



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

DANILO LIMA AZEVEDO

**ROMPENDO AS BARREIRAS FÍSICAS E MENTAIS DO CONSULTÓRIO  
ODONTOLÓGICO**

CAMAÇARI

2020

DANILO LIMA AZEVEDO

**ROMPENDO AS BARREIRAS FÍSICAS E MENTAIS DO CONSULTÓRIO  
ODONTOLÓGICO**

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentado à Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – Bahia. Para certificação como Especialista em Saúde da Família.

**Orientador:** Ricardo de Oliveira Barros

CAMAÇARI

2020

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das principais estratégias de reorientação das práticas de saúde da Atenção Básica. Estruturada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Integralidade e Equidade. Nessa nova forma de trabalhar a saúde coletiva, novas estratégias são lançadas para prevenir doenças, promover saúde e reabilitar usuários, levando em consideração os determinantes sociais de saúde e as iniquidades que interferem diretamente na condição de vida de cada indivíduo. A Equipe de Saúde Bucal foi inserida nessa estratégia de saúde, seis anos após a sua implementação, gerando um grande desafio, para cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal, entenderem quais os seus papéis nessa imensidão de ações denominadas preventivas e de promoção de saúde. No campo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o trabalho em equipe é mais um desafio para nós que saímos da universidade com uma “visão limitada” e ultrapassada do nosso papel como profissionais de saúde. Vivenciando a RMSF os nossos horizontes são expandidos e os muros do consultório odontológico são extrapolados, dando lugar ao território adscrito e a população que reside nele. Os procedimentos odontológicos técnicos, focados em sanar dor e sofrimento são importantes, e ainda praticados, porém uma gama de intervenções para evitar dor e sofrimento possui o mesmo grau de importância. Além disso, o profissional de saúde que atua na ESF precisa estabelecer vínculo com o usuário, o que implica um cuidado longitudinal, horizontal, respeitando o saber que todo indivíduo carrega consigo.

Palavras-chave: ESF; Equipe de Saúde Bucal; Residência Multiprofissional, integralidade, trabalho em equipe.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is one of the main strategies for reorienting primary health care practices. Structured in the principles of the Unified Health System (SUS): Universality, Integrality and Equity. In this new way of working on collective health, new strategies are launched to prevent diseases, promote health and rehabilitate users, taking into account the social determinants of health and the inequities that directly affect each individual's life condition. The Oral Health Team was inserted in this health strategy, six years after its implementation, thus creating a great challenge for dental surgeons and oral health assistants to understand what their role in this immensity of so-called preventive and preventive actions. health promotion. In the field of Multiprofessional Family Health Residency, multiprofessional work is yet another challenge for us as we leave university with a "limited vision" and outdated our role as health professionals. By experiencing the RMSF our horizons are expanded and the walls of the dental office are expanded, giving way to the assigned territory and the population that resides in it. Technical dental procedures focused on healing pain and suffering are important and still practiced, but a range of interventions to prevent pain and suffering are of equal importance. In addition, the health professional working in the FHS needs to establish a bond with the user, which implies longitudinal, horizontal care, respecting the knowledge that every individual carries with them

Keywords: FHS; Oral Health Team; Multiprofessional Residence; integrality, teamwork.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>O TORNAR-SE CIRURGIÃO-DENTISTA.....</b>	<b>09</b>
<b>PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA.....</b>	<b>17</b>
O sufoco chamado “acolhimento” .....	19
As Visitas Domiciliares: expandindo os limites do consultório.....	23
As relações interpessoais: um desafio para a equipe multiprofissional.....	25
<b>SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA .....</b>	<b>27</b>
Embarcando na loucura da Saúde Mental .....	28
Um dentista no Consultório na Rua.....	34
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde, fruto da reestruturação do modelo de saúde implantado com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), designado na Constituição Federal de 1988. Esse novo modelo de saúde ampliou o entendimento da sociedade acerca do processo saúde/doença, estimulando nos profissionais de saúde e na população, práticas voltadas pra promoção de saúde e prevenção de doenças, reduzindo, desse modo, as práticas curativistas e aumentando as noções de autocuidado e corresponsabilização dos usuários acerca da sua saúde (BRASIL, 2006).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família, garantindo assim um caráter longitudinal, focado na família, com ações multiprofissionais. Após seis anos de implantação, a Equipe de Saúde Bucal, foi incluída na ESF de acordo com a *Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000*, do Ministério da Saúde (MS). De certo modo, essa inclusão das ESB não foi realizada de modo regular em todos os municípios brasileiros, necessitando da *Portaria 267 de 6 de março de 2001*, para regulamentar as ações das ESB na ESF.

No entanto para que houvesse a efetiva incorporação dos profissionais de saúde bucal na ESF segundo a *Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006* foi necessário distribuí-la por modalidades: **modalidade 1**: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes; **modalidade 2**: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESF's, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF's, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes; **modalidade 3**: existência

de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente: a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde (BRASIL, 2006).

Para Matos et al. (2014), muitos são os motivos que têm sido apontados como principais estimuladores da incorporação das equipes de saúde bucal na ESF: os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores de que esse novo modelo pode melhorar a saúde bucal da população; a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O sistema de atendimento utilizado na ESF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção. De fato, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família, a odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de atenção em saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (SOUZA et al., 2001).

As atribuições da Equipe de Saúde Bucal são de fato baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, porém a nossa formação acadêmica nos deixa muito aquém de colocar em prática tais princípios, pois somos treinados pra tratar afecções localizadas na boca, sem levar em consideração os determinantes sociais e o saber que aquele indivíduo carrega. Para nossa categoria é um grande desafio ampliar esse olhar integral, enxergando no usuário um individuo inserido em um contexto que interfere diretamente na sua forma de entender o que é saúde, e no grau de importância que a saúde bucal é considerada. Existe uma grande pressão, por parte da gestão e da comunidade, que o CD passe boa parte dos seus turnos em atendimento clínico. Essa força contrária ao movimento de ampliar os nossos horizontes nos

resume a profissionais estritamente técnicos e limitados às quatro paredes do consultório odontológico. Quanto mais nos esforçarmos pra conquistar os espaços além consultório, mais mostraremos o quanto somos competentes e que não estamos restritos à instrumentais e tecnologias pesadas. Precisamos desenvolver a habilidade de trabalhar com tecnologia leve, de escutar o usuário, tomar decisões em conjunto, trabalhar em equipe multiprofissional.

Outro desafio da Residência Multiprofissional é o trabalho em equipe, devido à complexidade desse trabalho, dos indivíduos que executam esse serviço, e dos casos dos usuários que são atendidos na USF. De acordo com Motta et al. (2008) o trabalho em saúde possui características que devem ser consideradas, principalmente ao se pensar na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, por ser um trabalho reflexivo, que depende da colaboração de saberes distintos, como o científico, o técnico, os sociais e os provenientes de dimensões éticas e políticas. É um trabalho marcado também pela complexidade e diversidade profissional, dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço e dinâmica do serviço.

Dessa forma, o presente trabalho tem o objetivo de trazer um pouco da minha trajetória em forma de memorial, tomando como ponto de partida a escolha da minha profissão, passando pela exitosa experiência na Residência Multidisciplinar em Saúde da Família, narrando anseios, vivências, alegrias, superações, realizações e frustrações. Fique à vontade para concordar e/ou discordar das minhas colocações, nada do que será dito aqui é uma verdade absoluta, são apenas reflexões de uma mente que viaja no tempo, de uma alma que acredita que fazer tudo com amor e dedicação é a única forma de ser feliz e obter sucesso pessoal ou profissional.

## **O TORNAR-SE CIRURGIÃO-DENTISTA**



Início essa narrativa do ponto de partida que foi a escolha da minha atual profissão. Passei muito tempo da minha vida, dos 10 anos aos 16 anos, dizendo a todos que faria medicina veterinária, sempre tive um amor incondicional por cachorro, sabia todas as raças, colecionava uma revista mensal chamada “Cão&cia”, era vidrado nesse tema, meu padrinho era veterinário, trabalhava na Vigilância Sanitária em Salvador. Mas eu queria ser clínico, ter uma clinica e trabalhar com animais de pequeno e médio porte. Meu pai não gostava da ideia, achava que com a medicina veterinária meu retorno financeiro não seria satisfatório.

Ate então, eu nunca tinha parado pra pensar nesse quesito “retorno financeiro”, o que fazia brilhar os meus olhos era esse contato com os animais e a possibilidade de tratar as enfermidades. Quando cheguei ao segundo ano do ensino médio, comecei a me questionar se essa era a minha real vocação. As falas do meu pai foram extremamente responsáveis por causar essas duvidas: “Será que vou conseguir lidar com animais de grande porte?”; “Será que terei estrutura emocional pra lidar com animais vitimas de traumatismos e violência?”. Esses questionamentos me causaram uma grande aflição, pois eu passei grande parte da minha vida com extrema convicção do que eu queria, e agora novas vontades surgiam.

Ao final do segundo ano do ensino médio, nasceu a vontade de cursar odontologia, o que encheu meu pai de orgulho, ele sempre dizia “Maravilhoso, meu filho! Você vai ser um profissional autônomo, vai ter seu consultório.” Essa fala do meu pai era embasada pela trajetória do meu tio, seu irmão mais novo, que é dentista. Formado pela Universidade Federal da Bahia, na década 70, nos anos “dourados” da odontologia, mudou-se para o interior da Bahia, cidade de Potiraguá, foi o primeiro dentista a surgir na cidade. Tinha seu consultório particular e trabalhava no posto de saúde da prefeitura. Obviamente meu pai pensou que eu teria a mesma trajetória de sucesso financeiro que meu tio.

Ingressei no tão esperado e temido terceiro ano do ensino médio, foi um ano de desgastes físicos e emocionais. O Colégio Sartre COC era bem rigoroso com horários, o terceiro ano funcionava como uma junção de colégio e cursinho pré-vestibular. As pressões da família e do colégio eram muito

grandes, eu nunca tinha pensado em fazer uma universidade pública, achava que as universidades públicas eram insalubres, muitas greves, estrutura precária, assaltos... Mas o colégio estimulava que passássemos na UFBA, claro, pra eles era uma propaganda maravilhosa de aprovação, e pra nós a certeza de uma faculdade reconhecida mundialmente, com professores competentes e possibilidades de pesquisa e extensão (mas eu só tive essa ciência quando ingressei nela).

Em meados do terceiro ano, novos cursos começaram a flertar comigo! A odontologia não era ainda uma certeza, psicologia e medicina começaram a me intrigar, e me estimularam a pesquisar sobre elas. A solução foi correr pra internet, fazer testes vocacionais on-line, eu queria absorver todas as informações necessárias. Quando chegou o dia da inscrição do vestibular da UFBA, coloquei odontologia como opção, pensando na concorrência, pois sabia que medicina era um curso muito disputado, e pelo que conhecia dos meus colegas que optaram pela medicina, eu tinha poucas chances de concorrer com eles. Passei na primeira fase do vestibular da UFBA, mas levei bomba na segunda fase, por conta de física, eu odiava com todas as minhas forças essa matéria.

Ressentido com o resultado da segunda fase do vestibular da UFBA, eu estava com a autoestima baixa, muitas incertezas e questionamentos sobre o meu futuro. Daí, uma colega e amiga, que havia ingressado no curso de psicologia da Faculdade Ruy Barbosa, fazia muitas postagens bacanas no Orkut sobre a instituição e o curso de psicologia. Minha vontade de fazer psicologia tinha ressurgido das cinzas, e achei um novo rumo pra minha vida. Minha família sempre muito compreensiva e incentivadora fornecia todo suporte que eu precisava. Passados seis meses, ingressei no curso de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa, empolgado porque agora era universitário.

Lembro até hoje da felicidade dos meus pais, e de como eu estava mais aliviado por ter ingressado no curso superior. Durou um mês essa alegria! Adorava os colegas, a faculdade tinha uma estrutura muito boa, uma biblioteca vasta, salas muito bem equipadas, professores acolhedores. Mas as disciplinas

eram muito subjetivas para atrair minha atenção, neurofisiologia era a única disciplina que me causava curiosidade e vontade de estudar, eu sentia falta de coisas objetivas e manuais. Isso me estimulou a abandonar o curso e encarar a rotina de um cursinho pré-vestibular, para tentar odontologia novamente, e agora só queria se fosse na UFBA.

Deixei o orgulho de lado, voltei para o cursinho no meio do ano, pra um intensivo, correndo atrás do prejuízo, fazendo matérias isoladas de matemática e física que eram meus calos, fiz minha inscrição no ENEM e na UFBA. Fui aprovado na Universidade Federal do MS, pelo SISU, mas estava no aguardo do resultado da segunda etapa da UFBA. Na véspera do meu aniversário, dia 28 de janeiro de 2011, saiu minha aprovação na UFBA. Foi a primeira vez na vida que vi meu pai chorar (a segunda foi quando ingressei na Residência), capricorniano do coração de pedra.

No segundo semestre de 2011, comecei meus estudos na Faculdade de Odontologia da UFBA, e aquele prédio do campus de odonto me parecia tão assustador e antigo. Essa foi a minha primeira impressão, um campus tão isolado, sem contato com outros cursos, numa estrutura vertical. Entrei na faculdade com aquele pensamento de que queria me dedicar 100%, boas notas, bom score, intercambio, pesquisa...

Fazendo um balanço, tive bom aproveitamento das disciplinas, gostava da rotina da faculdade, das aulas praticas que a gente se sente tão dentista, mas uma disciplina específica chamou muito minha atenção: Odontologia e Saúde Coletiva 1 (OSC1), meus colegas apelidavam carinhosamente de “ChatOSC”, era nosso segundo contato com essa área, o primeiro foi com Introdução a Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva. Tivemos o primeiro contato com o que era o SUS, e trabalhamos numa perspectiva de redução de danos para usuários de substâncias psicoativas. Em OSC1 essa perspectiva do SUS foi voltada para a Odontologia, fazíamos campo de prática em escolas do município de Salvador, sobre saúde bucal. Meu campo ficava no Vale da Muriçoca, um colégio municipal de ensino primário. Por mais cansativa que fosse essa prática, eu voltava muito empolgado em poder levar pra essas crianças escovação, flúor, educação em saúde, eles viviam em extrema

vulnerabilidade social, e a alegria era nítida quando viam nossa turma chegando.

No semestre seguinte cursei Odontologia e Saúde Coletiva 2. Aqui tivemos contato com a epidemiologia, realizamos CPOD nas escolas, além de técnicas de escovação supervisionada. Segundo Agnelli (2015), o índice CPOD, formulado por Klein e Palmer, em 1937, é usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a prevalência da cárie dentária em diversos países. A sigla CPO tem origem nas palavras “cariados”, “perdidos” e “obturados”, e o D indica que a unidade de medida é o dente. A idade de 12 anos é referência internacional para o cálculo do índice por ser a idade em que a dentição permanente está praticamente completa. A OMS recomenda como ideal um valor de CPOD médio menor do que 1,1, aos 12 anos, o que corresponde a uma prevalência de cárie muito baixa. De acordo com a Revista SB Brasil, no ano de 2010 foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, e obtivemos um índice CPOD aos 12 anos igual a 2,07. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).

A OSC2 não me fascinava tanto quanto a OSC1, porque nossas intervenções eram mais focadas em fazer a coleta do CPOD, no calor infernal de Salvador, com todo aquele EPI, não era nada atraente. Durante esse semestre, abriu monitoria pra OSC1, e eu fiquei muito interessado no processo seletivo, era apenas uma vaga, com recebimento de bolsa monitoria, com duração de um ano. Passei em primeiro lugar no processo seletivo, e eu notei como os meus colegas tratavam isso com desdém, ser monitor de OSC1, muitos me indagavam como que eu aguentava. Para eles era mais “cool” ser monitor de cirurgia, periodontia, ortodontia. Um estudo realizado por Cavalcanti, Cartaxo e Padilha (2010) reflete que uma parcela significativa de instituições públicas e privadas de ensino odontológico, mesmo conhecendo a realidade precária da saúde coletiva, mantém seu currículo pautado no modelo flexneriano, caracterizado pelo mecanicismo, individualismo, especialização, tecnicismo do ato operatório e ênfase na Odontologia curativa.

A monitoria foi a porta de entrada para minha iniciação científica, que futuramente virou meu trabalho de Conclusão de Curso, sobre os serviços de Urgência odontológica do Município de Salvador.

No ultimo semestre da faculdade cursei Odontologia e Saúde Coletiva 3, disciplina mais focada no mercado de trabalho, precarização dos vínculos trabalhistas, os planos de saúde tomando conta do mercado. Era um panorama atual da odontologia. Assustador e ao mesmo tempo desafiador, pois a situação não era a mesma daquela quando da formação de meu tio na década de 70. Nessa época, o cirurgião-dentista chegou a ser mais bem sucedido que o médico, e cursar odontologia era muito mais promissor que medicina.

Estudos sobre a atual conformação do mercado de trabalho apontam para a precarização da odontologia decorrente de diversos fatores:

Alguns aspectos da reestruturação produtiva na odontologia constroem uma realidade de precarização no mercado de trabalho profissional: 1) ampliação de um mercado de planos e seguros de saúde privados pautado numa realidade perversa: vendem a ilusão das vantagens do trabalho liberal, mas funcionam sobre a égide do controle e terceirização de serviços interpostos na relação profissional-paciente; 2) formação de uma camada profissional assalariada, especialmente na nova modalidade de clínicas "populares"; 3) incorporação de uma intersubjetividade individual-narcisista e concorrencial/competitiva na identidade profissional, que desperta ressentimentos interpares. Novas realidades de trabalho que conformam diversificados problemas éticos contemporâneos. (GOMES; RAMOS, 2015, p.295).

No dia 12 de dezembro de 2016 ocorreram a tão esperada solenidade e o baile de formatura. Foi um momento emocionante, receber o diploma das mãos dos meus pais foi uma emoção sem tamanho. Aquele momento ficou congelado na minha memória. Estava estampado no rosto deles o orgulho e a admiração, o reconhecimento por ter chegado onde cheguei. No baile de formatura, tudo parecia tão cansativo, muitas fotos, muitas pessoas pra dar atenção, eu mal consegui comer e beber, aproveitei muito pouco da festa. Às três horas da manhã parei para pensar que teoricamente eu já estava desempregado. A realidade nua e crua caindo na minha frente, mal curti minha festa, já estava preocupado com os dias seguintes, não teria mais a rotina da faculdade, muito menos o contato com os amigos. Cada um seguiu seu

caminho, por mais que as redes sociais ajudassem a manter contato, raramente conseguimos estar todos juntos, sempre tem alguém que não pode comparecer.

Os dias seguintes à formatura foram de intensa ansiedade, eu queria muito um emprego, imaginando que com isso conseguiria independência financeira, e nunca mais dependeria dos meus pais. Uma visão bem romantizada do mercado de trabalho. Surgiu uma oportunidade de trabalho em um clínica popular na cidade de Serrinha. O Centro Odontológico do Povo, popularmente conhecido como COP. Era uma clínica odontológica com preços bem acessíveis, que atendia a população classe c, com serviços de clínica geral, endodontia, prótese e ortodontia. O proprietário era um cirurgião-dentista especializado em ortodontia, que possuía essa clínica em Serrinha e mais duas em outras cidades. Na entrevista de emprego, nunca me esquecerei da frase que ele disse “Aqui na clínica você tem que vender: tratamentos, clareamento, prótese e aparelhos ortodônticos...”, como eu estava empolgado com a oportunidade do meu primeiro emprego, essa frase naquele momento não me causou nenhuma provocação, aceitei a condição de 30% de porcentagem sobre os procedimentos realizados e no outro dia já estava pronto pra começar a trabalhar.

Meu primeiro dia de trabalho foi um misto de felicidade com a incerteza se eu estava preparado para assumir responsabilidades de um cirurgião-dentista. Cheguei cedo a clínica, meia hora antes de abrir, uma recepcionista me mostrou as instalações e o local que seria a minha sala, e aos poucos eu fui percebendo que ali não era um local de promover saúde, ali era um local de vender procedimentos, independente da necessidade do paciente. No primeiro turno atendi 20 pacientes, era o que eles chamavam “fazer orçamento”. A recepcionista pressionava por conta do tempo, ela queria que eu atendesse mais e mais pacientes em um curto espaço de tempo. Havia uma tabela padrão de preços, e eu poderia aumentar ou diminuir de acordo com meus critérios, com tanto que o lucro fosse atingido.

Outra coisa que me chamou atenção foi a biossegurança dos instrumentais e ambientes. Existia um fio de sutura que eu nunca tinha visto na

minha vida, “Suturim”, era uma agulha reutilizável, que depois de utilizada ia pra o álcool 70%, e no próximo paciente era utilizada a mesma para suturar. Lençol de borracha para endodontia era uma piada para eles, auxiliar de saúde bucal era artigo de luxo. Sobrevivi por três dias, aguentando pressão da recepcionista, querendo empurrar pacientes, vendo como eles pecavam na biossegurança, chegando em casa com a coluna reclamando. No terceiro dia de trabalho decidi que aquilo não era papel de um profissional de saúde, aquilo era a profissão de um vendedor, e eu não tinha passado cinco anos em uma faculdade pra me sujeitar àquele papel. Abandonei a clinica e voltei pra Salvador cheio de incertezas e com a frustração no peito.

Meus pais foram compreensivos, entenderam meus motivos e me estimularam a continuar estudando, fazendo atualizações e logo outras oportunidades iriam surgir. Segui os conselhos deles, entrei na atualização de endodontia da UFBA, com limas reciprocantes e rotatórias, um curso muito bem estruturado, com turnos práticos semanais. Paralelamente, consegui emprego numa clinica no Rio Vermelho, e aqui era um local com responsabilidade, a dona era uma cirurgiã-dentista que trabalhava no Hospital Juliano Moreira, eram aceitos planos de saúde e particular. O retorno financeiro não era dos melhores, encarei como um momento de amadurecimento, pra ganhar mão, me sentir mais seguro.

Quando a atualização de endodontia terminou, cursei a atualização de cirurgia oral menor, no Inovare. As exodontias não eram minha praia, mas nesse curso a prática era muito intensa, apenas com alavancas, sem fórceps. Realizávamos uma media de cinco a seis exodontias no turno. Foi desafiador sair da minha zona de conforto e aprender algo complexo e que exige do dentista um raciocínio rápido e eficiente.

Nessa época, dois colegas de faculdade estavam cursando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, um deles é Bruno Luiz, que me falou sobre a residência, os desafios, as rodas, me deu conselhos e me incentivou a estudar para o processo seletivo. Assim fiz. Entrei num cursinho on-line focado em residências e concursos pra área de saúde, com todos os fundamentos do SUS, com toda a bibliografia que caia nas seleções. Passei o natal e o ano

novo sentando na frente do notebook estudando, assistindo vídeo aula, fazendo exercícios, treinando.

Em fevereiro de 2018 aconteceu a prova de seleção, foi um domingo bem tenso, não achei a prova objetiva difícil, mas a questão discursiva me causava ansiedade, porque todo mundo que fez a prova tinha a incerteza se podia fazer a redação na primeira pessoa do singular, já que era pra contar sobre os motivos que nos traziam pra residência, nossas contribuições quanto núcleo, experiências vividas na graduação e mercado de trabalho.

Em março de 2018 saiu o resultado da aprovação, fui aprovado em quarto lugar, a sensação foi muito boa, mais uma vez presenciei meu pai chorando, orgulhoso com mais uma conquista. Ele enche a boca pra dizer pros amigos que o filho é residente. A felicidade foi dando lugar a ansiedade, mais uma vez, porque eu nem fazia ideia como era a cidade de Camaçari. Coloquei no Google pra saber a distância e a primeira manchete que apareceu foi “Ônibus é incendiado por facção em Camaçari”. A incerteza bateu, mas não podia desistir depois de me preparar e conseguir a aprovação.

Esse capítulo chama-se “tornar-se cirurgião-dentista” porque ate aqui não me sentia profissional, com toda a solidez que essa palavra tem. Meu primeiro ano formado foi um ano de preparação, de aperfeiçoamento, de perseverança e investimento na minha formação. As coisas só começaram a se encaixar quando eu me vi assumindo uma agenda numa unidade de saúde, em contato com a população, inserido num espaço de educação permanente, sendo residente em saúde da família.

## **O PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA**



O primeiro ano da residência multiprofissional em saúde da família foi marcado por grandes desafios pessoais e profissionais, superação de obstáculos, reconhecimento profissional, insatisfações e a sensação de ter me encontrado. Um misto de sensações: euforia pela aprovação no processo seletivo, receios por não conhecer o município de Camaçari e pelo deslocamento diário. Os primeiros contatos com os outros residentes foram satisfatórios, afinal a maioria dos dentistas selecionados era egressa da UFBA, por isso, ficamos mais próximos e daí foram surgindo as caronas, fechamos um carro para realizar o deslocamento diário Salvador X Camaçari, solucionamos o primeiro “problema”.

Fiquei lotado na USF PHOC CAIC, no bairro do PHOC1. Na primeira semana foi apresentada a história de como surgiu a USF, conhecemos as Agentes Comunitárias de Saúde, realizamos uma atividade de “caça ao tesouro” no território da unidade, e dessa forma conhecemos a nossa área de cobertura. A USF - Unidade de Saúde da Família do PHOC que atende a população do bairro foi inaugurada em 17 de julho de 2015 em uma estrutura que faz parte de um complexo escolar que funciona desde 1990 no CAIC - Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente, ficando conhecida pelo nome de USF PHOC CAIC. Localizada na Avenida Luiz Gonzaga, funciona de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas. Atuam nesta unidade 01 gerente, 01 recepcionista, 03 auxiliares administrativos, 01 auxiliar de farmácia, 01 reguladora; 04 Equipes de Saúde da Família (ESF) compostas por 04 médicos, 04 enfermeiras, 04 dentistas, 01 auxiliar de saúde bucal (ASB), 02 técnicas de enfermagem e 13 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que cada equipe está responsável por uma área do território.

O território de atuação da ESF é constituído por diversos equipamentos sociais: CRAS – Centro de Referência e Assistência Social, CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III, Associação de moradores, igrejas, escolas, farmácias, praças poliesportivas, academias, supermercado, dentre outros pontos comerciais; sendo estes elementos essenciais para compreender a relação da comunidade com o território e realizar a análise da situação de saúde.

Aos poucos nossas R2 e preceptores foram passando os fluxos, como era realizado o acolhimento, as reuniões de equipe, visitas domiciliares e as consultas odontológicas. Era perceptível o cuidado de todos os envolvidos para que nós não nos assustássemos com as responsabilidades e habilidades exigidas para os residentes do primeiro ano. Essa postura cuidadosa de todos nos passou credibilidade e confiança para assumirmos responsabilidades e aceitarmos os desafios que estavam por vir.

A minha agenda como R1 foi montada da seguinte forma: **segunda-feira** realizava atendimento odontológico pela manhã e acolhimento no turno da tarde; **terça-feira** acolhimento no turno da manhã e atendimento odontológico no turno da tarde; **quarta-feira** reunião de equipe no turno da manhã e atendimento odontológico à tarde; na **quinta-feira** as visitas domiciliares aconteciam no turno da manhã e os turnos pedagógicos no turno da tarde; na **sexta-feira** as atividades coletivas aconteciam no turno da manhã e o turno de educação permanente, reunião de unidade e digitação de e-sus aconteciam no turno da tarde.

Essa agenda sofreu alterações no mês de Agosto, porque a minha equipe era a única que realiza dois acolhimentos por semana, e esses eram consecutivos, no turno da tarde da segunda-feira, e outro no turno da manhã da terça-feira. Essa proximidade dos turnos de acolhimento causava muito cansaço e stress na equipe, por vários fatores. Com o tempo paramos pra perceber que só a nossa equipe estava sendo sobrecarregada com dois acolhimentos enquanto as outras equipes só realizavam um acolhimento por semana. Essa mudança na agenda aconteceu de forma bastante problemática e causou repercussões nas relações entre os residentes do primeiro ano, as preceptoras e as residentes do segundo ano.

## O SUFOCO CHAMADO ACOLHIMENTO

O Acolhimento é uma atividade realizada na Estratégia Saúde da família, baseado na Política Nacional de Humanização, que incentiva a utilização da tecnologia leve, das relações, para acolher demandas espontâneas ou programadas. Podemos caracterizar o acolhimento como uma postura, ou seja, uma atitude acolhedora dos profissionais em ouvir e entender a demanda que o usuário traz, conferindo resolutividade, de forma humanizada e acolhedora. Também podemos entender o acolhimento como um serviço programado, ofertado pela USF às demandas espontâneas, de forma humanizada e resolutiva. O Caderno de Atenção Básica, número 28, que trata do acolhimento às demandas espontâneas, traz essas duas definições de acolhimento:

O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. (BRASIL, 2013, p.20)

O acolhimento era uma das atividades realizadas por nós residentes do primeiro ano que mais causava ansiedade, cansaço físico e mental. Muitos fatores colaboravam para isso, e acho que o mais problemático era a mentalidade dos usuários que entendiam que o acolhimento era um espaço resolutivo de consulta, troca de receita, solicitação de guia de exames e entrega de exames. As demandas chegavam aos montes, extrapolavam 30 a 40 vagas, e aos poucos fomos percebendo que os usuários deixavam de comparecer às consultas para ir ao acolhimento, porque esse era resolutivo,

realizado todo dia, e muitas vezes as agendas do médico e enfermeiro eram lotadas de consultas agendadas, sem datas próximas para marcação. Outra coisa que chamou a nossa atenção foi o fato de não haver classificação de risco no acolhimento. Essa é uma ferramenta que torna trabalho mais eficiente e organiza a demanda de acordo com a urgência de cada situação.

A classificação de risco é uma ferramenta que acrescenta eficiência e equidade para o acolhimento, ela possibilita que demandas urgentes sejam priorizadas, organizando o serviço e conferindo resolutividade para as demandas. De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2003), o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho.

O nosso acolhimento era realizado por equipe, isso incluía enfermeiro, dentista, médico e agente comunitário de saúde. Pelo modelo desenhado por nossas R2, qualquer usuário da unidade poderia acessar os acolhimentos, independente de qual equipe era responsável por ele. Isso aumentava as possibilidades do usuário de comparecer à USF em dias diferentes, por outro lado, deixava o profissional inseguro porque estava realizando condutas em pacientes que eram responsabilidade de outra equipe, com demandas que não eram urgentes e poderiam aguardar para serem sanadas. Esses fatores superlotavam o acolhimento e com isso começamos a perceber que alguns usuários cientes que poderiam participar de todos os acolhimentos da semana, compareciam diariamente à USF para solucionar demandas que já haviam sido solucionadas, mas ele não estava de acordo com a conduta da equipe. Por exemplo, um usuário chegava ao acolhimento da segunda-feira à tarde solicitando uma ultrassonografia da tireoide, o médico avaliava, fazia anamnese e descartava a possibilidade da solicitação desse exame, visto que o usuário não tinha indicação clínica para tal. Esse mesmo usuário retornava ao acolhimento da terça-feira à tarde, agora conduzido por outra equipe, e fazia a mesma solicitação na tentativa de encontrar um profissional que realizasse seu desejo. Essa era uma prática constante no nosso acolhimento, como

também a falta em consultas médicas se tornaram rotina, eles preferiam resolver todos seus problemas no acolhimento. Isso sobrecarregava a equipe de saúde do dia, com demandas que não eram para serem realizadas nesse momento de acolhimento.

Analisando todos esses fatores, nós residentes do primeiro ano começamos um movimento para a reformulação do acolhimento, que era muito resolutivo, mas não estava diminuindo o número de consultas médicas e de enfermagem, as agendas continuavam superlotadas. Montamos um desenho de acolhimento no qual as equipes permaneciam nos mesmos dias, só que agora cada equipe fazia acolhimento para os usuários os quais eram responsáveis, isso para demandas não urgentes, sendo que as demandas agudas continuavam de forma espontânea, sem diferenciar os usuários de cada equipe. Foi fundamental a inclusão da classificação de risco, porém os usuários ainda não compreendem que uma troca de receita não tem prioridade em relação a uma demanda de cefaleia intensa, independente da ordem de chegada do usuário. Mesmo com a fala inicial, explicávamos o que era a classificação de risco, como acontecia, e aos poucos eles foram entendendo esse processo, mas as vezes ainda acontece um pequeno estresse.

O caderno de Atenção Básica, número 28 do Ministério da Saúde, descreve os modelos de acolhimentos e descreve o Acolhimento pela equipe de referência do usuário:

A principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta. (BRASIL, 2013, p.30).

O caderno de Atenção Básica traz uma excelente reflexão sobre esse momento de construção do acolhimento:

É necessário também que haja solidariedade entre trabalhadores e usuários: que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários; que os usuários compreendam o esforço dos

trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos. Esta relação solidária com usuários e entre trabalhadores, entretanto, está condicionada à maneira como todos estão participando da gestão da unidade, sendo o modo como se dá o acesso apenas mais uma das dimensões desta relação maior. (BRASIL, 2013, p.31).

A classificação de risco é uma ferramenta que acrescenta eficiência e equidade para o acolhimento, ela possibilita que demandas urgentes sejam priorizadas, organizando o serviço e conferindo resolutividade para as demandas. De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2003), o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho.

Realizar o acolhimento foi e sempre será um desafio, principalmente para o núcleo de odontologia, que sai da faculdade com uma visão muito restrita à cavidade bucal, sem entender sobre as outras doenças que acometem os sujeitos. Afinal de contas, todo usuário que chega a unidade vem com a boca e toda a sua complexidade subjetiva e fisiológica, somados ainda os determinantes e condicionantes em saúde. A minha primeira escuta no acolhimento foi de uma criança com pediculose, eu tremi literalmente na base porque nunca tinha tratado de tal doença, sabia apenas que deveria prescrever um shampoo para matar o parasita, mas qual? Minha R2 jogou na minha mesa o livro com o protocolo de enfermagem e eu tive que procurar a conduta para tal caso. Depois do ocorrido, foi engraçado perceber que eu como dentista poderia assumir condutas para além da saúde bucal dos usuários. Outra situação “engraçada”, a enfermeira da minha equipe me questionou se eu sabia aferir pressão, tive que responder em tom de brincadeira que eu também era profissional de saúde, assim como ela e a médica.

## AS VISITAS DOMICILIARES: EXPANDINDO OS LIMITES DO CONSULTÓRIO

O planejamento das visitas domiciliares era uma pauta fixa das reuniões de equipe, pois era o momento de conhecer o caso clínico do usuário, discutir as principais formas de abordagem, entender um pouco da história desse indivíduo e o Agente Comunitário de Saúde era fundamental nesse processo. Demorou um pouco pra compreender o local que o cirurgião-dentista ocupa nessa forma de cuidado, porque ficamos muito presos a instrumentais e a tecnologia dura. Por isso, é fundamental ampliar nosso olhar para práticas de promoção e prevenção, utilizando tecnologias leve-dura, e o momento da visita domiciliar é tão rico para conhecer nosso território e compreender muitos problemas que são comuns aos nossos usuários.

Estudo realizado por Coelho e Jorge (2009), descrevem os tipos de tecnologia em saúde, elaborados inicialmente por Merhy, segundo este, as tecnologias podem ser classificadas como **leve**, **leve-dura** e **dura**. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

Drulla et al.(2009) acrescentam que a visita domiciliar enseja ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos.

Muitas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista durante uma visita domiciliar, realizei atividades de prevenção com crianças pequenas, e isso inclui técnicas de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Cuidados com as próteses dentárias, pois era comum que os idosos acamados fossem usuários de prótese, e muitos não realizavam a higienização correta das mesmas, e sequer as retiravam antes de dormir.

Um dos procedimentos mais legais que realizei foi o de múltiplas extrações de nove restos radiculares, com grau de mobilidade, em uma idosa deficiente visual e portadora de sequelas pós Acidente Vascular Cerebral. Realizamos essa intervenção em duas visitas, visando o bem estar da usuária, e preocupados com a possibilidade de aspiração das unidades dentários, pois estavam com mobilidade acentuada. Esse caso foi interessante pelo fato da usuária ser deficiente visual e ter gravado a minha voz. Ela ficou tão grata pela intervenção que toda vez que realizávamos visita, ela perguntava por mim e me reconhecia pela voz. Antes ela tinha medo de dentista, e agora ela havia criado uma espécie de agradecimento pelo cuidado com que executamos o caso clínico.

Estudo realizado por Barros et al.(2006) fortalece que

As visitas domiciliares trazem resultados positivos por prestar assistência a uma parcela da população que normalmente não teria acesso aos serviços de saúde prestados pela Odontologia tradicional, devido a sua condição peculiar de acamados ou por terem dificuldade de locomoção. Possibilitando, também, a antecipação do diagnóstico de lesões orais, personalização e humanização do atendimento, além da maior orientação aos pacientes e sua família quanto à manutenção e promoção da saúde bucal, garantindo qualidade de vida a estes pacientes. (BARROS et al., 2006, p.141).

Nossa equipe enfrentou muitos desafios para realizar as visitas domiciliares, começando pelo carro que era destinado pela secretaria de saúde para realizar tal atividade, mas nunca chegava à unidade. Algumas vezes realizamos a VD andando, uma postura que nos deixava em posição de vulnerabilidade, pelo fato do nosso território ser muito violento, marcado por facções do tráfico de drogas. Eu era totalmente contrário a essa postura de ir sem o carro, pois dessa forma a DAB entenderia que ele não era necessário para a realização de tal atividade. Passamos por um período em que ficamos sem carro para realizar VD porque a Secretaria Municipal estava em processo de licitação com algumas empresas, desse modo, optamos por realizar VD apenas para pacientes em estava crítico. Muitas vezes, a médica da equipe usou seu próprio carro pra realizar tal atividade.



## **AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS: UM DESAFIO PARA UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Relações interpessoais é um tema bastante complexo e digno de um trabalho de conclusão de curso, e especialmente para ele, abordarei nessa sessão alguns pontos marcantes na minha vivência do primeiro ano da residência multiprofissional. O trabalho em equipe não é fácil, é um processo de constante análise, um exercício de humildade e de escutar o que o outro tem a acrescentar. Além disso, é preciso que a integração entre os membros da equipe seja de forma harmônica e pautada no respeito mútuo.

Eu tive a sorte de fazer parte de uma equipe assim, encontrei uma médica e uma enfermeira que foram parceiras pra tudo que nos propomos a fazer. Além disso, encontramos Agentes Comunitárias dispostas a ajudar, elas que enfrentam as trocas de residentes a cada começo de ano, foram acolhedoras e pacientes para que pudéssemos aprender com as experiências delas. Infelizmente, a médica da nossa equipe desistiu da residência no final do primeiro ano, isso deixou a equipe mais unida, fortaleceu nossos vínculos e nos deixou mais fortes.

Quando eu afirmo a complexidade de uma equipe multiprofissional, explico a minha dificuldade em trabalhar integrado à minha equipe, pois não somos formados para trabalharmos em equipe com outros profissionais de saúde. A odontologia precisa evoluir muito nesse aspecto, a solidão do consultório odontológico precisa ser quebrada pela complexidade do trabalho multiprofissional. Estudo realizado por Oliveira et al. (2007), revela a necessidade de ampliação do envolvimento dos cirurgiões-dentistas com os outros profissionais da ESF, no sentido de incluí-los em outros espaços para além do consultório odontológico. Esse entrave muitas vezes é fruto do desconhecimento da equipe da ESF que não entende o papel do cirurgião-dentista na ESF. Como exemplo, posso citar que a enfermeira da minha equipe questionou se eu sabia aferir a pressão do paciente. Espantei-me com o questionamento, mas de pronto respondi que era profissional de saúde como ela. A partir desse momento eu comecei a mostrar de uma forma sutil a equipe que eu poderia fazer muitas coisas que eles julgavam restrito à medicina e

enfermagem. Um exemplo bacana foi a campanha de vacinação da Influenza. Com matriciamento do grupo de enfermagem, consegui vacinar a gerente da USF e alguns usuários. E quando eles sabiam que eu era dentista (risos), eles mal acreditavam. Foi um aprendizado diferente, eu tinha a noção que estava rompendo uma barreira do código de ética odontológica, porém, precisava ajudar a equipe que estava com muitas demandas de vacinação.

Há que se considerar, ainda, que no processo de trabalho em saúde, o objeto de trabalho, ou seja, sobre o que atuam os profissionais é o mesmo – o ser humano e nesta condição o trabalho em equipe implica em romper com disputas de poder, que geram relações conflituosas, no sentido de se respeitar a autonomia de cada profissão, mas também a complementaridade destas. (Gelbcke, 2012, p.35).

Do meu ponto de vista, para que esse modelo de trabalho seja efetivado é necessário o respeito entre os colegas, humildade pra ouvir e aceitar um ponto de vista diferente e uma conduta profissional que muitas vezes diverge da sua. Se olharmos para os nossos pacientes de forma humana e integral, poderemos achar condutas similares, ou ate mesmo, criar empatia e respeito no nosso processo de trabalho.

## **O SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA: MAIS UM ANO DESAFIADOR**

Finalizamos o primeiro ano da residência com ansiedade e muita expectativa pra o segundo ano que estava por vir, o cansaço era grande, mas os vínculos de amizade que construímos foram essenciais para o processo de trabalho tornar-se descontraído e prazeroso. Criamos uma relação de parceria, empatia, solidariedade, bom humor, respeito e intimidade. Serei eternamente grato aos meus colegas/amigos Gabriela Cardoso, Gabriella Santana, Joselita Lima, Luiz Alessandro, Giordano e Aialla Martins. Nossa relação de amizade foi um combustível que me alimentou quando surgiu o cansaço e algumas vezes quando pensava em desistir, lembrava que estávamos juntos no mesmo barco, um ajudando ao outro.

Apesar do cansaço físico e mental, e de algumas frustrações do primeiro ano, decidi que o segundo ano da residência seria de novas descobertas e novos voos. Queria sair da zona de conforto, por isso, escolhi o estágio optativo de Redes na linha de cuidado em Saúde Mental, essa é umas das linhas prioritárias do município de Camaçari, acompanhado da linha de cuidado da Saúde da Mulher. Queria vivenciar espaços novos e diferentes formas de cuidado. A maioria dos dentistas R2 realiza estágio optativo na linha de cuidado em reabilitação, eu não queria ser mais um, talvez por ser aquariano, tenho a necessidade de seguir caminhos diferentes dos meus colegas, acredito que nós como núcleo de saúde bucal precisamos expandir nossos horizontes e alcançar espaços que jamais foram alcançados antes.

## EMBARCANDO NA LOUCURA DA SAÚDE MENTAL

O estágio na linha de cuidado em Saúde Mental ocorreu nos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Camaçari, sendo eles, CAPS Álcool e outras drogas (CAPS AD); CAPS Infantil (CAPS i) e o CAPS II voltado para adultos com transtornos mentais graves. Antes de ilustrar cada um dos serviços e relatar minhas experiências vividas, é importante ilustrar sobre a Reforma Psiquiátrica que aconteceu na década de 1970 em nosso país.

Esse movimento foi liderado por usuários e seus familiares, profissionais da Saúde Mental na década de 1970, indignados com a violência praticada contra usuários de saúde mental e das condições precárias em que se encontravam os manicômios brasileiros. É importante lembrar que o sistema único de saúde ainda não existia nessa época, e o país estava sofrendo com a ditadura militar. Amarante e Nunes (2018) possuem um trabalho muito bem elaborado sobre essa retrospectiva da reforma psiquiátrica, o contexto político social em que todo movimento ocorreu, e a nova organização da Rede Psicossocial.

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. (...) É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social). (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068).

A participação social foi uma das forças que conferiram êxito a reforma psiquiátrica, o movimento da Luta Antimanicomial composto majoritariamente por usuários de saúde mental conferiu representatividade e poder de fala às pessoas que são desvalorizadas por possuírem um diagnóstico de transtorno mental. Era impossível romper com os modelos de cuidado que estavam sendo executados sem incluir esses indivíduos nesse processo de reforma, ou seja, eles possuem autonomia para lutarem pelos seus direitos.

Associados a eles estavam os psiquiatras recém-formados e psicólogos que incrementaram essa luta por condições humanas e dignas de tratamento.

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). (AMARANTE; NUNES, 2018, p.2069).

A arte foi uma grande aliada nesse momento, visto que a partir dela podemos expressar todas as nossas emoções, e o usuário de saúde mental encontra na arte uma grande aliada terapêutica para os seus processos existenciais. Amarantes e Nunes (2018) referem que a utilização da arte e da cultura, para além de recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, passou a assumir a dimensão de produção de subjetividade e de vida. Nesta linha de atuação, o processo de Reforma Psiquiátrica é tomado por um enorme contingente de iniciativas artístico-culturais no sentido de promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença.

A portaria 224/1992 do Ministério da Saúde, publicada em 29 de janeiro de 1992, coincidentemente no dia do meu aniversário, versa sobre os atendimentos ambulatoriais, os **Centros de Atenção Psicossocial**, os atendimentos hospitalares, e os pontos de urgência (UPA e SAMU). Essas categorias compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma regionalizada e hierarquizada, incluindo a Atenção Primária como porta de entrada da RAPS.

De acordo com a portaria citada, os CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. A assistência ao paciente no NAPS/CAPS

inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social. Os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições. (BRASIL, 1992, p.3).

Não sei até hoje o que me motivou a escolher essa linha de cuidado, mas a curiosidade em descobrir coisas novas e de querer sair da zona de conforto me levaram a conquistar novos territórios, descobrir habilidades, entender melhor as relações humanas e desenvolver um olhar humanizado e empático. As minhas vivências no CAPS infantil foram muito especiais, trabalhar com crianças e adolescentes é um desafio diário de paciência e altruísmo. Frequentei um grupo para adolescentes que acontecia às quartas-feiras pela manhã, era considerado um grupo terapêutico, onde os jovens traziam suas experiências de vida, histórias familiares, o mundo do adolescente com seus conflitos e desafios. Se a adolescência é uma fase da vida difícil para todo mundo, imagina quando ela vem acompanhada de um sofrimento mental incompreendido pelos pais e pela sociedade?! Em muitos relatos que presenciei, eu conseguia fazer um paralelo com a minha história. Fui um adolescente muito tímido e com baixa autoestima, e esse também era um problema para aqueles jovens que precisavam romper com o estigma do usuário de saúde mental, considerado “louco” pela sociedade. Muitos relatos de tentativas de suicídio, alguns jovens realizavam automutilações na tentativa de amenizar a dor na alma que eles sentiam. Enquanto escrevo essas memórias, me arrepio profundamente e meus olhos estão cheios de lágrimas. Essas vivências foram fundamentais para me transformarem como profissional e como ser humano, a cada sessão do grupo fui criando vínculos com eles. Se antes eles tinham vergonha da exposição, com o passar do tempo eles me questionavam “Você vai estar aqui semana que vem?”. Essa pergunta me deixava profundamente feliz, porque esse vínculo surgiu de forma espontânea, e eu deixava que partisse deles. O grupo de adolescentes era conduzido por

Lícia, terapeuta de família, e Leonardo, músico terapeuta. Tenho imensa gratidão e carinho por esses dois profissionais que transformam a vida daqueles jovens. Eles nos estimulavam enquanto residentes a participarem do grupo de forma ativa, contribuindo para que as sessões fossem proveitosas.

O Acolhimento do CAPS infantil também foi um espaço de muito aprendizado. Era direcionado para crianças de 05 a 10 anos, acontecendo às quartas-feiras a tarde, e eram disponibilizadas 4 senhas. Aqui tive mais contato com crianças autistas, crianças órfãs de pais envolvidos com tráfico de drogas, crianças hiperativas, e muitos pais que não aceitavam que seu filho fosse um usuário de saúde mental. Um caso que me marcou bastante foi o de um pai que não aceitava o diagnóstico de autismo do filho, ele foi à Escola brigar com a professora porque era pra tratar seu filho da mesma forma que ela tratava as crianças não autistas. Esse pai não entendia que a criança com autismo demandava mais tempo, mais atenção e mais cuidado. Diante desse acontecimento, o Ministério Público foi acionado, e ele teve que levar o filho ao CAPs com a ameaça de perder a tutela da criança. Era nítido que a criança era autista, mas a equipe precisou usar algumas artimanhas para dar esse diagnóstico ao pai do menino. Foi um acolhimento pesado e demorado. Mas conseguimos convencer aquele pai de que seu filho precisava de uma atenção especial e isso não tornava ele menos capacitado que outra criança.

No CAPS infantil eu não desenvolvi ações de saúde bucal, nem me limitei a ficar avaliando a condição de saúde bucal daquelas crianças. Nesse espaço eu pude desenvolver habilidades para além da odontologia e da cavidade oral. Uma vez Leo, o músico terapeuta do grupo de adolescentes, me disse uma frase que me marcou bastante, com toda sua calma: “Danilo, você deixou de prestar atenção na boca, pra prestar atenção ao que sai da boca.”, e com toda a sua inteligência e criatividade, ele me deixou refletindo nisso até hoje. Quantas vezes nós dentistas calamos os paciente, com a nossa ansiedade em resolver suas demandas de saúde bucal, e nesse momento perdemos a chance de ouvir suas demandas de saúde mental? Essas demandas muitas vezes passam sem ser percebidas, porque nosso olhar está focado na boca, na cárie, na gengivite, na escovação... Mas dá pra ter saúde bucal sem ter saúde mental?

Outro espaço que vivenciei de forma intensa foi o CAPS AD, voltado para usuários que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas. A realidade desse local era de usuários que muitas vezes rompiam o vínculo com seus familiares, resultado do uso das drogas, da marginalização e da ignorância de muitas pessoas em aceitar as escolhas dos outros. Vivenciei o grupo de redução de danos, um espaço proveitoso, muito frequentado pelos usuários, conduzido pela psicóloga Carla Geline, a quem devo minha eterna gratidão por ter me ensinado e estimulado tanto, e a assistente social Tatiana. Esse grupo de redução de danos é baseado na política de Redução de Danos do Ministério da Saúde.

As políticas de redução de danos (RD) relacionados ao uso de drogas têm sido discutidas no Brasil como conjunto de estratégias voltadas para temas diversos como violência, prevenção e atenção em HIV/Aids e outras doenças transmissíveis, e suporte social a populações marginalizadas. As estratégias de RD visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper o consumo, em um dado marco temporal. A troca de agulhas e seringas (usadas por novas, estéreis), a despeito de ser emblemática, constitui tão-somente uma das ações preconizadas. Outras ações devem ser conduzidas de forma integrada, incluindo a oferta de tratamento para dependência e doenças clínicas, vacinação e distribuição de material educativo, preservativos e kits para injeção mais segura. (Inglez-Dias A et al., 2014, p.148).

A redução de danos dá ao sujeito usuário de drogas a autonomia de decidir qual o tipo de uso que ele vai estabelecer com a droga. Isso é fantástico porque quebra com os paradigmas da abstinência, e reconhece que a suspensão abrupta da droga é um passo para a crise. A partir do momento que o sujeito consegue identificar o gatilho que impulsiona o uso da droga, ele pode controlar essa administração de forma mais consciente e menos danosa. Claro que isso depende de um conjunto de fatores biopsicossociais que o indivíduo está inserido, as recaídas fazem parte do processo, e a família é muito importante nesse processo de reconstrução e ressignificação. Encontrei nos técnicos do CAPS AD uma família, criei um vínculo com a maioria deles, e aqui



eu pude exercer o papel de cirurgião dentista. Muitos usuários precisavam de atendimento odontológico por conta das suas condições sociais, a falta de higiene e o abandono é algo muito marcante na vida dos usuários de álcool e outras drogas, muitos passam dias fora de casa fazendo uso abusivo da droga quando estão em crise. O meu papel como dentista foi realizar avaliações odontológicas e encaminhamentos na rede de saúde bucal do município. Foi possível atender alguns pacientes na minha USF, e isso foi possível com a ajuda do meu preceptor que cedeu o espaço para que usuários de outras USF fossem atendidos.

No grupo de redução de danos realizei uma roda de conversa sobre os efeitos do uso de drogas na cavidade bucal, numa perspectiva de minimizar esses danos. Por exemplo, os estudos científicos trazem uma relação direta entre alcoolismo e gengivite/periodontite, dessa forma, eu orientei aos usuários que se eles fazem uso dessa substância, seria necessária uma melhora na higiene bucal, uso do fio dental, uma hidratação regular para evitar ressecamento da mucosa oral. Também foi abordado Câncer de boca, visto que os usuários do CAPS AD estão susceptíveis por conta da associação álcool mais tabaco, alimentação precária, homens acima dos 40 anos. Essa roda de conversa tornou-se um matriciamento com os técnicos de referencia do CAPS AD no sentido orienta-los sobre essa demanda odontológica na rede de Camaçari além de oferecer um olhar mais cuidadoso para a saúde bucal dos usuários.

## UM DENTISTA NO CONSULTÓRIO NA RUA

O meu estágio eletivo foi vivenciado no Consultório na Rua, com a equipe do 19ª Centro de Saúde do Pelourinho. Durante o período de 07 semanas de estágio no CnaR foi possível vivenciar espaços de cuidado aos usuários que atenderam as minhas expectativas de maneira parcial, pois a duração do estágio é bastante curta, não permitindo realizar todas as propostas do plano de estágio.

A partir desta experiência tenho mais conhecimento sobre a política para pessoas em situação de rua, sobre sinais que indicam situações de sofrimento mental, o que me permitirá um olhar ampliado, uma escuta qualificada e, orientar pacientes e responsáveis quanto às ofertas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e rede de apoio intersetorial.

Foi possível vivenciar o cotidiano dos profissionais que atuam no serviço e perceber os desafios enfrentados por estes para ofertar o cuidado não apenas através da prescrição de medicamentos que controlam e amenizam os sofrimentos mentais, incluindo também a forma humanizada e horizontal que a equipe do CnaR trata os usuários e respeita a subjetividade, individualidade e o livre arbítrio de cada um.

A demanda de saúde bucal era grande, porém os usuários vivenciavam uma realidade de vida tão cruel e marginalizada que suas prioridades eram outras. Posso dizer que a principal era sobreviver na selva de pedra chamada Salvador, com uma polícia militar que atua de forma incisiva, uma gestão que todo tempo tenta tornar invisíveis essas pessoas em situação de vulnerabilidade. Vivenciar esse estágio foi uma forma de tornar essas pessoas reais, hoje eu passo por um indivíduo em situação de rua e não sinto mais “medo”, eu tento entender o que levou aquele ser humano a morar na rua. Nossos campos de práticas eram na Praça da Piedade e no Mercado Modelo, levávamos Kits de higiene corporal e oral, água, preservativos e lubrificantes como medida de redução de danos.

Segundo Felicialle et al.(2014), a Política Nacional da População de Rua apresenta, dentre suas diretrizes, a implementação de políticas públicas nas

esferas federal, estadual e municipal, estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura e garantia de promoção de direitos, entre outras, de forma intersetorial e transversal, garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua. Ademais, a referida Política também engloba o incentivo à formação e à capacitação de profissionais para atuação na rede de proteção às pessoas em situação de rua e a promoção de ações educativas permanentes para a sociedade.

Estudo realizado por Silva et al. (2018), teve como foco central o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde bucal como discussão central, no município de Recife. Uma das conclusões considera que a pessoa em situação de rua historicamente tem sido negligenciada, ela geralmente descuida de sua higiene pessoal e perde a autoestima, em consequência da sua própria maneira de viver, acentuando ainda mais sua exclusão da sociedade. Os autores destacam a necessidade de acesso a ações preventivas como escovação supervisionada e atividades de educação em saúde, contribuindo com a mudança de paradigma da atenção à saúde, que tem enfatizado o papel das ações de promoção e prevenção para maior efetividade do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é uma especialização que demanda do profissional muito mais que habilidades clínicas e técnicas. É uma lapidação pessoal e profissional. Um processo de aprendizado tão intenso que nos coloca em constante reflexão sobre nosso papel como profissional, das nossas contribuições para a saúde coletiva, o desafio em trabalhar em equipe. Durante todo esse processo, é necessário aguçar nossa humanidade que é tão negligenciada durante a graduação.

É um caminho doloroso e ao mesmo tempo prazeroso, demanda muita calma e doação, e uma vontade muito grande de transformar a realidade de quem mais precisa de nós: o usuário. Ser reconhecido por eles é a forma mais genuína de gratificação e incentivo para nos mantermos firmes no propósito de um SUS digno. Apesar de encontrar um cenário com vários problemas, reconheço que esses obstáculos são essenciais pra nos acordar pra realidade que é fora do programa da residência.

Eu posso dizer que esses dois anos transformaram a minha vida, e essa transformação foi fruto de muita dedicação, empenho e tesão pelo que faço. Encontrei-me na Saúde da Família, e não quero ser lembrado pela equipe da USF como o melhor dentista. Quero ser lembrado como alguém que fez a diferença, como pessoa e como profissional.

Termino meu memorial com muito aperto no coração por estar finalizando esse ciclo na minha vida, mas com a certeza de que quem faz um bom plantio, tem uma boa colheita. A residência foi uma sementinha de frutos que colherei no futuro.

## REFERÊNCIAS

AGNELLI, P.B.. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p.10-15, jun. 2015.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

BARROS, Giselle Boaventura et al. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 2, n. 2, p.135-142, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde(PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.p. 116.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria Sas/ms Nº 224 nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Formalizou as funções dos NAPS/CAPS como unidades de saúde locais e regionalizadas com população adscrita. Brasília, DF, 29 jan. 1992. p.9.

CAVALCANTI, Y. W.; CARTAXO, R.O.; PADILHA, W.W.N. Educação odontológica e Sistema de Saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Rev. Odonto**, Belo Horizonte- Mg, v. 46, n. 4, p.224-231, dez. 2010.

COELHO, M.O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 1, n. 14, p.1523-1531, mar. 2009.

DRULLA, A.G. et al. A Visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 4, n. 14, p.667-6674, dez.2009.

GELBCKE F.L, MATOS E, SALLUM N.C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2012; 6: 31-9.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. O profissional da odontologia pós reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.285-297, fev. 2015.

INGLEZ-DIAS, Aline; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco I.; PAGE, Kimberly. Políticas de redução de danos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 1, p.147-158, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>.

MATTOS, G.C.; FERREIRA, E.F.; LEITE I. C.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios . *Cien Saude Colet*. 2014;19:373–82.

MOTTA, LB; CALDAS, CP e ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciênc.saúde coletiva*. 2008 Ago 13(4): 1143-51.

SILVA, F. P.; FRAZAO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.4, pp.805-814. ISSN 0102-311X. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>.

SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S; ARAÚJO, A. B V. L.. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.285-291, 23 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030130>.

SOUZA, D.S, et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Odontol** 2001; 65(2):7-29.