

**PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARINE SALES DOS SANTOS PEREIRA

A FORMAÇÃO SE FAZ CAMINHANDO

**RELATOS DA TRAJETÓRIA DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA RESIDENTE EM
SAÚDE DA FAMÍLIA E O DESPERTAR PARA O ENFRENTAMENTO À
VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS DESAFIOS
PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação
Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para
certificação como Especialista em Saúde da Família.
Orientadora: Carolina Franco de Azevedo

Dedico este trabalho ao Senhor Jesus Cristo e à minha família

AGRADECIMENTOS

Começo meu agradecimento a quem me possibilitou chegar até aqui “ao único que é digno de receber a honra e glória, a força e poder, ao rei eterno e imortal, invisível, mas real. A Ele ministramos o louvor”: Jesus! Agradeço ao Senhor Jesus por concluir mais uma etapa na minha vida.

A minha querida família por sonhar esse sonho comigo: Jailton (jai, meu esposo), Maria José (mainha), Vanildo (painho), Tatiana (tate, minha irmã), Natália (natinha, minha irmã), João Pedro (jotinha, meu sobrinho), Alexsandro (Alex, meu cunhado), belinha e hania (meus bichinhos de estimação) e aos meus familiares e amigos que direta ou indiretamente me ajudaram, minha eterna gratidão.

As minhas preceptoras: Helga, Carolina, Maiane e Jailma; a toda turma de residentes, aos apoiadores institucionais e matriciais e a todos que compõem a equipe FESF, que a cada dia me ajudaram na construção de um novo conhecimento em prol de uma saúde pública. Em especial a minha Preceptora Helga e minha Orientadora/Apoiadora de Odontologia Carolina. Helga nos espaços cotidianos da residência, exercendo uma excelente preceptoria e Carolina com as incríveis rodas de núcleo, grande apoio a categoria de Odontologia e por ter me ajudado com as sábias orientações para construção do memorial. Ambas solícitas a construir comigo uma residência com qualidade de ensino e aprendizagem. As temáticas se completavam nos turnos pedagógicos de odontologia e nas Rodas de Núcleo, pois havia um saber ser preceptor, apoiador e conduzir bem os espaços na residência. Daí o sentido de tudo que nós dentistas víamos em um espaço, ser complemento em outro. Meus sinceros agradecimentos.

A Unidade de Saúde da Família da Concórdia, a cada usuário do serviço da unidade, a cada Profissional que conheci, os agradeço pelo acolhimento, pela oportunidade, pela confiança, por cada aprendizado. Lembrarei com muito carinho dos dias vividos nessa unidade e das pessoas maravilhosas que ali encontrei! Como tudo na vida tem início e fim, essa etapa profissional conclui-se com muitos aprendizados que levarei por onde for.

"Assim diz o Senhor: Não se glorie o sábio na sua sabedoria, nem se glorie o forte na sua força; não se glorie o rico nas suas riquezas. Mas o que se gloriar glorie-se nisto: em me conhecer e saber que eu sou o Senhor, que faço beneficência, juízo e justiça na terra; porque destas coisas me agrado, diz o Senhor".

Jeremias 9:23-24

RESUMO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF), e da Fundação Oswaldo Cruz/ (Fiocruz – Bahia), é de extrema importância para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois forma profissionais a partir das necessidades e realidades locais.

Este memorial tem como objetivo descrever minha experiência acadêmica e profissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no período de 2018 a 2020. Além disso, relata minha biografia com fatos da infância, ensino fundamental, motivo de cursar odontologia, vida acadêmica, entre outros.

O cenário de prática foi o município de Dias d'Ávila-BA na Unidade de Saúde da Família Concórdia. Neste cenário presenciei casos de violências na unidade de saúde, com destaque para três casos: violência psicológica, patrimonial e sexual. Dentre as experiências profissionais, posso destacar a vivência no acolhimento à demanda espontânea, na clínica odontológica e na visita domiciliar, esses conhecimentos foram fundamentais para meu aprendizado.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi muito importante para minha formação profissional, principalmente pelas atividades prática e prática-teórico no qual contribuiu para minha qualificação em Especialista em Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Bucal. Violência.

ABSTRACT

The Multi-professional Residency Program in Family Health, of the State Foundation for Family Health (FESF), and the Oswaldo Cruz Foundation / (Fiocruz - Bahia), is extremely important for strengthening the Unified Health System-SUS, as professional forms from local needs and realities.

This memorial aims to describe my academic and professional experience at the Multi-professional Residency in Family Health from 2018 to 2020. In addition, it reports my biography with facts from childhood, elementary school, reason for studying dentistry, academic life, among others.

The practice scenario was in the municipality of Dias d'Ávila-BA at the Concórdia Family Health Unit. In this scenario, cases of violence in the health service were witnessed, with emphasis on three cases: psychological, patrimonial and sexual violence. Among the professional experiences, I can highlight the experience in welcoming spontaneous demand, in the dental clinic and in the home visit, this knowledge was fundamental for my learning.

The Multi-professional Residency Program in Family Health was very important for my professional training, mainly because of the practical and theoretical-practical activities in which it contributed to my qualification as a Specialist in Family Health.

Keywords: Family Health. Oral Health. Violence

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD- Atenção Domiciliar
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária a Saúde
AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem
BA - Bahia
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CD - Cirurgião-dentista
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CPqGM- Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRO - Conselho Regional de Odontologia
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
FESF - Fundação Estatal Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GM - Gabinete do Ministro
HMDBS - Hospital Municipal Dilton Bispo de Santana
MA - Metodologia Ativa
MS - Ministério da Saúde
NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PROAE- Pró-Reitoria de Assistência Estudantil
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de curso
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFRB - Universidade Federal do Recôncavo Sul da Bahia
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família
VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

Apresentação.....	09
Capítulo 1 - Introdução.....	10
Capítulo 2 - Contexto Histórico.....	12
Capítulo 3 - Memórias.....	14
Capítulo 4 - Cenário de prática.....	17
4.1 O Município de Dias d'Ávila/BA.....	17
4.2 Unidade de Saúde da Família Concórdia.....	17
Capítulo 5 - Vivências Marcantes no serviço de saúde.....	18
5.1 Acolhimento à demanda espontânea.....	18
5.2 Clínica.....	19
5.3 Atenção Domiciliar.....	21
Capítulo 6 - A Violência no serviço de saúde.....	23
6.1 Práticas em educação em saúde como ferramenta para lidar com a violência.....	26
Capítulo 7 - Considerações Finais.....	27
Referência Bibliográficas.....	28

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de conclusão de Residência segue o formato de memorial de formação. Memorial de Formação é um texto no formato reflexivo e avaliativo onde o autor descreve sua trajetória acadêmica e/ou profissional (SARTORI, 2017). Esse Memorial tem como finalidade apresentar um resumo da minha vivência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

O tema do Memorial se deu com base no livro “O caminho se faz caminhando” dos autores Paulo Freire e Myles Horton (2002). Esses autores dialogam sobre o método de alfabetização que foi aplicado em comunidades distintas, a partir dos conhecimentos das pessoas de acordo com a sua vivência e realidade. Diante disso, surgiu a importância de construir e ressignificar a minha noção de saúde a partir das experiências vividas.

A temática abordará também o enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família e os desafios para a atenção em saúde. Neste sentido foi proposto o seguinte tema: A Formação se faz Caminhando - Relatos da trajetória de uma Cirurgiã-dentista residente em Saúde da Família e o despertar para o enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família e os desafios para a atenção em saúde.

Nesse memorial de formação será abordado um breve histórico da saúde pública; minha Trajetória Acadêmica-Profissional e experiências vivenciadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS e da Fundação Oswaldo Cruz-BA- FIOCRUZ-BA, durante o período de março/2018 à março/2020. A construção do memorial foi baseada nas postagens publicadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) de portfólios reflexivos durante o período da residência.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje nomeado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi proposto pelo Ministério da Saúde como um modelo de atenção em saúde voltado para a família (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), foi um grande avanço para a saúde bucal no Brasil, pois o modelo de atenção à saúde precisou adaptar-se conforme o modelo de vigilância em saúde (MATTOS *et al.*, 2014).

Com intuito de fortalecer o SUS, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família possibilita uma experiência profissional qualificada, ampliando os olhares dos profissionais para a grandeza do significado da saúde, fazendo com que essa, seja a ponte para o vínculo com usuário, com a proposta de formar profissionais crítico-reflexivo para a reorientação do modelo assistencial em saúde (BRASIL, 1998).

Diante disso, inicio meu memorial com a frase de Paulo Freire *“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”* (FREIRE; HORTON, 2002 p.155), pois retrata bem a minha caminhada na residência em saúde da família, me coloca como agente construtora do meu aprendizado, e o mais interessante dessa caminhada é que somos um ser em aprendizagem, onde é possível refazer e retocar a nossa trajetória.

Minha trajetória na infância foi marcada principalmente por brincadeiras no qual construía meus próprios brinquedos. No ensino fundamental descobrir minha futura profissão, uma vez que sofria bullying dos colegas por causa da pigmentação amarelada nas dentições, isso me motivou a cursar odontologia. Aprendi por meio das iniciações científicas a ressignificar meu olhar para uma odontologia voltada para saúde coletiva. Apesar das dificuldades durante a graduação, foi gratificante ter me formado numa universidade pública e bem conceituada da Bahia e ter a oportunidade de ser residente da Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz.

Na residência vivenciei momentos importantes no serviço de saúde, como no acolhimento à demanda espontânea, na clínica odontológica e na visita domiciliar. No acolhimento à demanda espontânea foi essencial para organização do processo de trabalho na Unidade Saúde da Família (USF). Na clínica odontológica, obtive novos saberes e práticas principalmente para reorientar a mesma, a parti da ampliação e qualificação das ações em saúde bucal. A visita domiciliar foi importante para o desenvolvimento de ações voltada para serviços de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e promoção à saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família teve como cenário de prática a Unidade de Saúde da Família Concórdia no Município de Dias d'Ávila, por meio desta conheci a organização do sistema de saúde municipal, que é composta por atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

O presente trabalho teve como objetivo relatar a partir do memorial descritivo-reflexivo as vivências de uma profissional Cirurgiã-Dentista durante o período da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no ano de 2018 a 2020. Nesse sentido foi abordada uma reflexão sobre o despertar para o enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família e os desafios para a atenção em saúde.

Dentre as violências presenciadas na unidade de saúde, este memorial abordou três casos, sendo estas: violência psicológica, patrimonial e sexual. A violência psicológica foi presenciada a partir da fala agressiva da genitora com a filha; a violência patrimonial ocorreu quando um usuário não aguardou atendimento e deteriorou o patrimônio público; e a violência sexual intrafamiliar, sendo essa o único caso que teve o fluxo de encaminhamento e compartilhamento entre as redes de saúde. Diante disso, as práticas em educação em saúde por meio da metodologia ativa são ferramentas fundamentais para os profissionais de saúde lidar com a violência no âmbito da estratégia de saúde da família.

A Residência em Saúde da Família foi fundamental para meu desenvolvimento pessoal e formação profissional, as atividades práticas e teórico-prático foram essenciais para minha qualificação em Especialista em Saúde da Família.

CAPÍTULO 2

CONTEXTO HISTÓRICO

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, essa por sua vez é considerada um marco do movimento da reforma sanitária no Brasil. A partir dessa conferência o movimento da saúde começou a se consolidar. É sabido que a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988, Art.196A). De acordo com a Constituição de 88, Seção II da Saúde, no Artigo 198, as ações de serviços público de saúde se integram numa rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (BRASIL, 1988, Art.198B): descentralização, integralidade e participação social, sendo para isso financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes (BARBOSA *et al.*, 2016).

Fez necessária Leis Orgânicas da Saúde, Lei n o 8.080/90 e a Lei n o 8.142/90, e essas por sua vez foram normatizadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas de Assistência à Saúde (NOAS) para orientar e normatizar os princípios e diretrizes nacionais do SUS (SCATENA; ANAKA, 2001).

Vale acrescentar que a Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada porta de entrada do sistema para os usuários, e responsável pela atenção à saúde. Ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; numa perspectiva de organização do processo de trabalho de forma integral na saúde (LAVRAS, 2011). O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com objetivo de organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Esse programa torna-se Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual é considerada pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária de reorientação da Atenção Primária à Saúde (PINTO e GIOVANELLA, 2018). O objetivo da ESF "é aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, por meio da longitudinalidade e integralidade na atenção, ofertada aos indivíduos e grupos populacionais" (ALVES, AERTS, 2011, p. 320).

O Ministério da Saúde incluiu a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (MATTOS *et al.*, 2014). Essa inclusão possibilitou a ampliação do acesso da população às ações de Saúde Bucal no Brasil, incentivando dessa forma a reorganização destas ações no nível primário de atenção.

Nesse contexto, a odontologia na atenção à saúde precisou reorganizar as ações em saúde bucal com base na promoção, prevenção e recuperação da saúde, articulando com as propostas da vigilância em saúde (MATTOS *et al.*, 2014).

Dessa forma, o Cirurgião-dentista passa a desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, bem como

enquadrar-se num processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe multiprofissional (LOURENCO *et al.*, 2009). Se reorganizar dentro do novo modelo de atenção à saúde, necessita capacitação dos profissionais envolvidos, se envolver no processo de trabalho para além do consultório odontológico.

O Programa de Residência em Saúde da Família surgiu com o intuito de fortalecimento do SUS no sentido de formar profissionais a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem várias profissões da área da saúde (BRASIL, 1998). As categorias profissionais que compõem a residência multiprofissional são: Educação física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Sanitarista.

A Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF), por possuir vasta experiência referente em gestão, no cuidado, condução de processos de formação e educação permanente em saúde; produção de ciência, desenvolvimento tecnológico e formação de recursos humanos na área de saúde da Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (CPqGM) (Fiocruz-Bahia) foi credenciada em 2014 pelo Ministério da Educação enquanto Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz (PROCESSO SELETIVO..., 2015).

O programa tem como proposta uma formação dos profissionais que visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família (PROCESSO SELETIVO..., 2015). Objetivando uma formação crítica-reflexiva de profissionais da área da saúde numa perspectiva ética, política e técnico-científica para atuarem no campo da atenção primária à saúde e Redes de Atenção à saúde (COSTA *et al.*, 2018).

A formação específica que se espera do Cirurgião-Dentista de acordo com o Programa de Residência diz respeito à aquisição de conhecimentos e habilidades e o desenvolvimento de atitudes ao longo dos dois anos de Residência; voltados para: Matriciamento em saúde bucal; Cuidado integral; Atividades coletivas/educação em Saúde; Gestão local da USF e Trabalho em equipe com ênfase no apoio matricial (COSTA *et al.*, 2018). A Residência possibilita ao Cirurgião- Dentista identificar e tomar condutas frente à violência no espaço de saúde. Condutas estas, que foram possíveis devido as competências desenvolvidas em espaços ofertados pelo Programa como: Grupos Diversidade, Seminários, Rodas e outros espaços formativos.

CAPÍTULO 3

MEMÓRIAS

Prazer meu nome é Arine Sales dos Santos, hoje Arine Sales dos Santos Pereira, pois me casei durante a residência, ao final do primeiro ano. Nasci e vivi boa parte de minha vida em Brejões-BA, a população estimada em 2019 é cerca de 14.295 pessoas, distando 279 km da capital baiana. Tenho uma família grande, boa parte brejoenses. Minha infância foi maravilhosa, com brinquedos construídos por mim e outros comprados. Brincadeiras de pega-pega, pipa, Barbie, boneca de mamona, sete cacos, boneco de melão, brinquedos de barro, banda e outras.

Meus pais sempre lutaram pela minha educação, estudei em instituições públicas, da infância ao ensino superior. Acredito que a minha profissão me escolheu desde criança, pois na infância as minhas duas dentições erupcionaram com pigmentação amarelada, especificamente os incisivos centrais superiores. Tive hipoplasia de esmalte, uma formação incompleta da matriz orgânica do esmalte que causam manchas esbranquiçadas, comprometendo a estética dos dentes. Por conta disso, meus colegas das séries iniciais e do fundamental ficavam falando comigo: “dente forte não entram cárie!” Só pararam de falar quando minha mãe me levou ao dentista e essa colocou uma restauração nos meus dentes. Depois desse dia ninguém, mas me criticou. E assim, no ensino fundamental, já tinha em mente que faria odontologia.

Após o ensino fundamental, precisei escolher entre cursar o ensino médio tradicional ou o ensino médio com magistério. No Município o Colégio Góes Calmon ofertava formação em magistério, na época quem fazia essa formação poderia exercer a função de professor (a) no município. Eu optei em cursar o ensino médio no colégio Ana Lúcia com formação geral.

Após a conclusão do ensino médio, iniciei o ensino superior no curso de Pedagogia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), fiz até o 5º semestre do curso, pois passei no vestibular de 2011.2 em Odontologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Meu primeiro semestre de graduação foi um choque de realidade, pois fui morar em Salvador, uma realidade bem diferente da minha. Até que me adaptei rápido a essa nova rotina de acordar cedo, pegar ônibus e passar o dia inteiro na faculdade, pois o curso era integral. Morei boa parte do meu curso na residência universitária Frederico Perez, onde fiz amigos e aprendi a me concentrar em meio ao barulho.

Na Faculdade de odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), era bem nítido a minoria de estudantes negros, quando concluir o curso, essa realidade mudou um

pouco, mas há muito que se mudar, como diz um poeta “lugar de preto é na faculdade”. E foi lá que eu estava.

Fui bolsista de iniciação científica do Programa Permanecer da PROAE (Programa de Assistência Afirmativa e Assuntos Estudantis) no período de julho de 2015 a junho de 2016, tendo como projeto “*Acompanhamento da política nacional de controle da aids 2001-2015*”. Outro projeto que também fui bolsista foi intitulado “Monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal, 2001-2014”. As atividades foram desenvolvidas entre julho de 2016 a de junho de 2017. Ambos sob orientação da Professora Dr^a. Sandra Garrido de Barros, perfazendo a carga horária total de 940h (novecentas e quarentas horas). Foi enriquecedor ser bolsista, pois me ajudou a despertar para área da docência, e ressignificar a forma como se aprende em sala de aula.

Dentre a grade curricular do curso de odontologia, gostava da saúde coletiva. O curso tinha aulas que seguiam o modelo tradicional de ensino, com foco nas patologias bucais e em procedimentos curativistas.

Ao final do curso de odontologia, estava na expectativa para a tão sonhada colação de grau em setembro de 2017. Exatamente uma semana antes da apresentação do meu Trabalho de Conclusão de curso (TCC), minha mochila foi furtada na sala de clínica integrada, este momento foi desesperador para mim, pois o notebook com o meu TCC e minha apresentação, além de toda minha estória de graduação e meus documentos estavam na mochila. Consegui refazer minha apresentação e resgatar as partes de meu trabalho de conclusão de curso pelo e-mail. Apresentei e fui aprovada. Tem coisas que acontecem na nossa vida para nos ensinar a viver.

Esse acontecimento influenciou na minha entrada no mercado de trabalho, pois com o furto dos meus documentos, precisei tirar todos eles novamente e aguardá-los, para só então dar entrada no Conselho Regional de odontologia da Bahia-CRO/BA.

Comecei a pesquisar sobre concursos, e vi um informe sobre a reabertura para vagas para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Aproveitei o pouco tempo que tinha para estudar, em meio a essa semana de estudo meu avô faleceu e a partir desse dia não consegui estudar. Após alguns dias fiz a prova e não conseguir ser classificada. Foi aberto outro edital para as vagas remanescentes de odontologia, pois no edital anterior as vagas não tinham sido preenchidas. Dessa vez fiz a inscrição e consegui ser classificada, mas faltava a nota da parte escrita. Saiu o resultado final, com a nota da redação fiquei numa colocação abaixo das vagas ofertadas. Fiquei triste, mas me lembrei de um versículo bíblico que diz “**O choro pode durar uma noite, mas a alegria vem pela manhã**” (BIBLIA, 2002, Salmo Cap30, Vers.5). No dia seguinte, tinha saído um Ato Administrativo e nele constava candidatos convocados além do número de vagas. E eu estava lá! Tinha

conseguido minha vaga na Residência de Saúde da Família! Felicidade foi a palavra que me definiu naquele dia.

Lembro-me que o primeiro contato com o corpo pedagógico da FESF foi no Acolhimento dos residentes em Lauro de Freitas em março de 2018, nesse dia nos foi proposto que escrevêssemos sobre a nossa expectativa sobre a residência, eu escrevi que

Pretendo crescer profissionalmente na minha área profissional e como membro do coletivo; da sociedade que vivo e por depender de uma saúde que precisa de fato da totalidade da palavra integral, busco nessa residência me qualificar, aprender e colocar em prática o conhecimento aprendido no processo da graduação e da vida. Esse aprendizado da graduação será associado ao espaço de saúde e certamente será agregado novos valores e sentido à minha profissão. Acredito que as minhas expectativas em relação a residência pautam-se no aprendizado mútuo, onde há trocas de aprendizagens e ensino. Penso que toda experiência é enriquecedora, quando perpassa por trocas de valores e respeito. Esse período de vínculo na unidade de saúde da família é um processo aproximador e de conhecimento do processo político, cultural e histórico da construção na atenção básica de saúde. Fonte Própria, 2018.

Esse espaço do acolhimento foi pensado para nos aproximar da realidade que iríamos vivenciar. Acredito que cada espaço na residência, é para além da nossa formação. A minha impressão da residência foi que era um espaço riquíssimo para uma recém-formada como eu, e que além de ser minha primeira experiência profissional, iria aprender coisas para além de uma clínica. Enxerguei a Residência como algo extremamente positivo, um diferencial na minha vida profissional.

CAPÍTULO 4

CENÁRIO DE PRÁTICA

4.1 O Município de Dias d'Ávila/BA

O Município de Dias d'Ávila fica a 46 Km da Capital de Salvador, possui 184,230 km² de extensão territorial. Faz fronteira com os municípios de Camaçari, Candeias, Simões Filho, Mata de São João e São Sebastião do Passé (DIAS D'ÁVILA, 2017).

A população estimada em 2017 era de 80.657 habitantes, faz parte da macro regional de saúde Leste, a regional de saúde é Camaçari, e a forma de gestão municipal é Gestão Plena do Sistema de Saúde (DIAS D'ÁVILA, 2017).

No município de Dias d'Ávila as unidades de saúde da família são compostas por 18 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nove (09) Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dois (02) Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), com cobertura de 90% da ESF. Ao todo, somam-se 16 Unidades, sendo três (03) Unidades Satélite. O sistema de saúde municipal se organiza em atenção primária composta por Equipes de saúde da família; atenção especializada, composta pelo Ambulatório de Especialidades, Laboratório (contratualizado), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo1, Maternidade, Centro de Especialidades Odontológicas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU suporte Básico) e pela Unidade de Pronto-Atendimento (Tipo I); e atenção terciária, com o Hospital Municipal Dilton Bispo de Santana (HMDBS), tipifica-se como um Hospital Geral de Porte I (DIAS D'ÁVILA, 2017).

4.2 Unidade de Saúde da Família Concórdia

As unidades de saúde compostas por profissionais da Residência são a USF Concórdia e a USF Entroncamento. Fui locada na Unidade de saúde da Família Concórdia, na equipe I, onde fui bem recebida pelos profissionais.

A Unidade de Saúde da Família Concórdia fica localizada na entrada da cidade de Dias d'Ávila, no bairro Concórdia. O bairro tem esse nome devido uma Empresa de Transporte de Cargas Químicas que fica situado no bairro. O bairro possui igrejas, supermercados, caixa 24horas, Centro de referência e assistência social, bares, lojas, uma Praça com Academia da saúde e outros dispositivos sociais.

CAPÍTULO 5

VIVÊNCIAS MARCANTES NO SERVIÇO DE SAÚDE

5.1 Acolhimento à demanda espontânea

O acolhimento é algo que requer uma organização em toda USF, gestão do cuidado, participação ativa de todos os profissionais e gestores. Sendo entendido como postura, atitude e tecnologia de cuidado (BRASIL, 2013). Segundo Merhy (1997; 2007 apud GRAFF e TOASSI, 2018, p.7) “o acolhimento é uma tecnologia leve que acontece em ato, a partir do encontro que se estabelece entre trabalhadores e usuários, onde ocorrem diálogos, interpretações e interesse pela vida do usuário”.

O acolhimento à demanda espontânea é um processo que requer transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Pois demanda um conjunto de ações articuladas que envolvem usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do mesmo dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2013).

Eu tinha muito temor do acolhimento, pois não tinha conhecimento sobre essa ferramenta de organização dos processos de trabalho. Ao longo da residência pude perceber que o acolhimento acontece fora e dentro da USF, ele não se restringe a um espaço físico, vai muito além da medicalização, e traz dinamicidade ao serviço. Os profissionais precisam estar preparados para as novas demandas que surgem a partir do acolhimento.

Acolhimento é “uma ferramenta assistencial de organização do trabalho, pois envolve relações humanas e habilidades interpessoais que se vinculam” (SILVA; ALVES, 2008, p.75). Na sala de espera era explicado para os usuários, sobre o que era acolhimento e quais ofertas de serviços estavam disponíveis naquele dia.

Além da sala de espera, todo espaço como: consultas clínicas, grupos, visitas domiciliares, atividades educativas serviram para ampliar o entendimento da população sobre o acolhimento. A modelagem do acolhimento era Equipe de acolhimento do dia, ou seja, o acolhedor fica na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade, os outros profissionais ficavam retaguarda do acolhimento, atendiam se necessário casos agudos (BRASIL, 2013).

O profissional de saúde deve atentar-se para o real motivo do usuário no acolhimento, pois muitas das vezes o usuário chega ao acolhimento sem uma queixa de sinais e sintomas. Presenciei algumas queixas, no qual o real motivo de ir ao acolhimento era um desabafo, um pedido de ajuda. Nesse espaço, foram identificadas várias situações de violência muitas das vezes intrafamiliar. Diante disso, com a experiência no acolhimento e nos espaços teórico-práticos da residência, identifiquei a importância da anamnese

detalhado do usuário. A partir daí, a depender do tipo de violência sofrida pelo usuário, é feita conversa, notificação, marcado consulta com atendimento compartilhado com outro profissional, visita domiciliar e encaminhamentos para redes quando necessário.

Referente às demandas do acolhimento, essas não podem se reduzir a uma triagem para o atendimento médico necessitando de medicação (BRASIL, 2013). Um dos maiores aprendizados que tive com os acolhimentos foi à ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe. Por isso é importante que o serviço tenha um “cardápio” diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias, grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc. (BRASIL, 2013). Para que os usuários possam visualizar novas alternativas para além dos medicamentos, que os aproximem dos cuidados a saúde.

Mensalmente dois profissionais eram responsáveis pela realização da análise do acolhimento por meio dos registros realizados diariamente nos livros da USF. A partir desta análise houve os direcionamentos para construção do fluxo para determinadas condutas e a comissão do acolhimento foi reestruturada. A comissão do acolhimento era um grupo formado por profissionais da unidade de saúde, que se reuniam com a incumbência de discutir assuntos relacionados para a melhoria do acolhimento na USF.

As informações e conhecimentos válidos sobre a situação de saúde objetiva a tomada de decisões em todas as esferas governamentais associada ao controle social (BRASIL, 2015). Com isso, nota-se a importância em se utilizar as informações em saúde como ferramenta de diagnóstico para acompanhar a comunidade, pois é fundamental para um cuidado integral dos usuários.

De acordo com o caderno da atenção básica, é nesse espaço de acolhimento que ocorre à promoção da reflexão sobre o nosso processo de trabalho e à construção de estratégias coletivas de desenvolvimento da gestão do cuidado (BRASIL, 2013). Portanto o trabalho em saúde no acolhimento, a produção e registros de informações e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013).

5.2 Clínica

Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Saúde Bucal, e a inserção da equipe de saúde bucal na ESF, são marcos que transformaram a saúde bucal no Brasil, contribuindo para saúde bucal ser uma das áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (GRAFF; TOASSI, 2018). E a partir daí surgiu um novo olhar para saúde bucal, um olhar para o indivíduo e não apenas para a boca. Com isso, emerge uma

nova perspectiva para a consolidação do conceito de integralidade do cuidado, ampliação e qualificação das ações em saúde bucal (GRAFF; TOASSI, 2018). Associado a saúde bucal, as ações em torno da saúde bucal nos serviços públicos são voltadas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

Acredito que as residências multiprofissionais formam novos profissionais cirurgiões-dentistas com novos saberes e práticas para reorientar a clínica odontológica. Dessa forma há integralidade do cuidado do sujeito, é de fundamental importância que os profissionais identifiquem as demandas ditas e não ditas dos indivíduos no serviço de saúde. É perceptível que na clínica odontológica a escuta e os diálogos nos aproximam da subjetividade do usuário (GRAFF; TOASSI, 2018).

Lembro-me que pelo fato de a residência ser a minha primeira experiência profissional, quando entrei na USF Concórdia pela primeira vez e foi me mostrado o consultório odontológico, dei aquele suspiro de felicidade, pois era naquele lugar onde iria começar atender os primeiros usuários.

Diante de tantas mudanças positivas na odontologia como citado acima, ainda existe cirurgiões-dentistas que focam apenas nos atendimentos clínicos e técnicas curativistas, mas tudo isso faz parte da formação voltada para prática biologicista e mecânica. Quando não realizava o atendimento clínico individual devido a algum problema no equipamento odontológico no início da residência ficava muito chateada, em ter que remarcar os usuários. No entanto é preciso pensar estratégias para além da assistência clínica.

Enxergava apenas o atendimento clínico curativista, não via as inúmeras possibilidades que se tem para se promover saúde, foquei apenas na assistência clínica individual e na desmarcação da agenda, resquícios de uma saúde mecanicista e que visa sanar o patológico. O atendimento clínico curativista não é a única opção de cuidado. É preciso considerar o usuário como um todo.

As consultas clínicas por si “são encontros clínicos que conferem outro sentido à intervenção odontológica, considerando as necessidades de um corpo vivido e de um organismo fisiológico, as quais podem mostrar incompatibilidades quanto às necessidades em saúde percebidas pelo cirurgião-dentista e pelo usuário” (GRAFF; TOASSI 2018, p.11). Presenciei em algumas consultas odontológicas falas de usuário que retratou a violência psicológica, diante dessa situação cabe ao cirurgião dentista registrar no prontuário do usuário o ocorrido e buscar informações por meio da ACS sobre a história de vida desse usuário. Acredito que discutir sobre o caso de violência a depender do contexto, em reunião de equipe é uma estratégia eficaz na busca de alternativas para o enfrentamento da violência.

Um dos legados para minha formação é o entendimento e a mudança de postura mediante os problemas técnicos no consultório e na impossibilidade de atendimentos

clínicos. Aprendi a potência que a educação em saúde tem na consulta odontológica, e que essa vai além de uma técnica.

Portanto na consulta ao usuário, o profissional deve explicar o procedimento que será feito, pois a educação em saúde é feita nessas explicações. Quando o usuário entende passo a passo toda conduta na clínica odontológica, cria-se um vínculo com o profissional e tornasse corresponsável da própria saúde.

Realizei algumas atividades educativas em saúde bucal e por meio destas consegui vencer a timidez. O objetivo de fazer as atividades educativas era conhecer os usuários antes da primeira consulta odontológica, para criação de vínculo. Essa atividade me fez despertar para a importância de ter uma escuta sensível com o usuário. A educação em saúde bucal torna o usuário mais autônomo em seu cuidado em saúde. (SANTOS *et al.*, 2008).

5.3 Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar (AD) é entendida enquanto conjunto de ações e serviços de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, tendo um cuidado integral e contínuo. O atendimento, a visita e a internação em domicílio fazem parte de um processo integrado da atenção domiciliar. A visita domiciliar é realizada por profissionais a fim de prestar uma atenção em saúde permeada de vínculo e humanização (BIZERRIL *et al.*, 2015).

Durante meu período no primeiro ano da residência, realizei poucas visitas domiciliares, essas na maioria das vezes eram trazidas pelas ACS. Entendo o quanto a Visita domiciliar (VD) é de extrema importância para o profissional, pois por meio da VD cria-se um vínculo com a família. A VD apresenta-se como uma forma de acesso ao usuário, às ações e serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BIZERRIL *et al.*, 2015).

As demandas de visitas domiciliares são poucas trazidas pelas agentes comunitárias de saúde para o cirurgião-dentista, acredito que uma das causas seja a construção de que o dentista está associado ao consultório e a queixas dentárias.

No segundo ano de residência pude perceber o quanto a visita domiciliar é importante para se conhecer o usuário, a família e a comunidade. Conhecer a realidade social e a partir daí, repensar no atendimento para os usuários. Nesse período aumentei os números de visitas domiciliares e atribuir um novo olhar as visitas. Conseguir vê o usuário como um todo, vê o percurso que ele faz até a USF, repensar nas condições sociais do usuário. E não culpabilizá-lo pela condição de saúde bucal. Dessa forma, por meio da visita domiciliar conheci a realidade dos usuários e do território. Essas informações contribuem para que o profissional valorize o contexto social que o usuário está inserido. Vale

acrescentar que por meio das visitas domiciliares foi possível perceber em algumas falas dos usuários a dificuldade em agendar consultas na USF, e acabavam culpabilizando os profissionais de saúde da Unidade. Mediante essa problemática, que reflete numa violência verbal, o enfrentamento da violência é discutir em reunião de equipe e repensar ofertas de serviços para a população, atividades educativas abordando temáticas das ofertas de serviços existentes. Bem como repensar em como os serviços de saúde tem sido ofertado e organizado na USF. Diante disso os determinantes sociais ou melhor a falta desse desencadeia outros problemas, como por exemplo a violência. Pois a falta de vagas para atendimento aos usuários no serviço de saúde é apenas um reflexo da situação de saúde do usuário no território. Pois os determinantes estão interligados, isso foi perceptível nas visitas domiciliares. A falta de saneamento básico em algumas ruas no bairro gera doenças que requer uma vaga na USF, a ausência dessa vaga gera violência por meio de falas e atitudes do usuário. Daí a importância do profissional de saúde entender o conceito amplo da saúde e perceber que a saúde é interdependente do social, cultural e econômico da sociedade.

CAPÍTULO 6

A VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que Determinantes Sociais em Saúde “são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.78.). Sendo assim, penso que determinantes sociais é tudo que interfere na saúde das pessoas, e acontece de forma hierárquica, pois as pessoas vivem realidades diferentes em um mesmo espaço. De acordo com a Lei orgânica da Saúde, 8.080/90, os determinantes e condicionantes da saúde são: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, acesso aos bens e serviços essenciais, lazer, transporte, atividade física, educação, renda e trabalho. Esses vão influenciar diretamente na saúde dos usuários, pois a ausência de muitos desses determinantes e condicionantes é um dos fatores que geram a violência. Durante o período de residência em saúde, pude perceber que o perfil dos usuários atendidos na maioria dos casos eram desempregados, não faziam atividade física e com a violência presente no território.

Diante disso, a violência no âmbito dos serviços de saúde se tornou um dos capítulos desse memorial, devido às experiências durante a Residência. *“A violência, antes de ser um problema intelectual, constitui-se como uma questão sociopolítica que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização”* (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2007, p.40).

Nas primeiras semanas da residência, acompanhei o atendimento odontológico de uma criança, 12 anos de idade, não falava nada e apenas chorava; a mãe mostrou comportamento agressivo com a criança, usou termos como: “tu não é mais criança para não querer arrancar o dente”; “arranca sem anestesia”.

Um outro acontecimento de violência me fez repensar a permanência na residência de saúde da família, ocorreu no início da residência no espaço do acolhimento, neste dia estava sem recepcionista. Um dos usuários queria atendimento imediato, quebrou o vidro da porta da unidade de saúde e saiu dizendo que iria para UPA. Um dos profissionais ligou para polícia que veio à unidade para obter informações do caso, segundo relatos, a polícia foi à UPA na tentativa de encontrar o rapaz. Algum tempo depois a polícia trouxe o rapaz à unidade de saúde da concórdia para que algum profissional reconhecesse. Nenhum profissional se habilitou a fazer o reconhecimento do rapaz, diante disso, ele foi liberado pelos policiais. No mesmo dia e no dia seguinte a esse acontecimento todos profissionais relatavam sentimento de medo, inclusive eu. Repensei se continuaria ou não na residência.

“A violência envolve todos profissionais como vítimas e atores. São vítimas quando penetra os espaços de serviços, e são autores quando contribuem para superar ou

aumentar suas expressões. Não podemos compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle” (MINAYO, 2009, p.40).

Após um ano de residência, acompanhei um caso de violência sexual ocorrido com uma criança de 09 anos de idade, acometida pelo padrasto. Foi relatado ameaças sofridas por parte da genitora que sabia do ocorrido com a menor e dizia não acreditar na criança, reafirmava que “não era para ela falar para avó”, e que aquilo não tinha acontecido com a criança.

Esses casos me inquietaram, pois nos dois primeiros casos não soube o que fazer, acredito que pela falta de experiência não tomei os encaminhamentos cabíveis. No primeiro caso, comentei com a profissional da equipe responsável pela micro área, mas não discuti em reunião de equipe. O segundo caso tive medo e não conseguir pensar em nenhuma alternativa. Esse fato não foi discutido na reunião de equipe por nenhum profissional da USF, essa violência foi subnotificada.

Segundo autoras Holanda, V., Holanda, E e Souza (2013), a violência acaba tornando-se invisível em sua totalidade, tanto pela subnotificação, devido à dificuldade de diagnóstico e registro da mesma por parte dos profissionais, quanto por não ser valorizada enquanto problema social. As autoras relatam que para o enfrentamento da violência é preciso conhecer que a mesma existe. Para tal necessita-se do estabelecimento de políticas públicas, o cumprimento das leis já em vigência e a participação de todos os cidadãos. (HOLANDA, V.; HOLANDA E; SOUZA, 2013).

Diante do acontecido foi percebido que outros casos como agressão verbal é algo recorrente na unidade o que também se configura violência. No caso citado do usuário que queria atendimento imediato e quebrou o vidro da porta da USF, foi percebido que alguns profissionais julgaram mal o fato de um dos profissionais ter ligado para polícia. Isso recai no que as autoras trazem como subnotificação em registrar a violência ou até mesmo o medo de uma retaliação por parte do envolvido.

Segundo Toledo e Sabroza (2013), os tipos de violência são: criminal, coletiva, institucional, interpessoal (intrafamiliar ou comunitária), autoafingida e cultural (de gênero ou racial). Vale acrescentar que os residentes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), encenaram alguns casos de violência na USF, para facilitar a compreensão por parte da equipe, essa atividade facilitou muito na percepção dos sinais de violência nos espaços de saúde (TOLEDO; SABROZA, 2013).

A violência, também denominada de abusos ou maus-tratos, “é classificada quanto à natureza em quatro modalidades de expressão: Violência física sexual, psicológica e de negligência, abandono e privação de cuidados” (TOLEDO; SABROZA, 2013, pg.10).

Neste sentido, o trabalho em equipe com colaboração de todos e comunicação previa; bem como o trabalho da equipe com e junto à comunidade por meio de orientações e

participação ativa nos grupos existentes, de forma articulada com a unidade de saúde do território é de grande importância para a identificação de situação de violência e mudança dessa realidade. É preciso ter redes de saúde mais estruturadas e resolutivas, pois minimizará o medo dos profissionais e aumentará as notificações.

O terceiro caso de violência sexual ocorreu após um ano de residência. Esse foi um dos casos que mais participei. De acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, os casos de violência sexual passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal, deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento; e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS (NOTIFICAÇÃO..., 2020). A abordagem dos casos de violência sexual na atenção básica reflete na forma como "os serviços estão organizados, a falta de trabalho multidisciplinar e a escassa experiência de atuação diante da violência fazem com que os profissionais não tomem para si a tarefa de atuar no campo da prevenção" (RAMOS *et al.*, 2016).

Após o acolhimento do caso, esse foi encaminhado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social-(CREAS), que juntamente com o Conselho tutelar do Município responsável tomaram os encaminhamentos cabíveis. O Conselho Tutelar Tem como finalidade zelar para que as crianças e os adolescentes tenham acesso efetivo aos seus direitos, bem como fiscalizar a família, comunidade, sociedade em geral e o Poder Público mediante a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes (VIANNA, 2020). Esse órgão juntamente com o CREAS foi fundamental para resolução do caso citado.

Vale acrescentar que o CREAS é a unidade pública do Estado de cunho municipal ou regional que tem como referência nos territórios oferta de trabalho social especializado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos (CREAS – Institucional..., 2020). Suas principais ações/atividades constituem o trabalho social essencial ao serviço que vão desde o acolhimento, orientação, encaminhamentos para a rede de serviços locais; atendimento psicossocial; orientação jurídico social; dentre outras garantias de Direitos (CREAS – Institucional..., 2020). Foi de suma importância acionar o CREAS, pois norteou a família na condução do caso, além de garantia de direitos dessa família.

A abordagem da violência seja física, psicológica, sexual ou de outro tipo ainda é de difícil abordagem pelo profissional de saúde, principalmente pelo medo de retaliação e por ter uma rede fragilizada. Isso se faz notório quando não tem no município uma rede estruturada de fluxos para a violência. Participei de uma educação permanente sobre violência no segundo ano da residência, nessa educação permanente foi dito sobre os tipos de violência e a importância de reconhecê-los nos espaços da USF. Logo após surgiu o caso de violência sexual na USF o qual foi relatado.

Diante do exposto, é preciso realizar uma escuta sensível e qualificada, agir com empatia sem perder o foco, que é o cuidado integral com o usuário e a resolutividade do caso, bem como acionar os órgãos competentes para continuidade do caso.

O cirurgião-dentista deve considerar e observar todo contexto do usuário, a fala, o comportamento, a história, os sentimentos. Pude perceber que a residência proporciona aos profissionais de saúde cirurgião dentista uma visão crítica-reflexiva que vai além da atenção assistencial. Isso se deve aos espaços teórico-práticos que são ofertados como: rodas de campo, núcleo, grupos diversidade, educação permanente dentre outros.

6.1 Práticas em Educação em Saúde como ferramenta para lidar com a violência

A educação em saúde constitui-se em uma ferramenta importante para o trabalho da equipe multidisciplinar voltada para efetivar a interdisciplinaridade, a partir de ações humanizadas e integralizadas com a criação de espaços coletivos, nos quais cada indivíduo é visto em seu processo de trabalho como protagonista desse meio, tornando-se instrumento e ator social do cenário no qual está inserido (MACHADO *et al.*, 1997).

Considero os espaços formativos e atividades teóricas e teórico-práticas propostas pelo Programa de Residência Multiprofissional-FESF/FIOCRUZ-BA como espaços de educação em saúde para o residente, pois são espaços de trocas de conhecimentos, qualificação, construção de ideias. Nesses espaços formativos, os temas eram abordados utilizando a metodologia ativa.

A Metodologia Ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, a partir da construção de uma situação problema, a qual proporciona uma reflexão crítica; mobiliza o educando para buscar o conhecimento, a fim de solucionar a situação problema (MACEDO *et al.*, 2018).

Hoje entendo essa metodologia, e acredito assim como Paulo Freire, que a educação já faz parte da história do usuário, já se tem um começo, o que fazemos é dar continuidade. Assim é na saúde, o usuário chega a USF com conhecimentos sobre sua saúde e precisa da escuta do profissional para que haja troca de saberes e sentido na produção de saúde. Dessa forma, as práticas em educação em saúde são ferramentas fundamentais para lidar com a violência, uma vez que requer troca de conhecimentos, vínculo, realidade do usuário, metodologia crítico-reflexiva do profissional e a percepção da violência enquanto problema social. Como foi dito, a educação em saúde permite criação de espaços que torna o usuário o ator principal, e como tal, vai protagonizar mudanças significativas na saúde.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finda esse ciclo da residência, foi gratificante ser residente do Programa de Residência Multiprofissional FESFSUS/FIOCRUZ-BA, concretizar este sonho, e continuar lutando por uma saúde igualitária, universal, integral e com participação popular. A Residência em Saúde da Família contribuiu para minha formação pessoal e profissional. Entender a relevância da Saúde familiar e lutar pelo fortalecimento das ações voltadas para saúde desse núcleo é fundamental para continuidade desse marco histórico chamado Estratégia Saúde da Família.

O objetivo foi relatar minhas vivências de profissional de saúde e cirurgiã-dentista durante o período de 2018 à 2020 na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no intuito de mostrar o quanto a Residência em Saúde da Família ressignifica o caminho de quem quer caminhar por ela, bem como nos desperta para colocar os “*pingos nos is*”, diante dos problemas sociais, dentre eles a violência, que é algo que requer preparação do profissional para torná-la visível. Para além dessa visibilidade é preciso um enfrentamento e conhecimento dos determinantes e condicionantes sociais que circunda a realidade do usuário, bem como qualificação do profissional por meios de espaços formativos, para que possam construir com os usuários educação em saúde. Finalizo o memorial com esse trecho:

Ser dentista é muito mais que cuidar da saúde bucal, é ter o desafio de a cada dia ir além das paredes do consultório e das paredes construídas por nós mesmo. É ter equilíbrio, mesmo diante de circunstâncias temerosas. É ter os olhos coloridos de esperança! E saber que tudo que fazemos, não fazemos sozinhos. Grifos das dentistas e preceptora da USF Concórdia. (ARINE et al., 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

BARBOSA, M. G. *et al.* **Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho.** *Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade—(PMAQ-AB)*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123, 2016.

BIBLIA. **Louvando pelo livramento de deus.** *Velho Testamento e Novo Testamento, pages Salmo Capítulo 30, ver 5.* Tradução de João Ferreira Almeida. Belo Horizonte: Atos, 2002. 1346 p.

BIZERRIL, D. O. *et al.* **Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares.** *Atenção em saúde bucal. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 37, p. 1-8, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI F. A. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

BRASIL *et al.* **Asis - Análise de Situação de Saúde.** Livro texto, v.1, 2015.

BRASIL *et al.* **Acolhimento à demanda espontânea.** *Cadernos de Atenção Básica*, v. 1, n. 28, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília: Senado Federal, pages Artigos 196a 200, Seção II da Saúde Art.196.A, 1988.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, DF: Senado Federal, pages Art. Constituição de 88, Seção II da Saúde Art. 198.B, 1988.

COSTA, A. J. J *et al.* **Projeto Político Pedagógico.** 2018.

CREAS. **Institucional.** Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/suas/creas/creas_institucional.pdf>, Acesso: 10/01/2020.

DIAS D'ÁVILA: **Secretaria Municipal de saúde.** *Plano municipal de Saude do Município de Dias d'Ávila 2018-2020*, 2017 p.01 a 46.

FREIRE, P; HORTON, M. **O Caminho se faz Caminhando: Conversas Sobre Educação e Mudança Social.** Vozes, 2002.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. **Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280313, 2018.

HOLANDA, V. R.; DE HOLANDA, E. R.; DE SOUZA, M. A. **O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 1, p. 209-217, 2013.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** *Saúde e Sociedade*, v. 20, p. 867-874, 2011.

LOURENCO, *et al.* **A inserção das equipes de saúde bucal no programa saúde da família no estado de Minas Gerais.** *Ciência e Saúde Coletiva*, pag. v.14, supl.1, p1367{1377, 2009.

MACEDO, K. D. S., *et al.* **Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde.** *Escola Anna Nery*, 2018, 22.3.

MACHADO, J. F., *et al.* **Educação para a saúde.** Ed. do Autor, 1997.

MATTOS, G. C. M., *et al.* **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva* pg 373-382, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde.** *Impactos da Violência na Saúde*, p. 21, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.

NJAINE, K.; DE ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

NOTIFICAÇÃO de violência interpessoal/autoprovocada - portaria gm/ms nº 1271/2014 e sinan versão 5.0. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal>>. Acesso: 10/01/2020.

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PROCESSO SELETIVO para residência multiprofissional em saúde da família. Disponível em: < <http://www.fesfsus.ba.gov.br/selecao/selecao/4o-processo-seletivo-para-provimento-de-bolsas-para-residencia-edital-012018-multiprofissional/>>. Acesso: 10/11/2019.

RAMOS, R. C. S. *et al.* **A abordagem da violência na atenção primária à saúde.** *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26 (Supl 8): S15-S19

SANTOS A. M. *et al.* **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal.** *Rev. Saúde Pública* vol.42 no.3 São Paulo June 2008 Epub Apr 25, 2008.

SARTORI, A. T. **Estilo em memoriais de formação.** *Revista da ABRALIN*, 7(2), 2017.

SCATENA, J. H. G; TANAKA, O. Y. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde.** *Saúde e sociedade*, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SILVA, L. G.; SILVA, A. M. O. **Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** *Revista de APS*, v. 11, n. 1, pg75, 2008.

TOLEDO, L. M.; SABROZA, P. C. T.: **Violência: orientações para profissionais da Atenção Básica de Saúde.** 2013. p. 36

VIANNA, S. **De acordo com o eca, qual a finalidade do conselho tutelar?.** Disponível em: <<https://fg.jusbrasil.com.br/noticias/107940/de-acordo-com-o-eca-qual-a-finalidade-do-conselho-tutelar-selma-vianna>>. Acesso: 10/01/2020.