

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

DÉBORA BISPO DOS SANTOS

Da ideia ao desfecho: trajetória e finalização de uma especialização em Saúde da Família

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: Adriele Caldas

BAHIA

2020

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Visita domiciliar à usuária L. J., 74 anos com equipe mínima e do NASF no território da USF Concórdia, 2019 -----	12
Figura 2 – Atividade educativa para marcação de primeira consulta odontológica no território da USF Concórdia, 2018 -----	14
Figura 3 – Atividade educativa do Programa de Saúde na Escola sobre Prevenção e Combate ao mosquito Aedes Aegypti na Creche São Francisco no território da USF Concórdia, 2018 --	14
Figura 4 – Atividade educativa no Novembro Azul para rastreamento de câncer bucal na USF Concórdia, 2018 -----	15
Figura 5 – Atividade Educativa no Setembro Amarelo de prevenção ao suicídio, 2018 -----	15

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	03
2. SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO IDEAL -----	06
2.1. SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO DOMICILIAR -----	10
2.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE -----	12
3. UM NOVO MOMENTO SE INICIA NO LUGAR DE R2 -----	16
3.1. O CAMINHAR DE UMA DENTISTA REDE CEGONHA -----	19
4. O DESFECHO DE UMA ETAPA -----	22
REFERENCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Vou iniciar meu TCR (Trabalho de Conclusão de Residência), contando a partir de minha primeira atividade dia 08 de março de 2018. A partir daí vocês entenderão a minha trajetória e desdobramentos na minha história.

Essa primeira atividade no AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem), foi um pouco difícil, pois eu precisava me expressar, falando um pouco de quem sou eu, não estava acostumada a escrever sobre mim. Falar sobre nós mesmos é sempre desafiador e a verdade é que não sei como falar, mas tenho aprendido a me expressar e acho que conseguirei um pouco disso.

Em março de 2018, escrevi sobre: Quem Sou eu? E no meu texto dizia: Sou Débora Bispo, nasci em 10 de março de 1986, soteropolitana, brasileira. Sou uma mulher que ama a vida e zela pela paz. Sou amante do tempo e de tudo que ele proporciona em cada segundo, minuto e hora, a cada dia, mês e ano. Sou uma pessoa de fé e grata a Deus sempre e em tudo.

Sou sincera e gosto de verdade, gosto fácil e perdoo fácil, odeio brigas e não gosto de intolerâncias, sou pouco observadora, mas muito intensa, respeito para ser respeitada, sou simples e sem extravagâncias, amo ver união e todos juntos, sempre invento algo para encontros da família, eles me chamam de produtora de eventos, tenho medos, mas eles não me param, gosto de desafios e sou perseverante.

Em novembro de 2019, quase dois anos após o início do programa de residência, me perguntei se continuo sendo a mesma, e, a partir deste momento, irei apresentar a minha trajetória antes e durante a residência e, ao final iremos enxergar o quanto de deslocamento tive nesta caminhada.

Fui uma criança muito ativa, criada com princípios e uma boa base familiar, graças a Deus. Tive o incentivo moral de meus pais para estudo e tudo que esteve ao alcance deles para me proporcionar uma boa educação moral, cívica e intelectual, eles fizeram. Meu sonho de infância era ser médica pediatra e por um bom tempo alimentei esse sonho. Fui bolsista em parte do meu ensino fundamental, terminei o ensino fundamental e o médio em escola pública. Como a minha família são de 5 filhos, nunca foi possível o investimento em cursos particulares entre outras estratégias. Para mim, a vida se apresentava num perfil desafiador sempre.

Estudei para o meu primeiro vestibular em casa, com minhas duas irmãs mais velhas e outros amigos, que se encontravam nas mesmas condições financeiras. Juntos, fizemos o que foi possível, compartilhamos conhecimentos e tentamos nos ajudar. Fiz meu primeiro vestibular e passei, mas não foi o de medicina porque as vezes deixo alguns medos tomarem conta de

minhas decisões, não me param, mas mudam meu percurso, me fazendo acreditar que aquilo não está ao meu alcance. Eu tinha em mente que precisava entrar numa faculdade e que precisava ser pública, porque meus pais nunca teriam condições de pagar uma faculdade privada para mim e que meus conhecimentos não eram pálios para disputar um vestibular de medicina numa UFBA (Universidade Federal da Bahia).

E assim foi, dei graças a Deus por ter conseguido, pra mim foi uma vitória, entrar numa universidade pública mesmo que não fosse para cursar medicina. Em 2007, iniciei o curso de Licenciatura em Educação Física na UNEB Campus Alagoinhas, não era algo que não me aproximasse, eu gostava e gosto da minha formação, mas não era o que eu queria. Em 2012, já em outro contexto da minha vida e por motivos peculiares tive a oportunidade de cursar odontologia na FTC, em Salvador, concluindo o mesmo em 2017.

Minha formação em odontologia foi muito assistencialista, mas como parte do currículo precisava ter disciplinas voltadas para a saúde coletiva e assim foi, tive uma disciplina que me levou até uma escola infantil para fazer CPO-D (cariados, perdidos, obturados) e CEO-d (cariados, extração indicada, obturados) são índices preconizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e utilizados, com frequência, para avaliar a prevalência da cárie dentária em diversos países e fazer levantamentos epidemiológicos de uma população, a saber, identifica a média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em crianças até 12 anos no caso do CPO-D e em crianças com dentição mista difere no caso de P- perdidos, para E- extração indicada no caso do CEO-d(SB Brasil, 2010) World Health Organization, 2013).

Nesse período pude perceber que a odontologia não se resumia ao consultório e que, apesar de me encantar com seus encantos, a saúde pública era um estado latente em mim. Foi gratificante poder acessar esse conhecimento na graduação, foi na saúde coletiva que entendi um pouco sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as possibilidades de atuação no mesmo. Foi possível compreender também o quanto a minha formação estava distante de incentivar e proporcionar a nossa inclusão como Cirurgião Dentista (CD) na saúde pública, o quanto a nossa formação é capitalista e manipuladora.

Minha motivação sempre foi voltada para os meus “iguais”, entendi que na saúde pública seria a oportunidade de poder me aproximar mais daquilo que corroborava com meus pensamentos, desejava um SUS de qualidade. Após um ano da conclusão do curso, veio a oportunidade de fazer a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desconhecia essa possibilidade, não fomos orientados para essa formação, sempre foram ofertadas outras especializações, sempre foi estimulado a ser um dentista que busca o lucro financeiro.

Era um tanto distante pra mim, eu não entendia muito sobre o sistema de saúde que eu mesma utilizava, não entendia nada de redes, eu só pensava em como era poder estar nesse lugar, participando e podendo contribuir com minha formação.

A partir de agora poderão acompanhar meu caminhar na Unidade de Saúde da Família (USF), nas atividades teóricas e teórico-práticas, diversos momentos que vivi, os vínculos que criei e até hoje já próximo de finalizar a especialização em Saúde da Família.

2 SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO IDEAL

No início as expectativas eram “Tenho expectativa de conhecer a realidade no atendimento público, saber quais ferramentas que são disponibilizadas para o trabalho, qual nível de atendimento e até onde posso intervir. Aprender como lidar com a dinâmica do SUS e entender esse processo. Contribuir na prática para melhorar a saúde bucal da população local.”

Para mim, conhecer a realidade no atendimento público foi desconstruir pré-conceitos, criar novos conceitos, lutar pelo que acredito, aprender com os erros, ser uni e multiprofissional, saber que sou gestora e co-gestora, e reafirmar que a odontologia vai muito além do céu da boca.

Cericato et.al., (2007) apresentam uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação realizados pela odontologia dentro da USF, os resultados mostraram que, apesar de o PSF introduzir uma nova lógica que rompe com a prática histórica da odontologia, muitas vezes o que ocorre é apenas a transferência linear do espaço de trabalho do Cirurgião Dentista. Narvai e Frazão (2008) ainda ressaltam sobre a formação dos profissionais que é voltada para atender mais às necessidades do mercado de consumo do que às necessidades de saúde coletiva

Quanto mais eu me proporcionava ser uma dentista para além do consultório, mais eu percebia que em meu lugar, eu precisava ser o diferencial devido a construção e reprodução histórica do dentista na saúde. Historicamente, a odontologia já é conhecida como mutiladora, como moradora da caixinha, como individualista e não obstante também foi inserida no contexto da Saúde da Família após 6 anos do início da mesma.

Segundo Narvai e Frazão (2008), em seu livro “Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca”, trata de forma bem atualizada acerca da política de saúde bucal no Brasil. Entender a saúde como direito, destarte como um bem intransferível é o início para as mudanças no modo de lidar com as políticas públicas.

Compreender o objetivo e o sentido da minha prática foi a melhor implicação na desfragmentação das minhas ações. Superar o modelo procedimento-centrado, valorizar a diversidade terapêutica, incluir o usuário no processo de cuidado, integrar promoção, prevenção, cura e reabilitação, obter dados e analisar, ofertar cuidado a partir de evidências, articular com a rede.

Questionei-me também sobre: Quais ferramentas são disponibilizadas para o trabalho no SUS? Antes eu imaginava que as ferramentas seriam apenas recursos materiais, tecnologia dura. De acordo com Merhy (2002), as tecnologias classificam-se em leves, que são as

tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Gosto de falar principalmente das tecnologias leves, acredito que são os esforços para garantir qualidade no cuidado, são usadas para proporcionar integralidade da atenção. Quando a equipe se organiza para as atividades serem feitas na multidisciplinaridade, tendem a serem mais efetivas. Temos a elaboração de projeto terapêutico para trabalhar os casos mais complexos e adoção de formas mais interativas de suporte especializado se necessário (equipes matriciais/NASF), esse método tem potencialidade porque se criam vínculos e metas, torna-se uma rede conectada de todos os envolvidos no caso, com compromisso e responsabilidade individual e coletiva (GRABOIS, 2011). A agregação de profissões e ocupações propiciadas pelo NASF aumenta a possibilidade de resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários (BRASIL, 2014).

Existem distintas formas no fazer em saúde onde são empregadas as tecnologias leves em busca de ampliar o cuidado com os usuários no território, como:

- A visita domiciliar multiprofissional com equipe matricial também, em alguns casos, com essa ferramenta as relações equipe/família são otimizadas, aumentando o vínculo e a responsabilidade com as ações de saúde.
- O Acolhimento como dispositivo potente para superar os limites burocráticos, ele dá significado e importância ao momento da chegada e à consequente trajetória do usuário pela unidade, e o usuário torna-se responsabilidade dos profissionais de saúde naquele espaço.
- O apoio matricial se relaciona com as equipes de referência, seja no âmbito de uma unidade de saúde, seja no âmbito de uma rede de atenção à saúde. Buscam oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência estimulando e facilitando o contato direto entre a referência do caso e o especialista de apoio.

Foi a partir de minha vivência na Atenção Básica que eu pude compreender que proporcionar saúde, gerir saúde, vai além de recurso material, que o recurso humano muitas vezes é o principal e único meio que será útil e efetivo. Foi muito rico vivenciar os espaços de

gestão, acolhimento, atenção domiciliar/visita domiciliar, grupos, PSE (Programa Saúde na Escola), atividades educativas, matriciamento, busca ativa, controle social.

Esse é um grande **desafio** à gestão, já que a **intervenção em saúde depende da construção das relações**, da configuração das redes cooperativas, que não podem ser respondidas com a normalização do processo de trabalho. Além disso, **o não reconhecimento de que toda gestão é resultado de uma interação entre indivíduos tende a reproduzir 'formas burocratizadas de trabalho**, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários. (CAMPOS, 2003, p. 86, grifos nossos).

Nesse percurso tive dificuldade de assimilar a lógica centralizadora de gestão gritante da enfermagem, ao mesmo tempo tendo que compreender a questão das atribuições da formação e historicamente da responsabilidade sanitária, mas que também compete a toda equipe. No início, houve um grande desencontro de saberes e opiniões, com um misto de imaturidade e inexperiência, que sem intencionalidade prejudicou o andamento dos processos e também a interação da equipe. Foi imprescindível trabalhar relações interpessoais, para que pudéssemos desenvolver as atividades.

Por momentos também senti o desânimo, o cansaço e a vontade de desistir. É um processo denso, longo e cheio de responsabilidades que vamos adquirindo com o tempo, mas sempre tive em mente como meta de concluir tudo que me proponho a fazer e, principalmente, quando estou me referindo ao cuidado. O que mais me desgastava não era o trabalho, mas a sobrecarga de tempo e atividades, até mesmo as questões de relacionamento interpessoal que cansavam mentalmente no período, um misto de preocupações internas ao processo de formação, em paralelo com alguns problemas da vida pessoal, me trazia o desânimo.

Mas uma das coisas que me motivam na vida é a empatia, é fazer pelo outro o que eu desejo que seja feito por mim. Então, nesse percurso sempre me doe para ofertar o melhor cuidado. Tive falhas com certeza, mas graças aos feedbacks diários e as avaliações constantes da preceptoria e apoiadora de núcleo de forma mais pedagógica pontuavam-se as competências que eu precisava melhorar ou alcançar, tive feedbacks de uma ACS da minha equipe também e sempre me dispus a ouvir as críticas como forma de aperfeiçoar meu aprendizado e minhas práticas. O saber ouvir as críticas, os conselhos, observar quem tinha mais experiência e tempo de serviço, disposição para colaborar, proatividade, sensibilidade e amor, são qualidades que reconheço em mim e que com certeza me ajudaram nesse processo.

Lembro-me que o acolhimento à demanda espontânea foi a minha primeira experiência em unidade de saúde, como prática para além da clínica, a insegurança era real, me perguntando

como que seria o caminhar daquele processo, visto que quando eu estivesse naquele espaço teria que atender a todas as demandas que chegassem na unidade e que não fossem programadas. Como daria resolutividade? Eu dentista, resolveria fácil as queixas odontológicas, mas e as outras? Foi assim que fui entendendo a multi e a interdisciplinaridade no processo, a cada matriciamento, consulta compartilhada e interconsulta, discussão de caso, encaminhamento e resolução.

Com o tempo foi se tornando uma prática prazerosa, cansativa, mas prazerosa. Eu ouvia o usuário e encaminhava, ou resolvia ali mesmo a sua queixa se fosse algo que eu pudesse fazer e que fosse da minha competência. Quantas vezes apenas ouvi desabafos e dúvidas e me perguntava: meu Deus como que lido com isso? Essa prática me fez pensar: qual sentido dá pra ela, em que sentido devo atuar? O que é um acolhimento? E compreendi que é para além de uma ação e não se intitula como um espaço ou um local, “é uma postura ética: não existe hora marcada ou profissional específico para fazê-lo [...]” (Brasil, 2010). Apresenta-se nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador para uma ética situacional (BRASIL, 2013). O acolhimento pode ser visto também como dispositivo de inclusão de todos os usuários sem distinção de raça, sexo/gênero, faixa etária, cor, crença, classe econômica, demanda (BRASIL, 2013).

Sempre me propus a pensar para além do que está posto, pensando que sempre pode ser mais, apostando nos princípios de universalidade - saúde como direito de todos, integralidade - considerando o indivíduo como um todo e atendendo todas as suas necessidades, que são variadas e mutáveis, equidade - diminuindo a desigualdade, considerando suas particularidades, não retroceder no primeiro empecilho, sempre lembrar que o que nos propomos a fazer é em prol de vidas que tem direito a saúde, educação, atenção, cuidado, participação, conhecimento (BRASIL, 2017).

Sempre me preocupei em dar atenção devida ao usuário e a sua queixa, dar encaminhamento, poder ajudar de alguma forma, mesmo que naquele momento fosse somente ouvir. A escuta qualificada é uma das palavras chaves para o acolhimento, porém não é apenas ouvir, significa, também, entender a necessidade de saúde do usuário e transformar em uma oferta de serviço que o contemple.

Para essa prática não existe fôrma, são pessoas como nós, e que muitas vezes não tem acesso a informação, não tem estudo, não tem orientação, são manipuladas, sofrem abuso,

preconceito, racismo, violência, ausência e falta de assistência da família, não tem assistência do governo, não tem expectativa de vida, sofrem perdas, depressão, outras patologias e/ou comorbidades, tem insegurança, medos, dúvidas, ou não, mas vão até a unidade de saúde, elas querem e precisam ser acolhidas. Meu papel como profissional da saúde que cuida do outro é escutar, acolher, me importar, pensar, propor, fazer, avaliar e encaminhar com segurança esse indivíduo.

Os determinantes sociais em saúde são fatores que de alguma forma em algum momento vão refletir nas ações individuais ou coletivas na população, porque envolvem o cotidiano das pessoas. Segundo Carrapato *et. al.* (2017), quando se aborda o assunto qualidade de vida, um fator importante a ser considerado é a saúde e, em paralelo, outros fatores que influenciam de forma determinante a saúde dos indivíduos, ainda ressaltam que a influência é tal, que se estima atualmente ser superior, quando comparada com fatores que estão ao alcance da medicina.

2.1 SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO DOMICILIAR

Quando comecei a viver essa experiência na Saúde da Família, pude perceber o quanto eu poderia chegar mais próximo de ser um melhor humano e profissional. A cada intervenção no território, o vínculo criado ficava cada vez mais forte e de repente me vi envolvida numa forma diferente de atenção, criei laços de amizade e de confiança.

Entrar nas casas, conversar com as famílias, ouvir suas queixas, avaliar clinicamente, avaliar o ambiente e, de certa forma, invadir a privacidade das pessoas, era um pouco constrangedor, mas fazia sentido se sentir daquele jeito. É uma forma diferente de cuidado que ia além do meu entendimento do que era ofertar saúde, baseando-me nas formas de cuidado que estava acostumada a ter. Sou de Salvador e nunca em 33 anos de minha existência, passou um profissional na minha residência e também nunca ouvi relatos dessa prática em outro lugar ao meu redor, portanto pra mim era algo novo.

Segundo Andrade e cols. (2014), a visita domiciliar constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Na visita domiciliar, a equipe consegue identificar e avaliar o indivíduo mais estritamente, porque o conhece em seu contexto de relações familiares, afetiva, social, econômico, territorial e o que interfere ou infere diretamente na vida do usuário.

Essa é a forma de cuidado com o olhar atento para o indivíduo, onde ele também participa da construção do cuidado dele e da família. E aquele indivíduo que não tem família também é contemplado com essa forma de cuidado. Diversos casos de pessoas no território com

comorbidades, ou não, e que não tem familiares para ajudar, que vivem com uma renda mínima quando tem, que não tem grau de instrução, não conseguem compensar diabetes, hipertensão porque não sabem ler e não conseguem tomar a medicação corretamente, não conseguem fazer uma alimentação favorável e ainda vivem sem estímulo, sem querer continuar a viver porque não veem mais sentido, a solidão abraça. E você se pergunta: o que fazer diante disso? Qual o seu papel?

A integralidade do cuidado que o SUS preconiza, perpassa por todos esses quesitos, desde você trabalhar com o indivíduo a sua autonomia para gerir sua própria saúde, até as intervenções que tenho que fazer como profissional da saúde e por responsabilidade sanitária. Preciso oportunizar o cuidado daquele indivíduo em todos os aspectos que afetam a saúde dele. Lembro-me com saudade das visitas domiciliares e dos vários momentos bons que vivi, podendo entrar nas casas, sentir-me acolhida e poder acolher.

Dona L.J., 74 anos, tabagista (Figura 1), com uma história de vida sofrida, sem família, morava sozinha. Fomos fazer essa visita porque ela relatou para a Agente Comunitária de Saúde (ACS), que não tinha mais vontade de viver e se sentia só, a ACS preocupada relatou o caso e nos levou até a residência da paciente. No início ela estava bem desanimada e criou um pouco de resistência, mas insistimos nas visitas e então ela se abriu e nos contou sua história. Não queria comer, não queria conversar, não queria participar das atividades da unidade, só se lamentava. Hoje ela está ativamente participando do grupo amigos da saúde, que é um grupo de práticas corporais, adora quando tem as visitas, e vai a unidade de saúde quando preciso. Não podemos fazer tudo pelo usuário, mas garantir o cuidado, que passa a ser integral e de uma compreensão ampliada do processo saúde - doença e de intervenções para além de procedimentos técnicos.

Por esse contexto perpassa também a intencionalidade de dar autonomia ao usuário para saber escolher o que for melhor pra si, o que o contempla naquele momento. É importante compreender esse movimento como um processo de educação em saúde, onde o profissional que cuida, possibilita o aprendizado, estimula a criticidade, a corresponsabilização e a autonomia propriamente dita do sujeito.

Figura 1. Visita domiciliar na casa da usuária L.J., 74 anos, com a equipe mínima e do NASF no território da USF Concórdia, 2019.



2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As práticas educativas em saúde, no início do século XX, eram voltadas a incorporação de hábitos higiênicos pela população de maneira totalmente impositiva pelas autoridades sanitária. Denominada “Educação Sanitária” mantinha o caráter normativo voltado para a assimilação de hábitos e comportamentos adequados (RODRIGUES e SANTOS, 2010).

A educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ser pensada num modelo dialógico entendendo que o usuário faz parte de um contexto social, com um histórico de conhecimento e saberes prévios, mesmo que não considerados como científicos, mas que favorece a autonomia dos sujeitos na construção do processo de saúde do contexto em que está inserido (RODRIGUES e SANTOS, 2010).

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (ALVES, 2004).

O ser humano em sua trajetória de vida baseada na metodologia tradicional de ensino, onde alguém diz o que deve fazer, demora a condicionar-se a uma nova forma de entender, ver e agir. Participar das atividades de educação em saúde, me mostrava o quanto estava impregnada em nossa educação a ausência da valorização do saber do outro. No início, planejamos uma palestra para falar sobre saúde bucal e prevenção e depois, fomos nos deixando seduzir pelas possibilidades que esta prática podia nos proporcionar.

A teoria da aprendizagem significativa explica sobre o processo de aprendizagem destacando a potencialidade do conhecimento prévio como forma de possibilitar mudanças por meio do aprendizado; da necessidade e importância de não transformar diferenças sociais, econômicas, culturais e cognitivas em desigualdades (ALEGRO, 2008).

E então percebi que o preconceito intrínseco em nossa existência não permite que acreditemos que o outro já tem saberes e tentamos erroneamente impor o nosso. Ao avaliarmos isso, começamos a criar estratégias para que eles fossem contemplados com o que eles desejavam de aprendizado e em que necessitavam de aprimoração, deixando de colocar o que nós achávamos que era preciso. A partir de um tempo, as atividades tiveram mais fuidez e adesão. O usuário passou a entender o porque daquela prática e que a participação dele era importante naquele espaço, porém encerram-se ciclos e iniciam-se com outros profissionais que têm outros métodos de trabalho e inserem diferentes conduções de cuidado.

Meu tempo de assistência na USF foi sem comparação um período de imenso aprendizado, foram os erros e acertos que me fizeram deslocar e poder encerrar esse ciclo entendendo a potencialidade que levo comigo.

Figura 2. Atividade educativa para marcação de primeira consulta odontológica no território da USF Concórdia, 2018.



Figura 3. Atividade educativa do Programa de Saúde na Escola sobre prevenção ao mosquito Aedes Aegypti na Creche São Francisco no território da USF Concórdia, 2018.



Figura 4. Atividade educativa no Novembro Azul para rastreamento de câncer bucal na USF Concórdia, 2018.



Figura 5. Atividade educativa no Setembro Amarelo de prevenção ao suicídio, realizada no território da USF Concórdia, 2018.



3 UM NOVO MOMENTO SE INICIA DO LUGAR DE R2

Esse momento foi esperado por todos os residentes, alguns com muita ansiedade, outros com medo, outros tranquilos, mas com certeza um misto de sentimentos e sensações.

A perspectiva era que alcançássemos os objetivos e conseguíssemos suprir as expectativas colocadas sobre nós, sabendo que os residentes anteriores fizeram um excelente trabalho e tiveram produtos com muita qualidade, porque foi possível visualizar o desempenho nos diversos serviços de saúde, a cada apresentação dos instrumentos que desenvolviam.

Em mim, um misto de alegria por saber que era um residente e também de apreensão por saber a responsabilidade que tínhamos que dar continuidade com mesmo sucesso alcançado anteriormente, junto a insegurança por nunca ter participado desses espaços.

Durante o primeiro ano de residência, eu sempre me posicionei no lugar de profissional da ponta, exigindo, cobrando e muitas vezes questionando alguns posicionamentos da gestão. Não compreendia critérios, fluxos, financiamento e nem como se organizava a gestão de um município. Desse lugar não se consegue dimensionar o que é preciso para que o sistema funcione e pra que seja ofertado um serviço com o mínimo de dignidade e qualidade.

Meu primeiro estágio no R2 foi na coordenação de Atenção Básica (AB) do município, nossa turma foi a segunda turma da residência e ainda haviam entraves em alguns espaços, as pessoas ainda estavam se adaptando a presença dos residentes e na compreensão sobre o processo de formação.

Em todo estágio inicialmente elaboramos um plano que direciona nossas ações durante esse período. Normalmente o plano de estágio conterà ações que estejam demandando atenção naquele espaço. A proposta em meu estágio na coordenação da AB foi a RT (Reterritorialização) municipal. Pensar na proposta para organização de saúde do território, utilizando uma ferramenta importante para o conhecimento das necessidades de uma população, para planejar e implementar medidas de saúde.

Pensar que o território por ser um espaço dinâmico, que ele muda constantemente e isso faz com que necessite do olhar mais atento para as demandas que surgem e as implicações nos determinantes e condicionantes de saúde do mesmo. Para garantir o direito dos usuários ao acesso às ações e aos serviços de que necessitam independente da complexidade (FARIA E BORTOLOZZI, 2009).

Pra mim a parte mais difícil nesse processo foi o período de conscientização dos

profissionais de saúde para participar do processo enquanto responsáveis sanitários, enquanto atribuição, enquanto necessidade do território que é dinâmico. Contudo foi uma experiência enriquecedora o aprendizado que tive nesse processo de construção de uma proposta para RT e discussão e mediação com as EqSF (Equipes de Saúde da Família) para planejamento e intervenção.

Quando escolhi o estágio na coordenação da AB, tinha uma concepção, que eu aprenderia o fazer daquela função ou, pelo menos, vivenciaria atividades que me permitiriam experiências pra uma coordenação. Eu resumia meu aprendizado a um delimitado espaço. Com o tempo, eu fui entendendo a gestão compartilhada e levo comigo o aprendizado nos espaços de discussão que estive presente, como a reunião do Apoio Institucional, as Educações Permanentes, a Sala de situação - acompanhando a avaliação dos indicadores, o Planejamento - acompanhando as propostas para qualificação do RAG (Relatório Anual de Gestão), o COCAB (Colegiado dos Coordenadores da Atenção Básica) que é um encontro que ocorre na SESAB e é facilitado pelos apoiadores e coordenadores da DAB (Diretoria de Atenção Básica) é um espaço que promove discussão sobre o fazer do coordenador através de uma gestão participativa e permeia um compartilhamento rico das experiências de cada município.

Iniciamos o R2 com uma experiência de grande peso também que foi contribuir com o planejamento e execução da 7ª Conferência Municipal de Saúde – Dias d'Ávila, no ano de 2019, cujo tema foi “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Constitui-se um espaço riquíssimo de debates e levantamentos de propostas para a saúde com a participação de diversos atores sociais e das redes intersetoriais.

Foi uma experiência nova pra mim e mais ainda por entender a proposta da Conferência e a importância da participação popular. De entender o quanto a população perde por deixar de participar e desconhecer esse espaço. A importância de ativarmos os coletivos e a participação popular e nós como profissionais da saúde de estarmos nesse espaço estrategicamente pensado para intervenções nas políticas de saúde.

Quando lembro na proporção que a 8ª Conferência Nacional de saúde (1986) tomou e tudo que foi gerado após, penso no potencial que existe nas conferências municipais e no poder na formulação de propostas que foram discutidas para potencializar a saúde de uma nação. Participar de momento como esse é ímpar, fazer parte da história de luta, de militância.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um

dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu temas relevantes para a saúde: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial'. Segundo o relatório final da mesma foram cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. (BRASIL,1986)

A 8ª conferência foi a primeira que contou com a participação de usuários. Antes, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. As conferências participavam pessoas convidadas pelo Ministério da Saúde e nesse ano Arouca que estava no núcleo do movimento sanitário e na época era presidente da Fiocruz presidiu a conferência. As pré-conferências municipais e estaduais eram os espaços para discussão dos temas. O interesse da sociedade levou à participação popular, além dos delegados da sociedade civil que representavam formalmente seus grupos, vários outros grupos fizeram passeatas exigindo participar. Nesse dia realizou-se uma assembleia para discutir a possibilidade de incorporação dessas pessoas, e elas acabaram sendo admitidas, como observadores. Nessa conferência ficou definido que para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira seria imprescindível que houvesse um movimento popular de mobilização e participação social. A participação popular é muito importante. É através desse processo de controle social que a população pode contribuir ativamente no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, garantia de direitos, fiscalização e controle. (BRASIL, 1986)

Infelizmente o estágio na coordenação foi um período muito curto, sem falar no bloqueio para acessar outros aprendizados no que diz respeito ao fazer do coordenador e do dialogo com a tutoria. Fiz essa crítica em minha avaliação, mas também entendo que é um processo gradativo que acredito que vai se aprimorando com o tempo. Tive uma sensação ruim também de não ter existido um tempo e espaço de mostrar algumas competências e até mesmo de desenvolver, compreendo também que essa é uma percepção que vou ter constantemente por exigência pessoal e que nem sempre vai estar realmente condizente com o processo, mas me deixa intrigada.

Dentre as diversas atividades e espaços pedagógicos, no segundo ano, nós tivemos também as rodas e os turnos pedagógicos, espaços também para refletir, avaliar, pensar criticamente, propor e planejar nossas ações. Quantas discussões boas tivemos. Sempre achei muito produtivo a metodologia que utilizávamos nesses espaços e nos outros espaços pedagógicos da residência. A metodologia ativa tem características que eu valorizo, pela

autonomia que proporciona pra desenvolver meu aprendizado, como toda metodologia, há críticas sobre o processo, mas que não desvaloriza a potencialidade do método. Ajudou-me a aprender de outras formas e a pensar no fazer do trabalho de outras formas.

Agradeço pela disponibilidade e competência dos profissionais que estiveram comigo nesses dois anos de residência. Seres que me davam ânimo e me motivava, nas noites, nos sábados e nos espaços. Foram momentos alegres, descontraídos, intensos, cansativos, criativos, de concordância e às vezes de muita discordância, mas também de ternura, de afeto, de criação de vínculo e de muito aprendizado.

Logo após o estágio na coordenação da AB em Dias d'Ávila, entrei no período de Eletivo e Férias, fiz meu estágio eletivo na DAB/SESAB (Diretoria de Atenção Básica/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia), optei por este espaço porque queria ampliar minha experiência na gestão da AB, nesse período estive com uma excelente tutoria, infelizmente também um estágio muito curto então como sanitaria no campo da gestão estadual, não pude apreender outros conhecimentos e habilidades.

O meu estágio na DAB foi paralelamente ao período de renovação de contrato dos Apoiadores Institucionais (AI) e, portanto, também um pouco turbulento, foi um período curto e denso, cheio de tensão por parte dos profissionais pelo atraso de salário e pela responsabilidade de ter que manter um serviço mesmo sem condições, lidando com mediação de conflitos e vivenciando os vários processos que ocorrem na diretoria.

Tive dificuldade de ter o acompanhamento da tutoria também, mas pude acompanhar algumas atividades como: workshop, tutoria e monitoramento do PlanificaSUS; Qualificação do fluxo de encaminhamento para a Policlínica Regional de Simões Filho; Análise dos relatórios das atividades desenvolvidas pelas equipes de apoio nas 12 macrorregiões da Bahia; Reuniões com as equipes para alinhamento do processo de trabalho. Queria mais tempo nesse espaço para poder vivenciar, mas felizmente vive essa experiência e infelizmente acabou.

3.1 O CAMINHAR DE UMA DENTISTA NA REDE CEGONHA

Em meu último estágio, que foi na Rede Cegonha, me deparo com essa frase: uma dentista na Rede Cegonha? Como dentista, o que você vai fazer aqui na maternidade? Enfim, esses são alguns dos comentários que ouvi e de fato as pessoas não sabem o que uma dentista pode fazer na Rede Cegonha, porque estão condicionadas culturalmente a ver o dentista apenas no consultório atendendo.

O que é a Rede Cegonha? Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) “é uma rede de cuidados que assegura às mulheres: o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados, o direito ao planejamento reprodutivo e às crianças: o direito ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis”.

A maternidade foi um dos meus campos de prática, porém na minha experiência não proporcionou um espaço pedagógico de fato, não houve a presença de um tutor que ajudasse na qualificação dentro desse processo. A tutoria não foi presente, a dinâmica do local não dialoga com a nossa presença, não achei produtivo, gostaria que fosse e que tivéssemos espaço para isso. Inicialmente foi sem perspectiva, pra começar já fiquei sozinha no estágio e não tive muito acompanhamento da tutoria, mesclado a isso a insegurança e a subutilização nesse espaço. Realmente pra quem é médico e enfermeiro, é mais lógico e prático estar nesse lugar, mas pra outro profissional tem que ser estrategicamente pensado o que será desenvolvido ali.

O período em que estive na maternidade, realizei a coleta dados e fiz o consolidado dos indicadores no livro de parto. Apesar de sempre dialogar com os profissionais e usuários, no momento em que eu estava presente, o fluxo de pessoas era muito baixo, no turno que eu ficava, por isso eu não consegui participar de praticamente nada na maternidade, mudei de dia e turno para tentar mais aproximação com a rotina de partos, mas não obtive êxito.

Da visita de vinculação só consegui participar uma única vez e ainda tenho críticas ao processo, não percebi empenho dos profissionais para que ocorresse, percebi que por alguns dias não aconteceu e que a comunicação com as gestantes foi falha. Apesar do grande incentivo para que elas participem das visitas, ouvi relatos de que vários são os empecilhos, inclusive essa inconstância nas datas de visita. Existe um cronograma que é disponibilizado pela maternidade, mas segundo relatos os horários têm sido também critérios de exclusão. Gestação não é doença, mas em vários casos há uma grande dificuldade principalmente pela transformação que o corpo da mulher sofre e devido também ao turbilhão de alterações hormonais que ocorre.

A visita de vinculação foi instituída a partir da Lei Nº 11.634, de 27 de 2007 e tem como objetivo estreitar a relação entre a maternidade e as gestantes, prestar uma assistência humanizada e falar das práticas existentes dentro da Maternidade de Referência. É um momento em que deve ocorrer a criação de vínculo com a maternidade de referência tanto pela gestante quanto pelo acompanhante, nesse espaço ocorre todas as orientações necessárias desde o que levar para a maternidade de documentos, materiais para a mãe e o recém-nascido, como também identificar os sinais e sintomas do trabalho de parto, o papel do acompanhante nesse

momento, conhecer a maternidade, mais esclarecimento de dúvidas e diálogo sobre suas vivências.

Nesse período de estágio na rede também dei continuidade a realização das EP que se iniciou com o grupo anterior, sobre o “fluxo de pré-natal de alto risco no município de Dias d’Ávila” e muito da minha análise parte do compilado de informações desses relatórios gerados após a EP, porque faz um levantamento de atividades que constam no plano de ação da rede no município e nos indicadores da rede.

Outra experiência exitosa no estágio na rede foi o contato e a aproximação que fizemos com a SEDES (Secretaria de Desenvolvimento Social), o CRAS foi um dos equipamentos que pude interagir e vivenciar com o grupo de gestantes que acontece a partir do Programa Primeira Infância no SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Estes momentos foram de bastante aproveitamento e integração, pudemos compartilhar dúvidas e planejar ações em conjunto. Participei também mediando uma roda de conversa juntamente com outra dentista residente do segundo ano, onde falamos sobre saúde bucal da gestante e do recém-nascido e esclarecimento de outras dúvidas que iam surgindo. No grupo foram discutidos vários outros temas como direito previdenciário da gestante, assédio moral das relações afetivas, entre outros. Para, além disso, foi a interação das redes que mantinham diálogo a distância e nos momentos de necessidade. Essa aproximação abre espaço para que ocorra um cuidado mais ampliado, proporcionando as gestantes um fluxo de encaminhamento mais seguro.

4 O DESFECHO DE UMA ETAPA

Em março de 2020, finalizo a residência em saúde da família, um processo que teve início há dois anos atrás, com algumas certezas e muitas dúvidas. Eu sabia quem eu era e quem eu queria ser ao final. Eu sabia que sofreria transformações, que amadureceria nesse percurso, que sofreria e que também poderia me dar bem. Sabia que aprenderia muitas coisas, que teria dificuldade com outras, mas que mesmo assim eu chegaria ao final.

Eu, Débora, agradeço a todas as pessoas que passaram pela minha vida nesse período, com energias positivas ou negativas, absorvi apenas o que era essencial pra minha existência e caminhada. Aprendi a ser e a ter ainda mais amor, mais paciência, mais empatia, mais solidariedade, mais solicitude, mais bondade, mais resiliência, mais confiança, mais coragem, mais sensibilidade.

Como profissional, levarei tudo isso e mais tudo que o SUS e a residência me proporcionou de aprendizado, a dentista com o olhar centrado, ampliou seu olhar, antes ela ia ao consultório, limitava-se ao vínculo com paciente, perguntava qual era seu problema, o que ele desejava, fazia o exame, ditava o valor, fazia o tratamento e desvinculava-se.

A dentista de hoje vincula-se ao usuário, a família, ao território, analisa determinantes e condicionantes em saúde e indicadores de saúde, avalia a saúde como um todo e todos os aspectos que a permeiam. Ela preza pelos princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade. Ela faz busca ativa, faz visita domiciliar, faz acolhimento, faz escuta qualificada, faz educação permanente, faz educação em saúde, faz atividade coletiva e ações no PSE (Programa de Saúde na Escola), é militante e luta pelo SUS ideal e real.

O ideal porque é o que desejo que se concretize, como garantido em constituição “SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO” e que não se perca com o sistema capitalista e com distribuição injusta e desproporcional de renda. Que desconhece o termo EQUIDADE, e que a todo momento vemos destituir um pouquinho do que foi conquistado.

O real porque é o que temos garantido mesmo com dificuldades, mesmo com falta de verba, de insumos, com poucos profissionais comprometidos e engajados, mesmo sendo sucateado, mesmo sendo atacado, mesmo sendo desprovido. Continuaremos lutando pelo SUS que favorece a todos.

Finalizar esse curso foi muito gratificante, as amizades que construí, o aprendizado que

adquiri, a bagagem de conteúdos que vou levar, não é de retorno financeiro que falamos, é de um SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, onde todos e indubitavelmente todos, possam acessar. Hoje estou falando de algo que acredito e que eu pude vivenciar por dois anos, vive o estar na ponta, cuidando da população na assistência e pude vivenciar a gestão. Tive a sorte de trabalhar com uma gestão comprometida, militante, destemida, aprendi que a saúde pública se faz mais com amor do que de fato com recursos. Os recursos indisponíveis ou limitados, limitam o alcance das ações, mas a vontade de fazer e a coragem de lutar pelo que acredita é o que impulsiona.

REFERÊNCIAS

ALEGRO, Regina Célia. **Conhecimento prévio e aprendizagem significativa de conceitos históricos no Ensino Médio**. Marília: UNESP, 2008. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Marília, 2008;

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005;

ANDRADE, Ademilde Machado *et al.* **Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, Mar. 2014;

BRASIL. **Atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>>. Acesso em 21 de Janeiro 2020;

BRASIL. **Cartilha da Política Nacional de Humanização: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, Ministério da saúde. 2006. Disponível em: <http://redehumanizadasus.net/93244-acolhimento-escuta-qualificada-e-oferta-de-servicos>.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de junho de 2011. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em 16 de Março de 2020;

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de setembro de 2017. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 5 de Fevereiro 2020;

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 16 de Março de 2020;

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, vol I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013;

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39);

CARRER, Fernanda Campos de Almeida. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir** / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo : Faculdade de Odontologia da USP, 2019;

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio**. In: _____. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 85-102;

FARIA, Rivaldo Moura *et al.* **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

GRABOIS, Victor. **Gestão do cuidado.** In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf> Acesso em 03 de Fevereiro 2020.

MERHY, E. E.; **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo, Hucitec, 2002. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, ed. 8, p. 1953 – 1957. Ago, 2008.

NARVAI, Paulo Capel *et al.* **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas em Saúde).

SULTI, Amanda Del Caro *et al.* **O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde.** SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, JAN-MAR 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods** – 5th ed. p142 , 2013.

RODRIGUES, Davi *et al.* **A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil.** J Health Sci Inst, v. 28, ed. 4, p. 321-4. 2010