

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

EVANY MENEZES DAMASCENA SOUZA



O MOVIMENTO DE UMA ODONTÓLOGA ATRAVESSADA PELO SUS: COMO ONDAS NA ÁGUA.

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família – FESF e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ-BA para certificação como Especialista Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientadora: Mavie Eloy Kruschewsky

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CCZ- Centro de Controle de Zoonoses

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CPO-D – Cariados, Perdidos e Obturados e o D correspondem à unidade de medida

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DAB - Departamento de Atenção Básica

DS – Diagnóstico Situacional

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

GC – Grupo Condutor

GEASA - Gerência de Atenção a Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleos Ampliados de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNE - Portadores de Necessidades Especiais

PSE – Programa Saúde da Escola

R2 - Residentes do Segundo Ano

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RUE- Rede de Urgência/Emergência

SS - Sala de Situação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	3
2- O APEGO À CADEIRA ODONTOLÓGICA.....	6
3- MEU ENCONTRO COM A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	9
4- UMA DENTISTA PERDIDA NA GESTÃO	16
5- A LUTA DE UMA TRABALHADORA, USUÁRIA E MILITANTE DO SUS.	20
6- FINALIZANDO MAIS UMA ETAPA.....	23
REFERÊNCIAS	26

1- INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2017, eu havia acabado de entregar meu Trabalho de Conclusão de Curso da graduação de Odontologia e sentia-me ansiosa para atuar na minha área, já em busca de uma estratégia para me inserir no mercado. Dos cinco anos cursando Odontologia em período integral, em dois anos eu trabalhei no período da noite em uma central de tele atendimento fazendo registro de denúncia de violações de Direitos Humanos. Com esta rotina me sentia desanimada e muito cansada, já que eu passava o dia inteiro na faculdade, estendendo para o trabalho e só chegava por volta das 00h40min.

Passei dificuldades financeiras nos cinco anos de graduação, dividindo apartamento com amigos, distante da família e com pouco tempo para visita-los, pois a carga horária na central de atendimento além dos dias de semana se estendia em dois finais de semana durante o mês. Repito, não foi fácil e naquele momento eu sentia que precisava encerrar mais um ciclo, pois a minha saúde mental, física e vida social já estavam sendo comprometidas e uma mudança nos rumos da minha história se fazia necessário.

Em fevereiro de 2018, durante o carnaval, recebi uma mensagem sobre o edital da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), com nome de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família, Instituição Formadora: FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) e Instituição Financiadora: Ministério da Saúde (MS) (FESF-SUS, 2018).

Confesso que em meio à correria dos festejos carnavalescos não li atentamente o edital e desconhecia programas de residência para outros profissionais de saúde, que não fosse médico. A prova já ocorreria em aproximadamente quinze dias, pensei em não fazer, pois não havia realizado a colação de grau ainda, não tinha dinheiro para pagar a inscrição e nem haveria tempo suficiente para estudar. Repensei, minha mãe me incentivou, pagou a minha inscrição, todavia não tive tempo para estudar. Surpreendi-me com o resultado da prova, mas não pensei que fosse passar. Os dias foram passando, não acompanhei as etapas, contudo vi que havia acertado um bom número de questões.

Dia oito de março de 2018, por volta das 10h00min, recebi um e-mail da Instituição solicitando meu comparecimento, munida de uma lista de documentos que eu nem tinha ainda, a exemplo da minha inscrição profissional. Providenciei tudo que foi possível e fui levar os documentos achando que ficaria como cadastro reserva. Até este momento eu ainda não havia compreendido o que estava acontecendo.

Ainda lembro-me da minha pergunta sobre o cadastro de vaga reserva e logo veio a informação que eu precisava me organizar para pedir demissão e providenciar os documentos restantes, pois na segunda-feira dia doze de março de 2018 já ingressaria na

Unidade de Saúde da Família (USF) e receberia um e-mail informando-me sobre a cidade onde atuaria.

No dia dez de março de 2018, período da tarde o tão esperado e-mail com a cidade onde iria exercer minha tão esperada função é chegado. A residência tem sua concentração de práticas na região metropolitana de Salvador/BA, nos municípios de Camaçari, Dias d'Ávila e Lauro de Freitas e preenchemos uma ficha com nossos polos de preferência. Meu local de escolha foi Lauro de Freitas, por estar mais próximo de Salvador. Contudo, não fui contemplada com minha escolha e para minha surpresa vim para o município de Dias d'Ávila, local que já havia morado anteriormente por aproximadamente seis meses e fui embora por falta de adaptação.

O meu desafio iniciou a partir do momento que soube que retornaria a Dias d'Ávila, local que jamais pensaria em voltar. Neste período não entendi o porquê de perguntar a um candidato em uma ficha de inscrição a escolha do local de preferência, já que não seria levada em consideração, embora hoje eu tenha conseguido superar a minha falta de adaptação do passado e tenha criado um carinho por esta cidade. Talvez o meu retorno tivesse este propósito, de mostrar o quanto podemos mudar o olhar para determinadas situações.

Dias d'Ávila fica localizada na região metropolitana de Salvador, possui uma população estimada de 81.089 habitantes no ano de 2019 (IBGE, 2019). A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município é composta por doze USF, uma Unidade Satélite, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), duas Unidades de Urgência e Emergência, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, uma Farmácia Central e um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) (PLANO MUNICIPAL, 2018). O município apresenta cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 83,00% e de Atenção Básica de 83,00% e em relação aos ACS (Agente Comunitário de Saúde), possui um teto de 199 (cento e noventa e nove) profissionais, 131 (cento e trinta e um) credenciados e 96 (noventa e seis) implantados (BAHIA, 2019).

Costumo dizer que eu não escolhi fazer parte do SUS (Sistema Único de Saúde), ele que me escolheu e a mudança que eu tanto esperava se concretizava. Tenho muito orgulho de falar sobre o programa do qual faço parte e segui determinada que aproveitaria meu processo como residente intensamente (aproveitei mesmo,rs) e daria o meu melhor como profissional de saúde, pois assim eu seria capaz de transformar o meu aprendizado e concretizar o meu propósito de defesa e fortalecimento do SUS.

O Programa Integrado de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e

Medicina da Família e Comunidade da FESF-SUS/Fiocruz adotam uma formação crítico reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico científico para atuarem no campo da atenção primária à saúde e redes de atenção à saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da Atenção Básica. O Programa tem duração de vinte e quatro meses, sessenta horas semanais, carga horária teórica de 1152 horas (mil cento e cinquenta e dois), teórico prática com 4608 horas (quatro mil seiscentos e oito), totalizando carga horária de 5760 horas (cinco mil setecentos e sessenta), com modalidade em tempo integral e dedicação exclusiva (FESF-SUS, 2018).

Pela carga horária, vi que a jornada também não seria fácil, mas já sentia que seria uma experiência transformadora. Frente a isto, este memorial tem como objetivo retratar minhas vivências como Dentista Multiprofissional em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Dias d'Ávila/BA, lotada no bairro Entroncamento, recém-formada e sem experiência no âmbito do SUS.

Durante vinte e quatro meses me permiti desempenhar a função de dentista para além da cadeira odontológica e participei de espaços que jamais pensei que pudesse atuar, por isso deixarei aqui registrado as minhas reflexões e meu processo de expansão para além do consultório odontológico como prova de que o dentista não resume sua prática com vistas voltadas apenas aos dentes. Portanto, este memorial será pautado nas minhas fases de evolução e minha mudança de postura, perpassando desde a dentista do consultório odontológico, a dentista da saúde da família (sem entendimento de seu papel), a dentista que nunca pensou em atuar no espaço da gestão e por fim a dentista militante e defensora do SUS.

2- O APEGO À CADEIRA ODONTOLÓGICA

A USF que escolhi está localizada no bairro Entroncamento, um dos mais antigos bairros de Dias D'Ávila e recebe este nome por estar situado na entrada da cidade. O bairro enfrenta alguns agravantes em saúde, pois não tem saneamento básico, há esgoto a céu aberto em alguns locais, não há coleta de lixo em todas as ruas, a iluminação é precária, algumas ruas ainda não possuem pavimentação, além de ser considerado um bairro com alto índice de vulnerabilidade social.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), a população adscrita por equipe de saúde da família é de 2.000 (dois mil) a 3.500 (três mil e quinhentos) pessoas e para o ACS recomenda-se a cobertura de no máximo 750 (setecentos e cinquenta) pessoas, porém acredita-se que há uma quantidade muito superior a estes números. A USF Entroncamento é composta por duas equipes de Saúde (equipe I e II) e de acordo com um levantamento do quantitativo populacional realizado em 2017 a área da equipe do Entroncamento I foi considerada a menos populosa do município, todavia esta área possui o maior percentual de área descoberta com 26,15%.

O município apresenta cobertura de Saúde Bucal de 43,09%. Se considerada somente a ESF tem-se uma cobertura de 53,49% com teto de 40 eSB (Equipe de Saúde Bucal), sendo 17 (dezessete) credenciadas e 13 (treze) equipes implantadas. Ademais, o município possui 2 (dois) NASF (Núcleos Ampliados de Saúde da Família) tipo I implantados e credenciados (BAHIA, 2019).

Neste capítulo gostaria de deixar registrada a forma como eu pensava sobre o trabalho e o cotidiano de uma dentista em uma USF. Ao iniciar este novo ciclo eu não fazia ideia que teria que desenvolver tantas habilidades e competências, tudo era novo.

No primeiro dia na USF, fomos recebidas pela equipe e éramos um quantitativo de quatro cirurgiãs-dentistas e quatro enfermeiras, e como supracitado, a USF é dividida por duas equipes, contudo todo atendimento à comunidade era realizada em apenas um local, ou seja, a estrutura física da unidade era insuficiente para o número de equipes, com isso dividíamos turnos de atendimento para a população.

O quantitativo de profissionais superlotava a USF e para a equipe de saúde bucal, não poderia ser diferente. Estávamos à frente de uma problemática no nosso processo de trabalho, dividindo a cadeira odontológica entre quatro profissionais. Neste momento não conseguíamos ver solução a não ser tentar adequar uma agenda de forma que contemplasse o maior número de atendimento clínico.

Por um período ficamos ligadas a uma cadeira odontológica e de acordo com Sanchez, Drumon, Vilaça e Lacerda (2008), este comportamento pode ser explicado a partir do momento em que a formação odontológica universitária é fragilizada em relação às disciplinas que tratam dos aspectos sociais e preventivos, levando em muitos casos ao desinteresse do futuro profissional com estas questões que por sua vez trazem consequências, pois há uma dicotomia presente entre o que se ensina nas faculdades e a realidade de que os profissionais encontram no seu dia a dia.

Os problemas com a equipe de saúde bucal foram aparecendo e podemos confirmar o que os autores relatam. Além de formarmos um grupo de quatro cirurgiões dentistas com perfis e experiências diferentes, nenhuma de nós com experiência em ESF, pode-se afirmar que não fomos preparadas durante a graduação para lidar com tais situações e só nos víamos presas à tecnologia dura, ou seja, sem a cadeira odontológica perderíamos o sentido de estar dentro de uma USF. Neste período estávamos todas muito ansiosas, perdidas ainda nos processos de trabalho da Atenção Básica e não nos encaixávamos na rotina do serviço.

Na prática em saúde bucal, o tecnicismo e a dependência de tecnologias duras (os instrumentos e os equipamentos) se mostram soberanos, pois este é o modo da nossa prática, esta é a resposta que a técnica odontológica imprime para a terapêutica do seu objeto de trabalho. A ESF surgiu para alterar este modelo de atenção procedimento centrada, propondo um atendimento humanizado, centralizado para o núcleo familiar e que propõe a integração entre as ações clínicas e de coletividade (PIRES, BOTTAZO, 2015).

Os modelos de atenção à saúde bucal foram discutidos no espaço da Roda de Núcleo com a participação de todos os profissionais dentistas residentes e neste espaço de discussão através da leitura do livro, "Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca", do autor Narvai (2008), nos remeteu a questão do quanto nossa prática está interligada a nossa formação pedagógica.

O nosso processo de aprendizado neste primeiro momento foi desconstruir este modelo e enxergar que o nosso papel como cirurgiões-dentistas iria além de nos restringir ao consultório odontológico. Esta situação nos fez ampliar o olhar e nos turnos sem atendimento clínico nos envolvemos em outras atividades.

Nesta perspectiva comecei a entender que seria necessário me inserir com uma nova proposta de atuação, diferente do que se caracterizava como o modelo biomédico, centrado na assistência de indivíduos doentes e nas ações realizadas individualmente pelo nosso núcleo. Assim, busquei superar o modelo procedimento-centrado, valorizei a diversidade terapêutica, incluí o usuário no processo de cuidado e integrei promoção, prevenção, cura e

reabilitação. Assim começa o meu entendimento do que vem a ser uma dentista como parte de uma equipe da USF.

3- MEU ENCONTRO COM A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Como citado no capítulo anterior o nosso primeiro desafio se constituiu na desconstrução do fazer Odontologia a partir do modelo biomédico e passado aproximadamente três meses iniciei minha caminhada em entender-me dentista multiprofissional e comecei a me familiarizar com os programas da ESF.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB, 2000), a ESF surgiu no ano de 1994, com um modelo de atuação composto essencialmente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Com implantação da política Nacional de Saúde Bucal em 2003, houve uma reorganização da Atenção Básica incorporando as equipes de saúde bucal na ESF, sendo um marco para ampliação do acesso ao tratamento odontológico por meio do SUS.

Somente após nove anos da ESF, que a Odontologia tenha se transformado em pauta de políticas públicas. Os poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (BRASIL, 2003).

Para a mudança desta situação, em 2003 o MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. Este programa visa garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população e tem como objetivo a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito.

O novo modelo implica ir além do domínio de técnicas clínicas, pois o profissional necessita de outros saberes e posturas como planejar em saúde coletiva, sensibilidade social, vínculo com as famílias, posicionamento crítico, reflexivo e transformador (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2007). Com estas informações pude perceber que os cinco anos de graduação em Odontologia não me prepararam para vivenciar estas competências com tanta facilidade e que mais estudos seriam necessários. Além disso, o profissional precisa saber lidar com enfrentamento de problemas na organização do trabalho (sim, tivemos muitos), problemas de gestão e lidar com a falta de compreensão dos usuários que não entendem a lógica organizativa da ESF.

Um dos problemas vivenciados pela equipe de saúde bucal que gostaria de destacar foi sobre a gestão da agenda. Com a transição dos residentes anteriores continuamos com o

mesmo padrão de agenda, mas logo vimos necessidade de mudança, pois da forma que estava não estávamos sentindo de fato uma evolução e a cada dia esta agenda não nos trazia resultados positivos, assim como não atingíamos um quantitativo satisfatório de usuários.

A demanda espontânea por tratamento odontológico era enorme e o acesso ao tratamento programado era desorganizado e já havia pacientes há um ano em tratamento sem conclusão, além da ausência de prioridades a grupos vulneráveis como: gestantes, escolares, portadores de necessidades especiais (PNE), diabéticos, hipertensos etc.

Nosso objetivo naquele momento era configurar um sistema de saúde com equidade e priorizar as ações em saúde bucal, seja ações de recuperação ou de promoção e prevenção à saúde. Realizamos ações de saúde bucal na USF, mudamos a estrutura da agenda, conseguimos fazer avaliação bucal com classificação de risco e com isso minimizamos o número de perda dentária por cárie e conseguimos uma melhor satisfação do usuário e os casos de demanda espontânea foram diminuindo ao logo do tempo.

Outro fato a ser relatado, que não foi um problema, mas sim um embate importante durante minha passagem na assistência é sobre o envolvimento e participação do dentista na visita domiciliar. A visita domiciliar é uma forma de garantir o acesso à saúde de uma parte da população incapacitada de chegar à USF. Por vezes, presenciamos o planejamento da visita domiciliar através de outras categorias profissionais especificamente, médico e enfermeiro, sendo discutidos perante nossa presença, porém sem a nossa inclusão.

Cabe-nos também realizar visitas domiciliares no propósito de oferecer atenção em saúde bucal individual e coletiva às famílias, além de contribuir para a promoção e prevenção em saúde e acaba sendo esquecida pelos demais profissionais. Em espaços como reunião de equipe levantamos os questionamentos, discutimos sobre a importância da equipe de saúde bucal, além de exigir nossa vaga no carro onde levam os demais profissionais. Só para constar conseguimos mudar este cenário e para nós se configurou como uma conquista para nossa categoria.

Figura 1: Visita domiciliar.



Fonte: Evany Menezes D. Souza, 2018.

Dentre as competências como cirurgiã-dentista na Atenção Básica realizei o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE é uma política intersetorial da saúde e da educação, instituído em 2007. Nele, as políticas de saúde e educação são voltadas às crianças, adolescentes da educação pública brasileira que se juntam para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino. Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo nos juntamos com equipe a fim de realizar as ações programadas de acordo com o calendário anual do município (MACHADO, et al., 2015).

Neste processo, a lógica do programa considera que a educação e a saúde estariam unidas na realização das atividades, como o próprio MS referencia. Contudo, a equipe de saúde fica com a responsabilidade de programar as ações e executá-las enquanto a equipe escolar nada contribui, havendo dificuldade de integração entre os setores conforme é preconizado. A intersetorialidade ainda é um desafio e penso que talvez para haver a união coubesse a participação dos profissionais de saúde nas reuniões de planejamento escolar para pactuação de como as atividades de saúde bucal seriam realizadas (SERPA, MANARICK, TEIXEIRA, 2015).

Outro fator importante que vale ser ressaltado é sobre as atividades que a saúde bucal executa durante o programa. Realizamos a orientação de higiene oral, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. A sigla CPO tem origem nas palavras "cariados", "perdidos" e "obturados", e o D indica que a unidade de medida é o dente. Para a execução

destas atividades todo o apoio da equipe é de fundamental importância para fazer com que o programa aconteça (CYPRIANO, SOUSA, WADA, 2005).

Contudo, após a avaliação das atividades executadas tenho a sensação que estes programas educativos voltados para o coletivo não são feitos de forma racional e sim para ser cumprido como um “faz de conta” que estamos educando ou que estamos a “levar a luz” para a comunidade escolar. As atividades de saúde bucal se repetem todos os anos e me questiono a respeito da nossa oferta de serviços. Será que o hábito dos alunos muda a partir do que é ofertado por nós?

Com isso, acredito que para saber se estas atividades estão sendo realmente efetivas deveriam existir as avaliações periódicas. Fazer um levantamento de CPOD, saber um quantitativo de dentes, cariados, obturados e perdidos, sem que eu possa levar este paciente de fato ao tratamento odontológico adequado, ofertar o acesso que lhe é de direito não faz o PSE um programa de êxito frente aos problemas bucais.

Figura 2: PSE realizado na Escola Municipal Cândida Marques Costa



Fonte: Evany Menezes D. Souza, 2018.

Além das experiências relatadas acima, saliento que ser residente dentista da saúde da família me deixou muitos ensinamentos e um deles não poderia deixar de ser mencionado: o vínculo. Este é um potente dispositivo na ESF, ligando o usuário com profissional de saúde, além de facilitar a condução do acolhimento á demanda espontânea. Talvez, o que mais desenvolvi com destreza na minha prática como cirurgiã

dentista/residente foi a forma de me comunicar com os usuários da USF Entroncamento I e II. Sempre acreditei que para um bom funcionamento do serviço, entrega, respeito e comunicabilidade são indispensáveis.

Falar de comunicação e vínculo me leva ao acolhimento, que também considero um dispositivo essencial para o funcionamento da ESF. Confesso que logo quando cheguei à residência, ainda seguindo o modelo biomédico cheguei a dizer que o acolhimento era um atendimento de emergência ou consulta, mas só depois de algum tempo praticando-o e após realizar algumas leituras descobri que o acolhimento é considerado um arranjo tecnológico que busca assegurar acesso aos usuários com o objetivo de escuta-los, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário.

Monteiro, Figueiredo, Machado (2009) afirmam que a acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Saber ouvir e escutar as queixas do usuário faz com que haja um sentimento, por parte do mesmo que ele é importante, aumentando a confiança no profissional e, conseqüentemente, facilita a formação do vínculo.

Deste modo, como dito anteriormente a formação odontológica é deficiente em relação às disciplinas que tratam dos aspectos sociais e preventivos. O dia a dia no acolhimento me fez enxergar que nem todo usuário comparecia em busca de consulta médica e sim de uma escuta qualificada a fim de direcioná-los frente às suas demandas. Portanto, gostaria de deixar registrado a minha mudança de visão em relação ao acolhimento e que o vejo como um fluxo importante para o usuário a fim de obter resolutividade.

Como profissional de saúde gostaria de destacar que o acolhimento me fez enxergar o usuário como um todo e não somente com vistas voltadas aos dentes, além disso, através do acolhimento construí vínculo com o usuário facilitando seu processo de busca de melhoria da sua saúde. Ademais, no acolhimento eu vim compreender o que vem a ser multiprofissional.

Figura 3: Passeio com usuárias em comemoração ao dia do idoso.



Fonte: Evany Menezes D. Souza, 2018.

A foto acima reflete imagem da confiança dos usuários com a equipe de saúde, visto que neste dia realizamos uma atividade extramuros e passamos o dia na Praia do Forte/BA para comemorarmos o dia do idoso. A atividade envolveu a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social.

Por fim, para concluir sobre acolhimento e vínculo a dentista que se preocupava em apenas desenvolver atendimentos clínicos se transformou na dentista ouvinte dos usuários que lhe traziam não mais queixas apenas odontológicas, mas outras queixas sobre sua saúde, evidenciando o quesito confiança e ainda sobre elevo que o vínculo e o fazer parte do acolhimento me fizeram conhecer a população da área adstrita pelo nome, identificar a pessoa e a que família que ele pertence.

Outra habilidade de fundamental importância para meu aprendizado é sobre o trabalho em equipe. A união dos colegas da residência e os demais profissionais que já estavam na USF antes da nossa chegada e o fechamento de que daríamos nosso melhor fez toda diferença na minha passagem pela assistência. Ao lembrar nossa chegada, talvez o fato de oito residentes, enfermeiras e dentistas, mulheres, com personalidades fortes e distintas superlotando um espaço, historicamente pudesse causar muitos conflitos, mas ao

contrário disso, o fato de ficarmos juntas na chegada da residência nos fortaleceu ao ponto de criarmos laços de amizade, respeito e admiração umas pelas outras e não soltamos as mãos em nenhum momento difícil.

O nosso fechamento chegou a ser até mesmo questionado pela equipe do NASF que chegaram a nos relatar que nossa união não abria brecha para que eles se inserissem nas atividades em conjunto, o que acabou prejudicando-nos em alguns processos. Entretanto, o tempo, o convívio e o diálogo nos aproximaram e sem dúvidas garantimos os princípios do SUS aos usuários e conseguimos executar ações com êxito.

Concluo esta etapa do meu processo feliz em saber que dei meu melhor, que incentivei pessoas a melhorarem a qualidade de suas vidas. Neste período de um ano exercendo o papel de residente dentista multiprofissional em saúde da família me despeço com muita gratidão, leveza e certeza que fiz meu papel em prol do fortalecimento do SUS e atravesso para outra etapa em outro espaço e no próximo capítulo descreverei a minha passagem vivenciando o dia a dia de uma dentista no espaço de gestão.

4- UMA DENTISTA PERDIDA NA GESTÃO

Após finalizar a minha passagem na assistência na USF Entroncamento é chegada o segundo momento de aprendizagem, que compete ao residente atuação no espaço de gestão. O segundo ano de residência é dividido em estágio de Gestão, estágio na RAS e estágio Eletivo. Durante este período desenvolvemos competências assistenciais e de gestão complementares às desenvolvidas nos campos de práticas definidos pelo programa, desde que sejam voltadas para o cuidado ou gestão da atenção básica e articulação de redes na perspectiva do cuidado integral (FESF-SUS, 2018).

Antes de iniciarmos este novo ciclo, fomos privilegiados com um introdutório, que nos apoiaria na transição desta fase. Neste período nossa agenda passaria por mudança, com quatro dias na USF e um dia na gestão, durante cinco semanas. Logo após este período já iniciáramos em nossos campos de estágio. Os encontros do introdutório foram facilitados pelas apoiadoras matriciais (corpo pedagógico), juntamente com as referências técnicas dos estágios, demais membros da Gestão Municipal e residentes formandas da turma de 2017. Durante os encontros, nos foi passado informações referente aos estágios e nossa divisão enquanto R2 (Residentes do segundo ano).

Nesta divisão fomos distribuídos em quatro grupos e eu estava unida ao grupo de número três, logo o meu estágio já iniciaria no espaço de gestão. O estágio na gestão é subdividido em três setores: Planejamento, Sala de Situação (SS) e na Gerência de Atenção a Saúde (GEASA). O grupo três, formado por sete residentes foi dividido pelos setores e fiz parte da SS. Ao fazer uma retrospectiva aos capítulos anteriores, vale mais uma vez a análise que o processo de mudança ainda continua e como não poderia ser diferente mais um desafio seria enfrentado nesta fase.

Mais uma vez estaria desconstruindo a imagem de que uma cirurgiã-dentista somente foi formada para atuar dentro de um consultório, a realizar procedimentos clínicos e a utilizar das tecnologias duras. Esta fase foi a mais desafiadora e neste momento eu estava tomada de vários sentimentos e um deles é de que minha falta de aptidão e formação pudesse provar minha incapacidade de estar naquele espaço, afinal fui formada para atendimento clínico.

No município de Dias d'Ávila a SS teve seu início no ano de 2018, com o objetivo de contribuir para o processo de apoio à decisão e/ou planejamento de situações em saúde.

A SS é baseada em cientificidade, sendo um dispositivo tecnocrático, transparente e participativo de gestão e planejamento em saúde, usado intensivamente na área de informação e conhecimento. Visa fazer análise em situação de saúde com base em

evidências, sendo uma ferramenta importante para gestores e trabalhadores da área da saúde, por contribuir para contextualizar os problemas identificados no âmbito da gestão, além de examinar seus conceitos, finalidades, interpretação e uso dos indicadores de saúde. A SS é composta através de indicadores, que se configuram como parâmetros e serão utilizados com o objetivo de avaliar a situação de saúde, bem como fornecer subsídio para o processo de planejamento. Através dos indicadores é possível acompanhar tendências históricas de diferentes coletividades em diferentes períodos (BRASIL, 2010).

Diante da minha satisfação em estar na assistência, caso eu tivesse escolha em fazer o estágio na gestão, eu não o teria realizado, todavia após a passagem de dois meses a minha visão sobre estágio mudou para além das obrigações como residente, mas para a vida. Correlaciono a SS como uma potencialidade no município de Dias d'Ávila, todavia ainda necessita de entendimento e vontade de todos profissionais de saúde para que funcione e tenha valor de uso.

Além disso, vale destacar a fragilidade dos registros nos sistemas de saúde. Foi notório que as informações disponibilizadas nos Sistemas de Informação em Saúde apontam para o sub-registro e pouco valor de uso dos profissionais da ponta. Além disso, o que ficou marcado na SS é que a coleta dos dados mesmo sendo imposta, não deverá nos limitar ao ponto de somente efetuar registros, se faz necessário à reflexão para propor ações em saúde no meu território.

Para finalizar meu ciclo neste estágio vale acrescentar também que muitas vezes me vi falar para outras pessoas que não me identificava com o setor da gestão, contudo ao verificar o significado de gestão foi possível notar que em meu cotidiano na assistência exerci papel de gestora, sem perceber. De acordo com o MS (2009), pode-se conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos, modos de fazer, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde.

A gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, definindo os termos articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins, metas e objetivos (BRASIL, 2009). Diante disso, podemos dizer que estamos todos por fazer gestão em nossos ambientes de trabalho e correlaciono com as minhas posturas enquanto cirurgião dentista de uma USF que precisa a todo tempo tomar decisões.

Após o término do estágio na SS que leva por volta de dois meses é chegado o momento do estágio eletivo sendo este obrigatório e fica a critério do residente escolher a organização de seu interesse. O meu estágio na gestão foi realizado em dupla e finalizado

êxito e com a sensação que demos nosso melhor, tanto que resolvemos dar continuidade ainda juntos e assim prosseguimos com o serviço que já estávamos realizando.

Durante nossa atuação na SS observamos que a RAS do município já se encontrava em processo de organização e as redes já tinham pelo menos um indicador sendo analisado com exceção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na análise dos indicadores de Saúde Mental de Dias d'Ávila, foi percebido que somente dois indicadores de nível ministerial são passíveis de análise e coleta de dados fidedignos, sendo eles: 1- Cobertura CAPS; 2- Matriciamento sistemático do CAPS.

Outras questões de grande importância como os atendimentos às situações de sofrimento mental grave-agudo, qualificação dos atendimentos, educação permanente, singularização da atenção, uso de medicação psiquiátrica e outras possibilidades de análise eram inviáveis e impossíveis de intervir assertivamente nas reais demandas, além de causar o desconhecimento da RAPS e sua efetividade.

Diante destes aspectos, através do Grupo Condutor (GC) da RAPS, formalizado no Diário Oficial de Dias d'Ávila, pela Portaria 21/2019, em consonância com a SS, fizemos a proposta de construir coletivamente um projeto-piloto com o objetivo de identificar a situação analítica de saúde mental do município, a fim de implantar uma lógica organizacional que realizasse o monitoramento da rede, como também, possíveis avaliações que fortaleçam a lógica do planejamento estratégico como recurso de gestão do cuidado e administrativo dos serviços que são componentes da RAPS.

Para isso, realizamos o processo de Diagnóstico Situacional (DS) da RAPS com o objetivo de evidenciar problemáticas e necessidades da rede. A realização do DS foi uma poderosa experiência na minha vivência como residente e cirurgião-dentista, onde tive a oportunidade de visitar todos os serviços da rede, além de outras secretarias, conhecer o funcionamento dos serviços, bem como fragilidades, potencialidades, dificuldades e facilidades.

Ao final do DS enviamos um relatório a todos os serviços visitados, com as recomendações de mudanças necessárias. Nossa finalidade foi orientar os serviços a prepararem planos de melhoria, elaborar sugestões para reformas das políticas, reformas legais e fortalecer a realização de atividades e estratégias para promover a participação dos usuários, suas famílias, apoiadores e agentes comunitários na melhoria dos serviços de saúde mental de Dias d'Ávila.

Esta parte da minha vivência ainda será relatada brevemente no próximo capítulo onde irei descrever sobre a minha militância em defesa do SUS e meu crescimento como profissional de saúde. De antemão posso dizer que valeu muito a pena, porém somado a

muito trabalho, suor e noites de sono perdidas. Depois do DS finalizado e entregue é chegado o momento das férias e ao retornar já iniciei o estágio em outra rede.

A RAS do município é formada por: Rede de Crônicas, Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Assistência Farmacêutica, RAPS e Vigilância Epidemiológica e Sanitária (PLANO MUNICIPAL, 2018). De acordo com a divisão meu campo de estágio é a Rede de Crônicas, desta vez sem dupla e além de estar sozinha já comecei o estágio com a notícia que a minha apoiadora pedagógica do estágio não fazia mais parte da Instituição. O estágio de redes tem duração de seis meses e devemos criar um produto durante a nossa atuação, onde discordo deste modelo de prática e a sensação é que o mesmo não somou no meu crescimento profissional.

Não acredito em minha preparação para um futuro cargo na gestão a partir deste estágio. Como dito logo no começo desta residência eu me empenharia para fazer meu melhor como profissional de saúde e assim foi ocorrido, embora ainda algumas práticas no modelo deste estágio não fizessem sentido para mim. Entretanto, o aprendizado, o convívio em um espaço de gestão foi de extrema importância, experiência marcante para minha categoria profissional como já supracitado outras vezes, porém em alguns momentos vivi dias difíceis, sem motivação e claro com muita saudade da assistência.

Por fim, fica aqui o meu relato de experiência enquanto R2 e mesmo seguindo certa de que a assistência em saúde é minha escolha para vida e nela que me realizo profissionalmente, ter vivenciado os processos de outro ângulo foi sem dúvida alguma um divisor de águas para minha carreira como cirurgião dentista. Enquanto estive na assistência muitas vezes critiquei algumas atitudes, comportamentos de alguns profissionais e a forma como as exigências eram feitas. Hoje penso completamente diferente e me pego analisando o quanto seria importante que todos os profissionais pudessem passar por esta experiência e pudesse sentir o quanto também é difícil estar na posição de um gestor.

Ambos os espaços exigem capacidade de tomar decisões importantes e muito comprometimento para que possamos fazer um sistema funcionar, o que não falta em Dias d'Ávila. Importante deixar aqui registrado que durante meu processo no R2 levarei pessoas que seguirei como exemplo, pessoas que me despertaram a olhar situações com mais criticidade. No próximo capítulo e último deixarei registrado o meu orgulho em fazer parte desta equipe e dizer que a nossa luta pelo SUS continuará.

5- A LUTA DE UMA TRABALHADORA, USUÁRIA E MILITANTE DO SUS.

Ao retomar o meu início e fazer uma retrospectiva de tudo que vivi nestes dois anos não imaginaria tamanha mudança de postura, transformação de pensamento e aprendizado. Não pensei que a minha decisão em fazer uma prova de residência me levaria ao reconhecimento do que quero para a vida. Neste capítulo relatarei mais uma vez minha transformação em consonância com meu crescimento profissional e admiração de um Sistema de Saúde o qual sou usuária, trabalhadora e agora militante.

Falar sobre saúde pública no Brasil e não fazer referência à Reforma Sanitária é como pular os principais capítulos de uma história. O movimento nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Esta expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde (FAUSTO, et al., 2007).

Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população, que contou não somente com a participação de profissionais de saúde e ativistas do setor, mas também com forte envolvimento popular junto com articulação do movimento de gestores municipais de saúde que desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS (FAUSTO, et al., 2007).

Desde março de 2018 que venho buscando entendimento deste sistema, afinal fui formada para atuação clínica e desde então compreender a minha vivência neste mundo que é o universo do SUS exige estudo e dedicação.

Nestes dois anos “vesti a camisa” e debruicei-me a dar meu melhor. Sentia-me cansada algumas vezes diante de todas as minhas obrigações que iriam além de turnos de atendimento na USF e não era tão fácil quanto pensei, pois além de ter uma agenda igual aos demais trabalhadores, ainda tinha que cumprir as obrigações como residente, onde a carga horária se estendia em outros espaços como roda de núcleo, roda de campo, assembleias, grupo diversidade, turno pedagógico, portfólio, reuniões, seminários. Eis que nestes espaços surge uma militante do SUS que vem adquirindo mais confiança em si e ciente de sua responsabilidade sanitária.

Quando evocamos a imagem de um militante, quem facilmente nos vem ao pensamento é alguém de fala firme e disposto ao sacrifício por uma causa. Frequentemente visto em manifestações, em cima de um caixote, aos berros, ou em um palanque

empunhando um megafone, ou mesmo distribuindo panfletos com dizeres que se destinem a subverter algo (OLIVEIRA, et al., 2009). Talvez, eu não seja este militante como o autor descreve, mas me ver participando e parte da organização de uma Conferência Municipal de Saúde em Dias d'Ávila ficará na minha memória para sempre eternizada.

A Conferência ocorreu logo após a nossa chegada no R2, com isso o grupo 3 (três) ficou à frente de várias demandas e responsabilidades de organização, assim como a mobilização social. Fomos às ruas prender cartazes, fomos a pontos de ônibus falar com as pessoas, fizemos sala de espera em nossa unidade de saúde explicando a importância da presença e participação neste espaço, tão democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil e que muitos desconhecem.

Os trabalhadores de Saúde do município foram convocados, mas assim como a população muitos desconhecem o propósito da Conferência, que consiste em avaliar a situação de saúde do Estado, fixar diretrizes da política de saúde, definir e priorizar propostas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde do Estado, proporcionando à população melhor qualidade de vida. Talvez, caso eu não estivesse à frente dos meus estudos eu também não tivesse o reconhecimento do quão potente é este espaço (OLIVEIRA, DALLARI, 2016).

Ainda tratando-se sobre espaços de militância apreciei no segundo ano a participação nos grupos condutores. No período da participação da SS fizemos um trabalho de provocação com os trabalhadores da gestão em mostrar-lhes o quanto as informações em saúde merecem atenção, assim como a importância dos registros desde a gestão à ponta. Diante disso, este processo de estimular que os sujeitos transformem suas práticas de atenção e gestão também nos remete à caracterização da militância no SUS.

O DS também foi marcado na minha história com residente e militante como um marco em defesa do sistema. E eu minha dupla que já estávamos à frente da SS e ao final do nosso estágio decidimos fazer nosso estágio eletivo no município. O comitê criado para realização deste diagnóstico situacional utilizou do kit de ferramentas "Direito é Qualidade" da OMS (Organização Mundial da Saúde), que tem como objetivo apoiar na qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental.

Para isso, foi composto um comitê para realizar este diagnóstico, formado por mim, minha dupla Lucas Monteiro, nossa tutora e assessora de Planejamento e Gestão do município Yana Almeida e Mavie Eloy, nossa apoiadora matricial FESF-SUS/FIOCRUZ.

Foram realizadas visitas técnicas aos serviços, análise de documentos, observações e entrevistas a profissionais, usuários e familiares. Após a realização das visitas, leituras e entrevistas, os dados foram tabulados, sistematizados e classificados por níveis de

desempenho conforme critérios estabelecidos no instrumento da OMS. Todas estas etapas foram realizadas em menos de um mês. Foram realizadas 13 (treze) visitas aos componentes da RAPS municipal, sendo estes: A RUE, três USFs com critérios de escolha estabelecidos por via de amostragem, CAPS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Comunidade Terapêutica e o Ambulatório de Especialidades.

Foi um trabalho desafiador, que nos custou noites de sono, mas hoje temos o maior orgulho em ter passado por esta experiência incrível que transformou meu comportamento quando entro em qualquer serviço de saúde, buscando a qualidade que a OMS descreve nos relatórios e todo nosso esforço foi em prol da nossa militância.

Como dito nos capítulos anteriores o meu primeiro trabalho como cirurgiã dentista iniciou-se no SUS e torno a repetir que eu não escolhi fazer parte dele, ele quem me escolheu e por sinal acertou, pois tenho maior orgulho de dizer a todos que defendo, acredito, admiro e aposto, em uma saúde pública de qualidade, afinal somos referência internacional no que se refere às estratégias de Saúde Coletiva.

6- FINALIZANDO MAIS UMA ETAPA

Deste modo, chego até aqui com um pequeno resumo da minha história como residente que ficará para sempre marcada na minha vida pessoal e profissional e me sinto neste momento muito orgulhosa da Cirurgiã Dentista Multiprofissional em Saúde da Família que me tornei.

O processo de construção e desconstrução não foi fácil e houve episódios de me perguntar se realmente era o que o queria. Tive limitações como qualquer outro profissional, a exemplo da minha insegurança a realizar alguns procedimentos clínicos no período inicial, assim como minha limitação em falar em público, assim como o receio de estar em alguns ambientes. Por isso digo que todo e qualquer profissional de saúde deve ser um constante pesquisador em busca de conhecimento, além do nosso constante processo de auto avaliação.

Tenho certeza de que as lutas travadas, o cansaço, o desânimo e a ansiedade durante esta trajetória acadêmica não foram em vão. Hoje, me considero uma mulher vitoriosa, com visão humanista, crítica e integradora, capaz de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS. Embora tenha alcançado essa conquista, tenho consciência de que é preciso prosseguir em busca de novos conhecimentos, a fim de aprimorar minha atuação na profissão que escolhi, visto que esta fonte inesgotável chamada SUS, exige de nós informação, formação e comprometimento.

Nestes dois anos também desenvolvi habilidades extras pedagógicas que levarei para vida como: disfarçar as caras e bocas em reuniões de equipe, como aprendi a arte de escutar o outro, desenvolvi a grandeza e a riqueza de trabalhar em equipe, aprendi a me colocar no lugar do outro, aprendi a arte de ajudar, a estar junto aos colegas nos momentos difíceis, aprendi mediar conflitos, a enxergar o lado bom de algumas situações, aprendi que “quem planta tâmaras não colherá tâmaras”, “que o feito é melhor que perfeito”, aprendi que “quem propõe prepara”, seguido do “tu te tornas”, aprendi a ser “siboteira” e até dar palmas americanas.

Passaria horas escrevendo aqui a experiência de ser residente e mesmo assim não teria como expressar, porque é tudo muito intenso. Em nenhum momento perco a oportunidade de dizer aos meus amigos que façam uma residência na vida, sem dúvida ninguém sairá o mesmo. Creio que todas as pessoas que estiverem comigo durante os vinte e quatro meses de residência puderam perceber minha evolução como profissional de saúde e esta mudança ficará marcada para sempre na minha vida. Por isso, vale destacar o encontro com pessoas extraordinárias que fui contemplada em conhecer durante este

período e que levarei para vida. Cada uma delas acrescentou algo no meu processo de aprendizagem.

Espero que exercendo a minha prática como cirurgiã dentista em saúde da família, possa lembrar-me de tudo que eu aprendi. Em contrapartida tenho em mente o quanto eu aprendi com os usuários da USF Entroncamento e a eles eu dedico toda gratidão e espero ainda ser um agente de mudança para o futuro da saúde do meu país.

Finalizo este memorial retomando ao título e à imagem trazida na capa, pois o movimento que a água faz ao ser tocada é como me sinto ao chegar neste final de ciclo. A minha vida profissional foi se transformando, se abrindo e, sobretudo crescendo, se expandindo. Durante este período fui ativada por um coletivo que sem dúvida foram os pilares do meu processo de mudança. A admiração que tenho pelos mesmos me despertou a querer estar aqui buscando aprender, crescer e me especializar, embora eu tenha ainda muito a estudar.

O apoio do corpo pedagógico, da equipe de gestão, dos profissionais de saúde e todos que estiveram junto comigo nestas 5160 horas me fizeram provocações e despertou em mim a capacidade de resiliência, resistência para minha evolução e deslocamento. Hoje não sou mais água parada e com certeza continuarei no movimento de luta contra o desmonte do SUS. Deste modo a minha história como residente se concretizou, contudo preparem-se, pois o início da minha história como Dentista Multiprofissional em Saúde da Família está apenas começando.

A letra da música que deixarei aqui como reflexão, diz muito sobre meu memorial e tem como mensagem a minha transformação durante estes dois anos. A música foi encaminhada pela minha orientadora após sua leitura e fez todo sentido para nós duas. A autora é a cantora Carminho e interpretada pela cantora Marisa Monte que e chama Chuvas ao Mar.

Coisas transformam-se em mim

É como chuva no mar

Se desmancha assim em

Ondas a me atravessar

Um corpo sopra no ar

Com um nome para chamar

É só alguém batizar

Nome para chamar de

Nuvem, vidraça, varal.
Asa, desejo, quintal.
O horizonte lá longe
Tudo o que o olho alcançar

E o que ninguém escutar
Te invade sem parar
Te transforma sem ninguém notar Frases,
vozes, cores.

Ondas, frequências, sinais.
O mundo é grande demais
Coisas transformam-se em mim
Por todo o mundo é assim Isso
nunca vai ter fim.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Prefeitura Municipal de Dias d'Ávila. **Portaria SESAU Nº 21/2019 de 21 de fevereiro de 2019, institui o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Bahia: Diário Oficial do município, 2019.

BAHIA. Prefeitura Municipal de Dias D'Ávila. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**.

BAHIA. **Relatório situacional da planificação no Município de Dias d'Ávila**. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Brasil Sorridente, a saúde bucal levada a sério, 2003. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>>. Acesso 14 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília; 2000. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>>. Acesso 05 de dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Diário oficial da República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/22/D--Q-revis--o-docobserv.pdf>>. Acesso 05 de dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª edição. 5ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://app2.unasus.gov.br/UNASUSPlayer3/recursos/SE_UNASUS_0001_COINFECC_AO_APOIO_PSICOSSOCIAL/1/docs/U1A1R4.pdf>. Acesso 11 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília:

Ministério da Saúde, 2009. P.13. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso 05 dez. 2019.

CYPRIANO, Sílvia; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADAB, Ronaldo Seichi. **Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária**. Rev. Saúde Pública 39(2): 285-92. 2005. Disponível em: <
<https://doi.org/10.1590/S003489102005000200021>>Acesso 02 dez. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et. al. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. 2007. Disponível em:<
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso 21 jan. 2020.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA OSWALDO CRUZ BAHIA “GONÇALO MUNIZ”. **Programas de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família**. Salvador, BA, 2018. Disponível em: <
http://ava.fesfsus.ba.gov.br/pluginfile.php/3442/mod_resource/content/1/Projeto%20Pol%C3%ADtico%20Pedag%C3%B3gico%202018.pdf>. Acesso 07 out. 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística População estimada**. Bahia, 2019. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/dias-davila/panorama>>. Acesso 18 nov. 2019.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . **Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil**. J. Hum. Growth Dev. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-312. 2015. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso 05 dez. 2019.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.2, pp.358-364. ISSN 0080-6234. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S008062342009000200015>>. Acesso 05 fev. 2020.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. **A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família**. Revista Mineira de Enfermagem. Vol. 10.4, ano de 2007. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>>. Acesso 15 de nov. 2019.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. **Conferências Locais de Saúde de Belo Horizonte: dinâmica, efetividade e contribuições para o Plano Municipal de Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 22-33, dez. 2016. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400022 >. Acesso 23 fev. 2020.

OLIVEIRA, G.N. et al. **Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.523-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso 15 jan. 2020.

PIRES, Fabiana Schneider, BOTAZZO, Carlos. **Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal.** São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000100273>. Acesso 12 de jan. 2020.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316319, jun. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000300018&lng=pt&nrm=iso> Acesso 17 nov. 2019.

SANCHEZ, Heriberto Fiúza; DRUMOND, Marisa Maia; VILAÇA, LACERDA, Ênio. **Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 523-531, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13n2/523-531/>>. Acesso 02 dez. 2019.

SERPA, Paulo Roberto; MANARICK, EliziaLerita; TEIXEIRA, Simone. **(Re) Leitura Crítica Do Passo A Passo Pse: Programa Saúde Na Escola.** V Encontro Mãos de Vida - Anais - 16, 17 e 18 de Setembro de 2015. Disponível em: <<https://www6.univali.br/seer/index.php/aemv/article/view/9372> >. Acesso 02 nov. 2019.