

BRUNO LUIZ RIBEIRO CAMPOS NEVES

Memorial de um Cirurgião-Dentista da Equipe
Multiprofissional em Saúde da Família.

Trabalho de Conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família da
Fundação Estatal Saúde da Família e
Fundação Osvaldo Cruz – BA para fim de
obtenção de título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Karine Santos Canário

Co-Orientador: Sóstenes Conceição dos
Santos

Camaçari 2019

Sumário

1. Introdução.....	3
2. Acolhimento	5
3. Odontologia e Estratégia de Saúde da Família.....	8
3.1 Agenda	9
3.2 Atendimento clínico	10
3.3 Relação com a Preceptoría.....	12
3.4 Relação com a ASB	14
3.5 Iniciação à preceptoría:	16
3.6 PSE.....	17
4. Visita Domiciliar	19
5. Reunião de Comunidade:.....	21
6. DEPLAN – Educação Permanente	22
7. Estágio Eletivo – CEO Feira de Santana.....	24
8.Linha de Cuidado - Reabilitação.....	31
9.Considerações finais	36
10.Referências Bibliográficas.....	39

1. Introdução

Quando escolhi a odontologia, lá no vestibular, buscava, na minha futura profissão, algo que refletisse felicidade, uma profissão que permitisse estar sempre ajudando ao próximo. Neste contexto, a odontologia se encaixava perfeitamente, pois, além de apenas devolver um sorriso, o bom e dedicado cirurgião dentista devolve autoestima para cada paciente que passa por suas mãos. Mal sabia eu o quanto mais poderia ir um Cirurgião-Dentista. Eis que surgiu em minha vida uma aprovação na residência de saúde da família multiprofissional. Essa experiência foi muito mais além do que ser o dentista de referência da USF PHOC 3 pois, com ela surgiu uma responsabilidade de inserir a odontologia na equipe multiprofissional, quebrar barreiras, mostrar que o dentista é capaz de ser uma peça crucial para uma equipe mínima na estratégia de saúde da família.

Porém, os primeiros meses da residência não foram nada fáceis. Em alguns momentos, eu e meus colegas residentes, nos sentimos jogados em um “posto de saúde” com uma baixa assistência da coordenação da residência. Passou pela cabeça desistir desse processo de formação pois ficava angustiado quando iria poder ser orientado afinal, não tinha preceptor de núcleo. Enfim, era uma experiência muito nova e confesso que, por muitas vezes, não sabia o que fazer, mas nada como um dia após o outro. Pude entender que ali era uma oportunidade ímpar de maturidade profissional para um recém-formado e que ali era o pontapé inicial de tudo, uma grande oportunidade de discutir casos clínicos com uma equipe multiprofissional, de evoluir e entender como lidar com cada paciente, oportunidade de desenvolver postura e acolher o cidadão, principalmente o usuário do SUS, com respeito e dignidade. Pude sentir na pele as dificuldades do servidor público em trabalhar com um SUS tão defasado, mas, nessas dificuldades podemos tirar de letra com o uso adequado da criatividade e da resolutividade.

Na residência multiprofissional pude entender melhor como o Cirurgião-Dentista é uma peça fundamental da equipe de saúde da família e de como o resultado do cuidado, quando avaliado por uma equipe multiprofissional, é bastante significativo. No Brasil, a inserção deste profissional no serviço público foi reforçada desde o ano 2000, com as chamadas Equipes de Saúde Bucal (EqSB) na ESF (BRASIL, 2011). Esta estratégia, associada às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, às diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribuem para o deslocamento do campo técnico e

tecnicista da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

Observando a literatura, podemos analisar inúmeros artigos que realizaram estudos diversos sobre atenção à saúde bucal na ESF (PAIM; SOARES, 2011; PEREIRA ET AL., 2012, REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L., 2015). Esses estudos destacam as dificuldades e os avanços obtidos, porém, é necessário compreender de maneira mais específica, o trabalho desenvolvido pelo Cirurgião Dentista na ESF: como ele vem desenvolvendo seu trabalho; quais as principais dificuldades desse processo de trabalho; como é a relação com os demais profissionais da equipe de saúde da família; de que maneira enfrenta as inúmeras prescrições surgidas no processo de mudança, ainda recente, do modelo assistencial (REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L., 2015).

Para atuar na ESF o CD precisa desenvolver competências para além do seu 'núcleo do saber', saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e dependente do equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. Isto se constitui em um desafio, na medida em que se faz necessário integrar a prática dos profissionais diante de um cenário marcado pela maneira fragmentada com que cada especialidade ou subespecialidade cuida de apenas uma parte da atividade (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). O trabalho na ESF fomenta mudanças na atuação do CD pela chamada 'intercessão partilhada', ou seja, a relação existente não só entre o profissional e o paciente, mas o envolvimento de um contexto amplo, que vai desde o serviço até a família e a comunidade. Atitudes como o vínculo e o acolhimento tomam uma dimensão maior na ESF (SANTOS ET AL., 2008) e vão exigir de cada profissional aprimoramento e desenvolvimento de novas habilidades e competências.

Como normas antecedentes para o trabalho na Atenção Básica destacam-se ainda as ordens da hierarquia institucional, os procedimentos, as normas técnicas e as diretrizes (BRASIL, 2011). Mesmo quando os profissionais buscam colocar em prática os protocolos, sempre há um encontro de diferentes vontades, sujeitos e necessidades, onde diferentes negociações de eficácia são realizadas (RAMMINGER; BRITO, 2011). Isso vai determinar, por exemplo, se um CD fará uma palestra de orientação de higiene oral para um grupo de usuários ou se, além disso, irá dialogar com cada um deles sobre a técnica de escovação, ou, ainda, se irá pegar na mão e na escova de um deles, ensinando a todos sobre a maneira correta de realizar os movimentos. Isso denota a complexidade da

atividade do trabalho em saúde. Somam-se a isto os constrangimentos do meio, que podem alterar ou impedir a realização de atividades (REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L., 2015).

O fato de a odontologia não estar presente desde o início, possivelmente, acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais e pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal. Sendo assim, com a inserção da saúde bucal no PSF, o Cirurgião-dentista passa a desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS, bem como enquadrar-se num processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe multiprofissional (LOURENÇO et al., 2009).

Se reorganizar dentro do novo modelo de atenção à saúde, necessita capacitação dos profissionais envolvidos, tanto na graduação quanto na pós-graduação, ampliando a visão de saúde e os tornando capazes de compreender o usuário como parte integrante de um núcleo familiar, associada à necessidade de se trabalhar de maneira multiprofissional. Neste sentido, é necessário entender o comportamento dos cirurgiões-dentistas nos consultórios quanto ao seu papel na concepção dessa nova proposta de trabalho no serviço público de saúde.

Diante do meu processo de formação na residência multiprofissional de saúde da família irei abordar, neste memorial, a importância da inclusão do Cirurgião-Dentista no Programa Saúde da Família e sua relevância como profissional de saúde capaz de tornar o SUS, um sistema ainda mais qualificado e resolutivo.

2. Acolhimento

Do mais temido a um espaço multiprofissional de muito aprendizado, o acolhimento praticado nas unidades de saúde da residência multiprofissional é um espaço de formação no qual a primeira definição que vem à cabeça, é de que acolhimento é postura. Com certeza, o corpo pedagógico e residentes que lerem isso vão, no mínimo, dar uma leve risada interna concordando com a definição, afinal, aprender o acolhimento na prática não nada fácil. Discussões, reuniões, pactuações sempre serão necessários para redefinir o acolhimento praticado na unidade, o mais conhecido como acolhimento-serviço (demanda espontânea).

Em documento oficial desta política (BRASIL, 2004), o acolhimento é definido por:

“processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.”

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011). Nesta percepção, o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, subsidiando a geração de reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, na retomada da equipe multiprofissional e na qualificação do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012)

Quando falamos em equipe multiprofissional, estamos levando em consideração uma correlação dos diferentes saberes, buscando a descentralização do atendimento com intuito de construir novas respostas às demandas proposta. Esta proporção abrange tanto o vínculo criado entre os profissionais e usuários como também a relação entre a equipe multidisciplinar, como vínculos democráticos, que encorajam a participação, a autonomia e a decisão coletiva (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

É nítido que o acolhimento de qualidade gira em torno de relações da postura no ato de acolher e na reciprocidade, visto que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido. No seu sentido legítimo, o acolhimento tem como objetivo humanizar as relações entre os profissionais e serviços de saúde com seus usuários, através de escuta qualificada, formação de vínculo e respeito, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema, é importante salientar que essas relações de conquista do vínculo e valorização do profissional recebe diversas influências. Nas sociedades capitalistas, a relação entre as pessoas tende a apresentar

uma motivação mais utilitarista, resumida a interesses materiais. Entretanto, a ocorrência de trocas de sentimentos e atitudes, ditas simbólicas, podem se manifestar de forma positiva ou negativa (LOPES, 2014).

Na unidade de saúde da família do PHOC III, o acolhimento foi o primeiro passo de diversas medidas tomadas em busca de melhorias para o serviço. Através do acolhimento pudemos entender que a alta demanda de uma das equipes era um alto número de pacientes gestantes e da outra equipe a alta demanda era de pacientes hipertensos e diabéticos. A partir daí, elaboramos medidas para melhor o alcance desses públicos-alvo e, como solução, desenvolvemos consultas coletivas. No acolhimento, a demanda espontânea da unidade de saúde da família do PHOC III era respeitada. Havia uma classificação de risco e o serviço era dividido em escala pelos profissionais de saúde da unidade conforme não prejudicasse a demanda de consulta marcada.

No acolhimento todos os profissionais de saúde realizam a primeira escuta, momento esse de esclarecimento e orientações (inicialmente um dos momentos mais difícil de adaptação no processo da minha formação). Nele, o profissional ouve a queixa principal do usuário, sinais e sintomas e, se por ventura não for resolutivo, é solicitado uma segunda escuta para atendimentos com prioridade e marcação de consultas para atendimentos que necessitam de uma avaliação mais complexa. A partir daí, pude perceber como, a cada caso clínico discutido com colega sobre uma demanda médica ou de enfermagem ou do NASF, o quanto mais maduro eu me tornava para acolher qualquer paciente, percebi também que o acolhimento melhorava o tempo clínico que refletia no melhor fluxo da unidade, afinal, nem todas as demandas eram passadas para a segunda escuta e, quando passadas, já chegavam de maneira mais clara e objetiva, com o caso geralmente sendo resolvido no menor tempo e com a mesma efetividade.

Avaliando os dados gerados pelo acolhimento, de maneira geral, nesses dois anos de residência, pude perceber que as mulheres procuram mais o serviço do que os homens e até mesmo quando os homens precisam eles solicitam que as mulheres vão até a unidade seja para renovar uma receita ou marcar uma consulta, esse número de acesso do paciente do sexo masculino ainda diminui quando separamos criança de adulto. Podemos destacar também que nesse período, a maioria dos pacientes que procuravam o acolhimento necessitava de marcação de consulta, sendo a segunda demanda mais a renovação de receita (principalmente de pacientes de hipertensão, diabetes e renovação de método anticoncepcional), em terceiro destacamos como motivo da escuta para acolhimento uma queixa aguda que é um dos principais objetivos do acolhimento,

baseado no princípio da equidade. Ao avaliar esses dados em equipe, foi decidido a implementação da consulta coletiva de HIPERDIA, com objetivo de desafogar a demanda do acolhimento.

Enfim, o acolhimento é um excelente espaço para trabalhar a organização da equipe. Todos têm que falar a mesma língua e cumprir o seu papel no serviço para evitar desconfortos, salientando a importância de cada servidor ali presente ou não: recepcionista, vigilante, agente comunitário, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, reguladora, medico, dentista, enfermeiro, NASF, entre outros, todos esses têm papel fundamental para o bom funcionamento do acolhimento. O dia a dia não é nada fácil. Aprender a lidar com os pacientes e seus diversos sintomas e sinais, explicar a classificação de risco, realizar sala de espera, falta de abastecimento de água, falta energia elétrica, falta de material, o paciente que lhe olha de “olho torto”, em resumo, as vezes falta governabilidade para resolver alguns problemas, como diz na linguagem popular “não adianta ir aonde o braço não alcança”, porém a maturidade que se ganha em cada dia de acolhimento lhe ajudar a ter habilidade para poder gerir bem qualquer obstáculo.

3. Odontologia e Estratégia de Saúde da Família

Por volta do ano 2000, o Cirurgião-Dentista foi inserido na proposta da Estratégia de Saúde da Família, isso devido à criação das Equipes de Saúde Bucal. A proposta surge na necessidade de não somente realizar procedimentos curativos, que até então não havia gerado o resultado esperado, mas também da necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e; da necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica. Estes foram os motivadores da implantação das ações da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Neste contexto, o cirurgião-dentista, o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dental foram incluídos na equipe (LIMA, WATANABE, PALHA, 2006). O Cirurgião-Dentista tem, entre tantos papéis na ESF, o de realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar as ações de saúde bucal, bem como atender à comunidade no território adscrito que a sua equipe está atrelada. Esse atendimento tem como objetivo: promover e proteger a saúde bucal;

prevenir agravos; realizar diagnóstico; tratar; acompanhar; reabilitar e; manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos. Além disso, devem realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. O CD tem o papel também de coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, como também acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Assim como o médico e o enfermeiro, o dentista deve atender a demanda espontânea e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. E, por fim, devem supervisionar tecnicamente o trabalho do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

3.1 Agenda

Assim que foi dada a largada como o novo CD da USF PHOC III, surge o primeiro obstáculo: equilibrar uma agenda com múltiplas responsabilidades. Para quem pensa que é fácil montar uma agenda, que de mole não tem nada, pode não reconhecer o quão prazeroso e gratificante é montar a agenda em equipe e, melhor ainda, em um dos espaços de excelência da agenda: a épica Reunião de Unidade. Sim, pegava fogo aquele auditório. Menos mal que o consultório odontológico era um uma sala intocável e de uso único dos CDs, porém, como encaixar atendimento, acolhimento, ações coletivas, visita domiciliar, colegiado gestor, reunião de equipe, reunião de unidade, avaliações, grupo diversidade, consultas coletivas, reunião de comunidade, Grupo Mais Saúde, turno pedagógico, Educação Permanente... Ufa! Parecia que não acabava, mas, por fim, com um retoque ali, outro aqui e várias reuniões em equipe fomos colocando uma agenda no lugar. Pactos foram realizados com os agentes comunitários a modo de melhorar a logística das visitas domiciliares. Para acolhimento fizemos escalas e, para demandas reprimidas e marcação de consultas, fizemos consultas coletivas. Após tantas discussões posso destacar que agenda semanal em seus 10 turnos de segunda a sexta foi dividida em um turno de visita domiciliar, um de reunião de equipe, um turno pedagógico, um de atividade coletiva, dois de acolhimento, um turno para o grupo de caminhada e três turnos para atendimento, destacando que toda última sexta-feira do mês acontecia a reunião de

comunidade e as quintas quinzenais acontecia a reunião de unidade. No segundo ano de residência fiquei apenas 5 turnos na unidade, divididos em: atendimento, visita domiciliar, reunião de equipe, acolhimento e colegiado gestor. Ao planejar a agenda destacamos a importância de ter toda semana uma reunião de equipe para visitas domiciliares, uma escala da equipe multiprofissional no acolhimento tornando mais resolutivo, escala de equipe multiprofissional no grupo de caminhada realizando atividades diversas e fortalecendo o vínculo com a comunidade. Destaco como muito importante também a agenda para recepção de novos residentes, essa transição requer tempo para a passagem do bastão e das responsabilidades do novo residente, que por muitas vezes é inexperiente assim como eu era, e nada mais justo e coerente é realizar uma apresentação de normas e funcionamentos da unidade, bem como a futura agenda que eles serão responsáveis. Por fim, para resolução de problemas, usamos o diálogo, sempre, como a melhor proposta. Na prática da odontologia, a equipe pôde ver como o resultado de uma agenda pactuada e bem dividida tinha como resultado o reconhecimento da comunidade, que mesmo com a demanda ainda muito reprimida e com todos os percalços com falta de água e alguns materiais, havia uma compreensão da comunidade que o trabalho ali estava sendo feito da melhor maneira.

3.2 Atendimento clínico

Agenda pronta, vamos lá exercer a função mais conhecida do profissional CD, o atendimento clínico. Engana-se quem pensa que o CD está ali apenas para realizar procedimentos clínicos. É um tal de “Doutor, aqui ranca o dente?”, “Doutor aqui coloca massinha?” ou então “Doutor, aqui faz limpeza?”. Estes representam inúmeros questionamentos que partem do usuário, de maneira pontual, seguindo o raciocínio da queixa-conduta. Inicialmente, é importante deixar claro que limpeza quem realiza é o pessoal dos serviços gerais (um salve para Dona Linda e Josélia, que exerciam os serviços gerais muito bem na unidade do PHOC III). O CD realiza a adequação do meio bucal com objetivo de devolver saúde para indivíduo, portanto, todos os procedimentos odontológicos realizados pelo Dentista da Família na USF têm como objetivo adequar a saúde oral daquele indivíduo, seja para concluir o tratamento ou para encaminhá-lo para o centro de especialidade odontológico.

No PHOC III o fluxo de acesso do usuário ao CD para atendimento dependia da demanda do indivíduo. Se a demanda fosse de urgência o paciente era avaliado no acolhimento e encaminhado para o consultório para as vagas de urgência quando necessário; se fosse para marcação de consulta, o paciente era orientado a procurar a recepção e marcar a consulta coletiva mais próxima, ou então era um procedimento pontual no qual usuário e o CD estavam disponíveis para realizar o procedimento, o paciente era atendido pelo que chamamos de atendimento com acesso avançado. Cabe destacar também que os pacientes das consultas coletivas de HIPERDIA e de Gestantes eram avaliados e encaminhados para marcação de consulta, diretamente.

As consultas coletivas costumavam acontecer quinzenalmente e eram marcados cerca de 20 pacientes que participavam de uma educação em saúde, orientação de higiene oral, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, avaliação, solicitação de exames complementares e, caso necessário, já voltava para casa com sua próxima consulta marcada.

Esse desenho foi uma estratégia na intenção de desafogar uma demanda reprimida da odontologia devido a diversos problemas estruturais e gerenciais da USF. Partindo dos princípios da equidade e da integralidade, foi construída a marcação de consulta para atendimento odontológico.

Outro ponto importante do atendimento é a discussão do plano de tratamento com o indivíduo, deixando-o sempre como o protagonista do seu cuidado, focando sempre na promoção e prevenção da saúde bucal. Permitindo que o paciente se enxergasse no processo, para entender o porquê sua saúde bucal não era satisfatória, o que levava ele a ter problemas de saúde bucal, e então discutir o seu plano de tratamento baseado nas vulnerabilidades por qual aquele paciente passa e na compreensão dos fatores que determinam a sua saúde de maneira geral, não nada fácil elaborar plano de tratamento e realizar procedimentos clínicos em pacientes que até ali já havia perdido muitos dentes e possui uma mal oclusão, que afeta diretamente na sobrecarga dos dentes em boca causando fraturas e desgastes de dentes restaurados e hígidos, isso tudo também pois a reabilitação com prótese não é um serviço prestado pelo município. Infelizmente, muitas da procura pelo serviço odontológico é para exodontia, mesmo não sendo o procedimento mais realizado devido à dificuldade para realizar a radiografia ou simplesmente pois ainda não é a indicação, o usuário culturalmente acha que a melhor escolha é a exodontia e cabe a profissional referência esclarecer qual deve ser a medida a ser tomada sempre acolhendo e explicando ao paciente.

Dentre as linhas de cuidado que mais acessavam o atendimento clínico destaco as pacientes do sexo feminino e em sua maioria idosas, em segundo lugar, mas não tão relevante como o primeiro lugar as crianças, isso comprova como a mulher têm o maior interesse para o cuidado a sua saúde comparado ao homem e por ventura a maioria das crianças atendidas são marcadas e acompanhadas por algum responsável do sexo feminino, baseado nesse dados fica a reflexão de uma necessidade de incentivar o maior acesso dos pacientes do sexo masculino na unidade.

Avaliando os dados levantados em 2018 pude observar que os procedimentos mais realizados no decorrer do ano são os de orientação de higiene oral, aplicação tópica de flúor, raspagem supragengival e subgengival e profilaxia, com alto número desses procedimentos realizados podemos concluir que não há uma boa higiene oral da comunidade, por muitas vezes pela falta do material básico para uma boa higiene oral como a escova dental, pasta dental e fio dental ou simplesmente por que não realiza a escovação de maneira adequada, o número de pacientes com biofilme é muito alto, elegendo assim a doença periodontal uma preocupação a ser tomada. Percebo que mesmo todos esforços de atividades coletivas, grupos e sala de espera, ainda é alto o número de pacientes que ainda não escovam os dentes de maneira adequada e isso é devido a falta do acompanhamento e esclarecimento do cirurgião-dentista ao usuário, no PHOC III tive diversas dificuldades de continuidades em plano tratamento e levanto também como causa esse alto número problemas estruturais, falta de insumo, falta de água, quebra de autoclave e ausência de substituição de ASB em situação de férias, que sempre quebrava o acompanhamento do paciente e desestimulando tanto a equipe quanto o paciente.

Por fim, posso destacar o crescimento clínico tão absorvido durante esses 2 anos de residência no qual não apenas aperfeiçoei as técnicas e protocolos de atendimento odontológico. Na residência evoluímos na postura profissional tanto com o usuário quanto com a equipe multiprofissional.

3.3 Relação com a Preceptoría

A relação entre preceptor e educando é um importante instrumento para a descoberta do trabalho coletivo. Para que isto aconteça, é importante aceitar e valorizar o que o educando traz enquanto conhecimento teórico e sentimentos. Estimula-se nesta relação o

ato de pensar, construindo hipóteses e as ratificando ou retificando. (BARRETO ET ALL, 2011)

Inicialmente não foi nada fácil se adaptar ao desenho da residência, fiquei bastante insatisfeito e decepcionado com a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF). Foram quatro meses na USF do PHOC III com a ausência de um preceptor. Me sentia esquecido, fora do desenho de um residente e sem orientações plausíveis e importantes. A experiência em saúde da família era algo novo e eu estava entrando de coração aberto, porém necessitava de uma orientação para me encontrar e entrar no processo de formação da melhor maneira. Não foi nada fácil ser o ÚNICO dentista no PHOC III. Necessitava, urgentemente, de um preceptor e de um colega (o colega infelizmente não veio) para dividir o serviço, as angústias, os projetos, as metas e planos, em resumo, ter na prática a vivência de um dentista residente em saúde da família, organizar os turnos pedagógicos, organizar o PSE, organizar as atividades coletivas. Nesses quatro meses pude entender o quão gratificante é trabalhar em equipe, ainda mais numa equipe disposta a trabalhar unida e em busca de uma melhor saúde para aquela comunidade. Como residente, pude entender que, mesmo Samara sendo preceptora de enfermagem, Mylena de medicina, Ana Paula do NASF, elas também eram minhas preceptoras de saúde da família, com quem eu muito aprendi e agradeço por terem me entendido e sustentarem até ali, mas ainda faltava a cereja do bolo e após greve e reivindicações com apoio de todos os residentes de Camaçari, enfim chegou a tão sonhada preceptora de odontologia do PHOC III. Bem-vinda Karine!

Recebi Karine de braços abertos. Percebi um pouco assustada afinal havia ali uma grande expectativa com sua chegada, não só minha, mas de toda equipe que lutou para isso. Estava preparado, afinal foram 4 meses em intensivo acolhimento, então acolhi Karine da melhor maneira que podia acontecer, mostrando tudo que eu já havia construído até ali e por que precisava tanto de uma preceptora. Estávamos dispostos a atingir várias metas e fazer uma saúde da família de ponta. Atender uma demanda tão reprimida não era nada fácil, mas quando tem pessoas dispostas do seu lado tudo acontece, e não foi diferente. Karine chegou disposta e organizamos: agendas, consultas coletivas, acolhimento, atendimentos, Programa de Saúde na Escola, reuniões de unidade, colegiado gestor, ações para comunidade, turno pedagógico e etc. Estávamos em sintonia e era engraçado observar que até nos momentos de caos que se passou na USF PHOC III o núcleo de odontologia se manteve firme e organizado e, o mais gratificante, com o reconhecimento da comunidade. Entre tantas ações nunca

vou esquecer-me de quando iniciamos o grupo de odontologia para gestante. Havia uma demanda que era a consulta odontológica trimestral obrigatória para a gestante, mas devido a falha de comunicação e a falta nas consultas de muitas daquelas inúmeras gestantes o número de atendimentos ainda era muito baixo. A partir daí, começamos o trabalho de formiguinha e, mesmo com a falta de tempo do restante da equipe, fizemos: Eu, Karine e Daniela (auxiliar de saúde bucal) a busca ativa nos corredores convidando cada uma daquelas gestantes para o grupo de odontologia para gestante. Tivemos excelentes resultados nas nossas metas para atendimento à gestante e mais uma vez a gratidão dos usuários.

Com Karine pude levar o vínculo do cuidado odontológico para comunidade do PHOC III que, apesar de tantos problemas como falta de água, falta de materiais, autoclave quebrada, entre outros problemas que paravam o atendimento odontológico, também nos tiraram da caixa para poder crescer como dentista. Estava ali para ajudar e, a cada problema desses surgia um novo aprendizado nos tornando cada vez mais resolutivos. Aprendemos a e comunicar com a gestão sempre levando transparência ao usuário de tudo aquilo que estava acontecendo. Nem todos compreendiam, mas havia ali um respeito a odontologia que a todo momento estava disposta a entender as demandas do usuário sendo ela odontológica ou não. Daí se cria o vínculo.

3.4 Relação com a ASB

É de extrema importância para um bom funcionamento do consultório odontológica em uma ESF, o bom entendimento e comunicação entre o Cirurgião-Dentista (CD) e a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Para melhor compreensão do papel da ASB na ESF, podemos destacar algumas competências conforme o caderno da atenção básica, número 17 (2008), como: realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumental e materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organizar a agenda clínica e; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma

multidisciplinar e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Cabe destacar também que os Auxiliares de Saúde Bucal devem realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde, bem como atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, inclusive com acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

No PHOC III encontrei Daniela Luz, essa parceria, sempre disposta a aprender e se tornar uma profissional cada vez melhor. Para cada novo processo de trabalho uma nova reflexão sobre a competência de cada um, sempre discutindo em equipe os fluxos a serem desenvolvidos para, no final das contas, melhorar o acesso do usuário. A famosa ASB Dani não tinha preguiça. Materiais sempre bem organizados por procedimentos, livro ata sempre atualizado, sempre presente em todas as consultas coletivas e programa de saúde na escola dando apoio nas escovações supervisionadas, educação em saúde, aplicação tópica de flúor, no acolhimento e esclarecimento aos usuários. Mas tudo isso nem sempre foram flores. Quando cheguei à unidade, em 2017, foi necessário um processo de conquista, pois a ASB estava desestimulada com o processo de trabalho, principalmente referente a continua mudança, não só dos servidores, como também da equipe mínima que era composta pelo programa de residência multiprofissional. Dani relatava que quando ela se acostumava com o processo de trabalho de um Cirurgião-Dentista, o ano acabava e daí novos dentistas chegavam com novos processos de trabalho, novas manias, novos hábitos, sugestões, novos fluxos, diversas novidades essas que por mais que tenham uma excelente intenção, causava um grande desgaste do seu processo de trabalho. Como encaminhamento, pensei diversas ações, mas a ação imprescindível para aquele momento era apresentar o programa de residência que, mesmo em 2 anos já acompanhando cirurgiões-dentistas residentes, ainda não era claro o motivo de tantas mudanças. Como divisor de águas foi importante emponderar a ASB sobre como funciona uma USF com profissionais da residência, seus direitos, seus deveres, como funciona agenda, etc. Com o ensejo ela aproveitou para dar sugestões e apresentar alguns fluxos que já ocorriam na USF. Apresentou agendas antigas, alguns registros, salientou a importância de reservar um tempo após as consultas para desinfecção e esterilização dos materiais, tirou suas dúvidas e, para finalizar, se colocou disposta a juntos e organizados oferecermos um atendimento odontológico de qualidade.

Por fim, é importante salientar, que a presença do ASB na equipe de saúde bucal é extremamente relevante, porque aumenta a eficiência do trabalho, eleva o rendimento, otimiza o tempo, minimiza o custo operacional, aumenta a produtividade e diminui o risco de contaminações. As vantagens que a presença do ASB proporciona no trabalho auxiliado, conjuntamente à necessidade da ampliação das ESB na Estratégia de Saúde da Família, impulsionaram a elaboração e a aprovação da Lei n.º 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) no Brasil (COSTA, 2012).

3.5 Iniciação à preceptoria:

A partir de 2018, segundo ano da residência, a nova proposta de desenho tinha como objetivo desenvolver competências assistenciais, de gestão do processo de trabalho em saúde, bem como apoio à preceptoria. Esse apoio à preceptoria foi denominado de iniciação à preceptoria que, entre as habilidades, ações e desempenhos esperados, destaca-se: acolher e apresentar-se como apoio aos residentes do primeiro ano, desenvolvendo ações em conjunto, respeitando as singularidades, os conhecimentos prévios e contribuindo para a apropriação gradativa das atividades e casos. Atuar de forma pedagógica na referência e apoio ao processo de aprendizagem aos residentes do primeiro ano, reconhecendo ainda o preceptor como autoridade no processo formativo de residentes do primeiro e segundo ano, porém exercitando, em alguns momentos, o protagonismo em atividades pedagógicas em apoio à preceptoria, sempre pactuadas previamente e avaliadas posteriormente com preceptores.

No meu olhar era uma das competências mais difíceis e desafiadoras de atingir, afinal, era o momento de levar todas as competências alcançadas no primeiro ano para os novos colegas residentes que estavam chegando. Apesar da angústia, me sentia preparado para o novo desafio. No início foi mais tranquilo, pois era o momento de acolhimento de todos eles em que iríamos apresentar tudo aquilo que ficamos um ano na assistência desempenhando. Agenda, fluxo, escala, apresentação da unidade, registros, espaços pedagógicos, enfim, tudo aquilo que já tinha virado cotidiano na vivência do residente. Mas como diria minha vó, uma coisa é ver outra é contar e, após essa reflexão podemos chegar a conclusão de que o grande aprendizado do residente na iniciação a preceptoria só vem com a prática, com um dia após o outro, com o abraço e ouvido

sempre disponível para o colega que precisava desabafar suas angústias e receios, como também os momentos de superação e realização.

Com todas as dificuldades do processo, principalmente com a troca de preceptores, me senti à vontade em ser mais uma referência para aqueles novos colegas. Por ser um lugar no qual até ontem eu estava ali, como o profissional de referência na assistência, foi fácil trabalhar a empatia para ser resolutivo nas demandas que estavam por vir. Destaco minha excelente relação com o núcleo de odontologia, sempre respeitando a hierarquia com os preceptores e apoiadores, Karine, Sintique e Sóstenes, e trabalhando o vínculo e parceria com as queridas residentes Silvia e Janaina. Me sentia importante em poder ser o braço direito do núcleo. O meu esforço de ir mais além vinha da credibilidade que eles depositavam em mim. Foi gratificante poder, mesmo com um novo desenho do segundo ano da residência, continuar como membro ativo do processo de trabalho da equipe. Discutíamos casos clínicos, visitas domiciliares, agenda, relações, por fim tudo aquilo com intuito de melhorar o processo de trabalho e o acesso ao usuário.

3.6 PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011).

Nesses dois anos tive a oportunidade de sair da “caixa” do atendimento clínico odontológico e um dos espaços responsáveis por isso foi o PSE. Foram realizadas diversas ações que levamos para as escolas da região na qual a USF PHOC III era responsável e, além das ações de saúde bucal, posso destacar as ações de prevenção da dengue e relação sexual. Não era apenas chegar na escola e falar sobre o tema. Havia, com bastante antecedência, diversas reuniões de planejamento com a equipe da USF, com os professores e com os pais. Planejar era de extrema importância pois havia uma grande preocupação da equipe em como abordar cada ação em diferentes faixas etárias.

Planejamos atividades mais lúdicas para os mais jovens e o bate papo mais cabeça com os adolescentes. O PSE também é espaço de formação do cidadão de bem e importante para empoderar os jovens de seus direitos e deveres. Como foi bacana rever e ser reconhecido por muitos daqueles jovens que, através do PSE, criaram vínculo com a USF e entenderam que ali é sua porta de entrada do SUS.

Mas nem tudo são flores no planejamento das ações, apesar de sempre ser muito bem acolhido pela direção, professores e funcionários da escola havia uma dificuldade de desenvolver as ações de forma compartilhada com os professores, que cediam o horário e o espaço das aulas para suas determinadas turmas, porém não participava da ação propriamente dita, talvez faltou mais diálogos de planejamento com o mesmo para melhor interação e uma falta de iniciativa para uma ação em conjunto. Mas isso não era o padrão de todos os professores, posso destacar algumas ações planejadas em conjunto como as discussões sobre atividade sexual no qual em conjunto planejamos a ação, com os professores preparando os alunos, uma caixa de perguntas foi disponibilizada durante a semana, as perguntas foram pré-selecionadas em conjunto para então a ação ser realizada. Outro exemplo foi a reunião de pais e mestres na qual os cirurgiões-dentistas aproveitaram para fazer uma explanação sobre a importância do flúor para saúde oral, já que nas últimas ações poucos pais autorizavam a aplicação tópica de flúor não assinando o termo de consentimento, o resultado foi um número relevante de termos assinados tornando a ação de maneira mais satisfatória. Nesse período de dois anos, tive oportunidade de realizar ações em duas escolas do município de Camaçari, e como resultado dessas ações destaca a maior procura principalmente dos adolescentes à unidade de saúde da família, não somente para marcar uma consulta odontológica, mas também para tirar dúvidas de maneira geral sobre doenças sexualmente transmissíveis, atividade sexual, problemas familiares e etc, melhorando o vínculo com esse público alvo. Por fim, gostaria de salientar a importância do trabalho em equipe para o desenrolar de um PSE de qualidade. Apoio não só da equipe mínima, mas também do insubstituível núcleo de apoio à saúde da família (NASF), galera impar coordenada pelo querido Alexandre. O grande Xande para minha geração da residência a pessoa que fazia pulsar o coração das ações. Sua alegria e empolgação eram contagiantes e no PSE não era diferente, afinal que prazer era trabalhar e se divertir ao mesmo tempo.

4. Visita Domiciliar

A visita domiciliar é um relevante espaço de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família daquela determinada comunidade, fortalecerem os vínculos do profissional, da terapêutica e do paciente, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação.

Para Coelho (2002) a visita domiciliar é um dos mais importantes instrumentos da prática da Saúde da Família, havendo duas formas de visita. A primeira forma é a visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliar terapêutica e visita a pacientes acamados. E a segunda forma é a visita domiciliar meio, na qual se realiza a busca ativa em demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde, através da educação em saúde mais individualizada.

Na USF PHOC III a solicitação das visitas domiciliares era realizada por qualquer usuário da comunidade e/ou profissional da equipe de saúde, nos diversos espaços ofertados pela Unidade: recepção, acolhimento, atendimento individual e/ou coletivo, grupos, reunião de comunidade, entre outros. Para isso, as demandas de visitas eram, antecipadamente, discutidas em reunião de equipe, realizando de maneira programada as discussões de diversos pontos, entre eles: levantamento, leitura e análise das solicitações de visitas; escuta das Agentes Comunitárias de Saúde para novas solicitações de visita, a partir do acompanhamento na comunidade; seleção do usuário e/ou das famílias a serem visitadas, a partir dos critérios definidores de prioridades, as especificidades individuais e/ou coletiva; registro no livro ata de visita, os encaminhamentos, prazos e responsáveis; a realização do planejamento, agendamento/confirmação da visita realizada com o ACS; no caso de impossibilidade de agendamento com a família, o ACS deve avisar a equipe de referência em tempo hábil, a fim de remanejamento na lista de famílias a serem visitadas.

Foram diversas visitas, mas dentre todas elas houve dificuldades como: áreas descobertas, falta de carro, falta de material e etc. O grande foco de nossa equipe sempre foi o cuidado compartilhado. Assim como no acolhimento todos da equipe poderiam se planejar e trazer diversos benefícios para aquele usuário com dificuldade ou limitação de ir até a unidade. Como experiência e exemplo de cuidado compartilhado citarei alguns casos de grande êxito da equipe.

O primeiro exemplo foi de um paciente que chegou pelo acolhimento na USF para “arrumar” os dentes pois estava desempregado e esse problema o deixava passar por

diversas oportunidades de emprego. Foi então marcada uma consulta com o mesmo e em anamnese veio a surpresa de um alto valor em glicemia, imediatamente realizei interconsulta com a médica Elaine que, em acompanhamento, realizou o diagnóstico de diabetes e plano de tratamento. Algum tempo depois, a esposa do paciente volta a unidade relatando que o esposo havia passado por um procedimento de urgência tendo a necessidade de amputação da perna direita provocando uma dificuldade de ir até a unidade. Em primeira visita domiciliar paciente relata que não estava tomando os medicamentos diariamente e estava desmotivado com a vida, porém disposto a se cuidar melhor. A partir daí, foram diversas reuniões de equipe para planejar o cuidado compartilhado. Foi solicitada a ajuda da família para adequação dos horários para tomar os medicamentos. Foi solicitada visita da nutricionista para realizar uma reeducação alimentar, diversas visitas para curativo da perna amputada com o paciente sempre acompanhando sua evolução por fotos e toda equipe disposta a ajudar no procedimento realizado pela enfermagem. Por fim e de suma importância, as visitas do fisioterapeuta e professor de educação física no estímulo motor ao paciente trazendo autoestima para um novo ciclo de vida.

Também, como exemplo, temos o caso do paciente R.V.S. Assim que cheguei, em 2017, o ele já havia recebido o diagnóstico de carcinoma escamocelular. Havia também operado e estava sendo acompanhado no hospital Aristides Maltez em Salvador, realizando tratamento de quimioterapia e radioterapia. Visitas domiciliares eram de grande importância para além de ganhar vínculo com o paciente, esclarecer sobre os efeitos adversos do seu tratamento, a importância da higiene oral mesmo se alimentando por sonda gástrica e as orientações do nutricionista, principalmente devido à perda de peso.

Ainda em 2017, paciente em evolução, ganhando peso e autoestima por está superando aquela agressiva patologia, é diagnosticado um novo carcinoma em boca. Realmente, foi um susto para toda equipe, que estava ali de reunião em reunião discutindo novas metodologias para uma evolução do paciente e, diante do novo diagnóstico, voltamos às etapas iniciais da visita domiciliar, porém o paciente decide não operar mais por medo e prefere conviver com a patologia. Para estímulo e melhor compreensão do paciente foi acionado a avaliação e acolhimento do caso pela estomatologista do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), porém o paciente já estava decidido em não operar. Passa então a ser um paciente de preservação da evolução da doença. Eram visitas de muita escuta, mesmo já iniciando a dificuldade da fala estávamos ali para, de maneira acolhedora, esclarecer todas as dúvidas e tudo que poderia vir a acontecer. Paciente já

relatava que pouco dormia, citava incomodo com odor fétido e que, à noite, sentia dores insuportáveis. Ele já começa a aumentar seu vínculo com a religião e cita arrependimento do etilismo e do tabagismo. Nesse período também iniciamos o preparo da família, um pai de 90 anos e um irmão que eram os cuidadores, sobre o possível luto que estava por vir. Nesse período, paralelamente, corremos atrás, junto com a família, do auxílio doença pois, paciente sempre se mostrava preocupado com os gastos do pai. Infelizmente tentativas malsucedidas, mesmo com todo esforço da equipe o quadro evoluía ocorrendo, por duas vezes, infecções por míase antes do falecimento do paciente em dezembro de 2018. Com o vínculo criado não tem como não ter tristeza com um paciente tão batalhador, mas fica a felicidade dos olhos pela gratidão de cada visita domiciliar.

A visita domiciliar é um espaço de extrema importância dentro do processo de trabalho em saúde na equipe de saúde da família, principalmente na atenção primária à saúde em que a casa se torna um espaço público, com a presença dos trabalhadores de saúde. Mesmo o cenário domiciliar se caracterizando como espaço de atuação e contexto de assistência ao usuário/família, se os atores sociais envolvidos neste processo (trabalhadores de saúde – usuários) estabelecerem uma relação horizontalizada e com o estabelecimento de vínculo, esta poderá ser uma forma de desenvolver a assistência de forma integral (SANTOS, 2011).

5. Reunião de Comunidade:

Entre as possibilidades de atividades coletivas a serem realizadas mensalmente, destacamos a importância do momento de encontro regular entre a equipe e a comunidade. O objetivo deste encontro é de realizar reflexões e proposições referente às ofertas do serviço de saúde, a sua organização e a reorientação das práticas a partir da escuta das necessidades da população. A ampliação de acesso ao SUS acontecerá de maneira mais efetiva se houver o envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores municipais na avaliação das ações e reorganização do processo de trabalho. Assim, garantir espaços regulares na agenda da equipe para promover estes encontros, contribuirá para o avanço das ações e ampliará a satisfação de todos os envolvidos na consolidação do SUS.

Na USF PHOC III, as reuniões de comunidade acontecem toda ultima sexta-feira do mês com participação ativa e efetiva dos usuários. Nessa minha trajetória foram diversas lutas

com muitas vitórias na qual, sem a ajuda da comunidade, não alcançaríamos tão cedo. A equipe se colocava no espaço como organização e a comunidade era, sim, o ator principal, a protagonista. Organizávamos atas e todas as demandas logísticas que eram alcançáveis para realidade da equipe e estrutura da USF. Dentre diversas pautas e discussões, realizamos diversos encaminhamentos e esclarecimentos de maneira democrática. Podemos destacar, entre eles, esclarecimentos sobre a falta de material, de água, de vagas na regulação evitando diversos futuros desconfortos entre a equipe da USF e comunidade.

Outra demanda de destaque foi a reativação da farmácia que, após um abaixo assinado e diversas reivindicações, foi concebida com direito da comunidade. Para além de um espaço de reivindicações a reunião de comunidade também se destaca por ser um espaço de melhoria de vínculo com a comunidade, espaço excelente para mostrar para comunidade que somos grandes parceiros para juntos fazermos uma saúde de qualidade.

6. DEPLAN – Educação Permanente

Sobre o início do R2, após o período de transição na unidade, foram diversas incertezas e dúvidas até o dia do acolhimento, na quinta feira do dia 19 de abril destaque para resolução saudável para onde iria cada um que ficou na linha da gestão nesse primeiro ciclo. Enfim, fiquei no departamento de planejamento (DEPLAN), mais precisamente na Educação Permanente e Gestão do Trabalho. Inicialmente não foi fácil administrar a mente para estar em dois serviços durante a semana, no início da semana na unidade da saúde da família do PHOC 3 e no final da semana no DEPLAN, todos os dois com suas prioridades e demandas.

Prioridade, essa é a palavra do momento nesse novo período, após avaliar de como o processo de trabalho nos atropela no dia a dia da USF, na Educação Permanente e Gestão do Trabalho NÃO é diferente. Demanda são discutidas e rediscutidas a todo o momento em busca de novos ou antigos planejamentos, colocando a frente sempre a famosa prioridade. Foi uma experiência bastante proveitosa. Entender a gestão com um outro olhar é uma oportunidade única, principalmente após um ano de vivência na assistência como dentista da família. Fui muito bem recebido e acolhido por todos os funcionários, já fica o agradecimento, e me empenhei ao máximo para entender e ser útil para o serviço, mesmo com pouco tempo durante a semana.

Dentre tantas prioridades destaco algumas atividades que foram acompanhadas na Educação Permanente. A primeira delas, considerada a mais importante, que foi a revisão das Diretrizes Municipais da Gestão em Educação em Saúde, no qual foi realizada uma última revisão do material já existente com objetivo de validação pelo município. Considero a mais importante não só pela relevância para o município, mas também devido a todo conhecimento anteriormente elaborado por um conjunto de colaboradores, servidores e residentes, que facilitou a compreensão do papel do setor para o município.

Paralelo a isso o dia a dia era cheio de demandas pontuais, certificados da Mostra de Ciência, Curso de capacitação de Vigilantes, Curso de Capacitação dos NASF, Programação Anual da Saúde do município de Camaçari, Curso de Capacitação de ACS, demandas para estágios e o que ocorrer. Dentre tanta produção posso destacar o apoio dado ao curso inicial de agente comunitário de saúde que ficou sob a responsabilidade da Educação Permanente e Gestão do Trabalho. Foi uma experiência de planejamento bastante produtivo, desde as reuniões com o departamento da atenção básica para esclarecimento de como vinha sendo os outros cursos para ACS, as metodologias ativas utilizadas, até as reuniões internas para divisões de tarefas e responsabilidades. Mesmo com a falta de compromisso de uma minoria, o trabalho em equipe e a articulação entre DAB e EPS permitiu que tudo ocorresse como planejado e de maneira satisfatória. Foi muito bacana olhar a dedicação e o reconhecimento de cada futuro ACS e ver todos aprovados para cumprir seu papel, cada um em sua área de abrangência. Sobre a experiência de aprendizado no setor, destaca-se a importância do estágio optativo para o desenho proposto pela residência, em que a grande maioria das tarefas/pautas propostas ao setor tem vínculo direto com a educação em saúde. Como é o setor que realiza a gestão da educação em saúde no Município, possibilita o desenvolvimento dos residentes através dos problemas enfrentados no próprio serviço, possibilitando o planejamento prático de diversas ações em educação em saúde com diferentes públicos e utilizando metodologias ativas.

Para conhecimento teórico foi imprescindível a participação na construção das diretrizes norteadoras. Com voz ativa nas reuniões, podemos discutir sobre Gestão do Trabalho e Humanização com seus vários eixos, permitindo o aprendizado sobre mediação de conflitos e construção de foco empático. Fomos atores importantes na construção de capacitações para trabalhadores em saúde e na logística de eventos. Tudo isso nos fez compreender melhor as prioridades do setor.

Como positivo para o desenvolvimento de um residente na gestão destaco a educação permanente como um ambiente de trabalho confortável, composto de servidores com diferentes habilidades e proativos para compartilhar saberes. No setor o residente é visto como parte integrante no processo de divisão de tarefas, fazendo assim entender a relevância do Município ter um setor de Educação Permanente, Gestão do Trabalho e Humanização como integrante do processo de organização da Gestão; desenvolvendo assim diversos projetos importantes para a educação dos trabalhadores de saúde.

Após a vivência levantei alguns pontos que necessitam de atenção/desenvolvimento como: necessidade de articular melhor os três eixos - Educação Permanente, Gestão do Trabalho e Humanização; a realização de um planejamento das metas do próprio setor; a montagem uma equipe adequada às necessidades do setor; necessidade de unificar as decisões do setor evitando os ruídos de comunicação e implementação das diretrizes para melhor definição dos deveres e direitos dos servidores em prática.

7. Estagio Eletivo – CEO Feira de Santana

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde definiu, inicialmente por meio das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a implantação e melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas, os atuais Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), regidos pelas normas estabelecidas na Portaria no 1.570/GM, de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004), que aborda também os requisitos necessários para a implantação e credenciamento dos CEOs. Esses centros caracterizam-se por serem unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, estando sempre integrados ao processo de planejamento locorregional, ofertando, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados no nível da atenção básica, com o objetivo de combater a perda de tempo, a longa espera por procedimentos e a falta de resolução dos problemas enfrentados pelos usuários do SUS, que necessitavam de tratamento odontológico integral. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; BRASIL, 2006).

Até o lançamento do programa Brasil Sorridente, em 2004, assistência odontológica restringia-se, quase que exclusivamente, aos serviços básicos, com menos de 3,5% dos atendimentos odontológicos feitos no Sistema Único de Saúde (SUS) correspondente a

tratamentos especializados, demonstrando a marginalização e escassez dos serviços de atenção secundária (BRASIL, 2004).

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal os CEOs são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de Especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais.

De acordo com seus recursos físico-estruturais, os CEOS são classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades Odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de Centro de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2006).

O CEO de Feira de Santana está localizado no bairro ponto central na praça do colégio Gastão Guimarães. Foi fundado no ano de 2006 e atendia, até o presente ano, toda a demanda de atendimentos especializados encaminhados pelos cirurgiões-dentistas do município de Feira de Santana até a inauguração do CEO no bairro do George Américo.

Atualmente oferece os serviços: de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, com uma alta demanda de exodontia de 3 molar. São realizadas também biopsias, frenectomia, cirurgias pré-protéticas, entre outras que a estrutura permita a realização do procedimento de forma segura; Endodontia; Prótese dentária, sendo realizada confecções de prótese total e prótese parcial removível; Periodontia especializada; Atendimento a portadores de necessidades especiais e Radiologia.

O CEO de Feira de Santana funciona de 8 horas até às 17 horas, com uma escala de profissionais semanais, com uma equipe composta por 9 cirurgiões-dentistas (01 para cirurgia, 03 endodontistas, 01 para pacientes especiais, 02 para prótese dentária, 01 periodontista e 01 para radiologia), 04 auxiliares de saúde bucal, 02 protéticos, 01

receptionistas, 01 gerente administrativa, 01 funcionaria da limpeza, 01 técnico de radiologia e 01 vigilante. É importante salientar que o cirurgião-dentista responsável pelas cirurgias é o coordenador do serviço.

Para realizar atendimento no CEO de Feira de Santana, o usuário tem que ser encaminhado com uma referência para o CEO, a depender da especialidade o usuário é colocado em uma lista de espera, na qual, assim que surgir a vaga, será comunicado através de telefonema. Assim que conseguir marcar a consulta o paciente é atendido por ordem de chegada no turno da consulta marcada. Assim que finalizado o tratamento, caso necessário, o paciente é encaminhado através de uma contra referência para a sua unidade de saúde da família do seu território com o tratamento especializado concluído e que o paciente seja preservado em sua unidade referência (quando necessário for o paciente é encaminhado para outra especialidade do CEO).

Os principais objetivos no estágio eletivo eram: avaliar o acesso e acolhimento dos usuários na atenção secundária; entender como funciona a comunicação com a atenção primária para além da referência e contra referência (compreendendo a melhor maneira que ela deve ser preenchida para as diversas especialidades); entender qual a maior demanda dos procedimentos realizados no CEO, de modo que esse dado seja compartilhado com atenção primária para incentivar a prática da educação em saúde como estratégia de prevenção; avaliar as dificuldades que enfrentam os profissionais do CEO, se os usuários estão sendo encaminhados de maneira adequada, e quais são as pactuações do serviço com a atenção primária.

Por fim, tenho interesse de comparar, de forma enriquecedora, as experiências vivenciadas no CEO de Feira de Santana com o que já vivenciei como profissional da atenção primária e com o que temos na literatura, visando assim uma boa comunicação entre a atenção primária e secundária.

Em diálogo com cada um dos profissionais do serviço pude notar uma grande falta de comunicação com a atenção básica do município de Feira de Santana. Entre as principais queixas, as que tiveram mais destaque ao ser pontudas por todos os cirurgiões-dentistas foram o mau preenchimento da referência, sem uma adequada descrição do caso clínico com sinais, sintomas, exames realizados e principais achados. Destaque também, entre os Cirurgiões-dentistas, principalmente ao avaliar em exame clínico, que a grande maioria dos pacientes são encaminhados sem ao menos ter realizado uma adequação do meio bucal e até usuários com uma má orientação de higiene oral.

Em relação às queixas pude observar como isso provoca um aumento do tempo clínico no atendimento dos profissionais, sem contar no aumento do número de consultas por usuário devido à necessidade de adequação do meio para dar continuidade ao tratamento.

Foi questionado de como está sendo essa comunicação com atenção básica, que tipo de tentativas foram realizadas. Foi relatado que já ocorreram algumas reuniões, mas com baixa resolutividade. Percebo que devem ser realizadas pactuações de como deve encaminhar os pacientes para o CEO, não só solicitando um adequado preenchimento da referência, mas também uma boa adequação do meio bucal.

Uma adequação do meio bucal, abrange todos os procedimentos básicos que devem ser realizados na unidade de saúde da família, cabendo destacar desde procedimentos mais simples como uma adequada profilaxia, restaurações, raspagem supra gengival, orientação de higiene oral, como alguns procedimentos mais complexos como exodontias simples, urgências, acesso endodôntico. Além disso, um bom acolhimento e esclarecimento ao paciente tirando suas dúvidas e explicando a necessidade do encaminhamento para o CEO.

Posso citar como exemplo quando o usuário apresenta uma extensa cavidade cariada com comprometimento pulpar, e uma baixa retenção para uma restauração simples. A indicação seria de tratamento endodôntico e reabilitação com prótese parcial fixa, porém o CEO, apesar de oferecer o tratamento endodôntico, não oferece esse tipo de prótese. Portanto, realizar o tratamento endodôntico nesse usuário só seria indicado se o paciente, posteriormente, se comprometesse a realizar a reabilitação com prótese parcial fixa, mas se o paciente não terá condição de realizar tal reabilitação é interessante colocar na balança quem mais está precisando do tratamento endodôntico. Com essa preocupação economizamos o dinheiro público que é investido diariamente no serviço e não será realizado o procedimento em vão. Nessa situação o mais indicado para evitar futuras complicações seria, infelizmente, a exodontia da unidade.

Tal exemplo me faz refletir como devemos praticar o conceito da equidade na prática clínica da odontologia no serviço público, como afirmou Souza. Equidade não significa retirar direitos, mas respeitar o direito de que todos são iguais e buscar dar mais prioridade àquele que mais precisa. Com esta compreensão, a equidade em saúde implica em prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades. Isso traz a necessidade de um excelente esclarecimento ao paciente, e esse é o grande desafio.

Tudo isso me faz refletir se o profissional que está na atenção básica tem, realmente, a clareza de quais são suas competências básicas para atuar na saúde da família ou se há apenas dificuldades para alguns procedimentos. Pude perceber, na vivência do dia a dia, que ainda surgem demandas espontâneas no CEO, em sua maioria urgências que não conseguiram o atendimento na atenção básica, daí os profissionais da escala do dia tem que se “virar” para acolher esses pacientes que, geralmente, necessitam de, pelo ao menos, um tratamento medicamentoso como paliativo e encaminhar para a sua unidade de saúde da família de referência para ser avaliado e encaminhado para o CEO, se necessário. Os funcionários do CEO estão bem orientados a acolher qualquer usuário que chegue ao serviço e caso necessário é realizada uma segunda escuta pela gerente ou pelos dentistas da escala é perceptível o esforço dos funcionários em tirar as dúvidas dos usuários com o compromisso de orientar de maneira adequada.

Os usuários são recepcionados por um vigilante que os encaminha para sala de recepção, na qual a recepcionista faz uma breve sala de espera explicando a função do serviço e dividindo os pacientes de consulta marcada e as demais demandas. Os atendimentos são realizados por ordem de chegada e avaliação da prioridade, por fim, é entregue aos pacientes do turno uma ficha de avaliação do serviço prestado ao CEO pelo usuário, de maneira anônima em que é colocado em uma urna situada na própria recepção.

Cabe destacar que o CEO hoje trabalha com uma demanda reprimida que está organizada em uma lista de espera por especialidade que vem desde o ano de 2016. Por esse motivo muitos dos pacientes não possuem uma saúde bucal satisfatória para dar início a um tratamento odontológico especializado. Em outras palavras, o meio bucal não está adequado e, possivelmente, esses pacientes não vem sendo preservados na atenção básica.

Outro ponto importante é o que posso classificar como sucateamento e falta de alguns materiais. A odontologia é cheia de detalhes imprescindíveis para um adequado atendimento, então a falta de um mínimo de material que seja provoca uma baixa relevante no número de atendimento. Como, por exemplo, a agenda do periodontista no CEO, pude perceber um grande número de pacientes que são encaminhados sem ao menos ser realizado uma raspagem supra gengival e uma profilaxia. Para adequar esse paciente para avaliação periodontal é necessário realizar tais procedimentos, mas o CEO só tem atualmente em sua disposição duas pontas para o aparelho de ultrassom para realização do procedimentos.

Como são materiais que necessitam ser esterilizados para uso, só tem como atender 2 pacientes por turno com esse instrumental sendo que, nos outros pacientes, tal procedimento é realizado com curetas periodontais que, a depender do cálculo dental, é removido de maneira eficaz, porém aumenta o tempo clínico com o paciente. Isso reflete diretamente no número de atendimentos por turno e no número de consultas necessárias para finalizar o tratamento daquele paciente.

Outro exemplo semelhante que pude vivenciar, mas que já foi solucionado através de doação do material pelos próprios profissionais foi na especialidade de endodontia em que só existia, até então, um espaçador digital, instrumental imprescindível para finalizar o tratamento endodôntico, para três endodontistas. Com isso só era possível finalizar um tratamento endodôntico por turno sendo que, em alguns turnos, havia o atendimento de dois profissionais. Com esse exemplo pude entender o porquê de uma grande lista de espera na endodontia, mesmo sendo um procedimento de tempo clínico alto e necessidade de mais de uma consulta. Havia ali um problema de logística dos materiais para o bom funcionamento da especialidade. Cabe destacar que as auxiliares de saúde bucal sempre vêm pontuando a gerente sobre os materiais que estão em falta e que estão defasados, e a gerente vem enviando as solicitações ao almoxarifado e os setores responsáveis.

Em acompanhamento aos atendimentos dos pacientes especiais no CEO, também pude perceber que muitos dos pacientes atendidos são encaminhados para tratamento odontológico no CEO por insegurança do profissional da atenção básica e, só penso nisso como justificativa porque muitos desses pacientes estão compensados, são bem cuidados e com necessidades de realizar procedimentos básicos. Entendo encaminhamentos para realizar cirurgia oral menor, discussão de caso, procedimentos mais demorados que deixam os pacientes mais inquietos, mas é inadmissível pacientes com necessidade apenas preventiva serem encaminhados para tratamento. O dentista da saúde da família deve sim está acompanhando cada paciente de sua área seja ao menos para realizar uma profilaxia, aplicação de flúor, restaurações simples e demais procedimentos mais simples na medida que esse paciente seja colaborador.

O CEO foi uma experiência maravilhosa de estagio eletivo para residência multiprofissional, pois como fui tão bem recebido por todos os profissionais pude “sugar” de cada um grande aprendizado. Pude ajudar nas planilhas da gerência, a pensar novos fluxos e demandas, participar de reuniões entre os servidores e ter voz ativa, na revisão de todas as especialidades clínicas que o CEO oferecia e todos os seus procedimentos

clínicos, na postura ao acolher e atender o paciente, nas discussões de casos clínicos. Por fim, pude observar e discutir o dia a dia de cada profissional entendendo suas felicidades e angústias no serviço.

Só tenho elogios ao trabalho desenvolvido pelo CEO de Feira de Santana, uma equipe que trabalha unida, uma equipe que se ajuda no dia a dia em busca de um SUS humano e de boa qualidade. Profissionais de excelente qualidade e, principalmente, com compromisso em atender o paciente da melhor forma com o que lhe é oferecido.

Como todo serviço público, infelizmente, possui diversos problemas estruturais que impedem o desenrolar dos atendimentos, mas o trabalho em equipe e a união entre os funcionários permite que os obstáculos sejam ultrapassados o mais rápido possível, sempre acolhendo e realizando esclarecimentos ao principal motivador disso tudo que é o paciente, que tanto esperou por aquela vaga.

Como dados de avaliação do serviço, trago a pesquisa de satisfação realizada com pacientes que foram atendidos no serviço, no período de janeiro a junho de 2018. Cerca de 162 pacientes preencheram uma ficha de maneira anônima marcando o que avaliou: do atendimento da recepção (ótimo, bom ou ruim); do atendimento do dentista (ótimo, bom ou ruim); do atendimento do auxiliar de saúde bucal (ótimo, bom ou ruim); o que avaliou da primeira consulta (normal ou demorada); estrutura física do CEO avaliando conforto (ótimo, bom ou ruim) e higiene (ótimo, bom ou ruim) e; sugestões.

Como resultado da avaliação dos pacientes sobre o atendimento da recepção, 86,4% avaliou como ótimo, 12,4% bom e 1,2% ruim. Sobre o atendimento do dentista, 87,8% avaliou como ótimo, 11,5% bom e 0,7% ruim. Sobre o atendimento do auxiliar de saúde bucal, 73,2% avaliou como ótimo, 26,8% bom e 0% ruim. Sobre o que acharam da primeira consulta 87% achou normal e 13% demorada, sobre a estrutura física do CEO sobre a avaliação do conforto, 61,1% avaliou como ótimo, 37,6% bom e 1,3% ruim e sobre a higiene 64,2% ótimo, 33,9% bom e 1,9% ruim.

Para o serviço pude contribuir:

Na planilha do almoxarifado confeccionada pela gerência do CEO, com o intuito de organizar os materiais do serviço; realizando um bom controle da chegada e saída de materiais, evitando que sua falta interfira no atendimento clínico dos profissionais.

A refletir novos fluxos e demandas, entendo quais são as pacientes prioritários para cada turno de consulta, entendo como deve ser encaminhado cada paciente para cada especialidade, com uma proposta de melhor comunicação com atenção básica em contra referência preenchida adequadamente se o paciente foi atendido ou não no CEO,

explicando o porquê aquele procedimento não foi realizado no CEO ou encaminhamento para continuação do tratamento odontológico na unidade de saúde.

Em discussão com cada cirurgião-dentista do CEO, um ponto bastante em comum e conclusivo para uma boa comunicação foi que, em caso de dúvida e dificuldade dos profissionais da atenção básica, uma boa conversa às vezes é o suficiente para solução daquele problema, seja um telefonema entre os serviços, uma troca de mensagens ou até mesmo uma ligação diretamente entre os profissionais seria solução bacana para ambos entenderem e se ajudarem na busca de uma saúde pública de qualidade.

Pude participar de uma reunião entre os servidores e ter voz ativa, contribuindo com a minha visão de fora do serviço e com a experiência que tive na unidade de saúde da família, reunião essa convocada após um comunicado da coordenação de saúde bucal em que os servidores necessitavam de esclarecimentos. Aproveito para parabenizar a participação de uma grande maioria dos servidores que participaram ativamente da discussão em busca de um atendimento mais humano e de qualidade. Deixo como sugestão que nas reuniões tenha um coordenador organizando as ordens dos temas discutidos e, principalmente, na ordem das falas. Desta forma, com certeza será ainda mais proveitoso.

No dia a dia pude acolher e atender alguns pacientes no serviço do CEO. Em acordo com a gerente da unidade e o coordenador de saúde bucal pude contribuir com todas as especialidades do serviço. Foi uma oportunidade ímpar de contribuir com uma grande fila de espera e discutir diversos casos clínicos com cada profissional.

Por fim, foi maravilhoso entender e discutir o dia a dia de cada profissional entendendo suas felicidades e angustias no serviço. Poder contribuir com profissionais comprometidos e que, realmente, querem fazer a diferença foi muito prazeroso. Só tenho a agradecer e parabenizar a todos por todo esforço de manter o serviço cada dia melhor.

8.Linha de Cuidado - Reabilitação

Outubro de 2018 foi um mês de readaptação, pois além de voltar de meu estagio eletivo e férias, foi iniciada a vivência na linha de cuidado de reabilitação. Inicialmente foi necessário compreender que, de maneira geral, as linhas de cuidados representam um contínuo assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e

reabilitação. Elas são estratégias de estabelecimento de percursos assistenciais, ou seja, é o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede organizada de saúde. Portanto, elas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio. Expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários de acordo com suas necessidades. Funcionando, assim, como instrumento de trabalho da gestão e assistência.

Para melhor entendimento da linha de cuidado de reabilitação, é necessário buscar considerações na portaria número 793 do ministério da saúde, de 24 de abril de 2012, que *Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, na qual foi considerado: a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; e por fim a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.*

O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências conta com os seguintes pontos de atenção: I - estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; II - Centros Especializados em Reabilitação (CER); e III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) se trata de um serviço da atenção ambulatorial especializada em reabilitação destinado a atender pessoas com deficiências físicas (desordens neurológicas e amputação) e também a reabilitação intelectual. No serviço é realizada avaliação, diagnóstico e atendimentos ambulatoriais especializados constituindo-se em referência para a rede de atenção a saúde no território. Com base no artigo primeiro, da portaria do ministério da saúde, número 1.303, de 28 de junho de 2013, os Centros de Reabilitação serão classificados quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação.

Do Centro de Especialidade Odontológica (CEO), baseado na portaria número 793 do ministério da saúde, de 24 de abril de 2012, a subseção III destaca os artigos 20 e 21 de que os CEO são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006; e deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEOs.

Em Camaçari, tive oportunidade de vivenciar essa linha de reabilitação nos serviços do CER II do município e no CEO. Sobre o CER II de Camaçari podemos destacar que ele acolhe pessoas com disfunções neuromotoras, neurocomportamentais, com malformações, amputadas e politraumatizadas. A equipe é composta por fisioterapeutas, enfermeira, psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, médicos e fonoaudióloga. Além de Camaçari, abrange ainda os municípios de Dias D'Ávila, Mata de São João e Pojuca. A principal porta de entrada são as quintas-feiras onde ocorre o acolhimento, no qual o usuário devidamente referenciado será escutado e encaminhado para uma avaliação multidisciplinar. Porém, devido a dificuldades estruturais nem todos os pacientes acolhidos para serviço são atendidos e acompanhados pelo CER II de Camaçari, sendo bem orientado no acolhimento e, então, encaminhado para o serviço que irá ser responsável por aquela proervação.

No CEO podemos destacar que o serviço recebe pacientes de toda a rede municipal, devidamente encaminhados, realizando procedimentos odontológicos que, normalmente, não são realizados pela atenção básica e tem sua equipe composta pelas especialidades odontológicas de: Estomatologia (ênfase na detecção e diagnóstico do câncer bucal), Periodontia, Endodontia, Odontopediatria, Pacientes especiais, Cirurgia e Assistente Social.

Um diferencial do serviço é a postura acolhedora dos profissionais, mesmo não sendo um serviço com atendimento clínico à demanda espontânea, há sempre alguém disponível para acolher e orientar o usuário. Neste novo período de adaptação aos serviços e planejamento das futuras atividades, podemos destacar que fui muito bem acolhido nos dois serviços e em todos os espaços que tenho participado desde as consultas individuais e multiprofissionais até nos acolhimentos, espaços esses importantes para entender como anda a rede, entender se os fluxos estão acontecendo, como está a comunicação, se os pacientes estão sendo encaminhados, se os profissionais do município entendem qual a

função daquele serviço. É importante avaliar e entender que os fluxos do CER II e do CEO tem suas peculiaridades, porém os dois fazem parte dentro de um conjunto maior que é a rede de reabilitação do município de Camaçari.

Na busca de atingir competências na linha de cuidado, foi dada sequência sobre algumas das atividades já realizadas pelo grupo que já estava na linha de reabilitação. Foram finalizados os matriciamentos nas USF da região composta pela residência (região 4), com o intuito de empoderar os profissionais da rede de Camaçari em compreender o serviço e melhorar a comunicação. Aproveitamos o espaço para aplicar questionários avaliando o matriciamento na visão do ouvinte. De maneira geral, foi um espaço de crescimento na linha, pois ali estava corroborando com uma troca de saberes. O grande produto realizado foi a cartilha da rede de reabilitação de Camaçari desenvolvida por Wilames, Bruna e Monica, na qual eu e George finalizamos e apresentamos nos matriciamentos. Diante disso e, na luta pelo fortalecimento da linha no município, foi realizada a primeira reunião com objetivo da criação da câmara técnica sobre a linha de reabilitação. Nela estiveram presentes representantes do NASF 1 do município, representantes do NASF da residência, residentes da linha de reabilitação, tutora da linha de reabilitação, diretora do departamento de planejamento e representantes da coordenação de planejamento. Dessa reunião foi possível criar estratégias para implantação da câmara técnica no município, conduzida pela diretora do departamento de planejamento.

Paralelamente a essas atividades, eu e George realizamos interconsultas de saúde bucal para os usuários do CER II com intuito de melhoria da tão difícil cooperação da higiene oral dos pacientes portadores de necessidades especiais. Realizamos também um matriciamento sobre Odontologia e Pacientes de Necessidades Especiais, voltado para os profissionais do CER II. Intitulado Alterações do Complexo Maxilo-Mandibular no PNE, o matriciamento teve como objetivo: alertar os profissionais do CER II para a importância dos cuidados de saúde oral nos usuários com necessidades especiais, focando o papel crucial dos pais; dar a conhecer os riscos das doenças que elas têm devido à medicação, às implicações sistêmicas, ao meio e as condições em que vivem para a saúde oral; conhecer, também, algumas técnicas especiais para a prestação de cuidados de saúde oral e; correlacionar e conhecer sinais e sintomas a síndromes e as demais necessidades especiais.

Os indivíduos com patologias/síndromes especiais podem ter manifestações orais que são típicas de determinada patologia, ou a própria patologia pode tornar o paciente mais susceptível a determinadas afecções orais. Assim, o Cirurgião-Dentista deve ter um conhecimento adequado destas patologias e conseguir adequar o melhor tratamento tendo em consideração determinadas características médicas, como a medicação e algumas incapacidades que lhe estão associadas.

Selecionamos, então, através vivência no serviço do CER II, as patologias/síndromes especiais que podem ter manifestações orais mais comuns nos serviços e outras para melhorar a avaliação dos profissionais. Foi muito bacana o matriciamento, pois além de tirar as dúvidas sobre a saúde oral de seus pacientes foi possível, em diversos momentos, haver uma troca de conhecimento multiprofissional e, principalmente, discussão de casos clínicos visando sempre a melhoria do bem-estar do PNE.

No CEO e também na parceria do colega, cirurgião-dentista George, sendo orientado pela coordenadora Adna Barros, iniciamos o levantamento dos pacientes atendidos pelos núcleos de estomatologia e cirurgia do serviço, com objetivo de gerar importantes dados para salientar a importância da prevenção de câncer de boca, que vem crescendo nos últimos anos no município de Camaçari. A sua prevenção requer uma atenção dobrada não só pelos dentistas, mas também por todos os profissionais de saúde. No levantamento buscamos os principais fatores de risco, sexo, faixa etária, tipo de lesões, principais sítios, diagnósticos e território com altos números de encaminhamentos. Com os resultados, o objetivo final é de matricular o município de Camaçari sobre a importância da prevenção do câncer de boca.

Dentre os resultados obtidos podemos destacar que, de 301 avaliações de prontuário no período de 2010 a janeiro de 2019, 64% foram usuários do sexo feminino corroborando com a preocupação pelo cuidado à saúde sendo maior pelas mulheres, tendo o ano de 2018 o maior número de encaminhamentos como reflexo a postura acolhedora do serviço melhorando o vínculo com o usuário. Entre as localidades que estiveram o maior número de encaminhamentos para a estomatologia podemos destacar as USFs da região 4, região essa da residência em saúde da família, no qual Piaçaveira ficou em primeiro lugar, seguido do Parque das Mangabás em segundo, PHOC II em quinto e PHOC III em sétimo.

Por fim, dentre os dados sobre diagnóstico de câncer de boca podemos destacar 20 diagnósticos de carcinoma no qual 9 eram fumantes e 4 ex-fumantes. Corroborando os dados da literatura que classifica o tabagismo como um dos principais fatores de risco para causa. Sobre o etilismo o que nos chamou atenção foi ser uma variável pouco preenchida nos prontuários, sugerindo então que seja acrescentado um campo de preenchimento para tal, para evitar a subnotificação.

Enfim, a reabilitação compreende um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, tendo como objetivo desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. A reabilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado.

9.Considerações finais

A residência em saúde da família foi uma porta aberta para uma grande aventura, sem dúvida uma das mais prazerosas aventuras da minha vida profissional. Durante a vivência se superar sempre foi a palavra de ordem, obstáculos fazem parte do caminho e se tornam excelentes aprendizados para o futuro profissional. Confesso que cheguei cheio de dúvidas e imaturidade, mas o que mais me incentivou durante todo o processo a crescer e desenvolver um bom trabalho foi o estímulo da equipe, desde os residentes, preceptores, apoiadores até os diversos servidores no qual eu convivi durante o processo tiveram com eles uma palavra de conforto para ir em frente e alcançar as metas. As metas nem sempre alcançadas na hora certa ou como a equipe planejou ou o apoiador solicitou, mas nunca deixadas de lado, pois havia ali uma responsabilidade em jogo que era trazer uma saúde de qualidade para o município de Camaçari.

Com muito orgulho aprendi no serviço acolhimento a importância do acesso ser universal e de qualidade, desenvolvi princípio da integralidade e da equidade, e o mais bacana disso tudo foi que me senti a vontade como R2 para passar todos os aprendizados. Aprendizados das dificuldades, das facilidades e das vivências, não desejava que os

novos residentes passassem por algumas dificuldades pela qual eu passei mesmo algumas sendo inevitável, afinal o trabalho é árduo e por muitas vezes pouco valorizado. Mas a grande lição disso tudo é que vale a pena quando o resultado vem, seja ele em curto prazo ou não, mas vem na fala e no tratar do usuário, que é quando você sente a importância do vínculo na pele, não falo em ganhar presentes ou lembranças, falo no abraço, no elogio, no reconhecimento pelo trabalho bem executado, todo o esforço se resume a busca de uma saúde referência.

Hoje me sinto um profissional preparado, ainda em constante aprendizado, porém pronto no ponto de vista do amadurecimento profissional, a saúde da família é uma grande escola na qual todo cirurgião-dentista deveria passar, pois além das variedades de casos clínicos simples e complexos que tem que ser avaliados no dia a dia, há um desenvolvimento na postura profissional em lidar com o ser humano cheio de angústias e necessitando de uma acolhimento, na saúde da família o cirurgião-dentista sai da caixa que é o seu consultório e se torna um profissional de saúde referência, se tornando protagonista do processo de trabalho da unidade de saúde da família, seja nas visitas domiciliares, nas reuniões de equipe e unidade, no acolhimento serviço, nas atividades coletivas e grupos, na gestão, nas coordenações enfim em qualquer espaço no qual se promove saúde. Fico feliz em olhar para trás e observar tantas metas atingidas e com um simples, mas tão gratificante experiência exitosa cito o meu papel na fundação do grupo de caminhada do PHOC III, após ser matriciado pelo preceptor do núcleo de educação física Alexandre em princípios básicos da caminhada me senti preparado para tomar a frente do grupo e sair pela comunidade espalhando saúde.

Por fim, obrigado a todos aqueles que fortaleceram a importância do trabalho em equipe, pois sem ela nada seria alcançado, em especial os queridos preceptores: Karine, Samara, Alexandre, Sintique e Elóia sempre estimulando o meu melhor, aos apoiadores Sóstenes, Poliana, Gersson e Jose sempre disponíveis para todas as dúvidas, aos preceptores da linha de cuidado de reabilitação Andréa e Adna pelo excelente acolhimento nos serviços, as equipes do CEO e do CER II pela porta aberta, a equipe do CEO de Feira de Santana por me acolher muito bem e permitir protagonismo no processo, especialmente Rafael D'Aguiar, Iracema, Sandra, Milena, Paula, Rafaela, Karine, Laerte, Leandro, Aline, Almiro e Arilson, aos servidores do município de Camaçari: Daniela, Selma, Rose, Jaqueline, Edna, Selma, Josélia, Linda, Denise, Faustino, Delmira, Alexandra, Eva, Jucimara, Maricélia, Patricia, Rejane, Cristiano, Fernanda, Tammy, Renata, Adriana e Fatima que

com todos os obstáculos qualificam a saúde de Camaçari, aos colegas residentes que viraram grandes amigos, especialmente: Elaine, Lorena, Ana Carla, Andrezza, Thais, Georgiane, Railene, Camila, George, Luan, Wil, Ricardo, Juliana, Fernanda, Janaina, Silvia, Leticia, Tatiana, Natã e Dandara sem nosso trabalho em equipe nada seria possível. Meu muito obrigado a todos por me fazer crescer como profissional, afinal como diria Albert Einstein: "a mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original".

10.Referências Bibliográficas

- BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte. In: BOTAZZO, C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.
- REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, JAN-MAR 2015.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.
- SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.
- RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada Caps é um Caps”: Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. Psicol. Soc., Florianópolis, v. 23, n. esp., p. 150- 160, 2011.
- LOURENÇO E. C., SILVA A. C. B., MENEGHIN M. C., PEREIRA A. C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais.Ciência & Saúde Coletiva. 14 (Supl. 1), p. 1367-1377, 2009.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
- SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.
- LOPES, A. S. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

LIMA C. M. G., WATANABE M. G. C., PALHA P. F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria (São Paulo)*. n. 28, v. 3, p.191-8, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. *RevEscEnferm USP* 2007; 41(Esp):765-70.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1750, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: Diário Oficial da União, 30 jul. 2004c. p. 71. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. 2006.

COSTA, A.O.; SILVA, L.P.; SALIBA, O; GARBIN, A.J.I.; MOIMAZ, S.A.S. A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe de saúde e o Ambiente Odontológico. *Rev Odontol UNESP*. 2012 Nov-Dec; 41(6): 371-376

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. – [Brasília](#): Ministério da Saúde, 2011.

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. <http://www.ufmg.br>, 2002 (acessado em 24/fevereiro/2019).

SANTOS, E.M.; MORAIS, S.H.G. A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS. *Cogitare Enferm*. 2011 Jul/Set; 16(3):492-7