

Fundação Estatal Saúde da Família – FESFSUS

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

ISABELA DE SOUZA SACRAMENTO

**TRAJETÓRIA DE UMA DENTISTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
EXPANDINDO OS HORIZONTES DA ODONTOLOGIA**

BAHIA

2020

ISABELA DE SOUZA SACRAMENTO

**TRAJETÓRIA DE UMA DENTISTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
EXPANDINDO OS HORIZONTES DA ODONTOLOGIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Juliane Kely Fagundes Silva

BAHIA

2020

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO/ REPRESENTAÇÃO DA ODONTOLOGIA	5
2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - FESFSUS/FIOCRUZ.....	6
2.1 VIVÊNCIAS DURANTE O PRIMEIRO ANO	6
2.2 VIVÊNCIAS DURANTE O SEGUNDO ANO.....	16
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
4 REFERÊNCIAS.....	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 PSE sobre Hanseníase e Geohelmintíase.....	11
Figura 2 PSE sobre Setembro Amarelo – Prevenção ao Suicídio.....	12
Figura 3 Grupo de Práticas Corporais.....	14
Figura 4 Grupo de PICS – Reflexologia Podal.....	18
Figura 5 Grupo de PICS – Yoga.....	18

1. Apresentação/ Representação da Odontologia

A Odontologia sempre esteve presente em minha vida. Desde muito nova, essa profissão é representada por meu pai, que assim como eu, é Cirurgião-Dentista. Foi através da Odontologia que um negro, pobre, morador do Nordeste de Amaralina (meu pai) conseguiu melhorar a condição socioeconômica de toda a sua família (meus avós e meus seis tios que com ele moravam), já que foi o primeiro filho a entrar em uma Universidade Pública e incentivar os outros irmãos a fazer o mesmo. Dessa forma, a Odontologia era sinônimo de esperança, prosperidade, transformação, luta e vitória. Sendo assim, quando comecei a pensar qual carreira queria seguir, apesar de muito nova e das incertezas da idade, não foi muito difícil de escolher.

Após o período da faculdade, novos questionamentos começaram a surgir: Em qual área vou me especializar? Onde vou trabalhar? Eu sabia que sempre teria todo o suporte de meu pai para trabalhar com ele no consultório, e assim, comecei a trabalhar no consultório dele e em clínicas particulares, porém sempre estive inquieta em relação a minha independência financeira, a minha trajetória, e escolhas profissionais. Trabalhar por 05 meses em clínica particular me deixava contente por estar desenvolvendo a prática odontológica, o que eu amo fazer, porém estava na zona de conforto e eu queria algo a mais, queria construir o meu percurso profissional, ter as minhas escolhas, a minha independência. Então, decidi fazer a prova da residência. Confesso que ao me inscrever não tinha o total entendimento do que seria Saúde da Família. Lógico que durante a faculdade tive matérias de saúde coletiva, mas como todo estudante de Odontologia tecnicista, voltado para a clínica, não tinha a real compreensão da complexidade e importância da Saúde Pública.

2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FESFSUS/FIOCRUZ

2.1. Vivências durante o primeiro ano

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada como uma estratégia de expansão e consolidação da Atenção Básica, reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e implantação de seus princípios e diretrizes (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade) (SILVA et al, 2011). A ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação do cuidado, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial. (ARANTES et al, 2016). A equipe da ESF é tida como multiprofissional, pois é composta por diferentes profissionais, como: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, Agente Comunitária de Saúde (ACS), profissionais de saúde bucal e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), constituído por professor de educação física, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, entre outros, atuando em um mesmo local de trabalho. O trabalho interdisciplinar potencializa os resultados da equipe e garante a qualidade da assistência por meio da integralidade e continuidade dos cuidados (PERUZZO, 2018).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), a Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde e visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), caracteriza-se pelo processo de formação de profissionais de saúde visando à reorientação do modelo assistencial 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 (COSTA et al, 2018). O programa, atualmente, desenvolve suas atividades nos municípios de Dias D'ávila e Camaçari, no qual estou lotada.

Ingressar na residência, no ano de 2018, foi uma mistura de sentimentos, como: felicidade, ansiedade, estranhamento, dúvidas, alegrias. Eu estava em um ambiente novo, com pessoas novas, exercendo, pela primeira vez, atribuições previstas a profissionais de saúde que atuam na atenção básica, como: trabalhar em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e de outros níveis de atenção; desenvolver atividades fora do consultório; realizar busca ativa e atividades coletivas; realizar visitas domiciliares; participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidade, o que interfere no processo de saúde-doença da população; realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; realizar acolhimento, proporcionando atendimento humanizado, classificação de risco; participar de reunião de equipe, atuar na clínica (BRASIL, 2017).

A visita domiciliar é uma atividade realizada dentro do SUS pelos profissionais das equipes de Saúde da Família e se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio (MACHADO, 2014). Na minha primeira visita domiciliar, conheci Dona E, 42 anos, queixava-se de dor nas pernas, prurido e se locomovia com dificuldade. A mãe da paciente relatou que a mesma teve depressão após o parto, estava ganhando peso, e teve episódios de queda. A paciente apresentava rosto, olhos e boca inchados, com aspecto de lua cheia, excesso de peso na região abdominal, perda de cabelo, dificuldade de locomoção e na comunicação, pele ressecada e ao realizar o exame intrabucal detectei higienização precária, com presença de resto radiculares, gengiva edemaciada, avermelhada, bastante inflamada, língua saburrosa, halitose, todas as unidades possuíam bastante cálculo dental. De acordo com a anamnese e o exame físico, o provável diagnóstico foi de Hipotireoidismo grave, mas outros exames foram solicitados pela médica para confirmação. Receitei um bochecho que auxiliasse na higienização bucal, orientei sobre a escovação e expliquei para a paciente o comprometimento que a mesma deveria ter com o tratamento, que era necessário um trabalho em conjunto, envolvendo os professores de educação física para ajudá-la no fortalecimento da musculatura, apesar da família relatar que ela era teimosa e

medrosa. O cuidado foi compartilhado com os profissionais do NASF, a fim de ajudá-la a ter uma dieta mais equilibrada e diminuir o peso. Após a visita, comecei aos poucos a entender a importância desse instrumento, pois a paciente entendeu que também é responsável pela sua saúde e pela melhora da sua qualidade de vida. Percebi, também, o quanto eu aprendi sobre o tema e o quanto uma equipe com diferentes profissionais de saúde podem contribuir para a melhoria da saúde, a partir da junção de seus conhecimentos, saberes, trocando informações com o paciente para que ele colabore da melhor maneira possível. Entendi o quanto o cirurgião dentista pode se inserir nesses espaços e contribuir de forma ativa na promoção de saúde, prevenção de doenças e no tratamento das enfermidades.

A primeira reunião de equipe realizada por mim e a enfermeira da minha equipe, junto com as ACS, mas sem a presença das Residentes do segundo ano (R2) foi uma experiência interessante, apesar de ter sido um pouco confusa. As reuniões de equipe são importantes dispositivos para a estruturação e organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e espaços de tomada de decisões. É um momento de definir as ações previstas pelo programa e aquelas a partir das necessidades demandadas pela população, discutir casos de famílias e estratégias de cuidados, analisar e avaliar o cronograma de atividades, levantar problemas, avaliar o desenvolvimento do trabalho, e elaborar novas estratégias de intervenção na comunidade. Além disso, as reuniões podem proporcionar a socialização do conhecimento e atividades de educação permanente (CRUZ et al, 2008). Não tínhamos experiência em coordenar reunião de equipe, então seguimos o modelo visto nas reuniões anteriores quando as R2 estavam com a gente. O apoiador de enfermagem estava presente e deu várias dicas, conselhos, pontuou o que a gente podia melhorar, detalhes de suma importância, pois na reunião seguinte, na qual as R2 também não estavam presentes, conseguimos coordenar de forma muito melhor que a anterior, com mais segurança e objetividade. Fiquei muito feliz quando soube que a nossa postura na reunião foi elogiada por outros preceptores.

Dentre as inúmeras experiências que vivenciei na residência, acolher o usuário que foi exposto ao risco e realizar o teste rápido para patologias, como: Hepatite, Sífilis e HIV, me chamou atenção. Na primeira vez que realizei o exame, estava acompanhada de duas enfermeiras e elas me explicaram passo a passo de como deve

ser feito esse procedimento, porém tive bastante dificuldade em coletar o sangue no dedo do paciente. Nesse episódio, o teste deu negativo, fizemos as orientações para o usuário, mas ele se recusou a ser examinado pela enfermeira, mesmo relatando ter queixas que sugeriam outras infecções sexualmente transmissíveis. Após realizar o curso teórico e prático do teste rápido, ofertado em plataforma online, pelo Ministério da Saúde, tive outra oportunidade de realizar o teste, ao ser solicitada pela preceptora de odontologia, porém dessa vez, conduzi o procedimento sozinha. Acolhi a paciente, ouvi sua queixa, expliquei como é o processo, fiz as orientações iniciais, realizei a coleta do material, sem dificuldade. Logo após, a preceptora entrou no consultório e fez as orientações finais, já que o resultado deu negativo. Fiquei bem orgulhosa em realizar o teste de forma ética, organizada e eficaz e me enxerguei como profissional de saúde capaz de conduzir situações e realizar procedimentos que não são muito executados na minha área de atuação, mas que promove saúde, orienta, aconselha, sendo capaz de contribuir com a saúde da população, respeitando um dos princípios do SUS: Integralidade. Segundo Silva (2015), a integralidade pode ser entendida como a articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde por meios de ações que se estruturam em um mesmo espaço com a constituição de saberes e ações que se completam, através da educação em saúde que articula a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (SILVA, 2015).

Outra atividade realizada foi no dia da vacinação contra a gripe H1N1. Fiquei me perguntando como um cirurgião dentista poderia participar e contribuir nesse dia. D. Atribui muito essa minha antiga visão ao modelo de ensino fragmentado, curativista e biologicista, o qual se restringe ao cuidado técnico, aos aspectos do adoecimento, as práticas assistencialistas, dando ênfase na doença, centrando o profissional de saúde como único detentor do saber (DALMOLIN et al, 2001), ou seja, durante a atividade cada profissional tem sua determinada função e se restringiria apenas àquilo em que foi aprendido durante o período de graduação.

Na reunião, um dia antes, para definir as atribuições de cada um, escolhi ficar na triagem e me permitir conhecer melhor como funciona, e acredito que foi uma escolha acertada, pois aprendi a preencher cartão de vacina, orientar os pacientes, visualizei e

entendi a técnica de vacinação. Particpei, também, do cantinho da criança criado pelos profissionais do NASF. Nesse espaço, as crianças participavam de atividades lúdicas, como: amarelinha, oficina de pintura, boliche, dança do bambolê, e ao final ganhavam um “certificado da coragem”. A proposta era tornar aquele ambiente o mais prazeroso possível, reforçando a importância da vacinação. Além disso, fiz educação em saúde bucal para as crianças e aos pais, distribui folhetos informativos e escovas dentais. Dessa forma, consegui vivenciar diferentes ambientes e entender que o profissional de saúde apresenta atuação ampla, pode estar presente em diversos espaços, transmitindo e trocando saberes, já que o objetivo principal é cuidar das pessoas.

Dentre as ações de promoção à saúde, realizar as atividades do Programa Saúde nas Escolas (PSE) foi bastante desafiador e um pouco trabalhoso. O PSE é produto do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, desde 2007, a fim de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, visando o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde, promoção da saúde, educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação do programa e da saúde dos estudantes (CAVALCANTI et al, 2015).

Nas minhas experiências anteriores, já fiz educação em saúde, mas sempre voltada para a minha área: Odontologia. Ao participar do PSE, juntamente com os profissionais da equipe (professora de educação física, médico, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta), pude perceber o quanto de informação e aprendizado eu tive sobre Hanseníase e geohelmintíase, prevenção ao suicídio, entre outros. Para o público infantil, abordamos o tema utilizando teatro de fantoches, e após a autorização dos pais, fizemos a administração de albendazol e a avaliação de hanseníase, através do exame físico. Como essa atividade foi bem no início da residência, e ainda estava no período de transição de R1 para R2, não participei do planejamento e o momento de avaliação foi realizado durante o percurso de retorno para a unidade. Já na atividade com os adolescentes, participei do planejamento, fizemos um matriciamento com os pais e professores, e utilizamos o jogo de mitos e verdades. Na maioria das experiências, tivemos o apoio, fomos bem recebidos pela diretora, professores e responsáveis, pedimos sugestões de temas que dialogassem com a realidade dos

estudantes. Essa integração entre as escolas e os profissionais de saúde é de suma importância para o desenvolvimento e crescimento saudável crianças e adolescentes, instrumentalizando os mesmo para o enfrentamento de situações. O olhar diferenciado para cada criança, também foi importante, a fim de identificar o comportamento e a necessidade de cada uma, pois cada uma tem sua personalidade, e seu contexto familiar.

Figura 1. PSE sobre Hanseníase e Geohelmintíase



Fonte: Autoral

Figura 2. PSE sobre Setembro Amarelo – Prevenção ao Suicídio



Fonte: Autoral

Um potente espaço para atuação interdisciplinar é o Acolhimento. Acolhimento é um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e possibilita ao usuário acesso ao cuidado justo, ampliado e integral (CARVALHO et al, 2008; BARALDI; SOUTO, 2011). Além disso, estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da comunidade e estabelecer relação com os outros pontos da rede, de maneira regionalizada e hierarquizada. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), um serviço de saúde deve ser organizado para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de reduzir danos e sofrimentos, como também se responsabilizar pela resposta ao usuário, ainda que ofertada para outros pontos de atenção da rede. Dessa forma, é necessária uma equipe unida, coesa, que enxergue todos como profissionais de saúde capazes e dispostos a reconhecer o ser envolvido em seu contexto social, político, familiar e econômico, de forma integral, praticando um atendimento humanizado, igualitário, prestando serviço de qualidade, focado na promoção de saúde.

Nesse espaço, a equipe de saúde bucal realiza a escuta qualificada e orientações que envolvem não apenas demandas relacionadas à odontologia, mas queixas trazidas de pacientes diabéticos, hipertensos, questões ginecológicas, puericultura, dentre outras, porém percebi que para resolutividade de toda e qualquer queixa bucal trazida pelos usuários, os profissionais de outras categorias acionavam o dentista sem antes avaliar o caso. A impressão que dá é que a Odontologia é um apêndice da equipe, e os profissionais não se interessam em saber sobre as doenças que acometam a cavidade oral, como pode interferir na saúde geral, as situações de urgência odontológica, entre outras. Essa impressão me remete ao período antes da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), na qual a prática odontológica era isolada dos outros setores de saúde, e o cirurgião dentista priorizava as ações curativas, restritas e fragmentadas. E apesar da formação do cirurgião dentista ter valorização extrema ao desenvolvimento de habilidades técnicas e especializadas, em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe, articulado e com a coletividade, já que trabalho em equipe ainda não é prática de ensino aprendizagem em nenhuma instituição de ensino superior da área de saúde (MATTOS et al, 2014), percebia, que não só eu, como toda a equipe de saúde bucal estava atuando “fora da caixinha”, realizando ações que permeavam saberes de outros núcleos profissionais, e se reconhecendo como profissional da saúde, porém o inverso não acontecia.

Uma das atividades coletivas que gostei bastante de participar no primeiro ano de residência foi o grupo de práticas corporais. Esse sentimento não se deu no primeiro momento. Tive que me desconstruir o tempo todo, sair da posição de cirurgiã-dentista, atuar como profissional de saúde, perceber aquele espaço não apenas como local de realização de atividades e exercícios físicos, mas também um local de convivência, de troca de experiências, de socialização entre as usuárias. A cada semana fui me tornando mais pertencente àquele espaço, contando com a ajuda do NASF.

Figura 3. Grupo de Práticas Corporais



Fonte: Autoral

Durante toda a minha trajetória na residência surgiram muitas dúvidas, muitos questionamentos em relação a esse novo modelo de atuação, de forma multiprofissional e interdisciplinar. Apesar disso, 2018 foi um ano de muito crescimento, amadurecimento pessoal e profissional, de bastante troca de conhecimento com os profissionais e usuários, de entender o usuário de forma integral e sendo co-responsável no seu processo saúde-doença.

Um ano vivenciando e fazendo parte de uma equipe na Unidade de Saúde da Família é muito pouco para entender toda a complexidade e riqueza do SUS e essa compreensão não é tida por muitos profissionais de saúde. Inclusive, muitos colegas de profissão, não sei se por ignorância ou preconceito, não valorizam e desqualificam os profissionais que optam por trabalhar na Saúde da Família. É um desafio diário compreender a saúde no seu sentido mais amplo, como proposto na Carta de Ottawa (1986): a saúde não só como ausência de doença, mas como uma produção construída socialmente, determinada por fatores biológicos, ambientais, sociais,

econômicos e culturais (BEZERRA et al., 2016), ou seja, uma ação coordenada entre sociedade civil e o estado, a fim de implementar políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, capacitar indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde, com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida (SUNDFELD et al, 2010).

Atuar no Sistema Único de Saúde é bastante complicado. O processo de sucateamento do SUS vem ocorrendo ao longo dos anos, e torna-se evidente por meio de medidas, como a de austeridade fiscal, adotado pelo governo Federal, em 2016, ao aprovar a Emenda Constitucional 95, na qual gastos com políticas públicas, como Saúde e Educação são congelados por 20 anos. Essa medida deteriora ainda mais os serviços públicos e agrava a deficiência de recursos humanos, infraestrutura, materiais, medicamentos, atendimentos, consultas, exames, além da precarização do trabalho, a partir de desvalorização salarial, flexibilização das relações de trabalho, desqualificação e desmoralização das funções e ausência de plano de carreira, ou seja, a saúde está deixando de ser subfinanciada e se tornando desfinanciada (PIALARISSI, 2017).

2.2. Vivências durante o segundo ano

No primeiro ano, cria-se um vínculo muito forte com a comunidade, os servidores, os preceptores, os residentes, uma sensação de pertencimento àquele lugar. À medida que é dada a transição, vai ocorrendo um distanciamento, pois só ficamos 02 dias na unidade, você não faz parte só de uma equipe, não assume o serviço de forma direta, não tem uma atribuição bem definida. No segundo ano de residência, os residentes têm a oportunidade de vivenciar em diferentes pontos da rede de saúde de Camaçari, ampliar o olhar, entender como funciona os fluxos, os serviços que os usuários percorrem, atuando na Vigilância Epidemiológica (VIEP), estágio de rede que estive inserida, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CRES (Centro de Referências de Especialidades em Saúde), CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), CEONC (Centro de Oncologia de Camaçari), gestão, entre outros.

Falando em segundo ano de residência, que difícil é ser R2! No período do estágio em redes, conseguimos realizar bons produtos, um deles foi a supervisão das salas de vacina da região 04 do município de Camaçari-BA. A partir dessa avaliação, foram feitos relatórios para a Diretoria de Atenção Básica e produzido um artigo científico para publicação. Quando paro para pensar que eu, dentista, atuando na Coordenação da Vigilância Epidemiológica e realizando supervisão das salas de vacina, atribuição que não faz parte do meu campo de atuação como Cirurgiã-Dentista, vejo o quanto estou conseguindo sair da minha “caixinha” e me reconhecer como profissional de saúde atuante no SUS. Contudo, muitas vezes esses espaços acabam sendo subutilizados. Não nos foi apresentado o que é o serviço, como funciona, qual é o nosso objetivo naquele ambiente, o que esperam dos residentes, enfim, ficamos meio perdidos, sem um direcionamento, o que nos causou muita aflição, já que no primeiro ano tínhamos os preceptores sempre por perto. O sentimento era de ociosidade, um subaproveitamento de mão de obra qualificada que são os residentes, profissionais em formação, que estão com “sede” de aprender e transformar a realidade. Essa forma como o segundo ano de residência é desenhado deveria ser repensado, não só nas unidades como também nos estágios optativos.

No segundo ano, nos dias em que estava presente na Unidade de Saúde da Família Nova Aliança, fiquei muito contente em participar do grupo de práticas integrativas complementares em Saúde (PICS). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), criada em 2006, é definida pelo conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina. Essas práticas, também, são conhecidas como Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas pela Organização Mundial de Saúde (LIMA et al., 2014). Essas práticas preconizam uma visão holística para o cuidado do indivíduo, com especial atenção à saúde voltada para os aspectos psico-biológico-social-emocional e espiritual favorecendo a qualidade de vida do usuário do sistema de saúde brasileiro (RODRIGUEZ et al., 2015).

As PICS relacionam-se, também, com a Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo em vista que a promoção da saúde pode ser compreendida como um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, e propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. Além de ser um conceito amplo que possibilita, ao indivíduo, exercer sua autonomia e alcançar melhores condições de vida. (LIMA et al, 2014).

O grupo tem a proposta de ampliar o cuidado em saúde, ofertando uma terapêutica complementar que contribua com a melhora do bem estar biopsicossocial dos usuários e oferece ferramentas que corroborem para o seu auto cuidado, através de sessões de Auriculoterapia e outras práticas integrativas, como: Dança Circular, Meditação, Bioenergética, Reiki, Reflexologia Podal, Massoterapia, Fitoterapia. Pensamos nesse grupo, pois existe grande número de pacientes psicossomáticos na área de cobertura da unidade.

Esse grupo não só trouxe retornos positivos dos pacientes com relação à melhora da sua condição física e mental, mas também, me fez romper com o pré-conceito que possuía com as práticas integrativas, já que foi a partir do grupo que busquei conhecimento, fiz o curso de auriculoterapia, que utiliza o pavilhão auricular como um microssistema para tratar diferentes tipos de problemas (WANG, 2008; ABBATE, 2016). Saí da ignorância e entendi o quanto as práticas integrativas e

complementares podem contribuir na melhora da qualidade de vida dos usuários. Levarei essas experiências por toda a minha vida e tenho certeza que irão tornar o meu atendimento o mais humanizado possível, ou seja, não me atentando apenas às questões clínicas, mas perpassando pela compreensão de criar tal vínculo com o usuário ao ponto do mesmo confiar e sentir-se confortável em dividir seus sentimentos, suas emoções.

Figura 4. Grupo de PICS – Reflexologia Podal



Fonte: Autoral

Figura 5. Grupo de PICS – Yoga



Fonte: Autoral

Após a vivência no estágio em Redes, começou o período do estágio eletivo e o local escolhido foi o serviço de Odontologia Hospitalar do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Este serviço é vinculado à Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) e tem como público alvo os pacientes hospitalizados, e toda a população do estado da Bahia, que possui condição sistêmica grave, como: Hipertensão e diabetes descompensados, cardiopatia, doença renal crônica, transplantados ou que necessitam do transplante, imunossupressão, entre outros e as pessoas com necessidades especiais, como: síndrome de Down, autismo, hidrocefalia, microcefalia, esquizofrenia, traumatismos cranioencefálicos, tetra e paraplegia, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), depressão, síndrome do pânico e paralisia cerebral.

Grande parte dos pacientes que acessam ao serviço tem como origem pequenos municípios, por vezes da zona rural, necessitando assim de articulação entre a rede e Secretaria de Saúde do município para obter atendimento no hospital. O usuário, após a finalização do tratamento odontológico, é encaminhado para sua unidade de saúde de referência, a qual presta um cuidado longitudinal, mas o paciente continua sendo assistido pela equipe do hospital. Assim, o usuário é acompanhado em todos os níveis de atenção, de acordo com as suas necessidades de saúde, de forma contínua e integral.

O principal objetivo do estágio foi oportunizar a vivência na prestação de um cuidado integral ao paciente, não se atentando apenas aos aspectos da cavidade oral, mas sim de todo o quadro sistêmico do usuário. Também vale destacar a possibilidade de aperfeiçoar habilidades e competências no manejo de pacientes com condições diversas, como: patologias crônicas, necessidades especiais, além de pacientes pediátricos, sendo um público muito presente também nas unidades de saúde da família. Outro objetivo, que se apresentou alcançado, foi atuar de forma multidisciplinar, visando melhoria da saúde geral do paciente hospitalizado por meio dos cuidados com a cavidade bucal.

Durante o estágio, realizei avaliação e higiene oral dos pacientes internados nas UTI's (AVC, CIRÚRGICA, CARDIO, GERAL, PEDIÁTRICA). Em sua maioria, os pacientes na UTI apresentam higiene oral precária, devido à diminuição da limpeza natural da boca promovida pela mastigação, a movimentação da língua e das

bochechas, além da redução do fluxo salivar pelo uso de alguns medicamentos. (SILVA et al, 2017).

O acompanhamento do paciente internado pelo profissional qualificado ajuda na prevenção e/ou restabelecimento do quadro sistêmico do mesmo, pois a proliferação de bactérias e fungos, de origem bucal, pode acometer outros órgãos e sistemas, agravando o quadro clínico e, conseqüentemente, estendendo a sua estadia na UTI, por outro lado, várias enfermidades sistêmicas, de origem imunológica, infecciosa, ou terapêutica, podem apresentar manifestações orais (SILVA et al, 2017).

Já no ambulatório e nas enfermarias, realizei atendimento a pacientes diabéticos, hipertensos, renais crônicos, cardíacos, com necessidades especiais, transplantados ou que irão realizar o transplantes, sempre com um olhar cauteloso, avaliando os procedimentos de forma conjunta com a equipe multiprofissional, pois a condição de saúde bucal interfere no prognóstico do transplante, visto que infecções orais podem levar a infecções sistêmicas que aumentam o risco de perda do enxerto e risco de morte. Então, somente após a adequação do meio bucal esses pacientes podem ser liberados para a realização dos transplantes ou cirurgias. (SILVA et al, 2017).

No processo de formação como especialista em saúde da família, o estágio se apresentou como uma ferramenta de enorme potencial para a minha construção profissional, pois, uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada coordenadora do cuidado, eu enquanto profissional atuante na APS pude estabelecer conexões, ter o conhecimento da oferta e disponibilidade de serviços e de fluxos de outros pontos da rede de atenção, como a atenção terciária, o que facilita a circulação eficiente e efetiva do usuário no sistema de saúde, favorecendo o compartilhamento e a integralidade do cuidado (ALMEIDA et AL, 2018). Além de atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar, compreendendo de maneira ampliada os problemas de saúde e promovendo melhora na qualidade de vida do usuário.

Após finalizar o estágio eletivo e o período de férias, inicia-se a vivência do estágio na gestão do município de Camaçari. O local em que fiquei lotada foi a Diretoria de Planejamento (DIPLAN), que é dividida em dois setores: a Coordenação de Planejamento (CODEPLAN) e Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação

Permanente (COGETHS). Foi realizada uma divisão entre os residentes e escolhi vivenciar os três meses de gestão no CODEPLAN.

Os primeiros quinze dias do estágio CODEPLAN foram bem interessantes. O serviço é bastante organizado, os servidores foram receptivos e acolhedores. Após uma introdução sobre planejamento em saúde para nos familiarizarmos com os instrumentos de gestão, foi definido o nosso plano de trabalho. Achei importante essa definição, pois além de acompanhar a rotina dos servidores, participar de reuniões, câmaras técnicas, e conhecer outros serviços, saber qual é o nosso objetivo naquele espaço, o que esperam da gente, qual o plano de trabalho a ser realizado, organiza, traz sentido e relevância ao nosso processo de trabalho. Uma das nossas atividades é o preenchimento da matriz com os dados para monitoramento do SISPACTO. SISPACTO é o processo de pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, articulado com as Ações de Vigilância e Atenção em Saúde, realizado entre municípios e estado (BRASIL, 2017). Após as pactuações, as metas devem ser apresentadas aos Conselhos de Saúde. Para o preenchimento da matriz, é necessário compreender os indicadores pactuados, buscar os dados nos variados Sistemas de Informação (SIM, SINASC, SIA, SINAN, entre outros), realizar os cálculos, as metas de cada indicador, ou seja, é uma atividade totalmente nova, que tive pouquíssimo contato, anteriormente, principalmente com a ferramenta Excel, mas que trouxe muito conhecimento, habilidade técnica e me permitiu utilizar essas informações no contexto da unidade, ou seja, analisar esses indicadores de saúde, a fim de conhecer e discutir o perfil da população adscrita ao território, suas principais necessidades, seus problemas prioritários, para então organizar o processo de trabalho e auxiliar nas tomadas de decisões.

Nesse período, ocorreu, também, o primeiro encontro de Práticas de saúde em religiões de matrizes Africanas, no auditório do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador). O diálogo sobre a temática teve a finalidade de construir um plano de qualificação para os profissionais de saúde do Município, com ênfase na população de religião de matriz africana, um dos grupos priorizados atualmente. Achei importante quando a convidada Karine Santana, Médica veterinária; Doutoranda em Medicina e Saúde; Sanitarista com Especialização em saúde coletiva e sociedade;

Professora de Saúde Coletiva na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; integrante do grupo de pesquisa em Raça, Gênero e Saúde, trouxe para discussão que o profissional de saúde deve reconhecer as diversas formas de cuidado em saúde em variadas populações, sendo necessário discutir as práticas em saúde junto com aquela população e não para aquela população. A população deve ser deixada de ser objeto de estudo e passar a ser objeto de fala. Durante a discussão sobre a saúde da população negra, é possível perceber que muitos profissionais de saúde, inclusive aqueles que estão em processo de formação, desconhecem a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em que visa o combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais, como o racismo, e que incide negativamente nos indicadores de saúde da população negra: precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência. (BRASIL, 2017). É necessário se debruçar sobre esse tema, saber como acessar essa população e não apenas pensar a saúde dela através dos agravos, mas sim os determinantes sociais de saúde as quais essa população está submetida. Esse encontro foi um momento muito rico, interessante, de bastante aprendizado.

Karina, também, trouxe a importância da representatividade de profissionais negros no âmbito da saúde. Isso me fez lembrar o episódio ocorrido no Centro Pop, Centro de Referência Especializado a Pessoas em Situação de Rua, em que um usuário comentou com o enfermeiro o quanto ficou feliz em ser atendido pela dentista que era negra assim como ele. Nesse dia, realizamos uma atividade coletiva sobre saúde bucal e redução de danos, pois muitos desses usuários fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, como: pacaia, cigarro, maconha, entre outras. O uso abusivo destas substâncias associado à má higiene, baixa imunidade, pode ocasionar lesões de cárie, hipossalivação, ressecamento labial, manchamento dental, periodontite, gengivite, halitose, lesões pré cancerígenas (MARQUES, 2015). Nesse encontro conversamos sobre a Política Nacional de Redução de Dano, aprovada em 2005, na qual desenvolve estratégias de promoção à saúde, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, e sim orientada pelo respeito à liberdade de escolha e a responsabilidade do usuário, além de ações voltadas para a informação do usuário e

de seus familiares, a educação e aconselhamentos permanentes, além da assistência social e à saúde dos envolvidos (LOPES et al, 2018). Nesse encontro, fizemos também escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, avaliação da cavidade oral e encaminhamento para Unidade Básica de saúde de referência para dar início ao tratamento e acompanhamento odontológico. Ao final da atividade, fizemos sorteio de garrafas de água, a fim de incentivar o consumo de água e reduzir os danos dos usuários.

3. Considerações Finais

Após essa trajetória de dois anos pude perceber que ingressar na Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi uma das decisões mais acertadas que tomei até o presente momento. Minhas incertezas, dúvidas, sobre o meu percurso na Odontologia foram sanadas e hoje consigo me perceber como Cirurgiã-Dentista de Família, realizando a prática odontológica que sempre desejei: uma prática focada no indivíduo, no cuidado integral à saúde, de forma humanizada e capaz de extrapolar as barreiras do fazer clínico, que foram tão preconizados ao longo da minha formação acadêmica.

É importante que o profissional de saúde esteja atento em saber se comunicar, dialogar, compreender a singularidade de cada ser, tenha precaução, carinho e responsabilidade, não enxergando o indivíduo só pelo olhar biologicista, mas relacionando sua história de vida, suas angústias, incertezas e todo o contexto que o cerca (NETO et al, 2014).

O processo de trabalho como profissional de saúde da atenção básica é bastante desafiador, principalmente no atual cenário político, econômico e social, porém é muito gratificante saber que posso contribuir na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, da família, e da comunidade. A cada dia me sinto mais pertencente a esse espaço, capacitada a enfrentar as barreiras que irei encontrar e espero contribuir, cada vez mais, no processo de construção de um SUS ideal: integral, de qualidade e para todos.

4. Referências

1. ALMEIDA, PF et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, 2018.
2. ARANEGA, AM et al. Whatistheimportanceof Hospital Dentistry?.*Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, 2012.
3. ARANTES, LJ et al Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016.
4. BARALDI, DC; SOUTO, BGA. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq. Bras. Cienc. Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, 2011.
5. BEZERRA, IMP; SORPRESO, ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *J. Hum. Growth Dev.* São Paulo, v.26, n.1, 2016.
6. BLUM, DF; SILVA, JÁ; BAEDER, FM, DELLA BONA, A. The practiceofdentistry in intensivereunits in Brazil. *Ver Bras Ter Intensiva*; 30(3):327-332, 2018.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, 2000.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS– 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
11. BRASIL. Pactuação das diretrizes, objetivos e indicadores, 2017-2021 (SISPACTO). Manual de orientação, 2017.
12. CARVALHO, CAP et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, 2008.
13. CAVALCANTI, PB; LUCENA CMF; LUCENA PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 14, n. 2, 2015.
14. COSTA et al. Projeto Político Pedagógico. Fundação Estatal Saúde Da Família/Fundação Oswaldo Cruz Bahia “Gonçalo Muniz”. Programas de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, 2018.
15. COUTINHO, LRP; BARBIERI, SANTOS AR; MORAES ML. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 39, 2015.
16. CRUZ, MLS et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia

- diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). *Psic. Rev. São Paulo*, volume 17, n.1 e n.2, 2008.
17. DALMOLIN, BB, et al. Meanings of the health concept through the perspective of teachers in the health Field. *Esc Anna Nery*; 15 (2):389-394, 2011.
 18. LAPLARODRIGUEZ, EOS; NETO GG; MONTESINOS, DLL; LLOR MJS, GOIS, AM; LISBOA CF. The use of integrative and complementary practices in the treatment of occupational stress: an integrative review. *Enfermería Global*, Nº 39 Julio, 2015.
 19. WANG, Y. *Micro-acupuncture in practice: Elsevier Health Sciences*, 2008.
 20. ABBATE, S. *Chinese auricular acupuncture: CRC Press*; 2016.
 21. LIMA, KMSV; SILVA, KL; TESSER, CD. Integrative and complementary practices and the relationship with health promotion: experience of a municipal health care service. *Interface (Botucatu). Comunicação, Saúde, Educação*, vol.18, n.49, 2014.
 22. LOPES, HP; GONÇALVES, AM. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 13(1), São João del Rei, 2018.
 23. MACHADO, AA. et al. Home visit: validation of an instrument for recording and monitoring individuals and families. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(1):165-175, 2014.
 24. MARQUES LARV et al. Drug abuse and its consequences in oral health: a review of literature. *Arquivo Brasileiro de Odontologia* v.11 n.1, 2015.
 25. MATTOS, GCM. et al. The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family Health Strategy: barriers, advances and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):373-382, 2014.
 26. MORÉS, FB; SILVEIRA, E. Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, 2013.
 27. NETO et al. Humanização em saúde e a odontologia. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 16(2): 130-138, 2014.
 28. PERUZZO, HE; BEGA, AG; LOPES, A; HADDAD, MCFL; PERES, AM; MARCON, SS. The challenges of team work in the family health strategy. *Escola Anna Nery* 22(4), 2018.
 29. SILVA, FCS. The Principle Of Full Assistance And The Challenges In Applying It In Public Health. *Revista Saúde E Desenvolvimento* . Vol. 7, N.4, 2015.
 30. SILVA, MC; LSR, SILVA; L; BOUSSO, RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*, 45(5):1250-5, 2011.
 31. SILVA, IO et al. The importance of the surgeon-dentist at hospital environment. *Rev Med Minas Gerais*, 2017.

32. SILVA, TFR; FERREIRAV. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 105 [Acessado 13 Janeiro 2020].
33. SUNDFELD, AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.