



George Veloso Silva

A Multiprofissionalidade : um olhar de um Cirurgião-Dentista

Camaçari

2019

GEORGE VELOSO SILVA

A multiprofissionalidade : o olhar de um Cirurgião-Dentista

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

Orientadora : Inamari Almeida

Co-orientador : Sóstenes Conceição

Camaçari

2019

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. O princípio, a escolha
2. A multidisciplinaridade: entraves, ganhos
3. Acolhimento
4. A metodologia ativa: discrepâncias e consonâncias
5. Atividades coletivas
 - 5.1 Atendimento coletivo da odontologia
 - 5.2 Atendimento coletivo aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)
6. Câncer bucal : a relação
7. Câncer : a atuação profissional
8. Protocolo de spikes
9. Vigilância em saúde
 - 9.1 Vigilância do câncer
10. Estágios
 - 10.1 Secretaria da saúde do estado da bahia (tabagismo)
 - 10.2 Departamento de planejamento (deplan) – prefeitura de Camaçari

CONSIDERAÇÕES

REFERÊNCIAS

ANEXO

1. O PRINCÍPIO, A ESCOLHA

Confesso que nunca fui apaixonado ou tinha em mente uma escolha profissional desde criança. Lembro-me que quando criança, gostava do cheiro do consultório odontológico, sentia prazer em consultar e visitar o consultório de Odontologia, - aquele odor me fazia relaxar. Em um determinado momento, já adolescente, necessitei de cuidados cirurgicos odontológico e fui encaminhado ao serviço da Faculdade de Odontologia da UFBA (FOUFBA). Numa manhã, acompanhados por meus pais, notávamos a chegada de vários estudantes chegando com a vestimenta típica: roupa branca e maletas, e o que me chamou atenção foi a admiração de meus pais para com eles, seus comentários a floraram. Aliada também a minha admiração, no instante eu pensei, darei também este orgulho a meus pais. Pois bem, mergulhei fundo nos estudos, 'comi livros', e o sonho foi formado e concretizado. E no dia do resultado, senti um das sensações mais maravilhosas de minha vida, a de ser aprovado no vestibular! Finalmente eu iria estudar em uma universidade federal, e no curso que escolhera para orgulhar meus pais. Foi uma das minhas melhores escolhas!!!



Meus pais em um momento muito especial - minha colação de grau.

2. A MULTIDISCIPLINARIDADE: ENTRAVES, GANHOS

A Odontologia em sua própria formação já nos coloca diferente entre os demais profissionais de saúde. Somos os únicos profissionais que pratica assistência à saúde separados dos demais, em sua própria faculdade, na maioria das vezes, ou em ambulatórios próprios para a odontologia. Nossa formação não é focado na multidisciplinaridade, somos formados para o mercado e para cada vez mais aprender a melhor técnica, para sermos muito bom em nossas condutas, e somos, por sinal. Porém, o engajamento com os outros profissionais da saúde ainda é muito pouco mediado, nossa troca de saber é restrita a algumas poucas especialidades médicas. Somos formados para sermos autônomos em nossas condutas e manejo com os nossos pacientes. De todo modo essa formação não é ruim, mas é necessário que ainda atuemos no contexto geral social da saúde, valorizando todos os determinantes e condicionantes da saúde, corroborando o que a Organização Mundial Da Saúde(OMS) afirma em seu conceito, que saúde não é só a ausência de doenças, mas também bem-estar físico, mental e social¹, e para que isso ocorra, cada um dos profissionais de saúde têm um papel importante para sua ocorrência.

Essa falta de multidisciplinaridade durante o processo formativo traz malefícios tanto para os Cirurgiões-Dentistas (CD) quanto para os demais profissionais. E isso eu senti durante a entrada à residência. De tal modo que eu fui elogiado por saber manejar pacientes do serviço de acolhimento, diferente de outros colegas da mesma categoria profissional, segundo um preceptor(a) de uma outra categoria profissional. O que me incomoda, pois qualquer outro colega poderia fazer da mesma forma, ou melhor. Talvez o processo formativo ou sua própria postura coloque o CD fora deste contexto. Não obstante a barreira para com os CDs é mútua, nós também não sabemos quais os limites e qual o campo de atuação de cada um dos profissionais de saúde de forma concreta.

A percepção do não saber quais são os reais papéis profissionais, refletem o processo e a gestão do trabalho dentro da equipe ². Essa percepção do que achamos e do real papel do profissional de outra categoria já me incomodara desde o início de nosso processo de trabalho na residência. Lembro-me que eu estava escalado para o serviço de acolhimento, e chegou uma queixa de infecção de orofaringe, e um outro colega de diferente categoria profissional alegou que essa essa demanda não era para mim. E mais uma vez me fez pensar, que eu deveria insistir que teríamos que discutir sobre esse assunto. Por vezes fiz essa tentativa, mas não obtive êxito.

Acredito que esse não saber ou o não conhecer quais são os reais papéis de cada um dos profissionais da equipe de saúde, acaba diminuindo a resolubilidade e processo de trabalho acaba ficando mais oneroso. Em contrapartida, de forma natural, o trabalho em equipe e de forma multidisciplinar diminui o distanciamento desse desconhecimento. Além do ganho de aprendizagem e experiência, atrelado com novos saberes. Nesse espaço eu aproveitava para adquirir mais conhecimento a respeito da saúde humana e de qual forma manejar casos extra odontológicos.(fig. 1 e 2)



Visualizando o cerume em uma criança de 8 anos - consulta médica.(fig 1 e 2)

3. ACOLHIMENTO

O Acolhimento é uma ferramenta da Política Nacional de Humanização (PNH) que, por sua vez, surgiu devido às discrepâncias e formas inadequadas da relação profissional X usuário X gestores. Seu objetivo é efetivar os princípios do SUS no cotidiano, nas práticas de atenção e gestão. Além do Acolhimento, há outras diretrizes que são preconizadas pela PNH, como: Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador. Nos seus princípios: Transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão, Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos sujeitos e coletivos³. A PNH veio da demanda com intuito de humanizar o humano. Contraditório, hein?

É definido pela PNH , que o acolhimento não deverá ter local e hora para acontecer e nem deverá existir um profissional específico para fazê-lo ². Deverá ser feito dentro de uma postura ética que implica na escuta do usuário e suas queixas, valorizando sempre seu protagonismo. Nossas condutas deverão extrapolar o processo de saúde-doença devendo sempre ter como base o próprio indivíduo, não somente suas queixas patológicas.



Técnica de Saúde Bucal (TSB) da USF Piaçaveira – humanização no cuidado.

O acolhimento foi um dos serviços/agenda que mais demandou à equipe da saúde na unidade de Piaçaveira. Ocorreria de segunda a sexta-feira em horário de funcionamento da unidade e, alternadamente, profissionais de diferentes categorias ocupavam esse espaço. O serviço se baseia na demanda espontânea.

Esse espaço foi onde foi retirado meu local e zona de conforto. Relutei-me em aceitar que toda semana durante três ou dois turnos eu teria que estar ali, escutando toda e qualquer queixa, desde um desconforto abdominal a uma solitação de guia para exames, ou uma odontalgia. E o que mais me causava incomodo não era ouvir as diferentes queixas, mas sim ter que lidar com as frustrações dos pacientes por não terem recebido o que foi pedido, - por não ter o benefício de produção de saúde, acompanhado de não aceitação, e conseqüentemente, do mal tratamento para com o profissional. Esse não benefício ou esta percepção de que ter ou produzir saúde se baseia no check-up anual associado a

assistência médica, e não através de bons hábitos, torna, por vezes, a produção de atrito entre profissional versus paciente/usuário.

Foi também nesse local, onde eu tive o contato mais próximo do ser multiprofissional. Não tão somente, em meu manejo e condutas, mas também no aprendizado com as outras categorias profissionais. Foi bastante valioso fazer as primeiras escutas da enfermagem e medicina e observar suas respectivas condutas. Condutas essas direcionadas para patologias, condições, e também um simples aprendizado de saber ofertar um atestado que não seja voltado somente para o biológico, mas um atestado que tenha um olhar direcionado para o contexto vivenciado pelo paciente/usuário.



Equipe acolhedora da USF Piaçaveira.

4. A METODOLOGIA ATIVA: DISCREPÂNCIAS E CONSONÂNCIAS

Para mim, desde a aprovação no processo seletivo até o início da residência em Saúde da Família foi tudo muito novo. Durante a graduação eu não sentia tanta afinidade com as disciplinas que tratavam da saúde pública, da Odontologia Preventiva e Social, bem como a importância da existência do SUS, além também de não mergulhar a profundo nas metodologias ativas.

De forma intuitiva e natural eu já conhecera e já usara a metodologia ativa antes mesmo do início da residência. Sempre fui curioso e fascinado pelo conhecimento, sempre busquei aquilo que me despertava aprendizagem.

Com o decorrer, a minha ansiedade e a minha preocupação só aumentavam, e havia/há um grande receio de que eu me tornasse e me intitulassem especialista em algo que eu não

tenha domínio. Ainda que essa nova formação tenha um objetivo crítico-reflexivo^{4,5} e eu compreenda o porquê da implantação desse modo de produzir conhecimento nos cursos voltados para a formação em saúde, tenho sentido falha na passagem de informação, conteúdo e estímulo a aprendizagem. Acredito que por já ter toda uma formação básica voltada para o tradicional além de gostar e ter também afinidade para absorção de conteúdo de forma expositivista em algum momento, há a possibilidade, de que eu possa ter criado resistência a nova forma de aprendizado, embora possa observar seus reais benefícios.

Essa minha nova forma de aprendizagem, associada a forma mais tradicional, expositivista, aguçou minha curiosidade, e me fez concluir que nenhuma forma de aprendizado é superior ou deverá ser supervalorizada em detrimento de outra. Poderá haver associação, e de forma não isolada, se complementam^{4,5}.

5. ATIVIDADES COLETIVAS

5.1 Atendimento Coletivo da Odontologia

Grande parte das atividades realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas, no que diz respeito a promoção de saúde e prevenção de doenças, podem ou são feitas de maneira eficaz em atividades coletivas. Dentre estas: acompanhamento da fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Exceto a primeira, todas as outras atividades dependem diretamente da equipe de saúde bucal, podendo também elas serem feitas de forma simultânea.

Mensalmente, a unidade a qual presto serviço, oferece pela equipe de saúde bucal o atendimento coletivo para a população da área adscrita. Esse atendimento é um pré-requisito à marcação para a agenda da Odontologia. Nesse momento é também explicado sobre área de abrangência, serviços prestados, explanação e diferença entre os serviços da

atenção básica (USF/UBS) e atenção secundária/serviço especializado (CEO), fluxos assistenciais, além de abordar, de maneira enfática, o câncer bucal, o atendimento a diabéticos, gestantes, entre outros. São marcados, neste momento, uma pessoa por família, para tentar dar maior acesso e atingir um maior número de famílias. Com o intuito de promoção de saúde e prevenção de doenças temos como um dos objetivos conscientizar sobre os hábitos de higiene e explicar como a dieta pode interferir diretamente na saúde bucal, bem como na saúde sistêmica e sua correlação. Essa iniciativa corrobora com a conferência internacional de promoção de Saúde, em Ottawa, 1986 que estabeleceu uma série

de princípios éticos e políticos, e teve por definição que promoção de saúde é “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”⁶.

Nesse local consegui enquanto profissional de saúde me colocar enquanto agente mediador do conhecimento.



Escovação supervisionada durante atendimento coletivo.

5.2 Atendimento coletivo aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melittus (DM)

Outra atividade que é feita de maneira coletiva e tem bastante importância é o atendimento voltado para as pessoas com comorbidade crônicas, restritamente, os que apresentam HAS e/ou DM. O objetivo do atendimento coletivo é, primordialmente, promover saúde e prevenir agravos decorrente dessas comorbidades. Além de modificar e tentar diminuir consultas individuais frequentes e desnecessárias, há também o propósito de captar aqueles que necessitam de uma atenção maior cuidado pelos profissionais da saúde. A capacitação e a coresponsabilização da comunidade para atuar no cuidado à saúde também configuram enquanto finalidade deste processo.

Concebe-se saúde como resultante de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como a condição de existência dos homens no seu viver cotidiano individual, familiar e coletivo ⁷.

Nessa atividade, eu enquanto profissional da Odontologia, integrante da equipe de saúde, pude me colocar como mediador, e orientar os usuários quanto as suas necessidades e suas maiores dificuldades no conviver, manejar, compensar e se colocar diante das comorbidades : HAS e DM. Confesso que me sentir surpreso com a facilidade em poder manejar e orientar esses pacientes. Fiquei feliz por terem me colocado, e de fato, terem me reconhecido (pacientes e profissionais) como um profissional de referência para o grupo.

6. CÂNCER BUCAL : A RELAÇÃO

Confesso que minha curiosidade e afinidade em tratar de pacientes oncológicos decorre de, além de ter atração pelo conhecimento, há também um causa pessoal. Infelizmente tive a infelicidade de ter perdido familiares por conta do câncer. Desde a graduação, o querer saber sobre o desenvolvimento dos cânceres, sobre a fisiologia do corpo humano e a fisiopatologia do sistêmico já me despertara e me levava a estudar as alterações extra sistema estomatognático com mais profundidade.

A disciplina Estomatologia me despertou e aguçou ainda mais o meu olhar voltado para o sistêmico. Foi lá que a minha vontade de não olhar só para a cavidade bucal, mas sim olhar para a face, para o sistema estomatognático como um todo, para outros sistemas e fazer

suas reais correlações. Tive a grande oportunidade de ter como professor e orientador de monitoria o famoso Dr Falcão, no qual é bastante admirado por dermatologistas e otorrinolaringologistas, não tão somente pela classe odontológica. Não eram incomuns os encaminhamentos desses, por sua grande capacidade de diagnosticar patologias outrora não obtida com êxito. Sua capacidade e habilidade em fazer o bom uso da semiologia através das manobras semiotécnicas, faziam com que grandes enigmas se tornassem facéis a seu olhar. Era incrível a sua capacidade em procurar sinais e sintomas, ora em região plantar de pés mãos, ora em região do sistema estomatognático, e conseguir dar resolubilidade. Sua facilidade em fazer diagnóstico diferencial e descrever com detalhes os aspectos clínicos e histológicos das patologias eram incríveis. Eu achava incrível!!!

Foi na Estomatologia que eu aprendi a olhar o paciente como um todo, a saber que no momento do recebimento de notícias ruins que o ser humano, independente da classe

social, do sexo ou etnia/raça, se mostrava em sua totalidade o quão somos frágeis, e o quão é encantador e assustador falar sobre o processo de adoecer.

O sistema estomatognático, ah o sistema estomatognático...este sistema é importante tanto para a porta de entrada quanto como saída das emoções mais sinceras do corpo e para o corpo. Sistema esse que exprime as ligações, as comunicações biológicas - que sublinha suas emoções no sentido micro e macro patológico, nas suas infinitas fragilidades, no seu ato de mastigar e nutrir todo o corpo, que simboliza suas lamurias, que demonstra seus mais valorosos sorrisos, expondo a sua infinita felicidade. Sistema esse que também dá suporte das ações e relações sociais. Freud conceitua que nesse sistema há duplo gozo: "pois é o gozo que lhe proporcionam suas mucosas, músculos e glândulas, e também o gozo da coisa pensada, uma ideia, um raciocínio ou um cálculo"...ah se todos pudessem ter esse entendimento!

A disciplina de Oncologia bucal me despertara para aqueles pacientes que necessitavam de um afago, um abraço, no momento que mais precisavam, no momento que recebiam o que eles não queriam escutar, o diagnóstico de um carcinoma. Doença essa que, na maioria das vezes, no olhar do paciente, seria um atestado de óbito. Nesta disciplina tive a grande oportunidade de conhecer a Dra Cátia Guanaes, médica e , Cirurgiã-Dentista do Hospital Aristedes Maltez, professora das disciplinas de cirurgia bucal, e oncologia da Faculdade de Odontologia Da UFBA. Mestre no sentido amplo, que faz de seu dom à aprender e passar o conhecimento. Nesse contexto finalizei o trabalho de conclusão de curso da graduação

correlacionando a dieta e o câncer de boca. E desde então tenho cada vez mais curiosidade em aprender sobre a etiopatogenia, epidemiologia, morbimortalidade e tratamento para o câncer.

7. CÂNCER : A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Minha trajetória como residente se iniciou em março de 2017, e logo no mês de maio tive a oportunidade de diagnosticar o primeiro caso de carcinoma bucal, já como profissional. Por incrível que pareça, nós profissionais de saúde que temos afinidade/curiosidade por determinadas patologias, ficamos entusiasmados pelos casos que nos surgem.

Em uma determinada manhã, mais precisamente, se não falha a minha memória, o dia 5 de maio de 2017, surgiu, no serviço de acolhimento, uma senhora da área adscrita, que tinha o hábito de procurar assistência médica apenas quando algo lhe incomodava. Logo assim, a pedido da enfermeira para que eu fizesse uma segunda escuta do serviço de acolhimento, eu pude ter o primeiro contato profissional com uma patologia a qual eu tenho curiosidade e vontade de conhecer seus mínimos detalhes.

Ao relatar-me sua queixa atual, sua história médica pregressa, seus hábitos de vida, pude imaginar o que talvez pudesse encontrar ao examinar clinicamente. E logo assim, o fiz, examinei puder correlacionar com seus hábitos de vida, e minha primeira hipótese diagnóstica foi, sem dúvida, para carcinoma bucal. Lembro-me que lhe falei que eu faria um encaminhamento para que nós pudessémos fechar o diagnóstico. Ao lhe indagar sobre o tempo de evolução do aparecimento da lesão o sobre o tempo de uso do tabaco aliado ao etilismo, sua primeira frase, com uma fisionomia de assustada foi “pode ser um câncer, doutor?”, e eu infelizmente tive que respondê-la: “pode”! Logo, me veio a responsabilidade profissional e de qual forma eu deveria agir naquele momento - após o recebimento da notícia, - chorosa. A partir desse momento, houve um início de um vínculo que perdura aos dias atuais. Eu pude perceber ganho de sua confiança, pois a paciente me prometera que eu seria o primeiro a olhar o laudo anatomo-patológico, e assim o fez. Porém, neste dia, com o preparo prévio caso fosse positivo para o que esperávamos. Dessa maneira, o recebimento da notícia não fora tão ruim. O diagnóstico clínico confirmado através do laudo histológico: carcinoma espinocelular.

A partir daí, lhe propus que fizessémos o PTS (projeto terapêutico singular), ferramenta que tem como objetivo voltar os cuidados para a família e para o indivíduo que adoeceu e

necessita de um olhar interdisciplinar. Suas propostas se baseiam não só no diagnóstico biológico de determinada doença ou agravo, mas também no respeito a singularidades do indivíduo, família ou grupo ⁸. A proposta foi aceita. Foram incluídos os profissionais da enfermagem, nutrição e medicina.

8. PROTOCOLO DE SPIKES

Ainda no meu primeiro ano de residência escutei pela primeira vez sobre um jovem senhor de aproximadamente 52 anos que estava em recidiva por câncer bucal. Escutara de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que até o último dia antes de ir ao hospital, foi feito o uso do cigarro, mesmo com o recebimento do diagnóstico. Daí surgiu o juízo de valor; seu tabagismo possui grande dependência ou não há uma relação clara sobre sua patologia e o hábito de fumar, para esse usuário. Esse paciente estava em proervação com a residente de odontologia que antecederia minha entrada. Logo após sua saída, me vi na responsabilidade de iniciar a visita domiciliar (VD) e os cuidados pertinentes. Ao fazer a primeira visita percebi o quanto aquele jovem senhor precisava de nossa ajuda. Sua face bastante desfigurada, seu olhar e seu semblante de cansaço, porém, suas atitudes mostravam que ele não havia desistido. Iria lutar até o fim. As VDs passaram a ser constantes, eu me tornei com o ganho do vínculo, a ser o profissional de referência. Minha VD tinha como intuito preservar não somente no acompanhamento da doença, mas também apoiar para dúvidas que pudessem surgir ao longo de sua caminhada, suas expectativas e de seus familiares.

Passaram-se meses e hoje estamos entre visitas há mais de 1,5 ano. Ao longo desse tempo, vi melhoras e pioras em seu quadro patológico e consigo também visualizar angústia entre o sofrente e seus familiares.

Com a progressão da doença e evolução do quadro, tomei a decisão de solicitar ao oncologista o real quadro de nosso paciente e, infelizmente, recebi uma carta no qual descrevia sobre o prognóstico, acusando um quadro paliativo. Diante dessa informação e de seu sofrimento tomei a decisão em esclarecer sobre o seu prognóstico. Sua esposa já indagara o porquê desse continuar da doença e qual seriam as reais chances de cura. Mostrando minha consternação lhe falei que ao alcance da ciência, as tentativas já haviam sido esgotadas e, nesse momento, já pensara em relatar ao próprio paciente sobre seu processo de saúde-doença, ainda que fosse contra a vontade de sua esposa. Essa, por

muito tempo me pedia para que eu não contasse, mas lhe afirmei que, em algum momento, precisávamos *abrir o jogo*.

Eu sabia que não seria fácil dar uma notícia com esse teor. Logo assim, compartilhei com a médica da equipe 1 e essa me instruiu para que eu lêsse sobre o protocolo de spikes, que como objetivo prover notícias ruins para o doente e seus familiares. Assim o fiz e me preparei. No dia combinado, além de ter ido à minha procura (a convite), a esposa e o sofrido, foram, também, por vontade própria seu filho e sua nora. A esposa, novamente, me pediu para que eu não relatasse a seu esposo o seu real estado. Ela possuía receio de ele piorar psicologicamente. Confesso que a partir daí fiquei instável. A tensão e dúvida só aumentavam. A médica e eu decidimos pedir ajuda de alguém mais experiente. Não havia no momento proceptor ou alguém que pudesse nos auxiliar. Resolvi ligar para uma professora da graduação que a todo momento lhe dava com paciente oncológico, porém não obtive êxito. Dessa maneira, resolvi ir adiante. Conversei com sua esposa e relatei sobre a importância de seu esposo saber o seu processo de adoecer.

Por muitas décadas optou-se por omitir informações aos pacientes cujo prognóstico era duvidoso ou sombrio, por considerarem danoso ao paciente. Com o passar do tempo e evolução e avanços terapêuticos, se fez necessário discutir e aprimorar a técnica de como passar más notícias, na comunidade médica. Daí surgiu o protocolo de Spikes. Descrito a seguir:

O protocolo de Spikes

S – Setting up: Preparando-se para o encontro. Treinar antes é uma boa estratégia. Apesar de a notícia ser triste, é importante manter a calma, pois as informações dadas podem ajudar o paciente a planejar seu futuro. Procure por um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular. Mantenha um acompanhante com seu paciente, isso costuma deixá-lo mais seguro. Sente-se e procure não ter objetos entre você e seu paciente. Escute atentamente o que o paciente diz e mostre atenção e carinho.

P – Perception: Percebendo o paciente investigue o que o paciente já sabe do que está acontecendo. Procure usar perguntas abertas.

I – Invitation: Convidando para o diálogo Identifique até onde o paciente quer saber do que está acontecendo, se quer ser totalmente informado ou se prefere que um familiar. Tome as decisões por ele. Isso acontece! Se o paciente deixar claro que não quer saber detalhes, mantenha-se disponível para conversar no momento que ele quiser.

K – Knowledge: Transmitindo as informações Introduções como “infelizmente não trago boas notícias” podem ser um bom começo. Use sempre palavras adequadas ao vocabulário do paciente. Use frases curtas e pergunte, com certa frequência, como o paciente está e o que está entendendo. Se o prognóstico for muito ruim, evite termos como “não há mais nada que possamos fazer”. Sempre deve existir um plano!

E – Emotions: Expressando emoções Aguarde a resposta emocional que pode vir, dê tempo ao paciente, ele pode chorar, ficar em silêncio, em choque.

Iniciamos (a médica e eu) e seguimos de forma natural o que o protocolo sugeria, até que chegamos no passo 3 (Invitation) e, a partir desse momento, senti que não era viável seguir adiante. O jovem senhor não mostrou interesse. Tive a percepção que ele não queria escutar de mim o que realmente estava acontecendo, apesar de ele perceber que sua saúde não era mais a mesma. Logo assim, decidi interromper e finalizar nesta etapa (I – Invitation) Daí em diante, não obtivemos melhoras significativas. Visitas posteriores foram demandas

para retiradas de larvas de moscas, miíase em pescoço. Atualmente, o usuário encontra-se em preservação.

Devido a complexidade do caso, tive a oportunidade em aprender bastante. Aprendi a lidar com casos com significativo teor emocional, pude amadurecer mais no processo de me colocar no lugar do outro e não poder reclamar muito de pequenos problemas, passíveis de solução. Aprendi a ser mais humano! O protocolo de Spikes fará diferença em minha atuação profissional.

9. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

9.1 Vigilância do Câncer

O câncer é considerado um problema de saúde pública devido ao grande poder de provocar altos índices de mortalidade e morbidade. Conceituado de acordo com o INCA, como um grupo de mais de cem doenças que tem como características principais o crescimento rápido e descontrolado, e o poder de metastizar a distância.

Houve uma inversão no padrão de mortalidade no mundo. Outrora se adoecia e morria por doenças infecciosas, hoje, a maior causa de morte são por doenças e agravos não transmissíveis (DANT)¹⁵, incluindo o câncer. Após o processo de industrialização nós

passamos a nos expor com maior frequência aos agentes carcinogênicos. Não somente a nossa má alimentação, como também a ingestão de álcool e tabaco tem favorecido o processo de adoecer por câncer, sobretudo o câncer de boca.

Foi estimado para o Brasil para o biênio de 2018-2019, cerca de 600 mil novos casos de câncer, para cada ano. No mesmo biênio, a estimativa para o câncer de cavidade bucal foi de aproximadamente 11.220 novos casos para homens e, 3.500 para mulheres, para cada ano. Esses dados correspondem a um risco estimado, para o homem, cerca de 10,86 novos casos a cada 100 mil habitantes, e para mulheres, 3,28 novos casos a cada 100 mil habitantes ⁹.

Sabe-se que, atualmente, o câncer de boca em sua maior prevalência acomete o homem na quinta posição, e para a mulher a décima primeira. Em percentual aproximado, o homem possui a possibilidade de 5,2 % de ser acometido por câncer de boca no Brasil ⁹.

Considerando que a cavidade bucal é anatomicamente privilegiada e favorece ao diagnóstico precoce, essa porcentagem poder ser configurada como bastante alta.

A unidade de Saúde a qual eu estive inserido tem como método de vigilância do câncer, o rastreamento. O objetivo principal da equipe de saúde bucal é, nesse contexto, monitorar as alterações em tecidos moles, provenientes do ato de fumar, prevenir e diagnosticar de forma precoce o câncer de boca, além de enfatizar os males provenientes do tabagismo à saúde humana.

A metodologia foi baseada na busca ativa dos pacientes que faziam uso do tabaco e álcool, de forma simultânea ou isolada. Além do rastreamento seletivo, somou-se também ao rastreamento oportunístico, quando por algum motivo o paciente em fator de risco procurou a unidade de saúde para a procura de qualquer serviço.

O INCA não recomenda o rastreamento para o câncer de boca pois os estudos ainda são inconclusivos, e alguns com altos riscos de viés. Alguns estudos relatam diminuição da mortalidade nos grupos de alto risco (que acumulam mais de um fator de risco) ¹¹. De todo modo, o nível de evidência é insuficiente para recomendar ou contrapor o rastreamento, tanto para a população quanto para os indivíduos de alto risco ⁹. Ainda segundo o INCA, os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco e aos sinais e sintomas do câncer de boca.

Já a OMS traz que o rastreamento, seja para qualquer doença ou agravo, deve ser balizado quanto a decisão entre rastrear ou não rastrear, através de sete perguntas (anexo) ¹⁰.

No ensino, durante o segundo ano de residência, trabalhamos também, simultaneamente ao serviço na USF, com a Rede de Assistência à Saúde, com o objetivo de conhecê-la e qualificá-la. Fui inserido dentro da RAS na linha de cuidado: Reabilitação. Essa linha faz referência a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria 793/2012). Dentre os serviços especializados que compõem a rede no município destacam-se: o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e o Centro De Especialidade Odontológicas (CEO).

Dando continuidade por interesse pessoal e não só do próprio serviço, decidimos levantar, através da análise de prontuários do CEO, da especialidade de Estomatologia, todos os diagnósticos de câncer de boca, bem como as lesões com potencial de malignidade e as lesões benignas com características de agressividade.

Nesse levantamento pudemos observar quais são as patologias que mais prevalecem nos pacientes atendidos na especialidade de Estomatologia no CEO Camaçari. Obtivemos como maior prevalência os tumores benignos, e por conseguinte, de maneira decrescente: lesões fúngicas e virais, lesões de glândula salivar, e alterações de normalidade, além das neoplasias malignas e lesões com potencial de malignidade. Foram encontrados respectivamente, em números absolutos, 20 e 21 lesões, neoplasias malignas e com potencial de malignidade, desde o ano de 2012 a 2018.

No que tange a faixa etária, incluindo todos atendimentos voltados para a especialidade da Estomatologia, suas maiores prevalências foram de 60 a 69 anos, seguido de 31 a 59 anos, e em menor número 0 a 10 anos. O sexo que maior prevaleceu foi o feminino, com 64%.

10. ESTÁGIOS

10.1 Secretaria Da Saúde Do Estado Da Bahia

Tabagismo

Por escolha própria, decidi elencar o local de escolha estágio com algo que eu já possuo aptidão, além do estímulo da tutoria. Logo decidimos iniciar o processo de estágio na Diretoria de Gestão do Cuidado, órgão da Secretaria Estadual da Saúde, que tem como foco atuar nos processos de formulação, implantação, implementação, e avaliação dos programas estaduais de saúde, buscando implementar linhas de produção do cuidado voltadas aos ciclos de vida e gênero, promoção da equidade em saúde. Além das políticas que transversalizam o cuidado como, por exemplo, saúde bucal, saúde mental, alimentação e nutrição; e redes de atenção à saúde a exemplo da rede cegonha.

A DGC, além de tratar todas linhas de cuidados acima, decidiu também tratar do Programa de Controle do Tabagismo a nível estadual. Diante do desafio e responsabilidade em ter que fazer jus a contribuição esperada pela diretoria, resolvi aprofundar e trazer algo que contextualizasse e justificasse a cultura do uso do tabaco.

O uso do tabaco pela população humana tem sido datado desde o século X a.C. – pelos povos índios da América Central em rituais mágicos religiosos. No Brasil, sua introdução foi através da migração dos índios tupis-guaranis. Com a chegada dos portugueses e o contato com os índios, a dispersão foi levada também à Europa, no século XVI ¹³.

Antes do advento da industrialização e produção de cigarros na indústria, as folhas do tabaco foram comercializadas sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar, charuto, rapé, cigarrilhas etc. De forma epidêmica, seu uso disseminou em todo mundo a partir do século XX, fomentado pelo desenvolvimento e estratégias de publicidade e marketing. No Brasil o tabaco teve tanta importância na economia, que foi incorporada ao brasão da república ¹².

Na década de 60, no Brasil, os primeiros relatos entre a relação de doenças e o cigarro foram descritos. Desde então, o ato de fumar passou a ser encarado como uma dependência à nicotina, que precisa ser tratada e acompanhada.

Já no final na década de 80, a gestão sobre o controle do tabagismo tem sido articulada pelo Ministério da Saúde através do INCA, sob a visão de promoção de saúde.

Sabe-se que, atualmente, o tabaco é a maior causa de morte prematura evitável no mundo. Considerando que 1/3 da população adulta faz uso de substâncias com a composição de tabaco, hoje o tabagismo é um dos maiores vícios na humanidade. Este traz, além de altos custos para os sistemas de saúde, diminuição na produtividade, aumento dos custos previdenciários, dano direto ao meio ambiente e malefícios reais à saúde humana – sendo o tabaco fumado, vaporizado, aspirado ou mascado ¹⁴.

Desde o reconhecimento da dependência do tabaco causado pela nicotina, os Estados federativos têm se preocupado ou otimizado ações para o seu controle no Brasil. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) também tem seguido no mesmo pensamento e realizado planos e ações para seu controle. Logo assim, se fez necessário a implantação do Programa Nacional para o Controle do Tabagismo em âmbito nacional (PNCT), década de 80. O programa articula a Rede de Tratamento ao Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as Campanhas Educativas e a Promoção de Ambientes Livres.

Logo, com a constatação das doenças e comorbidades relacionadas com o uso direto do tabaco e sua grande expansão a nível mundial, os membros das nações unidas propuseram, na 52ª Assembleia Mundial de Saúde, um tratado internacional visando diminuir o consumo do tabaco. O tratado foi intitulado Convenção Quadro para o Controle do tabagismo (CQCT).

O compromisso assinado pelo Brasil se deu através do Decreto Legislativo 1012/2005, e sua implementação ganhou importância através de políticas nacionais e seu compromisso tornou-se obrigação legal pelo decreto assinado pelo presidente da república em 5658/2006.

O programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) , instituição fonte de dados para o MS, que tem por finalidade trazer informações sobre as neoplasias malignas no Brasil, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, entre outros fatores ¹⁵.

O PNCT é um programa pertencente ao SUS que tem por finalidade ofertar, de forma gratuita, ajuda para a cessação do hábito de fumar, através de grupos, utilizando a abordagem cognitiva comportamental (AGC) e, quando necessário, ofertando também medicamentos e insumos específicos, simultânea à AGC.

O programa está em mudanças a nível nacional que refletem também sua coordenação nas unidades federativas. No início de 2018, pouco meses antes a minha entrada na DGC, foram lançados aos 417 municípios, pelo Estado da Bahia, dois questionários para fazer um levantamento situacional acerca do tabagismo. Além de monitorar a prevalência do tabagismo, foi proposta a coleta de informações pertinentes ao próprio funcionamento do programa.

Os questionários apontam que grande parte dos municípios não possui o programa ativo e não conseguem cumprir com as demandas da população.

Ainda com toda essa demanda, mesmo com as necessidades urgentes do Estado, não há priorização para o programa. É necessário que as pessoas que estão em cargo de chefia, como diretorias e coordenadorias, tenham entendimento sobre o processo de saúde-doença. Levando em consideração que o tabaco é fator e risco casual para uma série de patologias e agravos e essas são capazes de levar a um grande número de internações hospitalares por doença respiratórias e neoplasias. É necessário sim, que o tabagismo seja tratado como um problema de saúde pública. Além de trazer gastos

desnecessários, traz de forma mais grave, uma progressão na incidência de doenças crônicas.

Após minha passagem pela DGC, meu desejo em formar um grupo para o controle e cessação do tabagismo só aumentou, porém, as dificuldades também só fizeram com que meu desejo ficasse como planos para uma nova unidade de saúde, após o término da residência. Os grandes obstáculos foram a falta de tempo (agenda já preenchida), a incapacidade de alterar toda as outras agendas do integrantes da equipe de saúde, e a mudança para novas adesões ao programa, determinado pelo INCA. Ainda sim, a bagagem adquirida foi grande, foi válida.

10.2 Departamento de Planejamento - DEPLAN - Prefeitura Municipal de Camaçari

Durante o segundo ano como residente há propostas que vão além dos cuidados restritos a unidade de saúde, como estágio em espaço de gestão (obrigatório) e aprendizado sobre redes de saúde / linhas de cuidado. Confesso que, para mim, a gestão sempre fora vista como um obstáculo a ser experimentado. No decorrer, entre ficar por detrás de uma mesa de computador e ficar em momentos de reuniões e planejamento, de alguma forma foi vantajoso pois pude desenvolver habilidades que jamais imaginara. Eu necessitava ganhar e ocupar esses espaços e sair um pouco da clínica para que eu pudesse ter a certeza de que tudo era válido.

Tive a oportunidade de caminhar pelo Departamento de Planejamento (DEPLAN). Lá trabalhávamos os três eixos: gestão do trabalho, educação permanente e humanização.

A passagem pelo DEPLAN ainda que rápida, aproximadamente 2,5 dias por 2 meses, me trouxe algumas habilidades como : entendimento para o planejamento em educação em saúde; mediação de conflitos, e melhoria na comunicação ativa/ protagonismo. Além de compreender os problemas e as dificuldades vivenciadas também nos espaços de gestão, bem como ter o entendimento que a falta de governabilidade e a dependência vertical para a gestão e para a assistência interferem diretamente no processo de trabalho e na qualidade do serviço prestado para o usuário do SUS.

CONSIDERAÇÕES

A minha entrada à residência multiprofissional trouxe comigo a responsabilidade de carregar um título que poderia me tornar diferente dos demais colegas da Odontologia. Minha graduação e dos demais colegas de mesma faculdade pouco foi influenciada pela odontologia preventiva ou pela saúde pública, ainda que tenhamos bastante disciplinas que retrate temas relacionados à saúde coletiva. Por vezes a odontologia que fascina é aquela voltada para a boa técnica, para a estética, para os complexos casos de reabilitação, e para a clínica do mercado. Em minha percepção, fica bastante nítido que a entrada dos estudantes no início do curso é bastante ansiada, é notório observar os estudantes já querendo partir para as disciplinas específicas, a ansiedade aflora. Por vezes, as disciplinas básicas, que a meu ver são essenciais, são deixadas em segundo plano, como por ex.: Fisiologia humana, Imunologia, Microbiologia, e etc. Logo, acredito que essa ansiedade e/ou pouca maturidade acabam pouco influenciando a responsabilidade do Cirurgião-Dentista para o cuidado coletivo.

Meu início durante a graduação se deu de forma um pouco diferente. Ao cursar as disciplinas básicas minha felicidade aumentara, já quando tive o primeiro contato com as disciplinas pré-clínicas, como escultura dental, periodontia I e outras voltadas para a arte dentária, eu perdi o entusiasmo. Ou melhor eu não conseguia ter o mesmo entusiasmo que os colegas próximos a mim, também possuíam. Daí me gerou dúvida se realmente eu tinha feito a escolha certa.

O tempo foi passando e comecei a ter contato com as disciplinas profissionalizantes/específicas, logo, voltei a me regozijar novamente. Também durante esse período as disciplinas voltadas para a saúde coletiva já estavam em curso. No entanto, assim como a grande maioria dos estudantes, não tive o amadurecimento para valorizar, quantificar e significar o quão importante é tratar da saúde do coletivo, do quão é importante a odontologia para a saúde de um grupo, de uma família, ou da sociedade. Eu valorizava e sabia a importância da saúde bucal para a saúde sistêmica. E por vezes, até me incomodo do uso do termo saúde bucal. Acredito que seja contraditório falar de integralidade do cuidado e separar, por nomenclatura, saúde sistêmica e saúde bucal. Ainda há uma separação do indivíduo boca e do indivíduo não boca. É como houvesse separação da boca com o restante do corpo.

Os profissionais da saúde já há muito tempo reconheceu que a saúde começa pela boca. Isso é importante. Já eu costumo dizer aos meus pacientes, que não só a saúde começa

pela boca, mas também a doença. A cavidade bucal é altamente colonizada por microorganismos patogênicos e não patogênico que em desequilíbrio podem desencadear doenças e disseminar para o corpo. Sempre ratifico que o mesmo sangue que o coração bombeia para os tecidos do corpo, é também bombeado para a cavidade bucal. Isso facilita o entendimento e faz com que a compreensão que o sistema estomatognático e outros sistemas formam um único organismo.

Por outro lado, entendo que a nomenclatura saúde bucal tenha sido criada e naturalizada com o intuito estratégico para de alguma forma colocar ênfase no sistema estomatognático. Além de trazer políticas públicas voltadas para esse fim.

Já consagrada a importância da odontologia para a saúde sistêmica, me faltava ainda ter o entendimento da importância da saúde bucal (leia-se: odontologia) para o bem coletivo. E essa assimilação do acesso à odontologia para o grupo, família e comunidade só se concretizou após minha entrada a residência. Todo e qualquer julgamento ou desconhecimento sobre o produzir cuidado para o coletivo foi sanado de maneira natural, simples e de forma ativa.

Admito que um caminhar não foi somente num jardim feito de flores. O apoio alheio foi bastante importante. O jardim possuía espinhos que em minha percepção machucavam e não valiam a pena sentir o odor daquelas novas rosas (espinhos). Tudo e qualquer embate já era motivo para querer desistir. E muitas das vezes o vento realmente não soprava a nosso favor. A distância de sua casa, o cansaço diário, a realização de várias tarefas que pareciam não fazer sentido, a mudança repentina de rotina, somavam-se e tornava o caminhar mais desgastante. Além de minha preocupação em achar que eu não tinha aptidão e poderia me intitular em algo que eu não usasse futuramente. E de fato, minha aptidão era maior para outras especialidades que não à saúde da família. Mas ao longo da jornada eu vi que poderia somar o que eu já gostava e tinha em bagagem e associar a um novo conhecimento, e ir além.

Hoje eu finalizo esse jornada e olho para atrás afirmando que valeu a pena porque eu tive pessoas que me apoiaram e me deram forças para seguir. Finalizo e vejo que vale a pena e o quão é importante trabalhar para o nosso lindo SUS. Quem diria que iria chamá-lo assim (risos). Finalizo tendo a certeza que há pessoas comprometidas, com vontade e com competência para produzir o cuidado em saúde. Orgulho-me de ter participado do SUS que da certo. Finalizo com a certeza e com o agradecimento aos que me fizeram a vontade de ser espelho : Inamari Almeida e Sóstens Conceição. O SUS lhes agradece pelo empenho,

dedicação e coragem de fazer seguir este embate. Se eu pudesse resumir a minha passagem pela residência em saúde da família e importância que ela possui para mim, e para as relações com as pessoas, eu usaria a palavra : empatia.

REFERÊNCIAS:

- 1.Consultar o site: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>
- 2.da Costa Saar, S. R., & Trevizan, M. A. (2007). Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1).
- 3.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010
- 4.Cotta, R. M. M., Silva, L. S. D., Lopes, L. L., Gomes, K. D. O., Cotta, F. M., Lugarinho, R., & Mitre, S. M. (2012). Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 787-796.
- 5.Melo, B. D. C., & Sant'Ana, G. (2012). A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino aprendizagem. *Comun. ciênc. saúde*, 23(4), 327-339.
6. GOES, Paulo Savio Angeiros de. **Gestão da prática em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014. Disponível em:
<https://books.google.com.br/books?id=3ewVBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- 7.Haddad, A. E., Ferreira, A. S. D. F., Santos, A. A. D., Netto, C. A. M., Andrade, L. R. D., Arruda, M. M. D., & Couto, L. C. D. (2006). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. In *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*.
- 8.Carvalho, L. G. P. D., Moreira, M. D. D. S., Rézio, L. D. A., & Teixeira, N. Z. F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O mundo da saúde*, 36(3), 521-525.
- 9.<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>
- 10.Sartori, L. C. (2004). *Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família* (Doctoral dissertation, Universidade de Sao Paulo. Faculdade de Saude Publica. Departamento de Pratica de Saude Publica, Sao Paulo).
11. Screening for Oral Cancer – Recommendation Statement – U. S. Preventive Services Task Force
- 12.Boeira, Sérgio Luís. (2006). Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. *Revista de Administração de Empresas*, 46(3), 28-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902006000300004>

13. Nardi, J. B., & Nardi, J. B. (1996). *O fumo brasileiro no período colonial: lavoura, comércio e administração*. São Paulo: Editora Brasiliense.

14. Muakad, I. B. (2014). Tabagismo: maior causa evitável de morte do mundo. *Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo*, 109, 527-558.

15. Souza, M. D. F. M. D., Malta, D. C., França, E. B., & Barreto, M. L. (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1737-1750.

ANEXO

Sete critérios foram propostos pela OMS (1995) para balizar a decisão sobre a realização ou não da técnica de rastreamento:

1. É de importância para a saúde pública o agravo que se quer identificar?
2. Há métodos eficazes, preventivos e curativos, para atacar, em fase inicial, o agravo detectado?
3. Existe algum procedimento simples, ético e eficaz, para detecção do agravo, em fase inicial, em tempo de controlá-lo?
4. É aceitável para a população a técnica de rastreamento, o diagnóstico definitivo e a intervenção necessária?
5. Supondo que exista suficiente vontade política, será possível, com os recursos existentes, aplicar, em base populacional, a prática de rastreamento, diagnóstico e intervenção oportuna? 6. a prática de rastreamento, diagnóstico e intervenção serão traduzidas em fortalecimento do sistema de saúde e desenvolvimento social, no contexto da atenção primária em saúde?
7. Os custos são aceitáveis?