, Bahia

2019

ARTHUR IGOR CRUZ LIMA

**MEMORIAL REFLEXIVO DE UM DENTISTA EM MEIO AOS
DESAFIOS DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da
Família (FESF/FioCruz)

Orientador: Marcos Vinicius Santana dos Santos

Salvador, Bahia

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar os meus passos durante a minha jornada

A minha mãe, meu exemplo de vida.

A Igor, que esteve ao meu lado durante todo o processo durante a Residência nos momentos de tranquilidade e dificuldades.

Aos colegas residentes de Lauro de Freitas, que enfrentaram essa jornada que muitas vezes foi turbulenta.

A Marcos, preceptor e amigo sempre disponível para compartilhar os seus conhecimentos e uma palavra amiga.

A Juliane, que com sua calma e leveza trouxe serenidade e conhecimentos durante o processo.

SUMÁRIO

I. TRANSIÇÃO ENTRE ENSINO MÉDIO/TÉCNICO A GRADUAÇÃO: A ESCOLHA PELA ÁREA DA SAÚDE	4
II. PROCESSO FORMATIVO UNIVERSITÁRIO NA ODONTOLOGIA.....	5
III. FORMEI: E AGORA?.....	9
IV. A DESCOBERTA DE UM PROCESSO FORMATIVO ATRAVÉS DAS METODOLOGIAS ATIVAS.....	12
V. O DESAFIO DE UM DENTISTA AO CONSTRUIR UM OLHAR CRÍTICO E AMPLIADO SOBRE A SAÚDE NA ESF (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA)	12
VI. EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE NOS ESPAÇOS DE GESTÃO	15
PERSPECTIVAS E FUTURO	19

I. TRANSIÇÃO ENTRE ENSINO MÉDIO/TÉCNICO A GRADUAÇÃO: A ESCOLHA PELA ÁREA DA SAÚDE

Irei iniciar o presente memorial relatando um pouco sobre a minha trajetória entre o ensino médio/técnico até a escolha pela Odontologia. Quando finalizei o ensino fundamental, a minha mãe, grande responsável pelo meu sustento e educação, não tinha condições de custear um ensino médio em uma escola particular. Então, comecei a me preparar para realizar a prova do antigo CEFET, hoje IFBA, com o objetivo de cursar um ensino médio e técnico. Não fui aprovado no exame para o CEFET e posteriormente descobrimos que o SESI, serviço da indústria, tinha um processo seletivo semelhante e voltado para o ensino médio e técnico. Ou seja, cursaria o ensino médio e realizaria um curso técnico voltado para a área de exatas sem custos adicionais. Comecei a minha jornada no SESI e sempre a família pressionando sobre investir na carreira do curso técnico e conseguir um bom emprego na indústria, área que na época de 2009 estava em alta.

Sempre refletia sobre o porquê da pressão familiar em investir nessa área, mas dentro de mim sentia que era algo que não iria me satisfazer pessoalmente e profissionalmente. Tinha a sensação de que não me sentiria realizado sendo um trabalhador da indústria ou um grande engenheiro. Enfim, na época de escolher o tal curso optei pela Mecânica Industrial, pois para algum lugar eu teria que me direcionar.

Naquela época, no último semestre do último ano do ensino médio, nós conciliávamos a escola e o curso técnico em turnos opostos. Como já imaginava, sentia que ali não era o meu lugar, mesmo o SENAI oferecendo uma grande estrutura física, tecnológica e corpo pedagógico qualificado. Após 03 meses de curso sentei para conversar com minha mãe e alguns familiares para expressar a minha insatisfação com o curso escolhido e o desejo por estudar e trabalhar na área de saúde. “Ah, mas você sabe que a área de saúde não é fácil” eu escutei. “Na nossa família só tem enfermeira e técnica em enfermagem”. Após uma longa conversa decidimos que eu iria sair do curso e iria entrar em um intensivo de pré-vestibular na tentativa de ser aprovado em medicina. Então, passei de setembro a dezembro de 2009 finalizando o terceiro ano e estudando para os vestibulares de Medicina. Não fui aprovado, mas a experiência valeu a pena e tive noção do desafio que era entrar em uma boa universidade para estudar um curso da área de saúde.

No ano seguinte, 2010, continuei no pré-vestibular e um curso extra para a área de saúde. No processo seletivo do meio do ano, por um ponto não fui aprovado em medicina, e assim, segui estudando. Em novembro tive a oportunidade de descobrir os outros cursos da Bahiana, além de Medicina e decidi tentar os dois vestibulares.

Um fato interessante sobre o processo seletivo da Escola Bahiana de Medicina (EBMSP), é a vivência que é oportunizada para o candidato antes de realizar a prova para determinado curso. Ali me encantei com a Odontologia, mas não a ponto de descartar a Medicina. Afinal, passei todo ano em um estudo intensivo para tal curso, mesmo o pré-vestibular sendo um ambiente difícil, onde você se sente estagnado em um espaço vago e neutro entre o ensino médio e a universidade.

Enfim, a tão sonhada aprovação no vestibular chegou, mas não em medicina. E sim na odontologia. Aprovado em 2º lugar. Demonstrei o meu desejo em cursar Odontologia na Bahiana e chegou o grande questionamento: Será que a minha família teria condições suficientes para custear uma graduação tão cara?

Depois de muita conversa, minha mãe decidiu encarar o desafio e eu embarquei nessa jornada dentro da Odontologia. O primeiro contato foi encantador e ao mesmo tempo intimidante. Sentia como se não pertencesse àquele espaço e por diversos momentos me questionei: será que eu, negro, criado na periferia, pertencia àquele ambiente ocupado na sua grande maioria por jovens brancos e de condições financeiras favoráveis?

II. PROCESSO FORMATIVO UNIVERSITÁRIO NA ODONTOLOGIA

O curso de Odontologia da Faculdade Bahiana é conhecido por ser um dos melhores do Estado. Os renomados professores são referência nas suas especialidades e na sua grande maioria são um espelho para os seus alunos. Nunca havia parado para analisar o meu processo de formação antes de ingressar na residência. Hoje, ao fazer essa análise percebo o quanto a graduação se restringiu na sua grande em parte na odontologia curativista com enfoque nas especialidades, sem buscar compreender o indivíduo além das suas queixas e demandas de saúde bucal. O mesmo percebi ao participar de congressos e outros eventos da Odontologia, que reforçam a teoria curativista e tecnicista da profissão, enfatizando somente nas especialidades isoladas, apresentação de casos clínicos, propagandas de cursos e feiras de produtos.

No entanto, permanece a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduzindo ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e da sociedade, levando à formação de especialistas que não conseguem lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Esta formação acadêmica do cirurgião-dentista dedicada a maior valorização das atividades curativas e inclinada ao desenvolvimento técnico-científico, traduziu-se em um processo com poucas discussões éticas, muito dependente de tecnologias produzidas e cultuadas pela indústria de insumos e medicamentos. (RODRIGUES et al., 2017)

Botazzo e colaboradores ratificam a minha vivência durante a graduação. Com o passar do tempo percebi que essa problemática não se restringia somente a minha faculdade. Ao conviver e dialogar com alunos de outras instituições percebi que a formação em odontologia era semelhante em diversas instituições. Com os alunos das universidades públicas era um pouco diferente, pois a própria universidade já está inserida em um contexto político-social e os alunos conseguem se envolver em movimentos estudantis e possuem espaços abertos para discussões que ultrapassam os limites da grade curricular.

Recordo que quando ingressei na Bahiana, um novo método de aprendizagem estava sendo utilizado. *O PBL (Problem Based on Learning), ou ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas)* era um método caracterizado pelo uso de problemas da vida real para encorajar os alunos a desenvolverem o pensamento crítico e habilidades de solução de problemas e ao mesmo tempo adquirirem conhecimentos específicos essenciais na área em questão. O desafio do processo era, em grupo, fazer um levantamento de problemas e estabelecer objetivos para a resolução do caso. Em um segundo momento, os componentes do grupo levavam as suas considerações quanto aos problemas levantados. A temática do PBL estava diretamente relacionada com os conteúdos ministrados na sala de aula, para que fosse possível estabelecer uma relação entre os dois momentos, facilitando o processo.

Apesar de ter sido sistematizada há pouco mais de trinta anos, a PBL não é uma abordagem nova. Muitos de seus elementos norteadores já foram contemplados por educadores e pesquisadores educacionais do mundo todo. No entanto, a PBL pode ser considerada inovadora na medida em que consegue incorporar e integrar conceitos de várias teorias educacionais e operacionalizá-los na forma de um conjunto consistente de atividades. Por exemplo, algumas atividades envolvidas nesta metodologia, tais como a identificação, a investigação e a solução de problemas, o trabalho em equipe etc., são indicadas pela teoria da psicologia cognitiva como formas de aprimoramento dos processos de ensino-aprendizagem. (RIBEIRO; MIZUKAMI, 2004)

Acredito que a aplicação do PBL na minha graduação ocorreu com diversas falhas. Sim, era possível contextualizar alguns casos além dos problemas de saúde bucal, mas não de forma aprofundada.

As diferentes implementações da PBL têm em comum um processo que pode ser resumido no seguinte conjunto de atividades (DUCH, 2000; BARROWS, 2001): (1) apresenta-se um problema aos alunos que, em grupos organizam suas ideias, tentam defini-lo e solucioná-lo com o conhecimento que já possuem; (2) por meio de discussão, os alunos levantam e anotam questões de aprendizagem (learning issues)

acerca dos aspectos do problema que não compreendem; (3) os alunos priorizam as questões de aprendizagem levantadas e planejam quando, como, onde e por quem estas questões serão investigadas para serem posteriormente partilhadas com o grupo; (4) quando os alunos se reencontram, exploram as questões de aprendizagem anteriores, integrando seus novos conhecimentos ao contexto do problema; e (5) depois de terminado o trabalho com o problema, os alunos avaliam o processo, a si mesmos e seus pares de modo a desenvolverem habilidades de autoavaliação e avaliação construtiva de colegas, imprescindíveis para uma aprendizagem autônoma eficaz. (RIBEIRO; MIZUKAMI, 2004)

Era possível realizar conexões entre as especialidades da odontologia, mas na grande maioria dos casos as questões referentes a condição socioeconômica, educação, moradia e etc. eram citadas como disparadores ou influenciadores dos problemas de saúde, porém sem discussão aprofundada. Durante os 10 semestres o PBL era aplicado por diferentes professores e acredito que esse fator foi de extrema relevância, pois, era perceptível a discrepância da aceitabilidade do método por parte do corpo docente do curso.

O campo prático ambulatorial na graduação também possui fator relevante na formação do dentista. O nosso contato com os usuários na graduação ocorre de forma “encaixotada”, onde os mesmos possuem características específicas que se adequam a determinada disciplina. Ou seja, se o usuário necessita somente de procedimentos restauradores, ele será direcionado para a clínica de dentística. Caso o seu caso seja de extração ele será direcionado para a disciplina de cirurgia e assim sucessivamente.

Com o objetivo de não deixar o usuário totalmente “desmembrado” existem as disciplinas de clínica integrada, onde várias especialidades estão aglutinadas em uma só disciplina. Porém, a problemática se repetia, pois, às vezes chegava para o aluno um paciente para demanda específica. Se a clínica era composta por dentística e periodontia e na ficha viesse escrito: “paciente precisa de restauração da unidade 16”, automaticamente os alunos focavam somente naquela unidade e o contexto do paciente como um todo era esquecido.

Além disso, o empoderamento do usuário não é preconizado no ambulatório estudantil de odontologia. Assim, não aprendemos a fazer uma escuta qualificada e não escutamos as vontades, medos e expectativas dos usuários. Por conta disso, saímos da graduação como profissionais que verticalizam o cuidado, pois fomos “doutrinados” dessa forma. Creio que devido a esse fato, o dentista torna-se um profissional tão difícil de inserir no SUS, quando durante a graduação são ensinadas doutrinas que vão contra aos conceitos básicos do SUS como a universalidade, integralidade e o acolhimento.

Como expresso em outros estudos, a formação profissional mantém-se centrada no fazer mercantilista, especialista e pouco direcionado a uma prática social, conformando uma odontologia imperativa, eximindo-se da inclusão do subjetivo do profissional na produção viva do cuidado em saúde, uma vez que o aparato tecnológico focalizado pela IES refere-se às tecnologias duras, nas quais o estudante é condicionado a pensar sempre no tratamento de última geração, na odontologia de

mercado e, a um só tempo, no proselitismo do consultório privado. O ensino reproduz o modelo hegemônico, profissional-centrado, em que o outro é reduzido a um caso passível de ser enfrentado pela aplicação de tecnologias duras ou leve-duras, protocoladas, das quais o profissional – nesse caso, o estudante, sob orientação docente – aporta o saber e o poder. Deveria buscar-se a vivência da atenção ao outro, de modo singular e centralizado, reduzindo a importância de fatores externos ao encontro como técnica, rotina, protocolo, profissão, instituição ou razão, gerando a compreensão da produção de saúde e não da prestação de assistência. (RODRIGUES et al., 2017)

Apesar do processo formativo muitas vezes engessado relato aqui outras experiências exitosas que tive enquanto graduando. Participar da organização da JOBA (Jornada Odontológica da Bahiana), evento de construção conjunta entre alunos de diversos semestres, sob a orientação dos professores, que promovia espaços de cursos, *hand's on*, workshops e conferências sobre diversos temas da Odontologia. Além disso, o evento contava com apresentação de painéis e trabalhos orais. O processo de construção da JOBA era interessante, pois, tive a oportunidade de conhecer alunos de outros semestres e ter contato com diferentes professores com um objetivo comum, que era realizar o evento.

Sempre senti que algo faltava na JOBA. E com o passar dos semestres eu percebi que a falta de diversidade dos temas me incomodava. Temas relacionados a Saúde Coletiva não tinham espaço no evento. Especialidades como a Cirurgia, Periodontia, Prótese e as novidades da Estética seguiam ano após ano na grade científica. Isso me despertou para fazer uma reflexão acerca dos eventos da Odontologia em geral, onde muitos discutem em grande parte protocolo e aspectos clínicos relacionados somente a boca.

Por fim, porém não menos importe, destaco a grande vivência que tive como bolsista do PET (Programa de Educação Tutorial).

A metodologia de trabalho do PET caracteriza-se por integrar grupos tutoriais de aprendizagem composto por um tutor, com a titulação de doutor, e doze alunos bolsistas. Esse método permite desenvolver nos estudantes a capacidade de resolução de problemas e pensamento crítico, além de oportunizar a ampliação da formação acadêmica destes pela realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão. (DA SILVA; LIMA DA CRUZ; DE CAMARGO, 2008)

A Bahiana é uma das poucas instituições particulares do país que possui o PET e através do programa pude ter uma experiência além da graduação e pude ter contato com “*petianos*” de outros cursos e universidades. Isso me possibilitou ampliar o olhar, desconstruir determinados conceitos e construir novos além de estimular o meu pensamento político-social. O PET era um grupo composto por estudantes de semestres diferentes e com perfis distintos. Um dos grandes desafios de compor o programa era a convivência com pessoas que apresentavam pensamentos e personalidades diferentes. Isso me fortaleceu, pois nos desafios do dia-a-dia nos espaços que ocupamos, encontramos quem siga a nossa linha de pensamento ou concorde

100% com nossos princípios e saberes. Aprender a escutar e ter um debate sadio e fortalecer a construção de saberes foram algumas ferramentas que adquiri enquanto membro do grupo. Após a jornada de cinco anos na graduação e a chegada da tão sonhada festa de formatura, me peguei pensando: “*Acabei a faculdade. E agora? O que farei?*”

III. FORMEI: E AGORA?

Como se inserir em um mercado tão difícil como o da Odontologia? Foi o que pensei ao final da minha graduação. Naquela época, final de 2015, o meu desejo era estudar Odontologia Legal. Era complicado finalizar a faculdade e começar uma especialização ou mestrado, sem ter uma renda, emprego, etc. Ao ver diversos colegas colando grau e já atuando nos consultórios, percebi o quão difícil era me inserir no mercado.

Não pude fazer nenhum curso de atualização extra durante a graduação, por conta dos custos financeiros. Mais uma mensalidade, mais uma lista de materiais, mais dinheiro para investir. A minha família não tinha condições. Aliás, não tínhamos condições de montar ou equipar um consultório odontológico para que eu pudesse começar a trabalhar. Foi então que, uma colega do PET me indicou para trabalhar em Rio Real, interior de Salvador. Salário fixo, 40hs semanais para atuar no PSF. Era um bom começo.

Recordo sobre os anseios e medos em atuar no PSF, em uma população rural, recém-formado, mas tinha que encarar. Era uma mudança de cidade durante a semana, outro ambiente, outra realidade e novos desafios. Durante a graduação temos prática clínica em grande parte dos semestres. Porém, acredito que não seja suficiente para que o estudante finalize o curso e saia seguro para atuar profissionalmente. Meus medos giravam em torno desde como me portar frente a um usuário/paciente a definir o seu plano terapêutico.

Por um momento pensei: *O que sabia sobre o Programa de Saúde da Família? E atenção básica? Eu saberia lidar com a população rural?* Lembro que muitos colegas me falaram que o PSF era bom para “*pegar mão*”, ou seja, adquirir experiência prática na clínica da profissão.

Assim como muitos colegas, eu não tinha dimensão do universo que era a Saúde da Família e tampouco a Atenção Básica. Durante a graduação tive seis disciplinas de Saúde Coletiva, onde, na sua maioria foi focado nos aspectos epidemiológicos e legislativos do SUS e Saúde da Família. Acolhimento, projeto terapêutico singular e NASF eram conceitos desconhecidos para mim.

A Política Nacional de Saúde Bucal estabelece como eixo de ações em saúde bucal, as seguintes responsabilidades:

[...] implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2004)

De acordo com a política, a atuação do dentista vai além do cuidado restrito a saúde bucal dos indivíduos. É necessário desenvolver as ações na perspectiva do cuidado ampliado com gestão participativa, ética, acesso, acolhimento e estabelecer vínculo. Além disso, atuar com interdisciplinaridade e multiprofissionalíssimo contribui para ampliação e qualificação da assistência.

Durante a minha vivência no PSF de Rio Real pude ter contato com um pouco da realidade da Atenção Básica, assim como as suas dificuldades. Um dos maiores desafios era o foco curativista da gestão, que fazia uso excessivo das tecnologias duras e priorizava uma quantidade determinada de atendimentos durante os turnos. Por muitas vezes me senti preso no consultório resumindo todo o meu trabalho em restaurar, fazer limpeza e “arrancar” dente.

Relato aqui que, apesar de tudo tive algumas experiências exitosas. A única atividade na programação de saúde bucal extramuros era o PSE (Programa Saúde na Escola), onde tive a oportunidade de ter contato com as crianças dos povoados do meu território. Ali pude me aproximar um pouco do território e da realidade das comunidades presentes. Realizava atividades de educação em saúde em conjunto com a enfermeira e agentes comunitários de saúde e era o momento em que saíamos dos muros da unidade e nos dirigíamos aos povoados, locais estes que eram distantes da unidade.

Pude perceber a simplicidade dos usuários do meu território, muitas residências isoladas em meio ao campo, estrada de barro e poucos postes de iluminação. O que mais me incomodava era a distância. Transporte público não transitava por ali e a grande maioria dos usuários, para se dirigirem a unidade vinham com o ônibus da escola, que saía antes do amanhecer. Quando, por alguma intercorrência não tinha transporte, os mesmos perdiam a consulta.

Minha curta trajetória de 10 meses em uma cidade do interior da Bahia foi de grande valia, pois ali foi o meu primeiro contato como profissional já formado e a minha primeira experiência na Atenção Básica.

Por questões políticas, o contrato foi encerrado e eu, junto com outros colegas odontólogos fui dispensado do município. Era época de reeleição e a gestão que, que estava concorrendo foi derrotada. As equipes de saúde foram reduzidas e as unidades básicas passaram a contar somente com o médico (algumas), os enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Odontólogos, profissionais do NASF, técnicos de enfermagem e recepcionistas foram dispensados. Após alguns anos de formado, vejo como essa questão política exerce forte influência nos postos de trabalho, principalmente no âmbito do SUS e na qualidade dos seus serviços. Abaixo trago um trecho que evidencia a grande precariedade do trabalho em saúde no Brasil:

No que concerne ao trabalho em saúde, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde, em documento de 2006, estimava em cerca de 600 mil o número de trabalhadores precários no SUS (24% dos postos de trabalho computados pela pesquisa de Assistência Médico Sanitária do IBGE em 1985). Além disso, calculava que de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Saúde da Família, à época, apresentavam vínculos precários de trabalho, o que gerava insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços. (GIRARDI, SABATO; CARVALHO, CRISTIANA LEITE; DER MAAS, LUCAS WAN; FARAH, JACQUELINE; FREIRE, 2010)

Todo o processo de saída do município me fez refletir muito sobre as condições sociodemográficas das pessoas que ali viviam e sobre priorização da gestão no que diz respeito à saúde e outros elementos sociais. Era um município com aproximadamente onze unidades de saúde, alguns distritos distantes da zona urbana, a dificuldade de acesso para os serviços essenciais para a comunidade (mercados, bancos, farmácia e serviços de saúde) e alto índice de violência. Como a gestão não conseguia ver todas essas questões entrelaçadas com a saúde? Trago aqui os diversos conceitos de determinantes sociais da saúde (DSS) descritos no artigo “*A Saúde e seus Determinantes Sociais*”, que conversam com as minhas reflexões sobre as condições do município de Rio Real:

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) entende os determinantes sociais da saúde como as circunstâncias tais que são moldadas, por outro lado, por “forças de ordem política, social e econômica” (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010, P.1). Nesse sentido, as condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017)

Retornei para Salvador com um futuro incerto, porém com desejo de entender e estudar mais sobre o SUS e Atenção Básica. Assim, descobri os programas de residência da SESAB, em

Planejamento e Gestão e posteriormente o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cujo estou construindo este memorial.

IV. A DESCOBERTA DE UM PROCESSO FORMATIVO ATRAVÉS DAS METODOLOGIAS ATIVAS

O início das atividades da residência veio acompanhado de muita ansiedade e curiosidade sobre o programa e os locais de atuação. Tive a oportunidade de conhecer um pouco os colegas e pude perceber o quão diversificado era o grupo de residentes. O contato com as metodologias ativas, adotando como princípio a *Pedagogia Problematizadora*, aconteceu desde a semana de acolhimento, onde pudemos discutir temáticas relacionadas ao SUS e Atenção Básica através da metodologia.

O Programa Integrado de Residências Médica e Multiprofissional adotam como princípio a Pedagogia Problematizadora. 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. Cabe ao preceptor/apoiador/docente a função de mediação, com o objetivo de diminuir a discrepância entre a formação atual e a desejada, e favorecendo o desenvolvimento das competências definidas no projeto pedagógico. (FESF, 2018)

O primeiro contato com esse tipo de metodologia foi estranho para mim e outros colegas, pois estamos acostumados ao método de ensino tradicional tanto na escola quanto na graduação, onde existe um professor, que é detentor do saber e o aluno fica restrito à sua posição do saber inferior. Com as metodologias ativas o aluno torna-se o centro do processo de aprendizagem em contraposição a posição de expectador do método tradicional.

Para (DIESEL; LEILA SANTOS BALDEZ; NEUMANN MARTINS, 2017), o método ativo busca a prática e dela se direciona para a teoria. Assim, existe o desvio do foco do professor para o aluno, que se torna corresponsável pelo seu aprendizado. O aprendiz passa a ter um controle mais afetivo da sua participação, já que a metodologia necessita de diferentes ações e construções: diálogo, leitura, comparação, reflexão, elaboração e organização de hipóteses e aplicação de fatos e princípios frente a novas situações, além da tomada de decisões.

V. O DESAFIO DE UM DENTISTA AO CONSTRUIR UM OLHAR CRÍTICO E AMPLIADO SOBRE A SAÚDE NA ESF (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

O meu processo de vivência na Saúde da Família através do programa de residência foi marcado por desafios. Fui alocado no município de Lauro de Freitas, região metropolitana de Salvador e a USF a qual fui destinado sequer havia inaugurado e com ela um histórico vinha por trás. Por conta disso, eu, colegas e preceptores ficamos semanas imersos em discussões teóricas e pedagógicas sobre temas como o acolhimento e classificação de risco, discutindo e planejando ações de um local que nunca havíamos entrado.

O contexto da USF São Judas Tadeu era de uma unidade que antes funcionava em uma casa alugada, mas que havia a previsão de inauguração de uma nova sede, agora com capacidade de inserir cinco equipes de saúde da família mais um NASF e consequentemente ampliando a cobertura da antiga unidade. A equipe existente do São Judas (ACS, recepcionistas, técnicos de enfermagem, etc.) já tinham o conhecimento sobre a entrada dos residentes para compor a equipe e a ansiedade estava elevada com a chegada de novos profissionais para promover um cuidado mais qualificado daquela comunidade. Comunidade que estava a quase um ano com a unidade fechada, sem assistência. Além do mais, a nossa entrada na unidade dependia de alguns trâmites burocráticos com Lauro de Freitas.

Relato aqui os meus medos e anseios, junto aos meus colegas, ao adentrar naquela equipe e território onde altas expectativas por parte da equipe existente e da comunidade existiam com a nossa chegada. Destaco aqui, além dos nove meses de unidade fechada, a comunidade completaria quase um ano sem assistência odontológica, que foi retirada antes do fechamento das portas da antiga unidade.

Durante todo o processo de construção do cuidado da nossa unidade, um dos nossos grandes feitos enquanto residentes foi a construção de um acolhimento multiprofissional tentando ao máximo atender aos princípios básicos do SUS, valorizando a humanização e tentando desconstruir um dos grandes problemas do Sistema Único de Saúde: a barreira de acesso. Organizamos este processo baseando-se nos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Humanização (PNH).

A ESF tem como objetivo primordial a reorganização da Atenção Básica e visa reorganizar o processo de trabalho no SUS potencializando a resolutividade, causando impacto na realidade de pessoas e comunidades. A construção de um acolhimento justo e qualificado repensa o modelo de gestão no SUS e contribui para a reflexão dos profissionais de saúde sobre os processos de trabalho, e cria uma relação de confiança e vínculo com os usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O acolhimento da USF São Judas Tadeu acontecia em um espaço físico reservado e que funcionava durante todo o horário de funcionamento do serviço, de forma multiprofissional. Destaco aqui que de acordo com a *PNAB* e o *Caderno de Atenção Básica n.*

28 – *Acolhimento a demanda espontânea*, o acolhimento não precisa acontecer em um espaço físico específico. Existem diversas modalidades de acolhimento, mas, os residentes potencializaram o formato do espaço físico protegido pelo fato de existir sala disponível na USF e por acreditar que em um local mais reservado os usuários poderiam se sentir confortáveis para relatar suas particularidades e dificuldades assim como seria possível a equipe identificar situações mais específicas como vulnerabilidade, abusos ou tendências suicidas.

Eu, enquanto dentista neste processo precisei ampliar o meu olhar para além da saúde bucal, assim como os meus colegas de outros núcleos fizeram o mesmo. Todo o processo do acolhimento e construção do cuidado dos usuários era realizado com o olhar multiprofissional quando possível e por diversos momentos eu tive que me despir do papel de dentista e me envolver em demandas fora do campo da saúde bucal.

Relato o quanto a convivência com profissionais de outros núcleos contribuiu para a minha construção ampliada de saúde até mesmo nos momentos de conflito. Estar na Saúde da Família de Lauro de Freitas foi em alguns momentos um campo de batalha, onde nós, residentes, com o objetivo de construir uma ESF mais qualificada e estruturada entrávamos em conflito direto com alguns profissionais do município e determinados momentos com a própria gestão, que faziam o movimento inverso ao desenvolvimento do SUS naquele território.

Acredito que o SUS e a AB sempre enfrentaram e ainda enfrentam diversos conflitos para a sua consolidação, apesar dos seus avanços. Durante a minha passagem por Lauro de Freitas não vi diferente.

Vale salientar, que grande parte dos desafios e dificuldades que permeiam a ampliação e aperfeiçoamento da ESF é comum aos enfrentados pelo próprio SUS. Dentre as dificuldades presentes no processo de consolidação da ESF, podem ser destacadas: a ação dos gestores que não compreende a SF como estratégia para mudança do modelo assistencial; a falta de investimentos na integralidade da atenção; a ampliação do número de equipes, mas, sem ampliar os serviços; as precárias condições de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos nas UBSF. (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015)

Além dos desafios e dificuldades apresentados na fala de acima de Carneiro, acredito que o formato do vínculo dos trabalhadores influenciou muito para os espaços de conflitos na USF. Dentro do mesmo espaço contava-se com concursados, nomeados, contratados e profissionais cooperativados, sendo estes últimos o vínculo mais frágil, com menos direitos e mais suscetíveis a sofrer situações desagradáveis como o assédio.

Sobre as condições organizacionais dos trabalhadores da saúde, Medeiros e Rocha (2004) consideram dentre os principais problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, tanto de nível superior quanto de nível técnico: a heteronomia salarial; a jornada de trabalho diferenciada e desigual; os critérios arbitrários para ascensão funcional; a ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); a falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos; a ausência das diretrizes e princípios técnico-institucionais na contratação por clientelismo; os baixos salários; a ausência de uma política de educação continuada; a polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares); a sobrecarga de trabalho para
 Devido às dificuldades gerenciais e à precariedade das condições de trabalho, os profissionais da saúde ficam sujeitos, eles próprios, a problemas de saúde. (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015)

Acrescento ainda o perfil dos profissionais que compõe a ESF. Prevalecem as indicações políticas sobre a qualidade do profissional e é notória a baixa qualidade técnica dos trabalhadores da ESF evidenciando a necessidade de investimento na formação dos profissionais para atuarem neste campo, dentro da concepção de saúde da família e território, estabelecendo vínculo e compromisso com a população para qualificar os serviços de saúde.

Este cenário mostrava-se presente na USF tornando o espaço muitas vezes um ambiente pesado, dificultando o planejamento e execuções do trabalho.

Finalizo este capítulo relatando o que foi o capítulo final da minha vivência dentro da rotina da USF São Judas Tadeu. Diante de um cenário de conflitos, a estrutura do Acolhimento exercido na unidade foi colocada em jogo a ponto do mesmo ser desfeito, ocasionando um grande retrocesso.

Confesso que não esperava ter uma experiência tão rica na Saúde da Família, apesar dos entraves e obstáculos enfrentados no processo, que muitas vezes me fizeram desistir de continuar no programa. Hoje reflito que todo esse caminho influenciou fortemente para que eu me tornasse um melhor ser humano e profissional para atuar no campo do SUS, um espaço composto por fortes discussões e muitos conflitos.

VI. EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE NOS ESPAÇOS DE GESTÃO

Passados os últimos acontecimentos enquanto residente na Saúde da Família, era hora de transitar do R1 para o R2, onde saímos do espaço da Atenção Básica e ocupamos os espaços da Vigilância e Gestão com os olhos voltados para a Saúde da Família.

Escolhi a Vigilância em Saúde (VISAU) como polo de estágio, e nela pude vivenciar a Vigilância Epidemiológica (VIEP) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e trago esta segunda uma das melhores experiências que tive enquanto residente. Apesar de exitosa, a vivência na VISAT e VIEP foram marcadas por alguns empecilhos. Trago como principal, a

dificuldade de integração com a Atenção Básica, que também é corresponsável pelas atividades de Vigilância em Saúde.

É de conhecimento da grande maioria dos profissionais do SUS que a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde; e a mesma deve estar apta para acolher todas as demandas dos usuários, dar o suporte quando necessário e realizar o encaminhamento seguro quando a Atenção Básica não for capaz de suprir aquela necessidade. Além disso, as unidades de saúde da família funcionam como polos de vigilância, visto que as doenças, agravos e fatores de risco estão presentes no território. A responsabilidade de vigilância no âmbito da gestão é de monitorar e direcionar as ações dos serviços assistenciais traçando estratégias necessárias.

Diante dessas questões percebi o quanto os profissionais da Atenção Básica não se viam ou se responsabilizavam como profissionais responsáveis pela vigilância em saúde, mesmo estando na assistência. Talvez por conta do próprio conhecimento sobre o tema ou talvez pelo fato da gestão não fomentar esse tipo de ação.

A integração das ações da vigilância em saúde (VS) com a atenção básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico-administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Iniciamos todo o processo de apresentar o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), as suas fichas e objetivos, junto com os principais agravos que o acompanham para todos os serviços de saúde do município de Lauro de Freitas. Após consulta nos sistemas, verificamos que o município sofria de um grave quadro de notificações, principalmente daquelas relacionadas ao trabalho. Por conta disso, foram necessárias uma série de atividades de qualificação e sensibilização dos profissionais.

Como o objetivo dos estágios nos espaços de gestão era voltado para o apoio matricial na Atenção Básica comecei a refletir sobre como a Saúde do Trabalhador era vista no campo da ESF e conseqüentemente percebi o quanto que a atuação de um profissional de saúde poderia ser ampla neste campo e como o mesmo é pouco explorado.

Apesar dos avanços registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e trabalham como lócus privilegiado para a definição das prioridades de saúde, na perspectiva da complexidade envolvida no processo saúde-doença, a escassez de recursos financeiros e o aumento do poder técnico e político das comunidades, para o exercício do controle social do SUS. (DIAS; RIGOTTO; GIRALDO, 2009)

A Saúde da Família extrapola os muros da assistência, e perpassa pelo território juntamente com as suas fragilidades e potencialidades, questões de infraestrutura, sociais e o trabalho. Percebi que os profissionais não conseguiam enxergar, muitas vezes o usuário além de um simples ser queixoso.

As inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde, determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico em uma dada sociedade, são a principal referência para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte das pessoas, a vulnerabilidade diferenciada de certos grupos sociais e a degradação ambiental e, assim, para construir alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população. (DIAS; RIGOTTO; GIRALDO, 2009)

Refleti também que, em diversos momentos passei pela mesma situação. Este fato não minimiza a qualidade dos profissionais, pois como já relatei anteriormente, a maioria dos cursos de graduação são frágeis no ensino do SUS. Com a Saúde do Trabalhador o cenário não foi diferente. Muito pelo contrário, a situação ainda é mais agravada, pelo fato de o tema não ter visibilidade por grande parte dos gestores e por conta da predominância do modelo curativista.

Minha experiência na Saúde do Trabalhador também foi marcada por representar em diversos momentos o município de Lauro de Freitas nos eventos da DIVAST/CESAT (Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/ Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador), com temas relacionados ao trabalho infantil, saúde do trabalhador na atenção básica e saúde mental e trabalho.

Isso influenciou para que realizasse o meu estágio eletivo na mesma instituição, onde tive a oportunidade de participar de inspeções e realizar um estudo sobre o panorama de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, no estado da Bahia, onde no final do estágio fui convidado a participar de uma oficina para apresentar o produto do estágio vivenciado.

O último ciclo da residência foi vivenciar os espaços da COPLAC (Coordenação de Planejamento, Avaliação, Auditoria e Controle) e da Gestão da Atenção Básica. O primeiro setor é responsável pelos processos de suporte e monitoramento no planejamento e nas ações da secretaria de saúde, contribuindo para a elaboração do plano anual de saúde com metas, indicadores e planos de trabalho. Além disso, é responsável pela avaliação dos serviços de saúde e auditoria dos serviços públicos ou privados parceiros do município.

Destaco aqui a importância da vivência neste setor, onde pude entender o porque de certas exigências e cobranças de quando eu ocupava o espaço da assistência. Tive conhecimento sobre a existência de um Plano Plurianual da gestão, assim como o Plano Anual de Saúde, documentos que contém metas e indicadores que devem ser alcançados por

todos os setores da gestão. O contato com profissionais capacitados e dispostos a realizarem trocas de conhecimento foi uma das grandes vantagens de estar neste setor.

Relato a importância de estar em um ambiente de trabalho leve, descontraído e que ao mesmo tempo é eficiente. Durante essa experiência de dois anos da residência me deparei constantemente com o desafio de lidar com uma gestão que além de não pactuar com a consolidação da residência no município, faziam o movimento inverso de retrocesso da saúde em Lauro de Freitas e na grande maioria das vezes tomando decisões verticalizadas sem ter o olhar sensível ao trabalhador da ponta e principalmente para a comunidade.

Aqui inicio a contrapartida de estar na gestão, ou o pólo negativo do estágio. Estar dentro do espaço da Atenção Básica, um ambiente hostil e nada acolhedor não foi animador para mim e para as colegas que compartilhavam o estágio comigo.

Surgiram duas demandas para o estágio no setor: O PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde) e a criação da Linha de Cuidado de Vigilância em Doenças Crônicas com ênfase na Hipertensão e Diabetes.

O primeiro, foi uma demanda que surgiu no primeiro ciclo com os residentes que iniciaram o estágio da gestão em abril. A ideia era aplicar o PPLS como piloto na unidade que tínhamos como referência, a USF São Judas Tadeu. Porém, no decorrer do ano devido a entraves e conflitos com profissionais da unidade e a gestão da Atenção Básica, os residentes do primeiro ano saíram da unidade e em dezembro a residência para eles foi dada como finalizada em Lauro de Freitas. Ou seja, não haveria campo para aplicar o PPLS devido ao rompimento das equipes de saúde da família e problemas na unidade. Sendo assim, iniciamos o último ciclo do estágio com a pendência de onde seria aplicado o projeto.

Dependíamos da coordenadora e diretora do setor para nos direcionarmos a outra unidade. Por fim, fomos direcionados as USFs Centro e Chafariz, cada uma com duas equipes que funcionavam em um único espaço físico: uma casa de dois andares adaptada, onde no andar superior funcionava a USF Centro e no inferior a USF Chafariz. Para implantar o PPLS era necessário que existissem no mínimo condições favoráveis para as equipes nas USFs. Como levantar problemas e propostas para equipes que funcionavam em um espaço adaptado, sem acessibilidade, profissionais insuficientes, além dos problemas comuns a todo o município: a falta de insumos, materiais e suporte da gestão para realizar as atividades. Além de todas essas questões, as equipes e a comunidade estavam desmotivadas.

Então me questiono: quais critérios foram utilizados para que essas unidades, extremamente fragilizadas fossem escolhidas como piloto do projeto? Qual o papel da gestão

em todo esse processo? O projeto irá continuar, visto que a residência irá sair do município? Finalizamos essa etapa com esses questionamentos e talvez nunca saibamos a resposta.

Sobre a Linha de Cuidado, com o auxílio de um consultor do Estado, iniciamos a escrita do projeto sobre a criação da mesma, para estabelecer ações, fluxos e qualificar o cuidado, além de nos apropriarmos mais sobre as questões relacionadas a Hipertensão e Diabetes Mellitus. A ideia era aplicar um questionário com o objetivo de buscar informações sobre como os cuidados relacionados às doenças crônicas são realizados pelas equipes de saúde da família. Mais uma demanda dada aos residentes e novamente nos questionamos: o projeto era da residência ou da gestão? Quem seria o representante da Atenção Básica que iria compor os espaços de reuniões e apropriações sobre o tema? Aqui mais uma vez relato sobre a ausência dos gestores nos espaços, sem o diálogo com os produtos pactuados com a residência, havendo somente a cobrança e não a corresponsabilização do processo.

PERSPECTIVAS E FUTURO

Acredito que toda experiência quando possui os seus altos e baixos, conquistas e derrotas nos prepara para que nos tornemos melhores seres humanos e prontos para enfrentar batalhas e dificuldades futuras.

Não trago a residência como um processo que foi extremamente doloroso e de aprendizagem em meio ao caos. As pessoas que estavam ao meu redor influenciaram muito para que chegasse até o final com a mente sã e sensação de dever cumprido. Aprendi que nem sempre temos razão e que devemos parar para escutar e tentar absorver o que o outro tem de melhor para nos dizer. Isso nos fortalece para a construção de um ambiente mais sadio e construção de um SUS mais coerente e saudável.

Estar na Saúde da Família e transitar por outros espaços como gestão, vigilância, participar de eventos e ampliar a *network* me fizeram entender que a Saúde Pública é o espaço que quero estar, apesar das dificuldades por conta do cenário político e dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Penso que seja a minha forma de dar um retorno a sociedade. Causar um impacto positivo e tentar ao menos minimizar algumas adversidades que o nosso Sistema possui.

Todas essas experiências influenciaram para que eu desejasse e me dedicasse a ingressar no Mestrado de Saúde, Ambiente e Trabalho da UFBA e que para que eu continue buscando mais conhecimentos a fim de contribuir mais para o nosso SUS, que há 30 anos sofre para se consolidar no cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. RODRIGUES, B. et al. Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. v. 17, n. 4, p. 73–86, 2017.
2. RIBEIRO, L. R. DE C.; MIZUKAMI, M. D. G. N. Uma Implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) na Pós-Graduação em Engenharia sob a Ótica dos Alunos. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 25, n. 1, p. 89, 2004.
3. DA SILVA, V. A.; LIMA DA CRUZ, J. B. R.; DE CAMARGO, C. L. O Programa De Educação Tutorial (Pet) Como Instrumento Pedagógico Para Os Alunos De Enfermagem. **Tutorial Education Program (Pet) As a Pedagogic Instrument for Nursing Students.**, v. 22/23, n. 1–3, p. 57–66, 2008.
4. GIRARDI, SABATO; CARVALHO, CRISTIANA LEITE; DER MAAS, LUCAS WAN; FARAH, JACQUELINE; FREIRE, J. A. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, p. 11–23, 2010.
5. GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.
6. FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **Projeto Político Pedagógico**, 2018.
7. DIESEL, A.; LEILA SANTOS BALDEZ, A.; NEUMANN MARTINS, S. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica Active teaching methodologies principles: a theoretical approach. v. 14, n. 268, p. 268–288, 2017.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasil, 2012.
9. MACIEL, R. H. M. DE O.; SANTOS, J. B. F. DOS; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 75–87, 2015.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: [s.n.].
11. DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M.; GIRALDO, L. C. Saúde ambiental e saúde do trabalhador. p. 2061–2070, 2009.