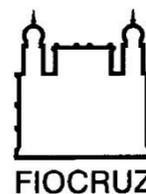




PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



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

WYNNIE MARIE LIMA DE CARVALHO

**A ODONTOLOGIA FORA DA “CAIXA”: UMA EXPERIÊNCIA ALÉM DO
CONSULTÓRIO**

Salvador, BA

2018

WYNNIE MARIE LIMA DE CARVALHO

**A ODONTOLOGIA FORA DA “CAIXA”: UMA EXPERIÊNCIA ALÉM DO
CONSULTÓRIO**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de
Residência Integrado Multiprofissional em Saúde da Família – FESF/FIOCRUZ

Orientadora: Ive Almeida da Silva Ferreira

Salvador, BA

2018

RESUMO

O presente trabalho é um resgate a memórias de uma cirurgiã- dentista residente em um Programa Multiprofissional em Saúde da Família, realizado na Unidade de Saúde da Família PHOC CAIC, localizada em Camaçari-BA. Este memorial apresenta atividades realizadas além do consultório odontológico, buscando romper a lógica do modelo de saúde focado na cura da doença e na supervalorização da técnica. Contribui também para reflexão da visão que a equipe multiprofissional possui do dentista ao dizer que o mesmo só fica na “Caixa”, ou seja, dentro do consultório. A metodologia ativa da residência propicia uma formação crítico-reflexiva do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuação no campo da Atenção Primária à Saúde e Redes de Atenção à Saúde, além de promover e estimular mudanças nas práticas profissionais e relações interpessoais. Essas memórias são relevantes para os profissionais que desconhecem a prática da Residência Multiprofissional e que não reconhecem ou não compreendem seu papel na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Bucal; Saúde da Família; Visita Domiciliar.

ABSTRACT

The present work is a rescue to the memories of a dental surgeon residing in a Multiprofessional Program in Family Health, carried out in the Family Health Unit PHOC CAIC, located in Camaçari-BA. This memorial presents activities carried out beyond the dental office, seeking to break the logic of the health model focused on the cure of the disease and on the overvaluation of the technique. It also contributes to the reflection of the vision that the multiprofessional team has of the dentist when saying that it is only in the "Box", that is, in the office. The active methodology of the residence provides a critical-reflexive formation from the ethical, political and technical-scientific point of view for acting in the field of Primary Health Care and Health Care Networks, as well as promoting and stimulating changes in professional practices and interpersonal relationships. These memories are relevant for professionals who are unaware of the practice of Multiprofessional Residence and who do not recognize or understand their role in the Family Health Strategy.

Key words: Health Promotion; Oral Health; Family Health; Home Visit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CD - Cirurgião- dentista

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PPP - Projeto Político Pedagógico

PSF - Programa Saúde da Família

R1 - Residente do primeiro ano

R2 - Residente do segundo ano

RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	6
MEMÓRIAS.....	9
CENÁRIO DE PRÁTICA.....	9
<i>Unidade de Saúde da Família PHOC CAIC.....</i>	<i>9</i>
<i>Território.....</i>	<i>10</i>
<i>Vivência no Serviço.....</i>	<i>11</i>
ATIVIDADES REALIZADAS.....	13
<i>Acolhimento.....</i>	<i>13</i>
<i>Atividades Coletivas.....</i>	<i>16</i>
<i>Visita Domiciliar.....</i>	<i>18</i>
<i>Interconsulta.....</i>	<i>20</i>
<i>Matriciamento ou Apoio Matricial.....</i>	<i>21</i>
<i>Reunião de Equipe.....</i>	<i>22</i>
A “CAIXA” OU O CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	26

INTRODUÇÃO

A Odontologia percorreu várias etapas na sua trajetória até chegar às primeiras escolas especializadas na prática odontológica. Em 1363, na França, Guy de Chauliac introduziu pela primeira vez o termo “dentista”, ficando conhecido por adotar a ligadura intermaxilar nas fraturas. Até o século XIX, os barbeiros por terem adquirido grande habilidade manual e por aprenderem com alguém mais experiente atuavam na boca. Eles realizavam extrações dentárias porque muitos cirurgiões, por receio e falta de conhecimento não intervinham devido as constantes hemorragias e inevitáveis infecções. Nesse contexto, destacam-se o médico Pierre Fauchard (1678-1761) que revolucionou a Odontologia com seu livro “Le Chirurgien Dentiste au Traité des Dents” - “Tratado dos dentes para os cirurgiões dentistas”, cognominado o “Pai da Odontologia Moderna” e Joaquim José da Silva Xavier (1746 - 1792), conhecido por Tiradentes, por exercer entre os seus múltiplos ofícios, o de dentista.

Em 1884 surge o primeiro curso de Odontologia no Brasil, em que as Faculdades de Medicina do Império, Rio de Janeiro e de Salvador, ficaram compostas de um curso de ciências médicas e cirúrgicas e de três cursos anexos: o de Farmácia, de Obstetrícia e Ginecologia e o de Odontologia.

O modelo de saúde que influenciou a medicina e suas áreas correlatas (como a odontologia) reconhece os profissionais de saúde para intervir física ou quimicamente no processo de tratamento e cura, esquecendo os fatores biopsicossociais e deixando de lado o cuidado do sujeito doente, enfatizando apenas a cura da doença. Essa visão fragmenta os conteúdos e forma profissionais voltados para a especialização com um precário conhecimento da realidade das condições de saúde da população (REIS ET AL., 2009; LUZ E TOASSI, 2016).

Tendo em vista a necessidade da substituição das práticas convencionais por um novo modelo que buscasse melhorias na promoção e prevenção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, nos índices epidemiológicos, na particularidade de cada território, na integralidade e na hierarquização, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Após seis anos, foram criadas ações e projetos voltados para atenção à odontologia com a implementação do cirurgião- dentista no PSF, através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (SOUZA, 2014; MARTINS ET AL., 2014).

Em 2004, a saúde bucal na esfera pública obteve, de fato, grandes avanços com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente. Devido a ela, a odontologia passou a buscar a reorientação do modelo assistencial para viabilizar ações de promoção, prevenção e recuperação, bem como ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, há uma concordância entre as ações do PSF e os princípios do SUS, como a universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações (FERREIRA, ABREU E OLIVEIRA 2011; COSTA ET AL., 2013; MARTINS ET AL., 2014; PNSB, 2016; CHAVES ET AL., 2017).

Oficialmente em 2006, o Ministério da Saúde transforma o PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF) que pauta suas ações priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua (MARTINS ET AL., 2014; MATTOS ET AL., 2014). A ESF estabelece uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição a Equipe de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PNAB, 2017).

Na perspectiva da formação e qualificação dos profissionais de saúde para atuarem nessa esfera, surgem às primeiras Residências Multiprofissionais que vem recebendo apoio do Ministério da Saúde desde 2002. O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, contribuem para a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde para uma lógica da integração docente-assistencial, incorporando práticas de ensino e pesquisa em saúde (MIOTO ET AL., 2012).

Os Programas de Residência representam uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu. Os programas compreendem a Residência Médica regulamentada pelo Decreto nº 80.281/1977 e pela Lei nº 6.932/1981 e as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, instituída pela Lei nº 11.129/2005, que são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. É destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde (biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) (RESOLUÇÃO CNS Nº 287/1998; FRANÇA, 2017).

A implantação dos programas de residências tem o intuito de transpor o modelo biomédico para valorizar outros aspectos ligados ao indivíduo, visto que a pós-graduação para odontologia possui diversas áreas como: odontologia hospitalar com concentração em saúde mental, saúde da criança e saúde do idoso, odontologia na saúde da família, odontologia com ênfase em planejamento e gestão, dentre outros.

Em relação à saúde da família, que é o foco deste trabalho, o cirurgião- dentista (CD) é exposto ao cenário de práticas vivenciando a complexidade dos problemas de saúde e desenvolvendo um olhar ampliado e sensível para o trabalho multiprofissional e a integralidade do cuidado.

Para o CD a metodologia ativa da residência propicia uma formação crítico-reflexiva do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuação no campo da Atenção Primária à Saúde e Redes de Atenção à Saúde, desconfigurando toda a visão curativista e individualista absorvida na sua formação (PPP FESF, 2017). Contribui também para ampliar a visão que a equipe multiprofissional possui do dentista ao dizer que o mesmo está enraizado na “Caixa”, ou seja, que o dentista permanece apenas no consultório atendendo e não participa das atividades em equipe.

Entendendo as Políticas Públicas e a visão da Nova PNAB 2017 que relata que o CD deve ser preferencialmente especialista em saúde da família, considerando que grande parte dos cirurgiões-dentistas desconhecem a prática da Residência Multiprofissional e que muitos não reconhecem ou não compreendem seu papel na Estratégia Saúde da Família, a proposta deste trabalho é demonstrar minha atuação como cirurgiã- dentista nesse espaço, a fim de que novas práticas na odontologia possam ser repensadas e que possa ser garantida a população um atendimento odontológico integral e de qualidade. Para além, que os programas de residência percebam as dificuldades e avanços no cenário que é proposto e busquem melhorias para a formação do profissional de saúde envolvido.

A partir disso, tenho como objetivos específicos: Demonstrar a importância do cirurgião- dentista na Equipe Multiprofissional e na Estratégia Saúde da Família; Relatar as atividades realizadas no primeiro ano da residência (R1) e Analisar de forma reflexiva minha atuação ao decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Para atingir esses objetivos, trago ao longo do memorial observações sobre minha experiência como dentista residente na Unidade de Saúde da Família PHOC CAIC, localizada em Camaçari-BA. Atuei em regime de 60 horas semanais com atividades práticas, teóricas e teórico-práticas, no período de março de 2016 a março de 2017.

MEMÓRIAS

Para melhor compreensão da realidade que vivenciei dividi as memórias em: Cenário de Prática, Atividades Realizadas e A “caixa” ou O Consultório Odontológico.

1. Cenário de Prática

1.1 Unidade de Saúde da Família PHOC CAIC

Inicialmente a aflição era grande para saber em qual unidade de saúde cada residente seria alocado, o fato é que ninguém queria ir para a Unidade de Saúde da Família (USF) PHOC CAIC. Os residentes do segundo ano (R2), que já estavam lá há um ano, relatavam a alta demanda de usuários e as dificuldades do processo de trabalho, o que gerou medo e expectativa em nós recém-chegados. Apesar desse prejulgamento fui alocada para a unidade referida, mas não me assustei já que estava aberta a novos desafios.

A unidade é nova (inaugurada em julho de 2015) e está inserida no complexo do CAIC (Centro de Atendimento Integral à Criança), no Phoc I, localizada na Avenida Luiz Gonzaga. A estrutura física é composta por quatro consultórios, sala de curativo, sala de procedimentos, sala de vacina, uma copa, recepção, sala da gerente, um consultório odontológico equipado com duas cadeiras odontológicas, expurgo, esterilização, espaço para acolhimento, almoxarifado, regulação, sala de limpeza e cinco banheiros. A equipe do período narrado era composta por duas enfermeiras R2 e duas enfermeiras residentes do primeiro ano (R1), quatro dentistas R2 e três R1, dois médicos R2, e um preceptor (a) para cada categoria, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apoio institucional, oito funcionários públicos e a gerente.

Considerando a parte odontológica, o consultório é bem espaçoso e os materiais são de qualidade, contando com uma auxiliar de saúde bucal eficiente que nos auxiliava e cuidava de tudo que pertencesse à odontologia. Muito embora, também havia falta de equipamentos como sonar e impressora, funcionários, alguns insumos (ficamos uma época sem luvas) e até água para beber. Essa escassez de recursos contradiz o que traz a PNAB (2017) que cita que além de garantir a infraestrutura e a ambiência de uma USF, devem-se disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios.

No fim me adaptei ao CAIC e mesmo com todas as aflições foi maravilhoso vivenciar a realidade dessa unidade. Até quando fiquei sozinha no final do R1 foi tranquilo, já fazia parte daquele espaço e tinha o apoio de todos os funcionários da equipe. Óbvio que ficou mais cansativo, já que fiquei sobrecarregada em alguns momentos, pois a demanda reprimida era grande. Imagine um dentista para uma população de 13.000 habitantes. Sabia que não conseguiria atender a todos, mas a presença do dentista no posto podendo sanar os casos de urgência, trazendo informações e ensinamentos para a equipe e usuário era um grande avanço, já que era uma realidade distante até inaugurar esta unidade.



Figura 1 – Fotografia de Wynnne Marie Lima de Carvalho. Fachada da USF.

1.2 Território

A USF CAIC é responsável por uma população de cerca 13.000 habitantes, compreendendo os bairros Phoc I e Phoc II. Essa população era dividida em três equipes de saúde da família (ESF) e três equipes de saúde bucal (ESB), cada uma com média de 4.333 usuários, sendo o limite máximo recomendado pela PNAB (2012) de 4.000 pessoas. A PNAB (2017) relata a população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas podendo alterar esse parâmetro devido às especificidades do território, desde que seja mantida a qualidade do cuidado. Segundo o Projeto Político Pedagógico da residência (2017), cada equipe assumiria uma responsabilidade sanitária por um território com aproximadamente 2.000 a 3.000 pessoas, número um pouco menor contraposto o da PNAB devido a estarmos em processo de aprendizado. Mesmo assim, percebi que essa era uma missão cada vez mais difícil, visto que o número de profissionais sempre foi menor que o necessário para suprir a demanda e que sempre havia desistência de dentista ou outros profissionais, o que acarretava em sobrecarga como já mencionado.

Essa rotina dos profissionais de saúde de cuidar do outro exige muita dedicação e somado a isso, a falta de valorização, o elevado número de atividades e a ligação direta com situações de sofrimento são fontes de desgaste que exigem energia física e psíquica intensa, favorecendo sintomatologia de estresse ocupacional. Quando esse estresse ultrapassa os níveis adaptativos, e começa a surgir um conjunto de sintomas psíquicos, físicos e comportamentais que interferem diretamente na capacidade laboral, denomina-se Síndrome de Burnout, essa pode ser uma das razões pelas quais muitos residentes desistiram do programa (ZOMER E GOMES, 2017).

A alta demanda, a falta de materiais odontológicos, o deslocamento diário (morava em Salvador e a unidade ficava em outro município – Camaçari) e os problemas internos com a equipe eram situações muito desgastantes, chegava em casa muito estressada, tinha dias que me sentia tão assoberbada que pensava em desistir também. No entanto, o usuário e seu sorriso renovavam as minhas energias e no dia seguinte eu estava presente.

Existem vários fatores que determinam o processo do adoecer que afetam tanto o paciente como o profissional de saúde. Um deles é o ambiente de trabalho, local em que passamos a maior parte do nosso dia, ofertar uma área salutar é indispensável para enfrentar o desgaste e promover um atendimento melhor ao público que necessita dos nossos serviços.

1.3 Vivência no Serviço

O ingresso no serviço foi bastante conturbado, os funcionários públicos do município estavam em greve e nesse contexto eram realizados apenas serviços internos, organização da agenda, discussão sobre o acolhimento, conhecimento da realidade do território e do funcionamento da unidade. Quando nós residentes começamos a atuar foi com parte dos funcionários públicos, mês de abril 2016, quando se iniciou a Campanha de Vacinação Contra o Vírus da Influenza A (H1N1). A unidade encontrava-se como referência da região quatro, no entanto, atendia as demandas de outras regiões (Lama Preta, Burisatuba 1 e 2, Arembepe, Camaçari de Dentro, Parque verde 1 e 2, Gleba E, Santa Maria, Gleba C, Limoeiro, entre outras), foi um mês a unidade sendo referência para todo o município de Camaçari (cerca de 242.970 habitantes- IBGE, 2010). A realização de campanhas de vacinação se faz com estrutura organizacional e com apoio técnico e segurança para seu devido funcionamento, entretanto a vigilante aderiu à greve, ficando a cargo da equipe de saúde funções como: distribuição de senhas, organização de fluxo das pessoas, vigilância, etc. O cenário era usuários chegando para a fila de madrugada, havia comercialização das senhas, intimidação a nós profissionais (quando algum tipo de atendimento não era possível

de ser realizado naquele momento), roubo de senhas, falta de comunicação adequada entre a Vigilância Epidemiológica e a unidade (reduzido número de doses enviadas), profissionais esgotados e uma média de 400 vacinações por turno, chegando a 3469 vacinas aplicadas do início do mês de abril até 04 de maio de 2016. Nós dentistas e o NASF ficávamos responsáveis pela triagem do grupo prioritário, muitas vezes tínhamos que dizer não o que gerava insatisfação da população, e as enfermeiras ficavam nas salas realizando a vacinação. Era uma situação complicada e tensa estar na linha de frente, porém compreendendo a realidade do SUS e da RMSF como um espaço para construção e troca de saberes era notório que esses momentos iriam se repetir, sendo necessário o trabalho em equipe e a desassociação das antigas práticas de saúde (SALVADOR ET AL., 2011).

Apesar de toda problemática eu entendia que assumir aquele papel também era minha função porque éramos uma equipe, apesar de não concordar com a maneira desorganizada que foi realizada e do jeito que foi “jogada” toda a responsabilidade para nossa unidade. Se os outros postos estivessem nos ajudando a vacinar, com certeza não teria sido um processo tão sofrido. No final, conseguimos resolver aquela situação conflituosa e eu aprendi muito sobre vacinação com as enfermeiras da unidade.



Figura 2. Fotografia de Wynnne Marie Lima de Carvalho. Campanha de Vacina H1N1.

Passado isso, como a maioria dos funcionários públicos da unidade não aderiram à greve que durou cerca de 8 meses, foram iniciados os atendimentos rotineiros de acordo com a agenda construída por toda equipe. Essa agenda era composta por turnos de acolhimento, atividade coletiva, consultas, reunião de equipe, visita domiciliar e uma vez ao mês um turno para reunião da unidade. O núcleo de odontologia era bastante alinhado, o trabalho em equipe funcionava tão bem que gerava inveja das outras categorias, com isso sofremos por muito tempo com fofocas, intrigas e perseguição. A situação começou a ficar

desconfortável até que a nossa preceptora saiu do programa de residência e eu e os outros dentistas ficamos sem preceptoria por longos meses.

De acordo com as atribuições do residente temos:

O residente do 1º ano (R1) busca desenvolver as competências básicas relacionadas à Reforma Sanitária Brasileira, fundamentados pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, orientados ao cuidado territorializado, integralizado e usuário centrado e desenvolver competências relacionadas ao processo de gestão e dinamização das práticas de cuidado e organização do serviço na Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. O residente do 2º ano (r2) busca desenvolver competências assistenciais, de gestão do processo de trabalho em saúde, bem como apoio à preceptoria e de gestão complementares às desenvolvidas nas Unidades da Saúde da Família, voltadas para a gestão da atenção básica e articulação de redes na perspectiva do cuidado integral (PPP FESF, 2017).

Ainda que na ausência de preceptor para nossa categoria, conseguimos desenvolver as competências propostas pelo programa, o núcleo de odontologia continuou ativo e mesmo estando ainda no primeiro ano já estava aprendendo as atividades de gestão propostas para o segundo ano. Foi um momento de bastante responsabilidade e de muito aprendizado.

2. Atividades Realizadas

2.1 Acolhimento

No período inicial esse era o assunto mais discutido, mas o que é isto? Não me lembro de acolhimento na época da graduação, estava perdida. O que é acolhimento?

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) 2013:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das

práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe. Como postura deve acontecer em todas as formas de cuidado, nas relações entre as pessoas, no ouvir e escutar, sendo algo diário. É um compromisso de resposta às necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde, seja para tirar uma dúvida, encaminhar para algum profissional, marcar um exame, renovar receita, etc.

Algumas modelagens de acolhimento são descritas: *Acolhimento pela equipe de referência do usuário* onde este é acolhido pelo profissional da sua equipe e estes realizam a primeira escuta e resolve com o usuário sua demanda – essa modelagem era a realizada na unidade em questão PHOC CAIC. O desejo é que fosse o modelo de *Equipe de acolhimento do dia* onde todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com sua agenda exclusiva para acolher os usuários que chegam por demanda espontânea, porém não se conseguiu realizar esse modelo devido à redução da equipe. O *Acolhimento misto* (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia) que necessita que a comunicação da equipe esteja bem alinhada e pactuada para facilitar a gestão das agendas e o *Acolhimento coletivo* no primeiro momento do funcionamento da unidade envolve toda equipe e realiza a primeira escuta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Foram realizadas inúmeras reuniões para se chegar a um acordo, pois a experiência vivenciada pelos residentes anteriores foi bastante negativa, relatos que chegavam a cem usuários por turno, causando um processo de adoecimento generalizado. O acolhimento por equipe de referência acontecia da seguinte forma: os usuários eram pré- agendados e o acolhimento era realizado uma vez por semana de acordo com a agenda da equipe.

Esse espaço era o de maior aprendizado, a dinâmica e as demandas que aparecem no acolhimento são totalmente diferentes do que vivenciei na graduação ou numa clínica privada. No acolhimento enxergamos como um profissional de saúde, aquele que avalia o usuário como um todo e não apenas pela boca. É nesse ambiente que se aprende sobre hipertensão, diabetes, queixas ginecológicas, queixas dermatológicas, problemas mentais, depressão ou o simples e fundamental fato de saber lidar e acolher o usuário criando o

vínculo. Sabemos que o dentista não é responsável por sanar os problemas gerais do indivíduo, mas sua presença no acolhimento é indispensável e pode solucionar uma demanda do usuário ao ser feito um encaminhamento seguro, ao ouvir alguém que necessita apenas dessa atenção, a resolver algum caso que já tenha sido matriciado pela equipe, organizar prontuários, organizar a ordem de chegada, organizar agendas e resolver as queixas odontológicas que a equipe não conseguiu sanar, diminuindo assim a presença constante de usuários na porta do consultório odontológico.

Não é um espaço fácil para estar, principalmente nas segundas-feiras cuja demanda é grande, porém as diversidades me transformaram e me ensinaram a lidar com as pessoas em todos os tipos de situações, seja com estresse, com fome, com sede, com sono ou com tensão pré-menstrual, acolher bem é papel de todo ser humano.

Referente à odontologia, realizávamos o acolhimento odontológico todo mês para marcação das consultas, colocava-se uma lista na recepção e estes usuários compareciam na data programada pela equipe para participar. Primeiramente era realizada educação em saúde bucal e/ou alguma dinâmica com as principais dúvidas dos usuários, depois acontecia à escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor e entrega de escovas, logo em seguida a triagem de cada um na cadeira odontológica e assim marcava a consulta. Esta era a maneira que se conseguia captar o maior número de usuários para as atividades de promoção e prevenção da saúde bucal. Nas primeiras atividades confesso que ainda utilizávamos o saber mais verticalizado, com o passar do tempo começamos a envolver mais os usuários e buscar perguntas e dúvidas que eles julgavam mais necessárias, era um momento de troca divertido e de muito aprendizado.



Figura 3 – Fotografia de Wynnie Marie Lima de Carvalho. Educação em Saúde Bucal.

2.2 Atividades Coletivas

A busca pelo atendimento individual ainda é muito presente no processo de trabalho, muitos usuários só desejam marcar consulta, sendo assim, o acolhimento é fundamental para ajudar a organizar as agendas e modificar essa busca só por consultas, pois muitas demandas podem ser supridas já neste espaço. Esmeraldo et al. (2017) relata a luta constante para romper o modelo hegemônico, médico-centrado e inserir o modelo assistencial, contra hegemônico, substitutivo, que não desconsidera a cura, mas tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, com ênfase na família e na comunidade. Sabemos que o modelo biomédico está enraizado nos profissionais e na comunidade, o que é compreensível já que o SUS completará apenas 30 anos em 2018, mas é preciso à busca constante por essa transformação.

As atividades coletivas são ferramentas importantes para as pessoas perceberem que seu problema também pode ser o do outro, pois quando se tem um número elevado de consultas acaba que o profissional fica limitado para realizar o processo educativo individual ou até mesmo dar a devida atenção ao usuário. Estes espaços são fundamentais para o fortalecimento da promoção e prevenção da saúde que são os focos da ESF, demonstrando aos usuários que eles fazem parte desse processo. É preciso que eles entendam o porquê da doença, como tratar, o porquê tratar, para que não se torne um ciclo vicioso e estes venham sempre para a unidade com a mesma queixa, e, além disso, que os profissionais percebam que os determinantes sociais também influenciam na saúde do indivíduo.

Ferrugem, Pekelman e Silveira (2015) destacam que as atividades de maior sucesso são as que envolvem a troca, o vínculo e a presença de um profissional de referência. É essencial que essas atividades sejam construídas com a comunidade, muitos profissionais trazem que realizam os grupos, mas em muitos casos ainda há presença do saber de forma mais vertical. A maioria dos grupos surge justamente das demandas dos usuários, reconhece-lo como portador do saber de seu processo saúde-doença-cuidado é fundamental para transformação das práticas de saúde.

Para os profissionais de saúde, o desenvolvimento de atividades coletivas é sempre um entrave, na odontologia a formação ainda é muito tecnicista e visa o mercado privado, com a presença do dentista no setor público há uma necessidade de reorganização das práticas e dos currículos desses profissionais, pois quando nos formamos não temos preparo para esse tipo de atividade e nem experiência em trabalho multiprofissional (DE-CARLI ET AL., 2015). Tentei suprir essa demanda através da RMSF, no início ficava com

muita vergonha e não sabia agir, com o passar do tempo tudo fluía naturalmente e eram muito prazerosos esses momentos de troca com os usuários. Quando nos inserimos nesses espaços ampliamos nosso olhar para a saúde geral, nossa participação é fundamental. São nesses momentos que podemos trabalhar com temas de qualquer área e contamos com ajuda de toda equipe, à medida que aprendemos sobre todas as áreas da saúde e com o saber dos usuários, também contribuimos para que a equipe e usuários aprendam sobre nossa área.



Figura 4 – Fotografia de Wynn timer Marie Lima de Carvalho. Grupo HIPERDIA.

A experiência dos grupos de gestante com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), do grupo HIPERDIA (hipertensão e diabetes), grupos de saúde bucal, sling dance; salas de espera sobre saúde da mulher e disfunção temporo mandibular juntamente com a fisioterapeuta, demonstram a importância do envolvimento dos usuários nas atividades e da valorização dos seus saberes. Trazer o usuário para corresponsabilização da sua saúde é fundamental para que se consiga o cuidado integral. Para, além disso, essas atividades reafirmam a potência que tem o trabalho multiprofissional e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, construindo profissionais multifacetados e qualificados.



Figura 5 – Fotografia de Wynn timer Marie Lima de Carvalho. Sling Dance

2.3 Visita Domiciliar

Outra atividade que foi muito importante para ampliar o vínculo com os usuários foi a visita domiciliar (VD), segundo Barbosa et al. (2016) esta deve ser realizada de forma multidisciplinar. Neste espaço reconheci na figura do agente comunitário de saúde (ACS) o principal elo entre a equipe e o usuário, nossa visita não acontecia sem a presença de nossa ACS afinal ela tem papel fundamental nesse processo por possuir maior vivência com a comunidade e conhecer o território. O planejamento das visitas era realizado nas reuniões de equipe, onde acontecia à discussão do caso, seleção das famílias, definição dos objetivos e identificação dos profissionais necessários para realizá-la. Eram realizadas cerca de duas a três visitas por turno, pela agenda seria um turno por semana, mas como nossa demanda era grande, já chegamos a fazer até mutirão de visitas, separando na agenda quatro turnos por semana. No momento da VD era feito a avaliação do paciente, do ambiente, o atendimento, observava-se a dinâmica e os componentes da família e seus papéis.

Nós dentistas, atuamos na maior parte na prevenção (orientação e instrução de higiene oral, distribuição de kits odontológicos, aplicações tópicas de flúor e escovação dental supervisionada); na promoção da saúde (hábitos saudáveis) e na recuperação (prescrições, exodontias, remoção de sutura) desde que seja viável realizar esses procedimentos na sua residência.



Figura 6 – Fotografia de Wynnie Marie Lima de Carvalho. Exame clínico na visita domiciliar.

O CD tem papel fundamental na VD, em pacientes sob cuidados domiciliares muitas vezes a saúde bucal é negligenciada já que o foco principal é o tratamento da doença instalada e em alguns casos o paciente não é capaz de realizar sua higienização ficando delegada ao cuidador, que muitas vezes não está capacitado para realizar os procedimentos de higiene bucal. Entendendo que a cavidade oral passa a ser um foco de infecção quando não higienizada corretamente e pode interferir de maneira negativa no decorrer da doença causando repetitivas infecções e aumento no número de reinternações por infecções secundárias, a Equipe de Saúde Bucal em sua atuação na VD tem o compromisso de realizar ações educativas, orientação sobre o autocuidado, na prevenção e na assistência odontológica (SILVA, 2014).

Nesse espaço, realizamos a saúde bucal das puérperas onde são demonstradas orientações e instruções de higiene oral para as mães e bebês e enfatizada a importância da amamentação para nutrição e desenvolvimento do sistema estomatognático. Demonstramos a limpeza dos roletes gengivais com uma gaze ou fralda umedecida com água filtrada e também realizamos exame clínico para diagnóstico de alguma alteração. Na VD aos pacientes especiais também são demonstradas orientações e instruções de higiene oral para seu cuidador, é possível adaptar a escova para um cabo mais largo que facilita a empunhadura no momento da escovação, utilizar abridores de boca com palitos de picolé ou com parte de garrafas pet. Nos usuários acamados pela idade ou por serem vítimas de violência, são demonstradas ações para facilitar a escovação, importante que o usuário esteja sentado com auxílio de uma toalha e uma bacia, caso não consiga cuspir pode-se envolver a escova com uma gaze e ir molhando com água filtrada para realizar o enxague.

Importante ressaltar que todas essas ações aprendi na experiência da VD e na RMSF, em nenhum momento da graduação foi realizado estas atividades. De-Carli et al. (2015) demonstra que os cirurgiões- dentistas da Estratégia Saúde da Família realizam mais visitas do que os da Unidade Básica de Saúde. Podemos observar corroborando com achados de Bizerril et al. (2015) que a realização de visitas não é algo simples, existe dificuldade de acesso devido à violência urbana, tráfico de drogas, falta de transporte, além da recusa de alguns profissionais e agentes comunitários de saúde, priorização da média e alta complexidade pela gestão, etc. Vivi uma dessas barreiras, pois tínhamos muitas áreas distantes e íamos a pé, não tínhamos carro disponível para a VD, o sol era escaldante, várias vezes ao término da VD estava com enxaqueca e mesmo assim essa foi a atividade mais prazerosa. Adentrar as famílias e suas casas fazia eu me senti da família, é como se eu fizesse parte da história deles e de fato fiz, eles amavam nos receber, às vezes ganhávamos lanches, folhas para chá, verduras e o mais importante, sorrisos.

A cada visita é possível perceber que os determinantes sociais de saúde - fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais - influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A saúde da família nos prepara para saber lidar com todos os públicos e situações, o contato direto com o território nos mostra e faz compreender a fragilidade socioeconômica, cultural e ambiental que as pessoas enfrentam, transformando nossas práticas e nossa forma de viver. Ao adentrar a casa dessas pessoas, deixamos de ser apenas profissionais ou apenas humanos e nos tornamos profissionais muito mais humanos (DALCIN ET AL., 2016).

2.4 Interconsulta

A interconsulta é uma ação em saúde originária do campo de saúde mental discutida no Brasil a partir de 1980 com a reforma psiquiátrica. Na atenção primária o profissional que no ato da consulta percebe a necessidade de outro profissional de saúde para discussão do caso, o solicita e juntos definem a conduta a se seguir. Esta ferramenta permite que se tenha uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, pois é considerada uma atividade Inter profissional e interdisciplinar em intervenção conjunta. Assim como possibilita uma maior assistência à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas (FARIAS E FARJADO, 2015).

Farias e Farjado (2015) trazem a importância da interconsulta como uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para integralidade do cuidado que não valoriza apenas o atendimento ao usuário, mas o aprendizado que será absorvido pelo profissional solicitante da interconsulta. A maior demanda das interconsultas é quando o profissional necessita do dentista para esclarecimento de diagnóstico e avaliação complementar para lesões de boca e urgência odontológica. Nesse estudo apenas um CD compreendia a interação com outro profissional por meio de contra referência, os demais assim como eu, acreditam que a discussão do caso e a consulta conjunta garantem um acompanhamento mais integral e levam os profissionais a adquirirem novas competências, já sendo uma forma de matriciamento. A contra referência é uma forma fidedigna de interação com outro profissional, quando esses trabalham em ambientes diferentes e não é possível realizar a interconsulta, mas é pouco utilizado, nesse um ano de vivência só recebi apenas duas contra referências.

Sendo assim, nós dentistas assumimos o papel de matriciar o profissional solicitante sobre os principais agravos em saúde bucal e principais ações de prevenção e promoção da saúde bucal, bem como garante a resolutividade da consulta, além de aprender sobre as

outras áreas ao solicitar uma interconsulta. A partir do momento que foram realizados matriciamentos e conseguimos inserir a odontologia nas demais áreas, minha participação em interconsultas aumentou, a equipe se sentia a vontade para solicitar e sanar as dúvidas existentes.

2.5 Matriciamento ou Apoio Matricial

O matriciamento ou apoio matricial também surge através da saúde mental, devido à constatação que os profissionais da atenção básica não tinham preparo para atender os portadores de transtornos mentais, o que poderia comprometer o avanço da reforma psiquiátrica (FAGUNDES E JUNIOR, 2016). O apoio matricial alterou metodologias como a interconsulta e os sistemas de referência e contra referência, mediante mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais apoiadores especialistas. Além do cuidado compartilhado, essa metodologia funciona como uma forma de educação permanente, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzir casos de forma compartilhada (CASTRO E CAMPOS, 2016).

Segundo Jorge et al., (2014):

No que diz respeito à troca de conhecimentos entre os diversos núcleos de saberes, apontasse a saída de um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar, repercutindo, inclusive, nos atendimentos individuais, ampliando a perspectiva clínica do profissional.

Nesse um ano de serviço, foram realizados vários matriciamentos para a equipe com temas de odontologia, nutrição, enfermagem, medicina, educação física e fisioterapia, evidenciando que as trocas de saberes e experiências reorganizam as práticas profissionais e fortalecem o trabalho multiprofissional.

Nos matriciamentos em que a odontologia conduziu foram confeccionadas atividades de educação em saúde com as principais lesões da cavidade oral, o como agir e reconhecer casos de urgência, a classificação de risco em odontologia, demonstração da escovação adequada, uso do fio dental, importância do flúor e da quantidade de pasta de dente e por fim sempre eram discutidos casos clínicos para melhor entendimento da equipe.

O compartilhamento dessas informações em saúde bucal é de suma importância para que consigamos um SUS mais resolutivo, pois sabemos que é difícil sanar toda demanda odontológica que há muito tempo está reprimida. Com o saber compartilhado entre os profissionais, aumentamos a capacitação da equipe, garantindo um atendimento mais integral. Matriciar a equipe é dividir seu conhecimento com o outro, é aprender com eles e reconhecer seus limites, é perceber que vamos viver anos e mais anos e sempre vamos aprender, é um momento de troca sensacional.

2.6 Reunião de Equipe

Outra ferramenta importante que absorvi e aprendi sua importância foi a reunião de equipe, espaço algumas vezes pouco resolutivo e problemático nas equipes, mas potencialmente significativo. A reunião com a minha equipe era tranquila, compreendia a médica, a enfermeira, eu e apenas uma ACS, nos entendíamos bem e o trabalho fluía. As reuniões ocorriam um turno por semana e por um período era realizada a Formação Inicial em Saúde da Família (FISF) que compreendia textos com situações problemas para discutirmos no espaço, ferramenta que contribuiu muito para equipe e principalmente para os ACS. Também se discutia casos de usuários, as demandas das visitas, organização do processo de trabalho e tudo que fosse necessário. O estudo de Cruz et al. (2014) corrobora com a experiência apresentada, visto que relatam que nas cinco regiões do país quase a totalidade dos entrevistados afirmam realizar reuniões de equipe e em três delas acontece semanalmente e nas demais mensalmente.

Porém, observei que no município de Camaçari, as unidades de saúde da família que contemplam a residência realizavam a reunião de equipe, já nas outras USF na maioria das vezes o cenário é outro, a mesma acontecia mensalmente ou não acontecia. Na RMSF conseguimos preservar esses espaços, nossa agenda é toda dividida com cada turno para uma atividade, já nas unidades que não envolvem o ensino é mais difícil garantir isso, a alta demanda, a negação dos profissionais e/ou o não entendimento das novas políticas públicas podem ser o motivo para a não realização da reunião.

A reunião de equipe é um instrumento que organiza e deixa prazeroso o processo de trabalho, hoje não entendo um ambiente de trabalho sem ter reunião, levarei para todos os lugares que me inserir daqui para frente. O fato de pensarmos juntos potencialidades e fragilidades das nossas ações fortalece as relações interpessoais, estimula pensarmos melhorias para nosso trabalho, além de evitar problemas e mal entendido. Na reunião percebemos que juntos somos mais fortes!



Figura 7 – Fotografia de Wynnie Marie Lima de Carvalho. Reunião Momento da FISS.

3.0 “A Caixa” ou o Consultório Odontológico

Na época da faculdade tinha um tempo tranquilo para atender e estava ali para aprender, não era nada corrido, era um turno todo para um paciente ou no máximo dois. Conseguia fazer um atendimento com uma anamnese detalhada, criava-se o vínculo com o paciente, mas não ia muito além, utilizada a ficha de anamnese da clínica e em seguida já começava o atendimento.

Após ir para o setor privado percebi a diferença, a anamnese se limitava a perguntar se o paciente tinha algum problema de saúde e alergias, não tinha como conversar de forma abrangente, a agenda era cheia, tinha horário certinho a cumprir, a realidade é outra. Você atende aquele paciente naquele dia e possivelmente não o verá mais, não cria o vínculo. Você se torna uma máquina de procedimentos só focada na boca.

Na residência ocorreu a mudança dessas práticas, primeiro você faz uma atividade de educação em saúde, uma escovação dental supervisionada o que já te leva a conhecer visualmente seus pacientes, para depois realizar a anamnese. Talvez essa não fosse a melhor ordem, escovávamos o dente daquele usuário e nem sabemos seu nome? A atividade de educação em saúde, anamnese e assim a escovação dental supervisionada é uma opção a se pensar.

As atividades como as visitas domiciliares, grupos, a vivência do acolhimento e todas citadas nesse trabalho me fizeram olhar de outro modo para os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Essas questões passaram a fazer parte da minha anamnese para só assim chegar até o exame clínico.

A preocupação com promoção e prevenção é nossa prioridade, sempre estimulando e demonstrando a higiene bucal aos usuários, ouvindo seus medos e anseios, se colocando no lugar dele e fazendo de tudo para oferecer o tratamento mais humano e resolutivo possível. Claro que continuo fazendo os tratamentos necessários (restaurações, exodontias, raspagens), mas percebo quando um usuário não consegue concluir seu tratamento por não ter recurso para fazer um raio-X, na unidade não tem aparelho para realização e no Centro de Especialidades Odontológicas era difícil de conseguir acesso, isto nos faz refletir e mais do que nunca entender que a saúde bucal não é só a boca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participar de um programa de residência é uma experiência rica, desafiadora, única, estressante, cansativa, mas no fim muito prazerosa. As trocas e o vínculo com os usuários são a melhor parte de todo processo, além das trocas de saberes que o trabalho em equipe multiprofissional proporciona.

Para mim, cirurgiã- dentista que estava acostumada com a prática tecnicista entre “quatro paredes” ou na famosa “caixa” trouxe vivências jamais esperadas ou imaginadas na graduação, mostrando que o CD não precisa ficar só no consultório e mais, que é essencial fora dele para abordar de forma completa o usuário. Meu desejo é continuar na saúde da família e me qualificar ainda mais, visto que me encontrei no trabalho multiprofissional e no cuidado continuado aos usuários.

As residências são programas imprescindíveis para qualificação dos profissionais de saúde e devem ser preservados para que amplie e fortaleça o Sistema Único de Saúde. Para a população é essencial essa formação, pois não temos a noção da quantidade de coisas que podemos realizar e o quanto podemos ajudar as famílias de diferentes maneiras.

O profissional deixa de ser aquele dentista focado na técnica e passa a ser mais humano, aprendendo a lidar com situações inusitadas e passa a ter um olhar ainda mais

sensível para o outro. Importante ressaltar que essas mudanças são gradativas já que nós dentistas temos menos tempo no setor público comparado aos enfermeiros e médicos.

Não poderia deixar de citar que é fundamental uma maior atenção e compromisso com os materiais de consumo e insumos das unidades, situações como ficar sem papel higiênico, papel toalha, água para beber, não devem ser rotineiras. Importante também, uma maior organização e controle do almoxarifado central, às vezes tem o material lá, mas não recebemos ou já recebemos próximo ao encerramento do prazo de validade. Suspender os atendimentos para que se solucionassem esses entraves é falta de compromisso com uma população já marcada por um sistema de saúde que foi excludente.

O acesso à odontologia ainda é restrito, a demanda é muito reprimida, precisamos de mais profissionais capacitados e que almejem/gostem de trabalhar no SUS, e a residência estimula isso, nos mostrando a odontologia muito além do consultório. A RMSF forma profissionais preparados para o todo, mas que só a partir dela entendem e priorizam ações de promoção e prevenção, entretanto para que esses profissionais gostem e lutem pelo SUS é preciso uma maior atenção e investimentos na área. A PNAB 2017 traz que a ESB pode ser acrescentada a ESF quando para mim deveria ser obrigatório. Os avanços na saúde pública odontológica foram muitos, mas espero confiante que a saúde bucal seja entendida como fundamental e não apenas como um possível acréscimo.



Figura 8 – Fotografia de Wynnne Marie Lima de Carvalho. Atividade do Dia das Crianças. GRATIDÃO.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, D.C.M.; MATTOS, A.T.R.; CORRÊA, M.H.; FARIA, M.; RIBEIRO, L.C.; SANTOS, L.L.; FERREIRA, J.B.B., FORSTER, A.C. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da ESF. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.49, n.4, p.360-366, 2016.
- BIZERRIL, D.O.; SALDANHA, K.G.H.; SILVA, J.P.; ALMEIDA, J.R.S.; ALMEIDA, M.E.L. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v.10, n.37, p.1-8, Out-Dez, 2015.
- CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p. 455-481, 2016.
- CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.M.F.L.; ROSSI, T.R.A., SANTANA, S.F.; BARROS, S.G.; SANTOS, C.M.L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.6, p.1791-1803, 2017.
- COSTA, S.M.; PRADO, M.C.M.; ANDRADE, T.N.; ARAÚJO, E.P.P.; JUNIOR, W.S.S.; FILHO, Z.C.G.; RODRIGUES, C.A.Q. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v.8, n.27, p.90-6, Abr-Jun, 2013.
- CRUZ, M. M.; SOUZA, R. B. C.; TORRES, R. M. C.; ABREU, D. M. F.; REIS, A. C.; GONÇALVES, A. L. Usos do planejamento e auto avaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, v. 38, n. especial, p. 124-139, out 2014.
- DALCIN, C.B.; BACKES, D.S.; DOTTO, J.I.; SOUZA, M.H.T.; MORESCHI, C.; BUSCHER, A. Determinantes Sociais De Saúde Que Influenciam O Processo De Viver Saudável Em Uma Comunidade Vulnerável. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v.10, n.6, p.1963-70, jun., 2016.
- DE-CARLI, A.D.; SANTOS, M.L.M.; SOUZA, A.S.; KODJAOGLANIAN, V.L.; BATISTON, A.P. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, v. 39, n. 105, p.441-450, abr-Jun, 2015.
- ESMERALDO, G.R.O.V.; OLIVEIRA, L.C.; FILHO, C.E.E.; QUEIROZ, D.M. Tensão entre o Modelo Biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev. APS*, v.20, n.1, p.98-106, jan/mar, 2017.
- FAGUNDES, E.C.; JUNIOR, M.D. Matriciamento Em Saúde Mental Na Atenção Primária De Saúde: O Papel Do Psicólogo No Desenvolvimento De Ações De Matriciamento Na Atenção Primária De Saúde Envolvendo Serviços De Saúde Mental. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 1, n. 2, jul./dez. 2016.
- FARIAS, G.B., FAJARDO, A.P. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6 (Supl. 3), p.2075-93 Junho, 2015.
- FERREIRA, E.B.; ABREU, T.Q.; OLIVEIRA, A.E.F.O. MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: revisão de literatura. *Rev Pesq. Saúde*, v.12, n.3, p.37-42, set-dez, 2011.

FERRUGEM, R.D.; PEKELMAN, R.; SILVEIRA, LR. Atividades Educativas No Serviço De Atenção Primária À Saúde: A Educação Popular Em Saúde Orienta Os Princípios Dessas Práticas? Rev. APS., v..18, n.4, p.409 – 423, out/dez, 2015.

FRANÇA, S. Residência Multiprofissional: A Odontologia no contexto da alta complexidade em saúde. Rev Assoc Paul Cir Dent, v.71, n.1, p.6-12. 2017.

JORGE, M.S.B; VASCONCELOS, M.G.F.; NETO, J.P.M.; GONDIM, L.G.F.; SIMÕES, E.C.P. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, SP, v.16, n.2, p.63 -74., maio-ago. 2014.

LUZ, G.W.; TOASSI, R.F.C. Percepções sobre o preceptor cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde no ensino da Odontologia. Revista da ABENO, v.16, n.1, p.2-12, 2016.

MARTINS, A.N.; LANNA, T.V.; SANTOS, P.C.F.; MAGALHÃES, S.R. A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO – DENTISTA NO PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 24-33, 2014.

MATTOS, G.C.M.; FERREIRA, E.F.; LEITE, I.C.G.; GRECO, R.M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.2, p.373-382, 2014.

MIOTO, R.C.T; ALVES, F.L.; CAETANO, P.S.; PRÁ, K.R.D. As Residências Multiprofissionais Em Saúde: A Experiência Da Universidade Federal De Santa Catarina. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP, v. 11, n. 2, p. 185-209, jan./jun. 2012.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO 1ª versão, FESFSUS, 2017.

REIS, S.M.A.S; OLIVEIRA, A.G.; GONÇALVES, L.M.; COSTA, M.M.; OLIVEIRA, J.E.C.; COSTA, C.R.R.; REIS, T.S.R. Formação odontológica: persiste o descompasso entre o perfil do cirurgião-dentista atualmente formado e as demandas da sociedade por saúde bucal. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v.8, p.86-97, jan./dez. 2009.

SALVADOR, A.S.; MEDEIROS, C.S.; CAVALCANTI, P.B.; CARVALHO, R.N. Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. R bras ci Saúde, v.15, n.3, p.329-338, 2011.

SILVA, I.A. Linha Guia de Visita Domiciliar Saúde Bucal. Lauro de Freitas – BA, 2014.

SOUZA, C.D.F. Programa Saúde da Família - PSF: a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. Hygeia, v.10, n.18, p.207 - 215, Jun/2014.

ZOMER, F.B.; GOMES, K.M. Síndrome De Burnout E Estratégias De Enfrentamento Em Profissionais De Saúde: Uma Revisão Não Sistemática. Revista de Iniciação Científica, Criciúma, v. 15, n. 1, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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.

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

_____. 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.

_____. Resolução Nº 287, de 08 de outubro de 1998. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1991.