



**FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RICARDO DE OLIVEIRA BARROS**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:  
UM NOVO OLHAR PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Camaçari - BA

2019

**RICARDO DE OLIVEIRA BARROS**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:  
UM NOVO OLHAR PARA SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

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

**Orientadora:** Thaíse Rodeiro Cardoso de Lacerda França.

Camaçari - BA

2019

## RESUMO

Os profissionais de odontologia que optam por atuar no campo da Saúde Coletiva, podem, durante suas carreiras, estar sujeitos à diferentes pressões em seus ambientes de trabalho. Muitas dessas situações desconfortáveis, se relacionam ao modelo de gestão adotado no Município de atuação. Sujeitos a esse cenário, alguns dentistas podem se sentir desestimulados e até mesmo desenvolverem uma visão deturpada a respeito do tipo de atenção ofertada pelo SUS. É nesse contexto que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde surgem com um modelo de referência para aqueles profissionais que anseiam por vivenciar e entender os caminhos para se construir um sistema público de saúde de qualidade, através de uma metodologia ativa de formação em serviço, utilizando práticas e saberes condizentes com os princípios e diretrizes do SUS. E foi baseado nessa realidade, que me dediquei à escrita desse trabalho sob a forma de memorial, com o objetivo de compartilhar essa mudança vivenciada por mim.

Palavras-chave: Mudança de olhar; Realidade; Reflexão.

## **ABSTRACT**

Dental professionals who choose to work in the field of Collective Health may, during their careers, be subject to different pressures in their work environments. Many of these uncomfortable situations are related to the management model adopted in the Municipality of action. Subject to this scenario, some dentists may feel discouraged and even develop a misguided view of the type of care offered by SUS. It is in this context that the Multiprofessional Health Residency Programs emerge with a reference model for those professionals who long to live and understand the ways to build a quality public health system, through an active methodology of in-service training, using practices and knowledge consistent with SUS principles and guidelines. And it was based on this reality that I dedicated myself to the writing of this work in the form of a memorial, in order to share this change I experienced

**Keywords:** Change of look; Reality; Reflection.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>HISTÓRICO</b> .....	8
<b>Visão equivocada</b> .....	11
<b>O CAMINHAR</b> .....	13
<b>PRIMEIRO ANO DE ATIVIDADES</b> .....	13
<b>Expectativas iniciais</b> .....	13
<b>Cenário de práticas</b> .....	14
<b>Conhecendo o território x planejamento em saúde</b> .....	18
<b>Relações pessoais x reunião de equipe</b> .....	20
<b>Portfólio</b> .....	22
<b>Acolhimento</b> .....	23
<b>Os desafios da odontologia</b> .....	25
<b>Atividades educativas x educação em saúde</b> .....	27
<b>Rodas de núcleo, campo e assembleias</b> .....	28
<b>Grupo diversidade x seminários</b> .....	29
<b>Outras competências adquiridas</b> .....	30
<b>SEGUNDO ANO DE ATIVIDADES</b> .....	32
<b>Introdução à preceptoria</b> .....	32
<b>Estágio eletivo x ampliação do conhecimento</b> .....	32
<b>CODIPLAN x planejamento em odontologia</b> .....	35
<b>GAP</b> .....	37
<b>COVEPI x articulação de redes</b> .....	39
<b>CEREST X apoio matricial</b> .....	41
<b>Desenho da agenda do R2</b> .....	43
<b>O que ficou a desejar</b> .....	44
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	45
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Saúde Coletiva, a Odontologia percorreu e ainda percorre um longo caminho de mudanças, buscando consolidar seu espaço nesse campo. Os modelos de atenção à saúde sofreram várias transformações ao longo dos anos, desde a Odontologia Sanitária, nos anos 50, que priorizou a atenção aos escolares do serviço público, com enfoque curativo-reparador, passando pela Odontologia Simplificada e Integral, nos anos 70, que já visava a promoção e prevenção da saúde de forma coletiva e educacional, até o Programa Inversão da Atenção, que priorizava o controle epidemiológico da cárie através de ações de caráter preventivo promocional. Mas foi em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal e buscando aproximar os direitos sociais garantidos em lei com a capacidade de oferta de ações à população, que foram definidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2008). No ano de 1994, buscando mudar o modelo assistencial vigente, que o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF), sem, contudo, incluir a Odontologia nessa proposta. Mas foi apenas em 2000, que ocorreu a inserção das Equipes de Saúde Bucal na então nomeada Estratégia de Saúde da Família (BOARETO, 2011).

Em 2004, o MS, através do documento “Diretrizes Nacionais da Saúde Bucal”, buscou reorganizar a atenção em saúde bucal, trazendo o cuidado como eixo dessa mudança, com enfoque em uma saúde não baseada somente na assistência aos doentes, mas sim na promoção de uma boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. E para consolidar essa transformação, o dentista deve assumir algumas atribuições como; realizar a atenção integral de saúde bucal, individual e coletiva a todas as famílias, além de coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção de saúde e prevenção das doenças bucais (BRASIL, 2008).

Uma das grandes inovações trazidas pelo modelo de ESF é implantação de equipes multiprofissionais com ênfase no trabalho interdisciplinar proporcionando uma atenção integral para o usuário. Esse modo de atuação amplia a complexidade de ações ofertadas pelos profissionais, o que muitas vezes vem acompanhada da necessidade de desenvolvimento de novas habilidades. Contudo, o que se observa na realidade, é que conciliar diferentes categorias profissionais representa um dos maiores desafios do programa. Para os profissionais da odontologia, principalmente, se enquadrar nessa proposta de trabalho se constitui um entrave

muito comum. Além de a implantação da Saúde Bucal na ESF ter sido recente, a atuação da Odontologia na estratégia busca consolidar uma nova conduta de atuação, buscando modificar os modelos vigentes de caráter tecnicista, reducionista e curativista provenientes de uma cultura de superespecialização e de trabalho individualizado do dentista em prol de ações que visem a prevenção e promoção da saúde de forma integral e humanizada (OLIVEIRA et al., 2007).

Os conceitos, diretrizes e atribuições que envolvem o fazer do cirurgião dentista dentro da ESF são muito claros e “bonitos no papel”, entretanto a realidade que muitos profissionais enfrentam ao ingressar na Saúde Coletiva pode ser muito diferente do modelo preconizado, e muitas vezes esse “abismo” entre o que é encontrado nos livros e a vivência acaba gerando no trabalhador uma visão deturpada e pessimista a respeito do SUS. Moura et al. (2013), destacam alguns problemas que comprometem a atuação da Saúde Bucal na ESF: precarização do vínculo trabalhista, o que leva a uma elevada rotatividade de profissionais; o descumprimento de portarias e diretrizes ministeriais por parte de gestores e profissionais e por fim o desconhecimento do papel da Saúde Bucal na Atenção Básica (AB).

Uma pesquisa realizada por Lima et al. (2014) apontou que dos 11 profissionais entrevistados que trabalhavam na ESF, 10 relataram algum tipo de insatisfação com o trabalho. Dentre os principais motivos de descontentamento, a deficiência de instrumentos e problemas na infraestrutura local foram os mais citados. Houve relatos também de falta de compreensão do gestor, carga horária excessiva, questões salariais, problemas no trabalho em equipe e desvalorização social no serviço público. Já Reis, Almeida e Macedo (2015), ao analisarem a atuação do dentista na Atenção Primária (AP), trouxeram também a limitação de instrumentais e insumos como um problema comum relacionado ao trabalho. Os profissionais ainda citaram a falta de capacitação para o trabalho na Atenção Básica (AB), a fragilidade no diálogo da gestão com a equipe de Saúde Bucal, além da predominância dos tradicionais modelos de assistência curativista em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde.

E é exatamente buscando romper com os paradigmas de uma formação deficiente de profissionais para o SUS, que os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (PRMS) contribuem para a qualificação do cuidado que é ofertado para as comunidades, com ênfase em um processo de formação em serviço do residente, de maneira dinâmica, trabalhando para solucionar os problemas de saúde baseado na percepção do cuidado como algo complexo e passível de ser realizado com integralidade (BRASIL, 2006).

Segundo Freitas e Souza JR (2004), um Memorial de Formação representa uma oportunidade de o autor colocar no papel as reflexões das diversas vivências do cotidiano, os acertos, erros, as escolhas, os avanços e tudo que envolve o passo a passo do seu caminhar. Coloca o residente como protagonista de sua trajetória profissional, sujeito construtor de sua história. E assim, aproveitando a oportunidade de compartilhar um pouco das reflexões durante minha trajetória nesses dois anos, que resolvi escrever esse trabalho com o objetivo de destacar o papel fundamental que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde podem exercer sobre a forma que muitos profissionais encaram a Saúde Pública.

## **HISTÓRICO**

Em algum ponto da vida, todos nos deparamos com determinados momentos que considero cruciais. A partir do caminho seguido nessas situações, sua trajetória pode tomar os mais variados rumos. E foi no auge dos meus 17 anos que me deparei com uma dessas ocasiões, a escolha da profissão a seguir. Acredito que nem todas as pessoas têm maturidade suficiente para tomar esse tipo de decisão em uma faixa etária onde as prioridades muitas vezes são outras. Mas enfim, pelo fato de me sentir bem e tranquilo sempre que frequentava o consultório de minha tia como paciente, resolvi trilhar por essa estrada, escolhendo a Odontologia como carreira, onde caminho até hoje.

Durante minha graduação na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), nunca experimentei o sentimento de convicção sobre qual especialidade gostaria de seguir, apesar de ter uma certa clareza a respeito das quais eu não queria para minha vida, por exemplo a Ortodontia e a Odontopediatria. De uma forma geral, me sentia mais feliz e confortável quando cursava matérias que envolviam o caráter coletivo da Odontologia, nas atividades educativas e outras de caráter social, mas, a despeito desse sentimento, não existia em mim a certeza de que essa seria a escolha para minha vida.

Nos momentos finais da graduação, chegada a hora de enfrentar o tão temido mercado de trabalho, meu pensamento aos 22 anos era: “por onde começar?”. Naquela altura, e seguindo o caminho de grande parte dos profissionais dentistas recém-formados, ingressei na ESF no município de Catu, interior da Bahia, no qual permaneci por 12 anos. Durante esse período, e aliado à minha paixão pela natureza e pelas aventuras, concluí o curso de Bacharelado em



Ciências Biológicas no Centro Universitário Jorge Amado e acabei emendando uma pós-graduação em Ecologia e Intervenções Ambientais na mesma instituição. Confesso que não é fácil, após concluir uma graduação, onde o caminho mais lógico seria me aprofundar através dos cursos de especialização na área e seguir a carreira como dentista, iniciar uma nova faculdade, com um enfoque quase que totalmente diferente, mesmo tendo a sorte de eliminar algumas disciplinas básicas comuns às áreas de Ciências Humanas. As cobranças e questionamentos frequentes por parte de amigos e familiares tornaram os primeiros meses dessa nova experiência bem complicados. Muitas vezes me peguei questionando o que estava fazendo com minha vida... após cinco anos e meio cursando Odontologia, iniciar uma nova graduação? E ainda por cima existia a necessidade de trabalhar durante o dia e estudar a noite para que eu pudesse arcar com os custos de uma faculdade particular. Foi um período bem cansativo e desgastante, pois tinha que sair muito cedo de Lauro de Freitas, ir até Salvador, onde pegava o ônibus da Prefeitura de Catu, trabalhar durante o dia, retornar a Salvador e ir direto para a faculdade, que se estendia até as dez e meia da noite, sem contar os sábados e domingos, nos quais eram realizadas as atividades que precisavam ser feitas durante o turno da manhã. Diversas vezes precisei cumprir demandas do novo curso durante o meu horário de almoço no trabalho. Ao longo dos quase cinco anos que cursei Ciências Biológicas, e por mais um ano de especialização na área, não tive condições de me aprofundar e desenvolver novos conhecimentos na odontologia em função do foco e tempo estarem direcionados quase que exclusivamente para a nova graduação. Dessa forma, durante esse período, acabei me tornando um profissional um pouco “empacado” no quesito de crescimento profissional como odontólogo, o que de certa forma me deixava um pouco frustrado vendo os colegas de trabalho sempre participando de eventos, cursos e especializações na área, sem, contudo, desanimar e procurando sempre dar o melhor de mim nas duas áreas.

O que ficou bem claro para mim vivenciando as duas graduações, e analisando a forma de ensino/aprendizagem, foi que a Odontologia ainda tem um processo de aprendizagem muito voltado para a prática, pelo menos na minha época de graduando, tanto que sempre comentei com meus colegas que se tratava de uma faculdade que formava técnicos, prontos para o mercado de trabalho. Já a Biologia, na modalidade bacharelado que cursei, forma profissionais com o olhar muito voltado para a pesquisa, buscando questionar e entender os processos observados na natureza. Apesar das vantagens e desvantagens de cada modelo, acredito que os dois formatos de ensino poderiam se completar, pois entendo que a odontologia carece de profissionais com o olhar mais voltado para a pesquisa e os biólogos necessitam de uma

bagagem mais técnica, tornando-os mais habilitados a trabalhar nos diversos setores que a área oferece.

Engraçado que, em determinado momento de minha carreira profissional, não sei precisar quando, mas acredito que logo depois de me formar, passei um curto período sendo professor de uma escola técnica para Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal. Apesar de ter gostado da experiência, de poder contribuir para a formação de pessoas que buscam entrar no mercado de trabalho, pude perceber a mesma tendência praticada no curso de graduação de odontologia: a falta de preocupação com o setor social, com a odontologia coletiva, onde o foco mais uma vez recai em formar técnicos capacitados a trabalharem nas mais diversas clínicas particulares que surgem com frequência assustadora, principalmente nos bairros populares. É tanto que a maioria dos auxiliares só desenvolve as competências relativas às atividades de educação em saúde e escovação supervisionada, quando têm a oportunidade de trabalhar ou estagiar na ESF acompanhando o dentista nesse processo, e raramente o fazem quando estão sozinhos.

A despeito de essa relação não ter sido tão harmoniosa entre as duas áreas de atuação, pensando principalmente na odontologia, o meu trabalho como dentista ofereceu o campo de pesquisa necessário para a realização de meus dois Trabalhos de Conclusão de Curso em Ciências Biológicas. O TCC apresentado na graduação testou a eficácia de alguns antibióticos comumente utilizados nos serviços públicos de odontologia frente aos microrganismos presentes em infecções periapicais em dentes extraídos de pacientes residentes do bairro do Pioneiro, no município de Catu. Já o TCC desenvolvido para a pós-graduação tratou da forma como os resíduos de amálgama são gerenciados (formas de descarte) nos consultórios das Unidades de Saúde da Família do mesmo município.

Se eu me arrependi de ter feito outra graduação? Muito pelo contrário, ajudou a me transformar no profissional que sou hoje, com um olhar diferenciado e questionador sobre a realidade onde vivo e/ou atuo, a observar o ser humano além da boca e além do corpo, inserido num contexto social e biológico, pertencente ao ecossistema e fruto de um processo evolutivo que explica muito dos comportamentos exibidos por nós. Apesar de gostar e me interessar bastante pelo ramo da Biologia, não tive a oportunidade de atuar na área, sendo a odontologia meu único campo de trabalho até hoje.

Durante quase todo esse tempo atuando como profissional da Atenção Primária em Saúde no interior do estado eu não tive contato e desconhecia os Programas de Residência, até

que em 2017 a Coordenadora de Saúde Bucal do município divulgou para os profissionais que atuavam na cidade, que Catu seria um dos campos de prática dos Programas de Residência Integrados de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família. Alguns odontólogos, por interesse em enriquecer o currículo e outros receando por perderem seus empregos, se inscreveram para a prova, mas poucos foram aprovados. Foi assim que após 12 anos trabalhando na ESF, deixei o município de Catu e ingressei na Residência.

Por essas e outras decisões que ainda sou bastante questionado em minha vida: - por que escolheu odontologia; por que fazer Biologia; por que ficar 12 anos trabalhando no PSF; por que fazer a RMSF agora; por que não fazer uma especialização “de verdade”. Apesar da relativa frequência com que essas indagações chegam a mim, elas não representam motivo de incômodo, muito pelo contrário, vejo nelas a possibilidade de reflexão e autoconhecimento. É aproveitando essa linha de pensamento, que vejo a elaboração do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) sob a forma de memorial como uma oportunidade de organização compartilhamento desses pensamentos. E cada vez mais tenho a certeza de que as experiências vividas, as alegrias e gratidão da comunidade pelo meu trabalho, não apenas em Catu, mas no Parque das Mangabas, a infinita possibilidade de aprendizado propiciada pelo trabalho multiprofissional, além de tantas outras oportunidades de experiências e crescimento pessoal e profissional, são os combustíveis que fazem nos apaixonar por esse ramo da Odontologia, da Saúde, e me fazem afirmar com toda certeza que foi a Saúde Coletiva que me escolheu e não o contrário.

- **Visão equivocada**

Durante os anos trabalhados em Catu acabei desenvolvendo uma visão um pouco negativa a respeito da Saúde Coletiva, especificamente no campo prático da odontologia. Aquele sistema de saúde equilibrado, baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, com ênfase na participação popular e priorizando as atividades coletivas em detrimento das ações curativistas e trabalho multidisciplinar parecia uma realidade muito longínqua do que a que eu havia vivenciado durante esse período trabalhado na ESF. Vou tentar trazer um pouco de minha vivência, reflexões e sentimentos que me levaram a desenvolver esse olhar para a Saúde da Família.

Mesmo ganhando espaço na Saúde Coletiva, percebo que a formação do cirurgião dentista ainda é muito direcionada à atuação individual dentro dos consultórios particulares, corroborando com o argumento de Reis et al. (2015), ao afirmarem que no cenário mundial os dentistas atuam predominantemente no setor privado. Mas por que a grande maioria dos profissionais recém-formados adentram inicialmente no campo da ESF? Acredito que por três razões principais:

1 – “Pegar a mão”: muitos encaram esse período como um momento para o desenvolvimento das habilidades clínicas, treinar determinados procedimentos que não tiveram a oportunidade de realizar com mais frequência na graduação. Não que eu entenda isso como uma coisa negativa, pelo contrário é fundamental para o dentista a destreza clínica no seu dia a dia. O que me incomoda na verdade, é a adoção dessa postura como principal motivo de atuação na AB.

2 – Salário fixo: apesar dos baixos valores oferecidos pela grande maioria dos municípios, a oportunidade de contar com um salário fixo ao final do mês, mesmo com os atrasos de pagamento e precarização do vínculo empregatício, “enche os olhos” de muitos dentistas. Enquanto que no setor privado o valor recebido está atrelado à quantidade de pacientes atendidos, variando de um mês para o outro, mas sempre influenciado por fatores externos, na Saúde Coletiva o profissional irá receber aquele valor fixo independentemente da quantidade de procedimentos realizados, da presença ou não do paciente, da duração que um equipamento permanece quebrado, do período em que tira férias ou até mesmo dos dias de atestado por qualquer que seja o motivo.

3 – Cursos de especialização: boa parte dos municípios entra em acordo com os odontólogos para que estes possam, durante alguns dias do mês, se ausentarem do trabalho para estar em cursos de especialização, quase sempre não relacionados à Saúde Coletiva. Mais uma vez afirmo, não que eu ache isso uma atitude negativa, é de suma importância a atualização constante do dentista, visto que se trata de uma área da saúde onde as inovações e mudanças de condutas e materiais acontecem com relativa frequência. Todavia, é frustrante ouvir de um coordenador de saúde bucal que a ESF não representa futuro para os dentistas, que aquele período só deve durar até o término do curso de especialização e a partir daí faturar no setor privado.

Confesso que, acabando de sair da faculdade, precisando trabalhar e ainda sem a certeza de que área da odontologia seguir, os dois primeiros motivos acima listados pesaram bastante

na minha decisão de iniciar a vida profissional na Odontologia Coletiva. Entretanto, o dia a dia, a possibilidade de trabalho em equipe, o contato com a comunidade, foram aos poucos me fazendo gostar dessa área, tanto que, durante todo o tempo trabalhado em Catu nunca despertou em mim o desejo de cursar uma especialização em outra área.

Hoje percebo que o tipo de gestão adotado pelo município representa um fator determinante sobre o olhar que os profissionais desenvolvem a respeito da Saúde Coletiva. Não deposito a culpa de muitas cidades adotarem um modelo de saúde curativista, mesmo sabendo que o custo de “curar” é muito maior que o de prevenir, nas pessoas que atuam nos cargos de gestão. O que ocorre na verdade é a necessidade de que metas sejam cumpridas para que o recurso proveniente do Ministério da Saúde chegue de forma adequada e os funcionários possam receber seus salários, materiais e insumos básicos sejam comprados, garantindo assim a assistência à população. Essa “cobrança”, acredito eu, que seja um dos grandes responsáveis pela frustração de muitos profissionais, que são obrigados a produzir determinada quantidade de procedimentos, de primeiras consultas, de exodontias e por aí vai. Muitas pessoas me questionam quando trago essa reflexão, argumentando que a postura assumida pelo dentista pode mudar essa realidade, mas eu posso afirmar, por ter “sentido essa realidade na pele” por um longo tempo, que esse “fantasma” das metas é real e o profissional precisa cumpri-las, e a postura do odontólogo, por mais transformadora da realidade que seja, na grande maioria das vezes esbarra na exigência do alcance das metas. É dessa forma, que nós dentistas, mesmo distantes do setor privado, ocasionalmente atuamos como “máquinas”, destinados apenas à produtividade em detrimento da saúde da comunidade como um todo. Entendo a importância das metas, mas na minha reflexão, concluo que ações e atividades deveriam ser adequadas, relativas às necessidades de saúde da população e não a uma “receita de bolo” pré-definida pela gestão.

## **O CAMINHAR**

### **Primeiro ano de atividades**

- **Expectativas iniciais**

As duas primeiras semanas referentes ao acolhimento dos residentes no Hospital Roberto Santos foram marcadas por um misto de sentimentos e emoções. Acredito que ansiedade tenha sido mais aflorada, não só em mim como na maioria dos colegas em virtude da dificuldade de distribuição dos profissionais em seus respectivos municípios de atuação. Apesar desse clima “tenso”, o período destinado ao acolhimento se mostrou de fundamental importância na criação de laços entre os futuros colegas de trabalho, organização das caronas e mais tarde perceberíamos que essas relações ali iniciadas, serviriam de uma poderosa ferramenta para a resolução de muitos problemas que enfrentaríamos em nossa realidade. Vale destacar que, como residentes, durante esses dois anos, passaríamos mais tempo com os colegas do que com as respectivas famílias. Dessa forma, a criação de vínculos, o sentimento de estar em família no trabalho permitem que esse processo de aprendizagem possa ocorrer da forma mais leve possível.

Outro fato que chamou a atenção foi a surpresa e certa “revolta” por parte de alguns residentes ao saber que iriam assumir as equipes, sendo responsáveis pela assistência direta à população, já que imaginavam que apenas acompanhariam algum profissional que atuava no atendimento da comunidade. Fica evidente que muitos não leram o Projeto Político Pedagógico (PPP) da RMSF (2018), segundo o qual, o processo de aprendizado é baseado nas vivências do cotidiano, promovidas pelas situações concretas de trabalho.

Um dos “fardos” que eu carreguei comigo ao sair da ESF de Catu e que eu buscava encontrar algum tipo de solução que amenizasse esse problema, foram as filas. Cansei de chegar na Unidade cedinho para trabalhar e encontrar quase 200 pessoas enfileiradas, nos dias designados para marcação dobrando a esquina da rua, buscando uma vaga para atendimento médico ou odontológico. E o agravante era que as agendas viviam tão cheias, que os dias destinados à marcação ocorriam muitas vezes a cada três meses. Essa foi uma preocupação que fiz questão de externar sempre que tive a oportunidade ao longo dos 15 dias de acolhimento dos residentes. No decorrer deste trabalho trarei novas reflexões de como enxergo o problema das filas agora.

- **Cenário de práticas**

Um pouco de decepção tomou conta de mim quando soube que Catu, minha primeira escolha de município de atuação, estaria fora do programa e que Lauro de Freitas, minha

segunda escolha e onde residir, só teria duas vagas para odontologia e eu estava na terceira colocação, sendo direcionado para o município de Camaçari. Mas no final, para mim, independentemente do local o foco principal era o aprendizado e o crescimento pessoal e profissional.

De acordo com seu Plano Municipal de Saúde (2018-2021), o município de Camaçari situa-se na região litorânea do estado da Bahia e pertence à região metropolitana de Salvador. Possui área de extensão territorial de 784.658km<sup>2</sup> e apresenta clima tropical. É considerado sede da microrregião, conforme planejamento regional integrado, sendo referência assistencial para os municípios de Conde, Pojuca, Mata de São João, Simões Filho e Dias D'Ávila. Atualmente subdividido em três distritos: Distrito Sede (70% da população), Distrito de Vila de Abrantes (19% da população) e Distrito de Monte Gordo (11% da população), Camaçari apresenta potencial para o turismo, em virtude dos 42 km de orla marítima banhada pelo oceano atlântico. Na última década, o município vem apresentando um crescimento populacional acelerado relacionado principalmente à intensa transformação econômica promovida pelo advento das indústrias, o que se traduziu em uma forte corrente migratória de pessoas atraídas pela oportunidade de emprego. A análise da estimativa do crescimento populacional realizada aponta para uma população municipal de 293.723 no ano de 2018 (IBGE, 2017).

Historicamente a cidade se desenvolveu a partir do estabelecimento do Polo Petroquímico na década de 70, seguido anos depois com o advento das indústrias automobilísticas, como exemplo a FORD. Importante fonte de geração de empregos, o setor industrial vem se consolidando ao longo dos tempos acompanhado de outros setores da economia, podendo-se destacar os ramos de prestação de serviço, imobiliários, hoteleiros e o comércio. Essa predominância da indústria da transformação como principal atividade produtiva, aliada ao comércio, reparação de veículos e a área de construção, traduz em uma necessidade de observação de possíveis riscos à saúde do trabalhador. Com esse cenário, os índices de renda, pobreza e desigualdade sociais apresentaram melhora considerável com incremento da renda per capita e conseqüente redução do percentual de pobreza. Apesar da redução na taxa de analfabetismo, ainda existe um alto número de abandono da escola por parte dos jovens, representando um grupo vulnerável que apresenta alta probabilidade de obter uma inserção precária no mercado de trabalho (PMS Camaçari, 2018-2021).

Os jovens e adultos jovens representam a faixa etária da população predominante em Camaçari, existindo um equilíbrio no que se diz ao gênero quando observada a distribuição por

sexo no município. A esperança de vida ao nascer apresenta padrão de avanço ao longo dos últimos 30 anos, tendendo ao envelhecimento da população, refletindo no aumento da morbimortalidade por doenças crônicas, podendo representar um dos principais desafios a ser enfrentado pelo sistema de saúde. As condições sanitárias da população de saúde de Camaçari vêm melhorando ao longo dos anos, atualmente o município apresenta mais de 90% de cobertura de energia elétrica, água encanada e coleta de lixo, dados que repercutem positivamente nas condições de saúde da população à medida que reduzem a incidência de doenças de veiculação hídrica e transmissão vetorial. Boa parte desses indicadores depende da qualidade do trabalho desenvolvido na Atenção primária, representada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que envolvem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, atuando como porta de entrada e ordenadora do cuidado na saúde do município (PMS Camaçari, 2018-2021).

Ainda de acordo com seu PMS, a AB de Camaçari é formada por 41 Unidades de Saúde, distribuídas em 08 regiões de saúde, sendo 05 situadas na sede e 03 na orla. Do total de unidades, 34 possuem implantada a Estratégia de saúde da Família. Desde 2015, o Programa de Residências Integradas é responsável pela região 04, formada pelas Unidades de Saúde da Família de Nova Aliança, PHOC Caic, PHOCIII, Piaçaveira e Parque das Mangabas. Dispondo das mesmas categorias profissionais das demais equipes mínimas, contando, entretanto, com mais profissionais por equipe, o que facilita o acesso dos usuários à assistência. Essa região ainda conta com 02 equipes de NASF tipo III. No ano de 2016, o município possuía 56,88% de cobertura de saúde bucal, sendo 25,68% na Estratégia de Saúde da Família, com vistas à ampliação. Embora a razão entre ESB/ESF venha aumentando ao longo dos anos, a meta de incluir a ESB em todas as USFs ainda não foi alcançada. A partir do levantamento das Equipes de Saúde da Família que ainda não têm Equipe de Saúde Bucal, a coordenação do PACS/PSF propôs a equiparação entre ESB e ESF. O Quadro 1 ilustra como está composta a Rede de Assistência à Saúde no município de Camaçari.

**Quadro 1.** Composição da RAS no município de Camaçari, Bahia.

<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	
<b>CARACTERIZAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Unidades de Saúde da Família	34
Equipes de Saúde da Família	44
Equipes de Saúde Bucal em 2017	42



Agentes Comunitários de Saúde		372
Cobertura Saúde da Família em 2016		43,25%
Unidades Básicas de Saúde		07
<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>		
<b>ESTABELECIMENTO</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>	<b>EQUIPE MULTIDISCIPLINAR</b>
CER - Centro Especializado de Reabilitação	Centro Especializado em Reabilitação Física, para usuários com alterações neurológicas, adulto e infantil, prematuridade, múltiplas fraturas e amputações.	Assistente Social, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Médico Neurologista, Neuropediatra e Pediatra, Ortopedista e Traumatologista.
Centro de Atenção à Saúde da Criança de Camaçari	Centro de Referência em Saúde da Criança	Pneumopediatria, Nefropediatria, Alergopediatria, Endocrinopediatria, Hematopediatria, Neuropediatria, Gastropediatria, Cardiopediatria, Ortopedia Pediátrica, Infectopediatria, Oftalmopediatria, Otorrinolaringologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica.
CEONC - Centro de Oncologia de Camaçari	Centro de Referência em Oncologia	Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Nutricionista, Médicos Especialistas em Mastologia, Urologia, Ginecologia, Oncologia, Endocrinologia, Angiologia e Radiologia.
UNIFAL - Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme	Unidade de apoio às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias (leucemia, leucopenia, talassemia) do município.	Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo, Médico Hematologista adulto e infantil.
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas	Serviço Odontológico Especializado.	Endodontia, Periodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Diagnóstico Oral, Odontopediatria, Estomatologia e atendimento a PNE
CRES DST AIDS – Centro de Referência E Especialidades em Saúde	Atenção especializada para pacientes vivendo com HIV, Hepatites Virais.	Médico infectologista, médico pediatra, médico ginecologista, enfermeiros, assistente social, nutricionista psicólogo, socióloga, técnico de laboratório, técnico de enfermagem, farmacêutico.
<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA- ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>		
04 CAPS	CAPS AD, CAPS II Sede, CAPS i e CAPS II Orla	
<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA- POLICLÍNICA / HOSPITAL DIA</b>		
Policlínica de Especialidade do Centro – Hospital Dia	Policlínica de especialidades	Angiologia, Cardiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Obstetrícia, Dermatologia, Mastologia, Endocrinologia, Infectologia, Gastroenterologia, Gastropediatria, Neurologia,

		Urologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Proctologia.
<b>REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS</b>		
03 PA	PA Arempebe, Monte Gordo e Vilas de Abrantes	
01 UPA	UPA Gleba A/ Gravatá	
SAMU	Central de Regulação de Urgências, Unidade de Suporte Básico e Unidade de Suporte Avançado	
<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>		
<b>SERVIÇOS / AÇÕES EM SAÚDE</b>		<b>QUANTIDADE</b>
Unidade Notificante em Saúde do Trabalhador		Todas as unidades da Atenção Básica a Média e Alta Complexidade são consideradas Unidades Notificantes em Saúde do Trabalhador
Central de Acondicionamento e Distribuição de Imunobiológicos		01
Centro de Controle de Zoonoses		01
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)		01
Sala de vacina em clínica privada		01
Salas de Vacina Pública		37
Vigilância Epidemiológica		01
Vigilância Sanitária e Ambiental		01

Fonte: RAG, 2016, Camaçari

- **Conhecendo o território x planejamento local em saúde**

Fui escolhido para atuar na USF do Parque das Mangabas, unidade fundada no ano de 2009, localizada fora do centro do município, apresentando características periurbanas, o que foi um desafio para mim, pois apesar de ter certa experiência com a ESF, sempre trabalhei em áreas urbanas. Me sinto um pouco frustrado por não poder trazer aqui informações importantes a respeito do território, como as doenças predominantes, quantidade de hipertensos, diabéticos, gestantes, fatores de risco, equipamentos sociais que pudessem ser utilizados para apoiar as ações da unidade e muito menos a população do bairro de forma fidedigna. O que posso trazer de dados populacionais estimados é que no Parque das Mangabas residem 6.654, o que acredito estar abaixo da realidade encontrada no bairro, muito em função da falta de alimentação constante dos dados coletados em campo pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no e-SUS, que por sua vez representa uma estratégia que visa reestruturar e integrar as informações da AB a nível nacional, através da qualificação da informação, com ênfase na melhoria no atendimento à população (BRASIL, 2018).

Algumas poucas informações valiosas, que influenciam a dinâmica da comunidade merecem destaque aqui. Primeiro, a presença de uma grande comunidade cigana, que apresenta características peculiares e por isso demanda uma atenção diferenciada. Segundo, por se tratar de uma área próxima a muitas empresas, uma parte da comunidade reside, ou passa a semana ali apenas no período que está trabalhando, dando um tom migratório a população. Terceiro, e acredito que seja um dos grandes problemas locais, quando me refiro ao bem-estar emocional da comunidade, a carência de opções de lazer no bairro. Além de um campo de futebol subutilizado, as únicas alternativas se restringem a bares, que são predominantemente desfrutados por homens, e os encontros em igrejas e outras instituições religiosas. Para agravar ainda o cenário, trata-se de uma região perigosa, com histórico de drogas, assaltos e assassinatos. Sem muitas opções de lazer, a parcela da população que não trabalha, carece muito de momentos de descontração, o que o bairro não oferece. E é aqui que entra uma ferramenta fundamental para muitas mulheres locais, o grupo de convivência Arte de Viver, que ocorre às quartas feiras e representa exatamente essa oportunidade de interagir com outras pessoas, dar risada, praticar atividades físicas e por aí vai. Considero esse grupo de suma importância para o bem-estar dessas mulheres e um patrimônio do Parque das Mangabas.

Infelizmente não conhecemos as reais necessidades de saúde da população, e dessa forma nossas atividades são baseadas nos programas e linhas de cuidado, nossas ofertas baseadas naquilo que achamos necessário e nossas ações de educação em saúde muitas vezes seguindo as datas comemorativas destinadas a cada agravo e situação de saúde. Considero que a falta de um diagnóstico local de saúde seja o principal problema que demande a atenção e os esforços dos residentes e que deva ser o ponto partida para que as demais ações possam ser realizadas. A análise da situação de saúde tem a capacidade de caracterizar e explicar as situações-problema de um território específico, identificando não apenas os agravos, como também seus fatores determinantes, vulnerabilidades e populações expostas, facilitando dessa forma a identificação de prioridades e as intervenções necessárias para atuar sobre o problema (GONDIM et al., 2008).

Para que esse objetivo tão sonhado seja alcançado, apenas os esforços dos residentes não são suficientes. Os ACS são protagonistas nesse processo, através da atualização de seus cadastros e correto preenchimento das Fichas A e B. Em setembro de 2017, frente a esse impasse, tentamos unir esforços, mobilizar a equipe e realizar esse processo de territorialização, e todos foram para a rua com suas pranchetas de casa em casa colhendo informações. Foi um momento muito rico, a oportunidade de poder botar quase toda a equipe nas ruas, de ver de

perto como é feito o trabalho dos ACS, suas dificuldades e limitações. Pude ver mais de perto a realidade da comunidade, muitas condições precárias de moradia, muita gente bebendo água de torneira sem ferver ou filtrar, falta de esgotamento sanitário, entre outras questões. E assim como ocorre durante as visitas domiciliares, se realmente quiser conhecer a realidade da nossa comunidade, temos que fazer um movimento de extrapolar os muros da unidade, arregaçar as mangas e ir de verdade para as ruas.

Apesar desse movimento todo, o processo empacou e como sempre, e a territorialização não foi concluída. Continuamos sem a maioria das informações básicas que uma equipe de saúde deveria ter a respeito da comunidade adscrita. E ainda com a saída de três ACS, não temos informações populacionais para reivindicar ou não a contratação de um novo agente de saúde, já que não sabemos se a quantidade desses profissionais que permanecem no serviço é suficiente para cobrir um máximo de 750 pessoas por microárea, de acordo com a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Permanecemos então com áreas descobertas, problemas de agendas cheias e ações que não refletem as reais condições de saúde da população, sendo que tudo isso reflete na falta de conhecimento do território.

- **Relações pessoais x reuniões de equipe**

Assunto muito delicado de se tratar, mas considero um tópico que merece uma atenção especial, então vamos elucidar todo o problema do princípio. O que ficou muito claro nos primeiros dias foi que os profissionais não se consideravam com uma equipe, mas sim que o Parque das Mangabas era composto por grupos de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios, onde existiam os residentes, os contratados, os efetivos, os REDA (Regime Especial de Direito Administrativo) e os Mais Médicos. Não éramos todos funcionários da ESF, e sim “panelinhas” de trabalho. E essa segregação era a fonte de muitos conflitos.

Muitos conselhos valiosos me foram dados durante meu primeiro mês na unidade de Mangabas. Não somente relacionados à prática de trabalho, como também sobre o comportamento e traços da personalidade de alguns funcionários. Na minha filosofia de vida nunca fui de preconceitos, primeiro procuro conhecer as pessoas antes de tirar qualquer conclusão a respeito do caráter de cada um, ou seja, carrego sempre comigo “um livro em branco” para ser preenchido de acordo com as minhas vivências com cada pessoa. Dessa forma

fui para a primeira reunião em equipe, um momento tenso, acredito que para todos, por estarmos chegando na Unidade ansiosos para trabalhar e nos depararmos com algum tipo de conflito com os funcionários, cuja relação com os residentes não era das melhores. Esta, realmente representava uma situação delicada por tratar de conflitos interpessoais, mas que necessitava ser conduzida da melhor forma possível evitando qualquer tipo de tensão com os profissionais. Inicialmente, seguindo o conselho dos R2, adotamos a postura de não nos envolvermos em discussões na reunião, mas durante o dia a dia da unidade procurar desenvolver relações mais próximas com todos da equipe. Todavia, cada vez mais me dava conta de que o que foi decidido nessas reuniões ou em qualquer outro espaço de discussão iria refletir nosso futuro, nosso processo de trabalho. Então sim, mesmo não sendo de falar muito e não estar acostumado a esse tipo de atrito, deveria sim participar mais e buscar melhorias que serão importantes no futuro.

E foi bem nesse processo de tensão e necessidade de mudanças que finalmente semana foi realizada a primeira roda de campo de Mangabas. A atividade veio em momento bem oportuno, pois os conflitos interpessoais entre funcionários e residentes na unidade se encontrava em uma situação crítica, onde até ofensas de caráter pessoal foram proferidas. O grande problema é que esses conflitos "travam" um pouco o processo de trabalho dos profissionais, que poderia ser mais "suave" dentro do nosso cotidiano. E acabamos por utilizar alguns encontros da roda de campo para traçar estratégias visando mitigar esse problema.

E assim as coisas foram se arrastando semana após semana tentávamos resolver, buscar soluções, mas parecia que os problemas só aumentavam. Isso era um fato que me angustiava de tal forma, principalmente por eu entender que espaços coletivos, de reuniões e rodas de campo deveriam ser destinadas a melhorias no processo de trabalho, planejamento de ações pensando na comunidade, capacitações, educação permanente, mas só o que se falava era relações interpessoais e “lavagem de roupa suja”.

Mas com muito esforço, estratégia e dedicação, as coisas começaram a mudar aos poucos, algumas barreiras e muros foram quebrados, novos laços começaram a ser formados, de forma que fiquei bastante feliz com a forma que a equipe começou a se comportar, com mais respeito, mais amizade, mais empenhada em resolver as questões de trabalho mesmo, com ótimas ideias e planejamentos em reuniões, as coisas começaram a caminhar para uma melhor organização. Claro que ainda existem diversos problemas, necessidade de aproveitar melhor o tempo, mas o grupo parece estar mais disposto a resolvê-los através de trabalho em equipe, que se baseia numa relação recíproca de interação e comunicação, para que todos atuem de forma

harmônica, traduzindo assim em qualificação do cuidado para a comunidade (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

- **Portfólio**

“O vilão que acabou se tornando o mocinho da história.” Não vejo forma melhor de definir minha experiência ao longo da residência com esta ferramenta presente no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Confesso que já havia utilizado esse recurso quando cursava uma matéria durante a graduação em Biologia. Ao contrário do que ocorreu ao longo desses dois últimos anos, minha experiência prévia com o AVA se resumia basicamente à resolução de testes e provas de forma não presencial. Vamos elucidar sobre o porquê dessa mudança de percepção.

Lá no famoso acolhimento dos residentes, fui orientado a me familiarizar com os textos que dialogavam sobre o AVA, e percebi durante a leitura das orientações acerca do preenchimento do portfólio individual, que este representava principalmente um espaço de reflexões, não somente para lembrar e descrever o que foi realizado durante os dias de atividades teóricas e práticas, mas sobretudo refletir sobre as atitudes tomadas, pois dessa forma o processo de aprendizagem e de crescimento do indivíduo poderia ser mais eficiente. E a partir dali, percebi a importância de se fazer o registro com certa frequência, ou sempre que algo que necessite de mais atenção ocorra para que esse momento não seja perdido no tempo. Entretanto, mesmo sabendo de sua importância, confesso que inicialmente me sentia um pouco desestimulado para alimentar o portfólio, algumas vezes decorrente do desgaste da longa jornada de trabalho a que somos submetidos, e quando o fazia, era por obrigação, no intuito de completar a carga horária teórica. Mesmo a contragosto, contudo, eu tentava trazer da melhor forma possível meus sentimentos e reflexões acerca da realidade que eu estava inserido.

Mas foi por volta de uns dois meses de iniciadas as atividades práticas que a história começou a mudar de figura. Os preceptores começaram a me estimular com mais afinco a postar com certa frequência no portfólio individual por dois motivos. Inicialmente para cumprir com seus objetivos básicos de ser um espaço para desabafos, expressar emoções, registrar os fatos e coisas importantes do meu dia a dia, funcionando com um diário e que o portfólio poderia no futuro servir como base para a confecção do TCR, que provavelmente seria confeccionado sob

a forma de memorial. “Opa”, depois dessa a “ficha caiu de vez” e comecei a me dedicar mais e com mais empolgação ao portfólio.

E é exatamente agora, no final do curso, durante a escrita do TCR, que percebo o portfólio como um herói. Não apenas por ter servido como um excelente guia para a construção do meu trabalho de conclusão, mas principalmente por me fazer perceber o quanto evolui como profissional e pessoa ao longo desses dois anos.

- **Acolhimento**

Antes de discorrer sobre esse tema, que muitas vezes tirou o meu sono, considero importante nesse momento elucidar um pouco as formas de acesso à unidade. Três equipes de referência compõem a unidade, sendo responsáveis por assistir a estimativa de 6654 pessoas cadastradas, valor esse que não justificaria a existência desse número equipes de saúde, baseado na PNAB (2018), que recomenda uma cobertura de 2000 a 3500 pessoas adscritas por equipe de saúde. As categorias de enfermagem e odontologia são compostas por residentes, sendo que sempre existe pelo menos uma enfermeira de referência por equipe, enquanto que em alguns momentos, dois dentistas assumem as três equipes, como ocorreu em minha época. A categoria médica, composta por diferentes vínculos empregatícios, sofre mudanças constantes, sendo difícil vincular um profissional por equipe. A falta de residentes médicos, apesar dos excelentes profissionais desse núcleo que atuaram em Mangabas, muitas vezes emperrou o desenvolvimento de algumas ações planejadas. As 11 microáreas antes cobertas com seus respectivos ACS, hoje, após a saída três deles, se reduzem a oito áreas de cobertura. Temos duas auxiliares de saúde bucal (ASB), sendo uma delas estagiária, três técnicas de enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais, uma auxiliar administrativa, uma vigilante, um regulador e uma gerente. As marcações de consultas de uma forma geral são feitas via acolhimento, excetuando o acesso para o dentista, para algumas linhas de cuidado e as remarcações. E essa é apenas das razões que fazem do acolhimento um instrumento de muita visibilidade, críticas e ajuste de condutas.

Em minha experiência prévia já havia ouvido se falar sobre acolhimento, mas apenas no sentido de receber bem o usuário quando este procura a unidade de saúde. Na verdade, seu

conceito envolve muitas nuances, como podemos perceber na definição presente no volume I do Caderno 28 do MS:

[...] o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas [...]. Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá.

Em Mangabas, o acolhimento funciona em sua forma mais ampliada, indo além da postura profissional humanizada no contato com os usuários. Representa uma ferramenta de organização dos serviços, agendas e processos de trabalho, utilizando os critérios de classificação de risco definidos em equipe, buscando ser o mais resolutivo possível.

Apesar de todos os problemas e dores de cabeça, imagino ter sido uma das competências que mais notei minha evolução ao longo nos dois anos. Imagine para um dentista, formado para atuar em sua “caixinha”, lidando apenas com problemas de saúde bucal, de repente começar a escutar as mais variadas queixas dos usuários, inclusive sobre métodos contraceptivos... é de deixar qualquer um doido. Mas, para além de minha categoria, eu sou um profissional de saúde, e tenho que pelo menos saber lidar, ou dar um encaminhamento adequado para toda e qualquer queixa que chegue a mim. E foi assim que aos poucos, compartilhando o acolhimento com enfermeiras, em interconsultas com o médico que fui me sentindo cada vez mais seguro em oferecer uma escuta qualificada aos usuários que buscassem auxílio. E o mais legal, tendo a oportunidade de participar do acolhimento quase ao final da residência, após a passagem pelos campos de estágio, consigo escutar o usuário com uma visão muito mais ampliada de saúde e seus determinantes sociais.

Ao longo dos meses muitas reuniões e turnos pedagógicos foram destinados a justar as coisas e alinhar as condutas dos profissionais no acolhimento. E acredito que muitas outras serão realizadas, a depender das características de cada equipe que passe pela unidade e das necessidades da população. Destaco uma rotina que foi esquecida, ao longo dos meus dois anos de atuação: a discussão em reunião de unidade do que foi consolidado no mês dos casos que chegam ao acolhimento. Não tenho dúvidas que essa prática é de suma importância para o planejamento da agenda e de algumas atividades importantes, pois mesmo não havendo diagnóstico local da situação de saúde, a análise dos dados das demandas espontâneas que chegam à unidade pode nos promover um vislumbre de quais os principais motivos que levam



o usuário a buscar atendimento. Mas me sinto tranquilo em dizer que mantive a prática de fechamento mensal dos dados e confecção das apresentações até me último mês como residente, e espero que essa prática tão importante seja retomada novamente pelos próximos profissionais.

E foi exatamente aqui, justamente no assunto que mais tirou meu sono, que consigo enxergar uma saída para o problema que me acompanhou até o início da residência. As intermináveis filas em busca de atendimento. Quando o serviço está bem organizado, e o acolhimento serve de base apenas para a condução de casos agudos, esse problema pode ser minimizado. É claro que as filas sempre irão existir, mas numa proporção bem menor quando comparamos o Parque das Mangabas ao meu antigo campo de trabalho. Aquelas pessoas que outrora aguardavam nas longas filas para resolução de alguns casos agudos, de renovação de receita ou de apenas uma orientação, tem suas demandas encaminhadas diariamente no acolhimento. O único porém que preciso destacar, é que a ferramenta do acolhimento do modo que é conduzida nas unidades da residência, demanda recursos humanos, e pela minha experiência, a maioria dos postos nos municípios carece desse requisito.

- **Os desafios da Odontologia**

Em 2017, recém-chegado na unidade de lotação, me deparei com uma situação preocupante. O ano anterior tinha sido péssimo para a odontologia no bairro. Uma greve dos servidores que durou oito meses, e outros tantos meses que precederam minha chegada, com o compressor quebrado. Resumindo, praticamente não houve atendimento odontológico entre o ano de 2016 e meados de 2017. Esse fato me preocupou bastante, justamente por eu ter vivido uma realidade de muitas filas, e toda essa demanda reprimida de quase um ano certamente iria sufocar o serviço, e meu desejo de prestar uma assistência de qualidade, com ênfase nos procedimentos preventivos, poderia mais uma vez ser sobrepujada pelo tão tradicional ciclo de restaurações, tratamentos endodônticos e exodontias.

Mas como funcionava o acesso aos serviços odontológicos na unidade? Buscamos seguir a mesma mecânica utilizada pelos antigos residentes. Uma vez ao mês, ou a cada dois meses, uma lista era aberta, com uma quantidade de vagas condizente com a capacidade da agenda, e no dia marcado os usuários passariam por uma atividade educativa, avaliados individualmente e agendados de acordo com a classificação do risco de suas necessidades. Acredito que essa ainda seja uma forma de acesso injusta, onde as pessoas que moram mais

perto costumam conseguir as vagas. Nessa modalidade acabamos criando barreiras de acesso para o atendimento, trabalhando de uma forma não equânime e reproduzindo um tradicional modelo de filas nas unidades, tão injusto para quem mais precisa. Infelizmente, em virtude de muitos problemas que irei descrever a seguir, ainda não conseguimos modificar essa realidade. As demandas de urgência, ao contrário do que ocorria com as outras queixas, furavam o fluxo de acolhimento e iam “bater” diretamente no consultório odontológico. Com relação à distribuição das agendas, éramos dois profissionais para cobrir as três equipes, mas como eu minha parceira nos dávamos muito bem, não tivemos problemas em conduzir as atividades com muita leveza.

E que situações são essas que até hoje emperam o desenvolvimento das atividades odontológicas? Não posso me queixar muito de falta de materiais, essa não foi uma realidade para mim, mas passei por alguns períodos de quebra de equipamentos e problemas de infraestrutura que muitas vezes nos obrigavam a suspender o atendimento. Em meados de 2017, perdemos uma das duas ASBs que trabalhavam na unidade e tivemos alguns problemas de afastamento médico com a que permaneceu, e mais uma vez muitos turnos de atendimento foram interrompidos. Enfrentamos ainda muitos problemas com faltas e remarcações recorrentes de usuários, e a constante batida na porta das pessoas que tinham alguma queixa, muitas vezes atrapalhavam a condução dos atendimentos.

Conseguimos mitigar alguns desses problemas, com destaque para o empenho da preceptoria em arrumar estagiárias para auxiliarem no serviço, e a obrigatoriedade de as demandas espontâneas relacionadas à odontologia seguirem o fluxo normal das demais, passando pelo acolhimento, contribuíram para a melhoria do serviço. Para isso, fiquei responsável por conduzir um matriciamento para as enfermeiras e alguns integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre os critérios para classificação de risco a respeito das queixas odontológicas. E com essa mudança passamos a não sofrer mais com as constantes interrupções de pacientes na porta do consultório com dor, e muitas das demandas, muitas vezes simples orientações, eram resolvidas sem precisar da presença do dentista. E mais, passamos a reservar algumas vagas em nossas agendas para o atendimento das demandas provenientes do acolhimento. E o resultado disso, as pessoas conseguiam resolver suas queixas agudas com mais frequência, e nos dias de marcação apenas as demandas menos complexas buscavam o agendamento.

Uma outra situação que merece destaque, e que na hora foi muito difícil de digerir, mas que depois representou uma oportunidade de desenvolver um excelente trabalho, foi referente

à produção no e-SUS de nossas atividades. O que aconteceu foi que em uma das reuniões de Regionais do município, nossos registros foram “puxados” do sistema e foi constatado que nossa produção estava muito aquém da realidade. Foi aí que fomos solicitados a resgatar toda nossa produção dos livros de registro para provar a inconsistência dos dados. Infelizmente esse processo foi feito manualmente, e demandou muito tempo e esforço. Vendo nosso sofrimento, o Apoiador de Núcleo sugeriu que criássemos uma planilha no Excel, para alimentar nossos dados de produção com frequência, para que não precisemos passar por esse problema novamente. E comecei a fazer isso, e o curioso foi que na minha avaliação final do R1, fui questionado sobre o tipo de atividade ou competência que eu gostaria de desenvolver mais no período do R2. Respondi que gostaria de trabalhar outras competências durante período que possam contribuir ainda mais com os processos de trabalho da unidade e não apenas atendimento odontológico. Baseado nessa visão que expressei o desejo de trabalhar mais com planejamento em saúde bucal, utilizando índices de qualidade do serviço, propondo ações de maior abrangência, mais voltadas para a prevenção, tentar aproximar mais a unidade das demais redes de serviço, com educação em saúde e matriciamentos, e não passar meus poucos dias na unidade com atendimento clínico. E foi assim que comecei a trabalhar com os dados de produção odontológica, e dedicar um olhar mais refinado para esses dados, utilizando índices, no intuito de tentar compreender a situação de saúde da população, inclusive tive a oportunidade apresentar esses dados em um turno pedagógico com a equipe, de uma forma muito produtiva, podendo traçar estratégias para qualificar os processos de trabalho da odontologia.

Acredito que a odontologia ainda é muito focada em dados de produção, quantidade disso, quantidade daquilo, mas não fazemos a menor ideia da real situação da comunidade, se aquilo que estamos ofertando condiz com aquilo que as pessoas realmente necessitam. Não sabemos realmente se estamos melhorando as condições de saúde bucal da população ou estamos ainda bastante presos num ciclo de cárie e tratamento restaurador. E para isso, devemos superar a mesma barreira que descrevi no tópico do território: urgente necessidade de se fazer uma análise das condições de saúde bucal da população.

- **Atividades coletivas x educação em saúde**

Esse tópico, ao contrário da maioria dos dentistas, não representa grandes novidades para mim. Sempre tive a necessidade de realizar atividades coletivas em saúde bucal, que segundo

a Portaria 184, de 9/10/1991 (BRASIL, 1991) representam um “conjunto de procedimentos de promoção e prevenção [...] desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados”. Isso ocorria muito em função da cobrança de metas, mas que se restringiam a palestras, escovação supervisionada e aplicação de flúor nas escolas. A diferença, todavia, dessa realidade para o que vivi na residência, e que considero estratégico para o sucesso da atividade, foi a oportunidade de planejamento com antecedência, muitas vezes de forma multiprofissional, e dispor de uma gama maior de espaços e recursos para executá-la.

Uma dessas atividades que se enquadram no espectro da educação em saúde e que foi uma novidade para mim, são os grupos, que se caracterizam pelo caráter educativo, cujo objetivo maior é aprendizado de diferentes formas de se viver e enfrentar os agravos, esclarecendo dúvidas dos participantes e tentando suscitar a adoção de hábitos saudáveis, e mais, busca formar e fortalecer laços e vínculos entre todos os envolvidos no processo (MATIAS, 2017). E essa descrição se enquadra perfeitamente no grupo de convivência Arte de Viver, que proporciona educação e criação de laços, através das mais variadas atividades. Nas campanhas de vacina e mutirão de preventivos a história se repete, tive a felicidade de planejar as ações e executar com sucesso, juntamente com a equipe, além de avaliar os resultados obtidos.

Essa área da saúde, merece mais atenção e deveria ser mais utilizada por nós profissionais. Me sinto confortável em dizer que na grande maioria dos tópicos descritos nesse trabalho, de alguma forma a educação em saúde está presente. Pois como sempre costumo dizer, podemos ter os melhores projetos, profissionais, ambiente propício, mas se não houver educação, o processo estará fadado ao fracasso.

- **Grupo diversidade x seminários**

Este espaço também merece um tópico de discussão específico só para ele, pois serviu de base para algumas mudanças de cenário ocorridas ao longo do programa. Baseado em seu PPP (2018), a RMSF apresenta o Grupo Diversidade (GD) como uma atividade teórica que visa integrar as vivências práticas nos territórios com conhecimentos sistematizados, por meio de estudos mensais em grupo com integrantes de diferentes municípios, sob orientação docente.

Lembrei vivamente do meu primeiro dia nessa atividade quando me fora perguntado quais eram minhas expectativas a respeito desse espaço. Não hesitei em dizer que acreditava

ser um local de troca de experiências entre profissionais que atuavam em diferentes campos de práticas. E no decorrer das atividades mensais, aquilo que eu esperava desde o primeiro dia foi se tornando realidade e mais um pouco. Os encontros passaram a se tornar um ambiente de paz, tranquilidade, diversão, risadas, quase que uma válvula de escape para as diversas pressões enfrentadas por muitos residentes em suas realidades diárias. E nesse clima de descontração que o trabalho ia fluindo, casos inerentes às práticas das USFs eram discutidos, e o mais legal era a união de muitas mentes para buscar soluções aos problemas que nos eram apresentados, compartilhando experiências exitosas realizadas no município que poderiam ser utilizadas também pelos demais colegas em suas realidades.

Mas, como comentei em outros locais desse memorial, nem tudo são flores. Para mim, dois problemas se tornaram evidentes e foram várias vezes citados durante os momentos de avaliação do espaço. Primeiro, o fato de que o mesmo tema abordado no GD, era também discutido nos seminários e em diversas rodas de campo, o que muitas vezes deixava as discussões maçantes. E segundo, já envolvendo o perfil de cada um, foi o fato de que algumas pessoas percebiam aquele espaço como uma “perda de tempo”, preferindo estar atendendo suas demandas na unidade a estarem ali.

Aproveitei todas as coisas boas que esse espaço tinha a oferecer, e fico feliz que a coordenação da residência tenha suprimido os seminários aos sábados que discutiam os mesmos assuntos do GD, o que acredito ser muito benéfico para os R1. Apenas deixo uma sugestão, acho que para nós residentes, que os assuntos discutidos nos Grupos Diversidade não sejam esquecidos por lá, que tentemos utilizar esse conhecimento teórico em nossos campos de prática.

- **Rodas de campo, núcleo e assembleias**

Infelizmente não trago tantas reflexões a respeito desses três espaços, por isso juntei os três em um tópico pois minhas considerações são um pouco semelhantes a respeito de cada um deles. Tirando o fato de se estenderem até a noite, requisito para cumprir as 60 horas semanais de trabalho, o que muitas vezes dificulta uma participação mais efetiva dos residentes em função do desgaste físico e mental, considero os três espaços muito ricos e potentes, cada qual suas possibilidades de aprendizado e crescimento.

As rodas de núcleo, assim como os turnos pedagógicos, representam uma grande oportunidade de trabalhar assuntos e casos inerentes a cada categoria profissional, aumentar sua bagagem teórica, tirar dúvidas e discutir casos comuns ao dia a dia de cada um. As rodas de campo por sua vez refletem mais a realidade da Unidade de Saúde como um todo, e que confesso que me ajudou bastante no início da residência, como citei anteriormente, traçando estratégias para resolução de um grande entrave que enfrentávamos a respeito das relações pessoais. Minha única crítica aos dois espaços é que não vejo a necessidade da presença do R2, talvez apenas nas rodas de campo, entretanto como os assuntos abordados têm sido os mesmos discutidos durante meu R1, acaba se tornando um pouco repetitivo para mim.

Ah, as assembleias, um espaço típico do residente, onde muitos embates foram travados, divergências de opinião e por aí vai. Ainda me questiono a respeito da sua periodicidade, mesmo pensando na carga horária, mas de uma coisa tenho certeza, muitas de nossas conquistas, que conseguimos junto a coordenação da Residência, surgiram a partir dessas longas noites de debates, o que deixa bem claro a potência desse espaço. Acredito que muitas vezes seja subutilizado, talvez por causa da periodicidade, onde demandas importantes não surjam num espaço de quinze dias, mas mais uma vez afirmo que o esforço para que essa realidade seja mudada recai principalmente nos residentes.

- **Outras competências adquiridas**

Me sinto feliz e satisfeito com a oportunidade de desenvolver diferentes tipos de atividades daquelas que havia praticado durante toda minha experiência profissional em saúde da família. Na minha carreira como dentista na ESF, meus fazeres eram basicamente restritos ao consultório e atividades coletivas, principalmente nas escolas, sempre baseado em metas a cumprir. A residência por sua vez me ofereceu a oportunidade de aprendizado muito amplo como profissional. Posso citar algumas atribuições que tenho realizado e que nunca pude exercer antes:

- 1 - Monitoramento de vacina: pude acompanhar no território, juntamente com as técnicas de enfermagem, o processo de vacinação, auxiliando no preenchimento dos cartões de vacina tirando dúvidas da população a respeito do assunto.

2 - Testes rápidos: havia sido capacitado de forma teórica para a realização de testes rápidos no meu antigo trabalho, mas não recebi o treinamento prático, que me foi ofertado durante a residência e tive a alegria de poder utilizar essa ferramenta no dia a dia para ampliar a capacidade diagnóstica e agilizar o tratamento dos usuários em caso de necessidade.

3 - Boletim mensal dos testes rápidos: além de realizar os testes, fiquei responsável também por alimentar o sistema mensalmente com os registros dos testes realizados no período e pedido de mais kits quando necessário.

4 - Digitação de e-SUS: muito habituado a trabalhar com as fichas de BPA e PMA2, tive que me adaptar ao sistema de coleta de informações vigente no município, o e-SUS. Instrumento de preenchimento simples, mas que demanda organização e tempo para que seja digitado pelo próprio profissional responsável pelos procedimentos. Felizmente não sofri muito com esse acesso aos computadores, pois levava meu notebook para digitar no trabalho sempre que possível.

5 – Peso do Bolsa Família: apesar de ser uma atividade bem corrida, que envolve muita gente da comunidade, quando feita de forma organizada, permite conhecer um pouco do perfil da população que tem acesso a esse benefício. Oportunidade também de captar alguns usuários que não acessam normalmente a unidade, mas que comparecem ao peso por se tratar de uma atividade obrigatória para manutenção do benefício.

E foi durante uma avaliação trimestral dos residentes, que pude perceber com a clareza o meu caminhar, e confesso que fiquei bastante contente com o resultado. Acredito que as primeiras avaliações têm um papel importante no sentido de apontar as competências que o residente necessita trabalhar mais, se aprimorar. Em contrapartida, as últimas avaliações feitas no final do ciclo do R1 deixam mais claro o caminho percorrido pelo trabalhador, ressaltam a sua evolução, não apenas profissional como pessoal. Esse caminho ficou bastante claro para mim no meu último processo de avaliação, os objetivos alcançados, os medos superados no acolhimento, o desenvolvimento de competências para planejamento e execução de atividades de educação em saúde diversas, inclusive com a formação de grupos. Foi bem interessante e prazeroso reconhecer a evolução que tive durante esse ano

#### **4.2.2. Segundo ano de atividades ano de atividades**

- **Iniciação à preceptoria**

Após o primeiro ano de atividades, permanecemos por mais 45 dias na unidade, com a intenção apoiar a transição dos recém-chegados R1 em seus primeiros passos conhecendo a rotina e os processos de trabalho nos novos campos de prática. Pensando especificamente na odontologia, percebo que a maioria dos dentistas egressos da graduação já apresentam quase que a “caixa de ferramentas” completa para a condução de sua prática clínica, excetuando algum tipo de insegurança em um procedimento ou outro. Falo isso com convicção por experiência própria. Então para mim, os novos residentes dentistas precisariam de uma atenção maior nas atividades a que não estavam habituados a realizar, ou seja, a maioria das competências exigidas fora do consultório.

E foi com essa mentalidade que dirigi meus esforços e minha energia em auxiliar os novos residentes, especialmente os de odontologia, nesses tipos de atividade que pudessem ser desconfortáveis para eles como foram para mim. Destaco aqui o acolhimento, que foi muito difícil para mim, como comentei acima, e que eu não gostaria que a próxima geração passasse pelas mesmas dificuldades que passei.

Apesar de a preceptoria não ser uma competência fácil de se lidar, por estar envolvida com uma posição de responsabilidade, de ser referência para os profissionais, achei muito gratificante o período que tive oportunidade de acompanhar os novos residentes e tentar passar da melhor forma possível as inúmeras possibilidades que um profissional de saúde tem para oferecer independente de sua categoria.

- **Estágio eletivo x ampliação do conhecimento**

Momento único e de muita expectativa para a maioria dos residentes, oportunidade de atuar em um campo totalmente diferente de tudo que foi vivenciado até esse momento. Para mim foi exatamente isso, busquei escolher uma área onde pudesse aprender e desenvolver novas competências e incorporar um olhar muito mais ampliado da Odontologia. Foi dessa forma que optei por atuar no Núcleo de Telessaúde da Bahia, uma ferramenta muito útil e eficaz para todos os profissionais da saúde dispostos a explorá-la, no sentido de uma oferta de educação permanente à distância sempre que for requisitada.



Ainda trabalhando no município de Catu, recebi treinamento para utilizar a plataforma do Telessaúde Bahia, entretanto a deficiência de equipamento necessário, computadores com acesso à internet disponíveis na unidade, acabaram tornando a utilização da ferramenta um pouco difícil, e o assunto acabou sendo esquecido. Depois de alguns anos recebi o treinamento novamente no município de Camaçari, já como residente em 2017. Associado a isso, a presença de infraestrutura que possibilitava o uso da plataforma na unidade de saúde, e a constante busca de informação que o processo de trabalho na residência implica, fizeram com que eu aproveitasse muito a ferramenta do Telessaúde, tirando muitas dúvidas via teleconsultorias, e como mecanismo de educação permanente através das webpalestras semanais. Toda essa gama de possibilidades me levou a querer conhecer e entender melhor como funciona a "máquina" desse núcleo de educação permanente. Felizmente a Residência disponibilizou o estágio eletivo nesse departamento e não pensei muito para escolher esse espaço de aprendizado.

Faço questão de compartilhar aqui um trecho do texto que escrevi durante meu período de estágio eletivo, solicitado por um estudante de Odontologia e estagiário no Telessaúde, que representa bem a importância desse tipo de educação permanente na vida profissional do cirurgião dentista, principalmente aquele recém-formados:

“O que acontece, todavia, é que o dentista egresso, com todo seu aprendizado baseado na prática clínica, esbarra em três problemas que muitas vezes colocam o profissional numa situação delicada e desafiadora: a falta de experiência profissional, que apesar de todo o treinamento na faculdade, na hora da prática, quando se encontra sozinho com seu paciente a realidade é diferente; o contato com temas pouco trabalhados na academia, especialmente assuntos relacionados à saúde pública, o que leva o profissional a ficar um pouco “perdido” diante dessa nova realidade; falta de alguém de referência para tirar dúvidas e discutir casos. Discorrendo mais sobre esses problemas enfrentados pelo odontólogo, alguns fatores são cruciais para a manutenção dessa realidade. Muitas Unidades de Saúde ainda trabalham com apenas um dentista, mesmo havendo mais de uma equipe de saúde da família para atender a comunidade, fazendo com que o profissional muitas vezes se sinta inseguro e não tenha com quem tirar dúvidas ou dialogar sobre casos clínicos. A odontologia de uma forma geral “cria” profissionais autossuficientes, que são acostumados a trabalharem sozinhos e muitas vezes se sentem “inibidos” ou temem mostrar insegurança ao tirar dúvidas com outros profissionais da equipe, sejam eles médicos, enfermeiras ou funcionários de outra categoria.

É nesse contexto que os núcleos de Telessaúde surgem como uma ferramenta de fundamental importância no auxílio para o profissional que apresenta insegurança, dúvidas ou

que busca direcionamento na tomada de decisões clínicas, discussão de casos, ou busca de conhecimento em qualquer campo da atenção primária. Uma das questões que surgem a respeito do processo de tirar dúvidas através de teleeducação refere-se ao porquê de o profissional não buscar as dúvidas diretamente nos cadernos e protocolos da atenção básica, ou caso não haja esses manuais disponíveis na unidade, buscar as informações diretamente nos sites de busca na internet. Justificando essa questão, o Núcleo representa um diferencial na busca de informações e elucidação das dúvidas trazidas pelo profissional ao trazer respostas qualificadas. As respostas produzidas pelas teleconsultorias de texto são baseadas em evidências da melhor qualidade disponível nos bancos de dados, trazendo informações atualizadas e da melhor qualidade, reduzindo o tempo que o dentista gastaria realizando a pesquisa por conta própria, uma vez que a rotina de trabalho muitas vezes não dispõe de tempo livre suficiente para o profissional realizar essas atividades. Além disso, as informações são refinadas, trazendo uma resposta objetiva, que soluciona a dúvida do solicitante de forma direta. Adicionalmente, para o profissional que desejar se aprofundar no assunto, as respostas trazem tópicos de educação permanente e associação entre a dúvida e os princípios do SUS vivenciados no dia a dia da Atenção Básica. Ainda no campo da educação permanente, muitos dentistas quando saem da graduação e experimentam o dia a dia de atividades clínicas eventualmente relatam sentirem falta de espaços de ensino, como aulas e seminários. O Telessaúde por sua vez, consegue suprir um pouco essa deficiência de educação permanente, à medida que traz duas webpalestras semanalmente abordando os mais diferentes temas relacionados à atenção básica.

Por final, vale destacar uma outra realidade à que o dentista se depara, a qual não teve muito contato durante a graduação. São os fluxos de referência para encaminhamento de usuários para os serviços especializados da rede. Comumente, o odontólogo utiliza mais o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como alvo de direcionamento para os seus pacientes, contudo ele deve conhecer a rede de saúde e os fluxos de encaminhamento na região onde atua, pois eventualmente pode se deparar com situações que fujam da alçada da odontologia, mas por se tratar de um problema de saúde, possa ser manejado pelo cirurgião dentista. Além disso, é de suma importância para o profissional, conhecer os critérios para que o usuário possa ser encaminhado de forma segura, evitando que esse fique “rodando” pela rede sem que sua questão de saúde seja resolvida. Pensando nisso, que o dentista pode utilizar as teleconsultorias para discutir os casos clínicos e estabelecer critérios adequados para o encaminhamento responsável e de qualidade para os usuários. ”

Durante o período de atuação no núcleo, as competências de pesquisa, escrita e desenvolvimento textual foram muito cobradas, sendo que boa parte do meu tempo foi dedicado resolver uma extensa demanda que o setor vinha tendo problemas há um bom tempo. Ao chegar no serviço a primeira coisa que eu ouvi, após ser apresentado ao serviço, à equipe e receber orientações básicas sobre o funcionamento do núcleo, foi a palavra SOF, que eu estava ali exclusivamente para resolver esse grande problema. Inicialmente me preocupei um pouco, pois nunca havia ouvido falar sobre o assunto, mas como eu estava ali para aprender, entrei de cabeça nesta tarefa. As Segundas Opiniões Formativas (SOF) são provenientes de respostas de teleconsultorias, que são replicáveis e pertinentes aos serviços de saúde relacionados a AB e que devem seguir padrões e normas específicas de publicação (Vancouver), além de apresentarem as melhores evidências de referências disponíveis. Caso estejam de acordo com esses padrões esta resposta pode se tornar uma SOF e ser publicada na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) para acesso de qualquer profissional. Acontece que no ano de 2017, foi criada uma meta para envio de SOFs, contudo todas as respostas de teleconsultorias eram encaminhadas para a telerregulação como potencial SOF, sem passarem por um filtro. Dessa forma a caixa de entrada ficou lotada de respostas, a serem analisadas e filtradas de acordo com os padrões de publicação. Coube a mim fazer esse filtro, sendo que após cinco semanas de muito trabalho, estudo na pesquisa consegui reduzir as quase 700 respostas para 34, que mais se enquadravam nos padrões de publicação de SOFs

Meu tempo no estágio eletivo foi bastante produtivo e enriquecedor, minhas expectativas foram superadas, muito aprendizado, muitas informações novas e úteis para minha formação profissional. E ressaltar que realmente o papel de educação permanente, a qualificação no processo de trabalho e encaminhamentos por profissionais da AB são trabalhados com muito cuidado e profissionalismo pelo Telessaúde.

- **CODIPLAN x planejamento em odontologia**

Como havia comentado mais acima, minha última avaliação trimestral traçou meu caminho até aqui. A necessidade de tornar a odontologia mais visível, de dar mais destaque a essa profissão tão pouco valorizada. Um fato que sempre me incomodou acerca do fazer do cirurgião dentista foi sua formação apenas como um técnico, que reproduz determinadas atividades diariamente focado apenas na boca dos indivíduos sem pensar muito no significado

e importância de suas ações em um cenário maior, de comunidades por exemplo. Os profissionais formados na odontologia de uma forma geral se assemelham a "robôs", desenvolvendo sua rotina de fazeres técnicos dentro do consultório sem ao menos refletir muito sobre isso. E durante o primeiro ano da residência, apesar da possibilidade de atuação em diversos setores e áreas de competência dentro da comunidade, ainda me faltava uma coisa, que ao longo das avaliações com a preceptora e o tutor, se tornou mais clara para mim; se tratava da falta de conhecimento e manejo que o dentista apresenta quando se trata de planejamento em saúde bucal. Não me refiro a planejar uma feira de saúde, uma ação coletiva ou atividade de PSE, penso no planejamento de uma forma mais geral, que envolva diagnóstico situacional, conhecimento dos principais problemas que afetam a comunidade, entendimento dos indicadores e índices trabalhados pelo município, as metas que precisam ser alcançadas, além são claro de elaboração de ferramentas que permitam monitorar e avaliar os resultados alcançados durante determinado período de atuação. Penso que os dentistas, em sua grande maioria, passam pelos serviços, por determinado período que seja, realizam suas atividades definidas em agenda, mas sequer conhecem de verdade a comunidade que atendem, os principais agravos que a acometem, desconhecem os indicadores e metas que devem ser alcançados e conseqüentemente não conseguem mensurar se o trabalho desenvolvido, por exemplo, durante os dois anos de residência foi benéfico para a população. Desta forma, vi na Coordenação da Diretoria de Planejamento (CODIPLAN) uma oportunidade desenvolver um trabalho que de alguma forma plante uma semente de mudança no fazer do cirurgião dentista. E foi com esse pensamento em mente que durante uma reunião com os demais residentes que compunham o grupo da gestão, que nem pestanejei em dizer sim quando me foi oferecido um lugar na Diretoria de Planejamento.

Já me foi dito e realmente pude comprovar no período que o CODIPLAN representa um campo de estágio no qual é um pouco complicado de se desenvolver produtos frutos do seu trabalho, como cartilhas, manuais, protocolos e etc., muito em função de aqui o residente se insere nas atividades diárias, fazendo parte da equipe e dos processos de trabalho, contribuindo para "dar conta" das inúmeras demandas surgidas no período. Outra coisa que posso destacar é a importância do conhecimento em Excel, planilhas gráficos e tabelas, que representam o instrumento principal de trabalho no setor. Confesso que antes de atuar aqui não era muito "íntimo" desse ramo, mas a necessidade de aprender para desenvolver um bom trabalho me fez evoluir bastante nesse aspecto e até hoje posso colher os frutos desse "curso" que participei sobre a ferramenta do Excel.

Durante os meses em que atuei no espaço, o município estava vivendo um momento muito direcionado à questão da implantação das linhas de cuidado de Saúde Mental e Saúde da Mulher, com envolvimento de diversas diretorias do município. Inicialmente o trabalho foi voltado ao levantamento dos serviços de proteção à saúde ofertados pelo Município relativos a essas linhas de cuidado. Minha dupla de estágio permaneceu trabalhando nessa atividade até o momento que infelizmente por questões pessoais ela precisou se afastar, enquanto eu me voltei mais para o diagnóstico situacional, quais indicadores o município monitora relativo a essas linhas e quais atividades realizadas pelos diversos níveis de atenção voltados para essas áreas. Consegui levantar muitos dados e calcular diversos indicadores, não só criando, como também avaliando esses gráficos.

Paralelamente a esse trabalho, e justificando a minha entrada aqui, desenvolvi um projeto de planejamento em saúde bucal, trabalhando os indicadores preconizados pelo município e pelo MS para a odontologia, tentando monitorar e acompanhar os dados gerados pelo trabalho desenvolvido pelos profissionais da USF do Parque das Mangabas. Os frutos e possibilidades desse trabalho foram descritos no tópico relacionado aos desafios da odontologia.

- **GAP**

Reservei um tópico no memorial para discorrer sobre esse assunto, porque vejo o Grupo de Ação e Pesquisa (GAP) como uma evolução não só para o residente como para o Programa de residência de uma forma geral, além de representar um espaço muito potente no campo prático e teórico. O GAP surgiu com o intuito de substituir o seminário, que representava um assunto muito polêmico entre os profissionais. Não por se tratar de um espaço inútil, mas por abordar os mesmos temas trabalhados nos GDs e em muitas rodas de campo.

Não tive a oportunidade de participar dos primeiros encontros, onde foram levantados os problemas observados nos três municípios, Camaçari, Dias D'ávila e Lauro de Freitas, priorização e confecção da árvore de problemas. Estava em eletivo/férias no período em questão, retornando às atividades já com o “barco em movimento”. Dessa forma não pude opinar na escolha dos problemas e já tive que me inserir em um dos grupos por afinidade, que no caso seria a falta de fluxo de encaminhamento e acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Acredito sim que este seja um problema,

entretanto percebo que existam outros, que demandem mais urgência na tomada de decisão, principalmente no município de Camaçari. Durante conversas com colegas, preceptor e apoiador do estágio, percebi que de fato uma atenção muito grande é dada às doenças crônicas não transmissíveis, as ações de promoção, feiras de saúde, são quase sempre destinadas a esse tipo de agravo. Não que esse problema necessite de pouca atenção, pelo contrário, requer sim muito esforço em virtude do alto índice de morbimortalidade associado, mas outras questões de saúde emergentes estavam sendo negligenciadas.

E foi em virtude de uma demanda encontrada no setor da Coordenação de Vigilância Epidemiológica (COVEPI) no município de Camaçari, voltada para o agravo da Esporotricose que apresentou uma grande incidência no número de casos a partir do segundo semestre de 2018 (sendo considerada uma epidemia no município), e a dificuldade enfrentada para o diagnóstico e controle da doença, visto que ainda é um agravo recente, que demanda uma articulação entre as vigilâncias e atenção básica, os residentes atuantes no estágio da COVEPI, no período de setembro à dezembro de 2018, juntamente, com os apoiadores, julgaram necessário, incluir ao projeto aplicativo a “Fragilidade nas ações voltadas ao controle da Esporotricose no município de Camaçari” como um novo problema a ser trabalhado, mesmo que, contrapondo o método empregado para seleção dos outros entraves, visto a grande relevância da doença no cenário atual.

E ficou bem claro que essa “atualização” na árvore de problemas se mostrou e vem se mostrando muito benéfica para o município de Camaçari, que vem ampliando e qualificando suas “armas” no combate a esse agravo de tão difícil controle. E fico muito feliz em dizer que o passo inicial para essa luta, através da construção de muitas ferramentas, foi dado pela residência, por mim e minha colega de estágio.

Observando de uma forma geral essa evolução de seminário para GAP que levanto as fragilidades e potencialidades desse espaço. Destaco a potência do Grupo de Ação, uma ferramenta muito útil para a consolidação do processo de metodologia ativa, tão preconizada pelo programa, com a capacidade de intervenção dos problemas prioritários dos campos de estágio, além é claro da possibilidade de produção científica. Contudo, esse incentivo à elaboração de artigos deveria ser reforçado desde o início dos encontros, dando mais tempo para os residentes trabalharem essa questão. Um problema que achei mais gritante foi a tentativa de união dos três municípios em todo o processo. É evidente que as particularidades de cada campo de trabalho geram problemas próprios e demandam intervenções distintas, então tentar agrupar residentes de diferentes municípios para trabalharem em uma mesma situação se torna

um pouco complicado. Se não bastasse isso, a restrição dos encontros somente uma vez ao mês, aos sábados, ou através de redes sociais fragiliza muito o processo de desenvolvimento do projeto. No meu ponto de vista, as possibilidades são infinitas para o objetivo que o GAP se propõe, mas deixo como sugestão que os problemas sejam trabalhados isoladamente por município, ou até mesmo por unidade de saúde para maximizar os benefícios para o usuário.

- **COVEPI x articulação de rede**

Muito se falou ao longo desses dois anos de residência a respeito de articulação, ou sua falta, de redes. Posso afirmar, sem sombra de dúvidas, que na maioria dos espaços teóricos, uma das causas da maioria dos problemas levantados nas discussões recaia na desarticulação da rede municipal. Uma rede de saúde organizada e sobretudo articulada, tem a capacidade de promover uma integração de ações e serviços de saúde, oferecendo dessa forma uma atenção à saúde contínua, integrada e humanizada, visando a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL 2009).

Ao longo do primeiro ano de atividades eu me queixava bastante desse problema, que a rede de Camaçari era desarticulada, que os setores não dialogavam entre si. E sempre colocava a culpa na gestão, em falta de atividades que aproximassem a AB dos demais setores. Mesmo entendendo que a alta rotatividade de profissionais, e, infelizmente, a falta de proatividade de alguns trabalhadores de conhecer a rede representassem um problema real, eu ainda culpava bastante a gestão e os demais setores por essa “distância”.

E foi na COVEPI que essa fragilidade no diálogo se mostrou mais exuberante. O que realmente me deixava angustiado durante meu estágio nesse espaço, era a desarticulação que existe entre o setor da Vigilância Epidemiológica e a Atenção Básica. Quando falo em AB, me refiro especificamente às Unidades de Saúde, sejam elas da família ou UBS, e não à Diretoria da Atenção Básica (DAB). Esse "abismo" que percebi, pude notar também durante minha estada no CODIPLAN. Ressalto, entretanto, que a Diretoria de Planejamento não tenha essa necessidade constante de estar em contato direto com as Unidades de Saúde. Um ocorrido que pode justificar isso é que durante meus quase 3 meses de estágio na gestão, eu nunca recebi ou vi o setor receber um telefonema sequer de qualquer unidade de saúde. O que ocorria na verdade era uma transferência de pedidos, necessidades ou recomendação para a DAB, que por sua vez fazia o link com a “ponta”. O contrário ocorria na COVEPI, que por minhas contas

deva receber em média cinco ligações por dia de diferentes unidades, pelos mais diversos motivos; dúvidas sobre vacinas, protocolos, o que fazer em determinada situação, busca de remédios, e por aí vai. Esse fato deixa mais que claro para mim a falta de diálogo, de entendimento que existe entre esses dois setores. E o pior, depois de milhares de ligações, "broncas", as dúvidas continuavam as mesmas, dia após dia, e o que reforça esse problema é que, mas não me recordo de nenhuma atividade de matriciamento ou aproximação, capacitação que seja que a COVEPI tenha realizado presencialmente no Parque das Mangabas, nem mesmo após o surto de esporotricose que ocorreu no bairro.

O engraçado é que quando se está na "ponta", o que mais se ouve são críticas contra a Vigilância, e agora que estou na COVEPI, a história muda de figura, o vilão passa a ser a unidade de saúde que não faz seu trabalho direito e não entende as instruções que são passadas. Os contatos entre os dois setores se restringem a meros telefonemas ou comunicados enviados por malote. Um exemplo bem claro dessa "distância" entre os setores foi uma "visita" de caráter investigativo do médico da COVEPI, ao parque das Mangabas (no intuito de investigar o porquê de tantos casos notificados de esporotricose). O problema é que ninguém da unidade sabia da visita, nem sequer os dois médicos, da Vigilância e da unidade, conversaram e acho até que nem se conhecem. Percebo falhas provenientes dos dois lados, a Unidade de Saúde que não conhece o papel da vigilância, e acaba delegando algumas funções, que deveriam ser de sua competência, para a COVEPI, que por outro lado permanece atolada de trabalho, "sem pernas" para a investigação dos agravos, não conseguindo dessa forma oferecer suporte técnico para que os profissionais da AB possam desenvolver ações de controle de doenças e agravos, bem como dos fatores condicionantes (BRASIL, 2005)

Considero essa uma realidade difícil de se lidar, pois envolve o ego das pessoas entre outras coisas, mas vejo o papel do residente como fundamental nessa mudança, principalmente no que diz respeito de transmitir para as unidades de saúde o verdadeiro papel da Vigilância em Saúde. Fiquei um pouco sentido de não poder tido a chance de trabalhar mais com matriciamento, aproximação e articulação entre a COVEPI com a AP. Muito disso foi relativo à demanda de trabalho que nos foi solicitada, principalmente em virtude da esporotricose, uma micose subcutânea causada por um fungo do gênero *Sporothrix*, que pode infectar o ser humano por meio de trauma decorrente de acidentes com material de origem orgânica ou mais comumente através da arranhadura ou mordedura de animais doentes (BRASIL, 2018), que se tornou um motivo de "dor de cabeça" para os profissionais que atuam na Vigilância em função da complexidade para o controle da doença. Parece contraditório, porque uma das principais



causas desse problema recaem fundamentalmente na falta de articulação e comunicação eficiente entre a COVEPI e as unidades de saúde, sendo que acabamos não tendo a oportunidade de trabalhar esse quesito. Entretanto, conseguimos construir diversas ferramentas para o controle desse agravo tão complexo, e contribuir de fato para a aproximação entre os setores.

E o que me deixa feliz é a possibilidade de continuação desse trabalho iniciado por nós, através da atuação de outros residentes que atuam no estágio. E foi com grande satisfação que pude presenciar, em umas das reuniões de unidade da USF do Parque das Mangabas, duas residentes e um médico da COVEPI utilizando as ferramentas que construímos, para matricular a equipe de referência, e aumentar a capacidade resolutiva da unidade no combate a essa patologia tão complexa. Apesar de ser um “trabalho de formiguinha”, os primeiros passos já foram dados, e espero um panorama mais positivo no diálogo e aproximação entre os setores.

- **CEREST x apoio matricial**

É muito satisfatório e esclarecedor quando termos tão citados e discutidos nos mais diversos espaços de aprendizado fazem realmente sentido quando observados na prática em que estamos inseridos. Os diferentes campos de estágio proporcionaram para mim um entendimento muito claro do que os diferentes conceitos teóricos de princípios e estratégias do SUS representam na realidade. E foi no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que pude presenciar com muita intensidade a aplicação prática do apoio matricial.

A Política Nacional de Humanização traz o Apoio Matricial como uma forma de ampliar a capacidade resolutiva das equipes de referência, através da organização e diversificação do leque de ofertas de ações em saúde, embasadas por saberes e práticas especializadas, ofertados sempre que necessário por uma equipe especializada, sem que o usuário perca o vínculo com os profissionais da ponta (BRASIL, 2004).

Acho que perdi a conta de quantas vezes escutei essa definição, mas carecia de ver realmente na prática, esse tipo de ação ocorrer de forma eficaz. Participei de algumas ações de matriciamento ofertadas pelo NASF, e também pude oferecer essa ferramenta para o núcleo de enfermagem sobre os critérios para classificação de risco para as demandas odontológicas que buscam acolhimento na Unidade. O problema é que eram ações pontuais, sem continuidade, sem a criação de vínculo e aproximação entre os envolvidos no processo, representando quase

que apenas uma obrigação. E mais, acho que devo ter presenciado uma, no máximo duas, atividades de matriciamento realizadas no Parque das Mangabas, ofertadas pelos demais setores da rede, sendo sempre eram mediadas por residentes em período de estágio.

Mas foi exatamente no CEREST, um dos responsáveis por uma das atividades realizadas em Mangabas, que a expressão apoio matricial e suas implicações ficaram muito claras para mim. O Centro vem trilhando um processo de mudança de panorama, onde predominava o modelo assistencialista, no qual os acolhimentos e atendimentos médicos aos trabalhadores representavam o “carro chefe”, para um padrão de atribuições mais condizente com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que em seu capítulo IV, ao tratar das atribuições do CEREST, destaca as ações de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador, e sobretudo prestar apoio matricial para que atenção primária possa também desenvolver ações desse cunho (BRASIL, 2012).

E o mais legal de tudo é poder comprovar ao longo dos anos, o efeito que esse investimento de energia mais voltado para os processos de matriciamento têm surtido. Essa forma de apoio, que não se restringe a um contato pontual, o fazer junto com os profissionais da “ponta” ampliam a capacidade resolutiva da AB e reforçam o papel do CEREST de retaguarda técnica. Tal fato pode ser exemplificado pelo aumento do número de notificações de casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho (ADRT) realizadas nas unidades de saúde. E foi acompanhando esse panorama de mudança que busquei desenvolver minhas atividades e produtos nesse campo de estágio, participando dos processos de planejamento de ações, elaboração de planos operativos, assistindo o Centro na discussão de casos nas USFs e confeccionando instrumentos que permitam e facilitem esse processo de aproximação e consolidação do CEREST como espaço de vigilância à saúde do trabalhador.

- **Modelo de agenda do R2**

Outro ponto que gerou grande polêmica e diversos embates entre os residentes e a coordenação. Imagino que o novo desenho para a agenda dos residentes do segundo ano não tenha sido originado a partir de queixas dos profissionais, mas pensando em manter uma relação mais estreita entre os diversos serviços e a USF, visando aproximar a rede de uma forma geral. Minhas reflexões iniciais foram de total aprovação, inclusive fiz postagens em meu portfólio

elogiando o fato de o residente estar na sua Unidade de origem durante cinco turnos semanais, enquanto estagia nos diversos campos de prática. Enxergava nesse cenário a possibilidade de um maior diálogo dos diferentes setores com a AB, além do desenvolvimento de atividades que beneficiassem as comunidades de uma forma geral.

Entretanto o que pude observar e escutar dos colegas, é que o período em que estão nas unidades tem sido preenchido por atividades já desenvolvidas durante o primeiro ano do programa. Muitos relatam inclusive a sensação de estarem sobrecarregados e desgastados. Cheguei a ouvir inclusive a expressão “estão me usando para tapar os buracos da agenda”. E é aí que entra a questão; o período em cada campo de estágio já é bem reduzido, e ainda ser reduzido pela metade para que sejam assumidas demandas do primeiro ano?

Sempre tive claro em minha cabeça que existiam três objetivos que deveriam ser alcançados durante minha passagem pelos diferentes campos de estágio ao longo do segundo ano da residência, que acredito serem os pilares desse processo de formação em serviço: 1 - Aprendizado, muito através do "simples" vivenciar a rotina, não só do funcionamento do serviço como também crescimento pessoal, em qualquer aspecto que seja; 2- Ajudar o serviço, seja por meio da elaboração de produtos, relatórios ou quaisquer necessidades que venham a surgir no dia a dia. 3 - Desenvolvimento de projetos/atividades que venham de alguma forma beneficiar a AB, aproximando assim esses pontos da rede. Acredito que o "simples" vivenciar a rotina, os fazeres do campo de estágio de certa forma engloba esses três itens levantados acima à medida em que contribui com os processos de trabalho, se aprende sobre uma nova rotina, novas competências são desenvolvidas e aos poucos surgem ideias de como desenvolver atividades/projetos que possam contribuir com a melhoria dos processos de trabalho nas unidades de saúde. Mas de que forma, alcançar esses objetivos quando metade seu foco, atenção e energia está direcionado para outros tipos de atividades? Muitos colegas relataram haver perdido reuniões, encontros e diversas atividades importantes nos seus respectivos estágios em virtude da inflexibilidade nas agendas por parte de muitos preceptores. A criação dos tão esperados produtos, que enriquecem os processos de trabalho do município e dão visibilidade às ações da Residência, fica seriamente comprometido com esse modelo proposto. Fico feliz em dizer que não sofri muito com essa realidade, pois sou grato pelo apoio e flexibilidade oferecidos pela preceptora de odontologia, que acreditou e confiou em mim, fato que possibilitou a um aprendizado muito rico e o desenvolvimento de inúmeros produtos para o município.

Concluindo minha reflexão a respeito do tema, ressalto que este é um assunto delicado, que envolve o perfil de cada profissional. Alguns tem o perfil mais de clínica e preferiam passar mais tempo na unidade de saúde do que nos estágios, enquanto que outros seguem pelo caminho contrário. É por isso que este sempre será um tema controverso, mas que para mim tenho a convicção que um dia ou dois no máximo por semana na unidade, especificamente nos turnos destinados à reunião geral da unidade ou equipe, seja mais que suficiente para que esse modelo funcione de acordo com a seu objeto.

- **O que ficou a desejar**

Apesar das boas excelentes experiências, do aprendizado, das competências adquiridas, ao final da minha jornada trago um breve relato sobre algumas ações/atividades que poderiam ter recebido um pouco mais de atenção, ou que mesmo sendo trabalhadas não conseguiram evoluir.

Acredito que as ações coletivas em odontologia, especialmente as escovações supervisionadas, devam receber mais atenção, e assumo minha parcela de culpa nesse aspecto. Principalmente por já haver realizado muitas dessas atividades em minha carreira profissional, não vi nesse tipo de ação uma prioridade de aprendizado para mim, e acabei a deixando um pouco de lado, mas a população tão carente não tem culpa disso. Uma parcela de culpa fica também com as escolas, que passaram por alguns períodos de greve, dificultando um pouco nossas ações nesse sentido, o que não justifica a baixa produção nessa área, sendo que outros espaços poderiam ser utilizados para esse fim.

E por fim, mas não menos importante, o controle social, mais precisamente, a falta dele. Confesso que a única ocasião que via comunidade se mobilizar em defesa dos seus direitos foi quando a farmácia foi tirada da unidade, e com essa união e reivindicação dos seus direitos conseguiram recuperar esse espaço tão importante para uma comunidade que vive afastada de tudo. Faltou na verdade o estímulo por parte de nós profissionais, através da presença de líderes comunitários em nossas reuniões de equipe e até mesmo fomentar a implantação do conselho local em saúde.

Duas delas estão interligadas, que seriam o processo de territorialização e análise da situação local de saúde já discutidas anteriormente. Se o que me “assombrava” antes de entrar

no programa eram as intermináveis filas, agora meu fantasma recai em obter diagnóstico situacional da comunidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Fica mais que claro para mim o papel desempenhado pelos PRMSF sobre o tipo de olhar e entendimento que os profissionais de saúde desenvolvem acerca da Saúde Coletiva. Ouso a afirmar que a formação em modelos de especialização como este deveria ser requisito obrigatório para os profissionais que atuam na Atenção Básica.

Todavia, apesar da importância e das inúmeras vantagens dessa formação em serviço proporcionadas pela Residência, uma coisa ainda me preocupa bastante com relação a todo esse processo. Mesmo entendendo que a postura profissional representa um dos principais pontos para construção de um SUS de qualidade, ainda percebo as pressões políticas e o tipo de gestão adotado na região exercem muita influência sobre o modelo de atenção preconizado nas unidades de saúde. Daí surge meu questionamento: como os profissionais, muitos deles recém-formados sem vivências na ESF, egressos do programa, que incentiva e apoia o desenvolvimento de ações inerentes ao SUS, irão se comportar ao se depararem com cenários adversos ao desenvolvimento de todo arsenal de atividades desempenhadas nesse espaço protegido da Residência?

Desse questionamento surge uma outra reflexão baseada no relato de colegas que concluíram a residência; a grande maioria dos residentes, quando sai do programa, assume cargos de gestão ou ingressa na academia através dos cursos de mestrado, sendo que poucos permanecem na AP. Pensando pelo lado positivo, a ocupação de cargos de relevância, como os de gestão, por profissionais que internalizam essa visão mais completa da Saúde da Família, pode promover uma mudança de panorama nos modelos de atenção adotados nas unidades de saúde, favorecendo o fortalecimento do sistema. Todavia, a “ponta” tão carente de profissionais comprometidos com o SUS permanece fragilizada nesse aspecto? Sem contar aqueles profissionais que, em função da maior bagagem teórica adquirida e do peso do título de residente, conseguem ingressar em carreiras públicas, mas que acabam se acomodando ao longo dos anos e acabam se tornando profissionais pouco envolvidos em lutar por um sistema de saúde de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n.2, Rio de Janeiro, Mar./Abr. 2007. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 12 jan. 2019.
- BOARETO, P. P. **A inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. 2011. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.823, DE 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.28, v.1. **Acolhimento à Demanda Espontânea** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184. Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1991. p. 22125.
- BRASIL. Ministério da Saúde Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184. Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1991. p. 22125.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Esporotricose Humana: sintomas, causas, prevenção e tratamento. 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/esporotricose-humana>> Acesso em 6 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FESF. Projeto Político Pedagógico. Salvador, BA. 2018. Disponível em: < [http://ava.fesfsus.ba.gov.br/pluginfile.php/3442/mod\\_resource/content/1/Projeto%20Pol%C3%ADtico%20Pedag%C3%B3gico%202018.pdf](http://ava.fesfsus.ba.gov.br/pluginfile.php/3442/mod_resource/content/1/Projeto%20Pol%C3%ADtico%20Pedag%C3%B3gico%202018.pdf)> Acesso em 21 nov. 2018.

FREITAS, D. S. L.; SOUZA JR., A. J. Importância do Memorial de Formação enquanto estratégia de formação profissional no projeto Veredas. **Olhares & trilhas**. v. 5, n. 1, jan. / dez. 2004. Disponível <<http://www.seer.ufu.br/index.php/olhasesrilhas/article/view/3460>> Acesso em 25 jan. 2019.

- GONDIM, G. M. M. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. 2009. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/198.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. c. 2017. Brasil. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>> Acesso em: 15 out. 2018.
- LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 18(1), Jan-Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>> Acesso em 29 jan. 2019.
- MATIAS, P. S. **Grupos educativos em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. 2017. 114 f. Dissertação (Pós-graduação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.
- MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(2):471-480, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/18.pdf>> Acesso em 28 jan. 2019.
- OLIVEIRA, E. R. A. et al. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: uma visão interdisciplinar. **Rev. Odontol**. Vitória, v.9, n.3, p.23-30, set. /dez. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/595/411>> Acesso em 29 jan. 2019.
- PMC/SMS. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Camaçari – BA.
- PMC/SMS. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016. **Plano Municipal de Saúde 2017-2021**. Camaçari – BA.
- 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.