



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LAÍS RIBEIRO OLIVEIRA COSTA**

**DESAFIOS DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

**SALVADOR - BA  
2020**

LAÍS RIBEIRO OLIVEIRA COSTA

## DESAFIOS DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como parte do requisito obrigatório para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Carla Elisa Santana Soares  
Co-orientadora: Mavie Eloy Kruschewsky

Aprovada em \_\_\_\_ de março de 2020, Salvador-BA

### EXAMINADORAS

---

Carla Elisa Santana Soares  
(Esp. em Saúde da Família)

---

Mavie Eloy Kruschewsky  
(Esp. em Saúde Pública com ênfase em PSF)

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da minha vida. Agradeço por todas bênçãos recebidas e dificuldades superadas.

Aos meus pais, por serem o meu alento, meu exemplo e os meus principais incentivadores.

À minha filha, luz da minha vida, dedico este trabalho e agradeço por ter me dado a oportunidade de compreender o que é o amor incondicional e de forma indireta ter me ajudado a alcançar minha realização profissional.

Ao meu marido, pela compreensão, parceria, que com todo amor sempre escutou minhas preocupações, lamentações e vitórias que juntas marcaram este tempo de aprendizagem.

A minha orientadora, Carla Elisa, e a co-orientadora, Mavie, por terem aceitado meu convite e terem me orientado com tanta leveza e dedicação.

Aos meus colegas, principalmente a minha equipe do Entroncamento, por serem pessoas que me inspiram, me ajudam, me desafiam e me encorajam a ser cada dia melhor.

Aos preceptores e apoiadores, pelo compromisso na condução das atividades.

As minhas tutoras de estágio, por “abraçarem” a residência e se dedicarem para repassar conhecimento com tanto carinho.

Aos funcionários do município pela paciência, tolerância e simpatia, sem eles, nada teria sido possível.

Por fim, não menos importante, agradeço aos usuários, que são o propósito de passarmos dois anos nesse processo de aprendizagem. Obrigada por serem tão receptivos, por trazerem tanto sentido a minha profissão e por se fazerem participativos na minha qualificação profissional.

COSTA, L. R. O. **Desafios de uma cirurgiã-dentista na Atenção Básica**. Págs.27. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2020.

## **RESUMO**

Trata-se de um memorial de formação que tem como objetivo de relatar sobre a minha trajetória como cirurgiã-dentista, durante a minha especialização profissional em Saúde da Família, em um município da região metropolitana de Salvador-BA. Esta narrativa memorialística foi dividida em quatro capítulos que descrevem o processo de autoconhecimento enquanto profissional inserida em uma equipe de saúde da família, além disso, aponta sobre a organização dos processos de trabalho, as dificuldades do trabalho em equipe e, por fim, tece reflexões da prática odontológica voltada para ações referentes à saúde bucal de forma multidisciplinar. Com ênfase para as ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos bucais são feitas contraposições a odontologia curativista. Descreve sobre os processos de construção e execução de ações que impactaram direta e/ou indiretamente na assistência e na qualidade de acesso do usuário no SUS. A partir desta experiência foi possível perceber a relevância da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação dos cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Saúde da Família; Sistema Único de Saúde (SUS); Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 QUEM SOU EU.....</b>	<b>7</b>
<b>3 CONHECENDO O TERRITÓRIO.....</b>	<b>9</b>
<b>4 RELAÇÕES DE TRABALHO.....</b>	<b>11</b>
<b>5 ODONTOLOGIA FORA DA “CAIXA” .....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Visita domiciliar .....</b>	<b>15</b>
<b>5.2 Atividades coletivas.....</b>	<b>16</b>
<b>5.3 Atendimento clínico .....</b>	<b>17</b>
<b>6 VIVENCIANDO A GESTÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>6.1 Coordenação da Atenção Básica.....</b>	<b>20</b>
<b>6.2 Secretaria de Saúde do Estado .....</b>	<b>22</b>
<b>6.3 Vigilância Sanitária e Ambiental.....</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, é um marco na saúde brasileira. Norteado pelos princípios da integralidade, igualdade, universalidade e equidade, esse sistema muda totalmente a lógica das práticas em saúde, possibilita um acesso mais democrático as ações e serviços, diferente da lógica centralizada no uso de tecnologias duras (SILVA, 2000). Apesar deste grande avanço, a odontologia continuou a ser, por muito tempo, um campo de difícil acesso. Centrada numa prática tecnicista, focada na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada, quase com exclusividade, para pequenos grupos da sociedade (ALMEIDA et al, 2010).

Na perspectiva de trazer um modelo mais inclusivo, com práticas de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Após seis anos, foram criadas ações direcionadas a atenção odontológica com a implementação do cirurgião-dentista no PSF, através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (SOUSA & HAMANN, 2009). Essa medida, visava aumentar o acesso da população ao atendimento odontológico através da execução das práticas de saúde bucal na Atenção Básica à Saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde optou pela Estratégia Saúde da Família (ESF) na execução das ações de saúde priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua, em substituição ao PSF (MATTOS et al, 2012). A ESF estabelece que uma equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição a Equipe de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

A implantação de Programas de Residência Integrados: Médica e Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS/FIOCRUZ), em 2014, em municípios da região metropolitana, como Camaçari e Dias d'Ávila, sendo a primeira turma desse último iniciada em 2017.

A Residência tem como objetivo propiciar 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, a partir das demandas locais e loco regionais (FESF-SUS, 2018, p. 8).

O Ministério da Saúde optou “pelo investimento na formação multiprofissional na modalidade de residência, apostando em seu potencial de indução de mudanças no modelo de atenção à saúde” (FESF-SUS, 2018, p. 6); e, na qualificação do sistema de saúde, visto que, os residentes são profissionais que são expostos a uma formação intensa em campos de práticas no “SUS real”.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo relatar sobre a minha trajetória como cirurgiã-dentista, residente, no período de março de 2018 a março de 2020, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em um município da região metropolitana de Salvador. Trata-se de uma narrativa descritiva e reflexiva sobre as dificuldades do trabalho em equipe, as atribuições de uma cirurgiã-dentista na Atenção Primária à Saúde, das contribuições da residência no meu crescimento profissional, que contrapõe a odontologia curativa, que limita o cirurgião-dentista para o trabalho na saúde pública.

## 2 QUEM SOU EU...

Eu me chamo Laís Ribeiro Oliveira Costa, a Lai para os irmãos, a mamãe para Malu, a esposa para o Wellington, a eterna criança para os pais e, durante o período de residência, a dentista das pessoas adscritas no território da Unidade de Saúde.

Meus pais sempre priorizaram como investimento a minha educação, apesar de não ter bem definido o que eu queria, eles sabiam o valor que isso traria para o meu futuro, sendo mulher negra. Durante o ensino médio, fiquei determinada a passar em medicina, cheguei a fazer 2 anos de cursinho pré-vestibular na expectativa de alcançar esse objetivo. O que não sabia é que o destino reservava outros planos para mim. No segundo ano de cursinho, engravidei e percebi que naquele momento estava saindo de “futuro da nação” (estudante de medicina) para um “problema social” (grávida e desempregada). Naquele ano, especificamente em 2012, percebi que aquela era minha última chance e dediquei-me ao máximo.

No momento da inscrição, optei por odontologia por receio de não conseguir ingressar em medicina. Faltando 1 mês para o vestibular Maria Luísa nasceu, e após realizar a primeira fase achei que não passaria. Para minha surpresa, não só fui para segunda fase, como ingressei na turma 2013.1 da Universidade Federal da Bahia. Não me arrependo por nenhum segundo dessa escolha! Costumo dizer que Maria Luísa descobriu minha vocação por mim. Na verdade, não queria ser médica, queria ser uma profissional de saúde, melhorar a vida das pessoas e com a odontologia descobri que posso fazer isso tocando a alma, principalmente, através do sorriso.

Durante a Graduação tive duas professoras que foram fundamentais no meu contato inicial com a saúde pública, fizeram aflorar o encantamento pelo SUS: Johelle Passos e Maria Cristina Cangussu. Com ambas estive envolvida em pesquisas sobre os principais agravos em saúde bucal. Com Johelle desenvolvi um trabalho que buscou avaliar a prevalência de doença periodontal<sup>1</sup> em pacientes asmáticos. Sob orientação de Maria Cristina realizei uma pesquisa sobre a prevalência de fluorose dentária<sup>2</sup>, que posteriormente, veio a ser tema do meu trabalho de conclusão de curso.

No final da graduação, esforcei-me ao máximo para ingressar de imediato na Residência em Saúde da Família. Não queria restringir minha atuação a um consultório, limitada a execução de procedimentos clínicos. Direcionei minha graduação em odontologia à saúde coletiva, pelo desejo de aprofundar a prática com acolhimento, agregando as especificidades da minha categoria profissional, além de ter a possibilidade de aperfeiçoar

---

<sup>1</sup> Doença periodontal: condição patológica que causa perda óssea resultando em mobilidade dentária.

<sup>2</sup> Fluorese dentária: condição patológica que afeta a estrutura do dente permanente devido a ingestão excessiva de flúor durante o seu desenvolvimento.

meu conhecimento técnico. Em março de 2018 ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família.

### 3 CONHECENDO O TERRITÓRIO

De acordo com o dicionário virtual Priberam (2020), território é a “área dependente de uma nação, província ou localidade”, nesse espaço as pessoas constroem suas vidas, histórias, culturas, e também, modos de fazer saúde.

O município da minha lotação está localizado a 54 km de distância da capital Salvador. Está a 06 km do maior polo petroquímico da América Latina. É uma cidade com aproximadamente 80.000 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2017, sob responsabilidade de dezenove equipes de Saúde da Família e treze equipes de saúde bucal, incluindo as equipes de Saúde da família distribuídas em duas unidades de Residência Multiprofissional (DIAS D'ÁVILA, p. 14, 2017).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi implantado em duas Unidades de Saúde da Família desde 2017. Inicialmente, quando da minha entrada em 2018, eu estava muito preocupada em saber em qual Unidade de Saúde da Família (USF) seria a minha lotação, mais ainda com as pessoas que iriam trabalhar comigo. No decorrer das apresentações das duas unidades de Residência, senti o “coração bater” mais forte por uma equipe, foi exatamente para esta Unidade de Saúde que fui alocada. Para minha sorte, com colegas maravilhosas.

Segundo o último levantamento populacional realizado pelas agentes comunitárias de saúde, a USF é responsável por uma área de abrangência com 1.973 habitantes e uma área descoberta com 516 habitantes. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017, a população adscrita por equipe de saúde da família é de 2.000 a 3.500 pessoas. A maioria da população de referência da equipe utiliza o sistema único de saúde (SUS), enfrenta dificuldades com a falta de saneamento básico, além de ter que conviver com a violência, em consequência dos pontos de tráfico de drogas existentes na região. São usuários bastantes receptivos, com forte vínculo a USF.

A ESF estabelece uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição a Equipe de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (SILVA, 2000; BRASIL, 2017).

A equipe era composta por: 02 recepcionistas, 02 higienizadoras, 01 vigilante durante o dia e outro a noite, 02 técnicas de enfermagem, 03 preceptores (uma de enfermagem, odontologia e um do Núcleo de apoio à saúde da família), 01 auxiliar de saúde bucal, 07

agentes comunitárias de saúde e 5 residentes do segundo ano. Com a nossa chegada, a unidade passou a ter 04 residentes cirurgiões-dentistas, 04 residentes enfermeiras.

Durante 03 meses, duas equipes de saúde da família (eSF) ocupavam o mesmo espaço físico, em uma estrutura física composta por três consultórios (odontológico, médico e de enfermagem), uma sala de procedimentos, sala para acolhimento, sala de vacina, copa, recepção, expurgo, esterilização, sala de limpeza, sala de reunião (pequena), e cinco banheiros.

Para a realização de um trabalho multiprofissional, seguindo as práticas da Estratégia da Saúde da Família (ESF), anunciada na Política Nacional da Atenção Básica em 2006, além dos profissionais da eSF, contávamos com 09 profissionais (também residentes) do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, este núcleo era composto pelas seguintes categoriais: Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. O Apoio Institucional era feito por uma residente sanitária.

O atendimento clínico era realizado em um consultório dividido entre as quatro dentistas, cada uma responsável por uma microárea. Duas eram responsáveis pela equipe I e as outras duas pela equipe II. Após três meses dividindo o mesmo espaço físico, foi inaugurado o novo prédio. A USF passou a contar com 02 residentes enfermeiras, 02 dentistas (eu e mais uma colega), uma recepcionista, uma auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, uma higienizadora, três agentes comunitárias de saúde e as preceptoras, que assumiam o acompanhamento dos residentes das duas equipes, contribuindo para o processo pedagógico dos residentes de todos os núcleos atuantes na unidade de saúde da família.

## 4 RELAÇÕES DE TRABALHO

Os primeiros 03 meses foram muito difíceis, pois éramos 8 residentes dividindo o mesmo espaço físico com outros funcionários. A USF parecia ser um ambiente acolhedor, de muita alegria e união. Com o tempo senti uma certa frustração ao perceber que as coisas não eram exatamente dessa forma. Enxergava a unidade de saúde como o ambulatório da faculdade, a preceptora como a professora, tive que lidar com os funcionários que não aceitavam a presença dos residentes e resistiam a ter que conviver com profissionais mais novos (idade) e recém-chegados em um ambiente que sempre foi deles. A USF escondia uma fragilidade nas relações de trabalho, atrelado a um processo de adoecimento de alguns funcionários. A nossa chegada tornou ainda mais difícil a dinâmica de trabalho.

Para que haja harmonia e resolutividade nas práticas desenvolvidas no trabalho em equipe, é indispensável interação, comunicação e capacidade para gerenciar conflitos, respeitando os diferentes saberes em cada um de seus membros. Segundo Araújo et al 2007, o diálogo é uma ferramenta potente e indispensável para a execução do trabalho em equipe. Diante da dificuldade de se estabelecer uma comunicação saudável, por 2 meses, tive muitas atitudes intempestivas, não exerci a escuta sensível direcionada a empatia, deixei de fazer sugestões que poderiam ajudar no funcionamento da unidade e percebi alguns vícios. É complicado para uma pessoa chegar no próprio ambiente de trabalho e não conseguir confiar nos colegas. Perdi o estímulo para desempenhar as atividades e a vontade de permanecer no ambiente.

No âmbito da saúde, alguns fatores podem ser prejudiciais na realização do trabalho integrado, tais como: profissionais não cooperativos, relações hierarquizadas, desigualdade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos serviços; esses obstáculos interferem diretamente na qualidade do serviço que é ofertado à comunidade. É importante refletir sobre o fato de que uma equipe é constituída de indivíduos diferentes, com suas singularidades como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Entretanto, apesar dessas diferenças exercerem influência sobre esse processo de trabalho, não deveriam inviabilizar o trabalho em equipe (PERUZZO et al, 2018).

Há uma falta de direcionamento durante a graduação acadêmica para o trabalho em equipe e para a Atenção Básica, porém esta prática constitui-se como o alicerce para as ações integrais em saúde (MITRE et al, 2008). Diante das dificuldades algumas ferramentas precisam ser utilizadas para viabilizar o trabalho em equipe: a reunião de equipe é uma importante estratégia para o consolidação das relações entre os membros das equipes da ESF e para o melhor desempenho e planejamento das mesmas; conhecer o trabalho de cada

profissional com maior propriedade, de modo que todos possam conhecer as dificuldades que o outro encontra a partir de suas responsabilidades diárias; as conversas informais, fora ou até no próprio ambiente de trabalho, contribuem para maior integração (PERUZZO et al, 2018).

No meio do caos foi estabelecido um laço muito forte entre os residentes, isso foi fundamental para organização dos nossos processos de trabalho. A partir dessa relação harmônica conseguimos nos blindar, começamos organizar as demandas da unidade, planejar atividades, dar seguimento em outras, criamos grupos terapêuticos, buscamos qualificar nossas reuniões de equipe, articulamos formas de discutir processos de trabalhos, ou seja, buscamos qualificar o serviço ofertado ao usuário.

Apesar de estar em um processo de formação, foi necessário lidar com a dificuldade de inclusão nas atividades da equipe. O dentista é sempre colocado no “papel” de anexo, não é lembrado para planejar visitas, participar das reuniões... No início foi bem difícil, porque eu sempre tinha que provar que fazia parte da equipe e que deveria estar ali, seja me colocando nas reuniões, participando ativamente das discussões de caso, indo sempre as visitas domiciliares junto com a médica e a enfermeira. Esse fator pode ser associado ao grande papel de liderança que a enfermagem exerce dentro da equipe, concentrando as decisões nos enfermeiros, além disso, a formação fragmentada ofertada em odontologia resulta em profissionais com pouca habilidade para a proposta da ESF (PERUZZO et al, 2018).

A inauguração do segundo prédio foi importante por provocar um outro ponto de mudança, foi determinante para minha percepção do meu papel quanto profissional de saúde na Atenção Básica. Durante o processo de mudança fomos advertidos pela gestão. Naquele momento percebi que não adiantava espernear e dizer que tudo aquilo não era culpa minha. Percebi que não sou mais a Laís estudante, que tinha uma pessoa para responder por mim. Naquele espaço eu era uma profissional de saúde, que responderia, juntamente com os colegas, por todos os problemas da unidade. Portanto, tive de me responsabilizar pelos fatos e não permitir que acontecimentos como o que ocorreu se perpetuassem.

O programa de residência preconiza um modelo de aprendizagem baseado em metodologias ativas. Isso significa que o residente é o principal ator envolvido no seu processo de aprendizagem, responsável por ampliar seu senso crítico e a capacidade de lidar com situações adversas, porém me sentia “perdida no espaço” em diversos momentos. Chegamos à USF e fomos introduzidas na rotina, sem um introdutório, um direcionamento, durante um tempo apenas reproduzíamos o que era feito antes da nossa chegada, sem discernimento.

A aplicação das metodologias ativas como ferramenta de aprendizagem, tem como objetivo tornar os profissionais de saúde “protagonistas” dos processos desenvolvidos. Desta forma, através da problematização da realidade, da troca de experiências, convívio com outras categorias profissionais, aprende-se a trabalhar em grupo, respeitar os diferentes

saberes, ampliar o senso crítico além de desenvolver habilidades de comunicação e a capacidade de lidar diversas situações, trazendo resolutividade e explicações para os problemas apresentados (MITRE, et al 2008) (MARIN et al, 2010).

## 5 ODONTOLOGIA FORA DA “CAIXA”

Por ter vindo de uma formação fragmentada, voltada para o trabalho na esfera privada, tinha muitas dúvidas sobre a atuação do cirurgião-dentista na Atenção Básica. Então, o que esperar de mim? Eu esperava desenvolver competências a partir de um trabalho com uma equipe multiprofissional, proporcionar mais qualidade de vida para uma população, ser resolutiva, participativa, percorrer caminhos até então, desconhecidos. Os usuários esperavam por atendimento resolutivo, que atendesse as suas necessidades, sem barreiras de acesso e acolhedor. A gestão, ao mesmo tempo que reforçava a importância da promoção à saúde, também se preocupava com o quantitativo, pois em todo território nacional, a odontologia tem indicadores que são avaliados, neles estão inclusos os números de oferta de primeira consulta e de tratamento concluído.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (p.17, 2017.):

É função do cirurgião-dentista: Planejar e programar atividades a partir do perfil epidemiológico do território; realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe; realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas.

Nós, residentes, tínhamos um modelo de agenda muito próximo do que é preconizado, como estávamos em processo de formação, tínhamos um turno clínico a menos para os nossos turnos pedagógicos, onde eram desenvolvidas atividades de formação complementar. Nossa agenda semanal era dividida segundo o modelo abaixo.

	<b>SEGUNDA</b>	<b>TERÇA</b>	<b>QUARTA</b>	<b>QUINTA</b>	<b>SEXTA</b>
<b>MANHÃ</b>	Atendimento Clínico	Visita domiciliar	Atendimento Clínico	Atendimento clínico	Acolhimento
<b>TARDE</b>	Turno pedagógico	Atendimento clínico	Acolhimento	Atividade coletiva	Reunião de equipe

Tabela 1- Modelo de agenda do residente do primeiro ano. (FESF-SUS, 2018, p. 18).

Durante a vivência, algumas atividades que realizei se tornaram marcantes, dentre elas: a visita domiciliar, a participação dos grupos de educação em saúde e o atendimento clínico. A seguir tratarei mais detalhadamente sobre eles.

## 5.1 Visita domiciliar

O Programa de Saúde da Família prevê a visita domiciliar como um mecanismo de ofertar a atenção domiciliar. Ela se caracteriza como uma forma de assistência aos usuários que visa o cuidado, diagnóstico local e programação de ações a partir da realidade, com ênfase na redução de desigualdades na atenção à saúde. O enfoque é garantir o cuidado ao usuário restrito ao lar, visando ampliar a autonomia e o leque de possibilidades de intervenção em domicílio tendo como base um planejamento individualizado (LIMA et al, 2019).

O cirurgião-dentista tem um papel importante na visita domiciliar, porém, esse mecanismo, quando utilizado, na maioria das vezes, reproduz um modelo assistencial clínico, individualizado, pautado no uso de tecnologias duras, tendo como foco o tratamento da doença (LIMA et al, 2019). Além disso, na maioria das vezes, esse tipo de assistência exige instrumentais, formas de biossegurança e de ergonomia que dificilmente são contempladas em um domicílio.

Realizar a visita domiciliar era uma das coisas que eu mais temia, devido à dificuldade em lidar com o “choque” de realidade. Apesar dessa insegurança tinha consciência da importância de exercitar esta prática e dos benefícios que traria para relação profissional-usuário. A visita domiciliar se mostra como uma excelente oportunidade de estabelecer vínculo, de se aproximar, conhecer sua forma de viver, suas dores, saber o que te deixa feliz. É uma forma de escuta que permite ao profissional entender a individualidade do outro (CARVALHO et al, 2012).

Os cuidados domiciliares em saúde bucal são definidos como o conjunto de ações de educação em saúde, com orientações sobre autocuidado, prevenção de agravos e assistência odontológica em domicílio (LIMA et al, 2019). Durante as vivências, realizamos orientações de saúde bucal para puérperas, foram demonstradas orientações e instruções de higiene oral para as mães e bebês, além de discorrer sobre a importância da amamentação para nutrição e desenvolvimento do sistema estomatognático. Para as pessoas com necessidades especiais e/ou acamados, passávamos instruções de higiene oral para o seu cuidador, além das formas alternativas que podem proporcionar mais autonomia para o usuário, por exemplo, adaptar a escova. Além disso, fazíamos aplicação tópica de flúor, adequação da cavidade oral com raspagens e selamento de cavidades, em casos específicos eram realizadas exodontias. As visitas domiciliares eram realizadas semanalmente, junto com a agente de saúde (ACS) e a enfermeira da equipe. Tínhamos o recurso do transporte mensalmente, quando a visita tinha participação da profissional de medicina.

Havia um usuário, que se encontrava acamado, com medidas paliativas. A sua crença na cura me deixou muito comovida, o que me fez questionar: o que leva uma pessoa, naquelas condições, ainda ter esperança? Em uma das visitas precisei sair da casa por alguns instantes, pois ele estava muito debilitado e eu só conseguia chorar. Chorei pela dor dele. Chorei, porque não me senti forte o bastante para fazer o que era minha responsabilidade. Chorei, porque por alguns minutos senti uma parte daquele sofrimento e achei que não tinha o que fazer. Isso me fez lembrar um professor da época da graduação que me disse que era necessário dissociar "pena" e compaixão. "Pena" é um sentimento momentâneo, não promove qualquer tipo de atitude no indivíduo em prol do outro que está em profundo sofrimento. Compaixão é compartilhar, é olhar para o outro e ver o que ele precisa naquele momento. Pode ser um abraço apertado, uma bronca, uma orientação, uma ajuda. É dar aquele estímulo, aquela força, mas sem se envolver com o fato ou a situação.

Essa lembrança ressignificou meu pensamento sobre a visita domiciliar, me fez perceber que o fato de estar ali era a oportunidade de levar o acesso à saúde bucal e ampliar minha atuação como cirurgiã-dentista. Esta vivência permitiu que eu me aproximasse do território (identifiquei barreiras de acesso demográficas e socioeconômicas, as condições de habitação dos usuários, as relações sociais, principais problemas de saúde, aspectos ambientais, avaliação de riscos, identifiquei potencialidades). Com as visitas domiciliares aprendi observar comportamentos, pude ofertar atendimentos compartilhados com a enfermeira e a médica (pacientes com doenças crônicas, atendimentos puerperal), compreendi a importância de respeitar a crença das pessoas, a importância de exercer uma escuta sensível, empática e fazer uso, de maneira consciente, das ferramentas da Política Nacional de Humanização. A ESF me permitiu levar saúde bucal para pessoas que não tem acesso aos serviços ofertados na unidade de saúde devido as suas limitações e permite cotidianamente, o fortalecimento do vínculo entre a população e a nossa equipe.

## **5.2 Atividades coletivas**

No início, tive muita dificuldade em facilitar os grupos da unidade, principalmente porque nesses espaços abordávamos diversos assuntos que não eram específicos da saúde bucal, o que me tirava totalmente da zona de conforto. Passei por experiências em grupo de gestante com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o grupo HIPERDIA (hipertensão e diabetes), grupo de práticas corporais, grupo terapêutico voltado para saúde mental e salas de espera que possibilitou apurar a minha percepção para o fato de que a eficácia na condução das atividades coletivas está diretamente ligada ao conhecimento das necessidades da população do território, além disso, pude reconhecer a

importância da valorização do saber do outro e o quanto a troca de experiências traz expectativas e melhoria de qualidade de vida ao usuário.

A construção do grupo HIPERDIA, por exemplo, surgiu da observação da equipe do número de usuários com taxas metabólicas ou pressóricas fora dos padrões de normalidade. Fazia parte da nossa rotina remarcar procedimentos odontológicos, realizar encaminhamento externos para Unidade de Pronto Atendimento, manter o usuário em observação na USF após administração de medicações, na tentativa de regular a glicemia e/ou pressão arterial. Começamos a questionar o motivo desse desequilíbrio, visto que, a maioria dos usuários possuem vínculo com a unidade e são acompanhados. Chegamos à conclusão de que isso não tinha sido o bastante. Identificamos a necessidade de participar da rotina desses usuários. Criamos o grupo bem viver juntamente com o NASF-AB com o objetivo de promover saúde e estimular hábitos saudáveis para usuários com doenças crônicas. Pudemos perceber que havia falta de compreensão sobre o mecanismo das doenças, por parte dos usuários. Muitos não faziam uso regular das medicações por crenças (substituição das medicações por chás, outros acreditavam que estavam curados) ou porque não compreendiam o que estava escrito nas receitas, a maioria não praticava exercício físico e/ou nem usufruía de momentos de lazer.

O grupo foi relevante para desconstruir aquela “imagem” de que essa realidade se resumia a falta de preocupação do usuário com sua própria saúde, pude perceber os diferentes contextos em que o usuário está inserido e ouvir as dificuldades compartilhadas nos faz ter outra percepção da situação. Segundo Moré e Ribeiro (2010) as possibilidades do trabalho em grupo são variáveis, pois permitem um novo contexto social. À medida em que as pessoas conseguem superar as dificuldades com o grupo, passam a se sentir mais seguros e distribuem a vivência para outros espaços que fazem parte, restabelecendo até laços familiares.

A criação de grupos gera um processo de educação que fortalece a relação do profissional com o paciente, otimiza o processo de trabalho, uma vez que o paciente passa a ter menos necessidade de consultas individuais, se configurando como importante ferramenta de prevenção de doenças e agravos e promoção à saúde (MENEZES & AVELINO, 2016).

### **5.3 Atendimento clínico**

Apesar do atendimento clínico fazer parte da rotina de um cirurgião-dentista, independente do seu campo de atuação, também se configurou como um grande desafio na minha trajetória, principalmente pelo fato da residência ser minha primeira experiência profissional. Perguntava-me como priorizar a prevenção de doenças, agravos e a promoção

da saúde se a própria saúde bucal ainda depende muito de práticas curativas, em decorrência de um longo período que a humanidade passa por processos mutiladores.

Reflete um período em que a odontologia realizava intervenções priorizando a cura, esquecendo dos aspectos biopsicossociais, deixando como marcas, principalmente, em consequência da cárie dentária e doença periodontal (CAMPOSTRINI et al, 2007). A condição bucal diz muito sobre a situação social de um indivíduo. O nível de escolaridade, a renda, desemprego, evidencia não só exclusão social como também concepções pejorativas que interferem negativamente nas relações humanas (NARVAI & FRAZÃO, 2008). A dor tem a capacidade de causar um desequilíbrio, concomitantemente, desperta um equilíbrio que faz com que as pessoas se articulem para superá-la, por meio de diversos tipos de saber. As representações sociais são determinantes, na relação saúde-doença de cada pessoa. Cada indivíduo tem um conhecimento e concede importância a um assunto ou situação de acordo com sua própria história (LUCAS et al, 2014).

Fomos solicitados a realizar uma entrevista com um usuário da unidade, com o objetivo de identificar as representações sociais da dor de dente. Estive com a usuária G.M.J., 52 anos, ela possui o nível médio completo, relatou ter tido uma trajetória de vida muito difícil. Durante a entrevista, falou sobre seus cuidados diários com a saúde bucal e de experiências anteriores, quando foi ao dentista.

Precisei buscar um dentista muitas vezes. Primeiro, porque meus dentes começaram a estragar, por conta da gastrite, também não cuidava dele corretamente, não fazia higienização correta. Não dava tanto valor, ou melhor, não sabia a importância dos dentes na minha vida. Tirei vários dentes sem precisar, porque as vezes o dentista dizia que dava para fazer canal e eu dizia que queria tirar. Hoje, uso fio dental, sempre observo se tem alguma ferida, se a gengiva sangra. Faço a escovação de forma contínua, faço gargarejo com chá. Na minha infância não era assim, porque naquela época eu não tinha nem creme dental e escova. (G.M.J, 2018)

Segundo Moreira et al. 2007, a condição bucal não evidencia apenas uma condição clínica, mas uma história vivida (renda individual, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, acesso aos serviços de saúde, moradia, processo de formação, saneamento básico) evidenciando uma demanda além da avaliação clínica. A dor de dente provoca uma expectativa negativa sobre a qualidade de vida, ocasionando sofrimento, e dificuldades no convívio social e acesso aos serviços odontológicos.

Um estudo desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, que buscou analisar as representações sociais da dor de dente por meio de metáforas utilizadas pelos usuários concluiu que a procura pela atenção odontológica ocorre motivada pelas urgências, inviabilizando práticas de prevenção e/ou detecção e tratamento precoce de cárie dentária. Além disso, uso dos serviços públicos por adultos esteve associado a usuários do sexo feminino, de baixa escolaridade e renda (LUCAS et al, 2014).

Pessoas com baixa renda familiar e/ou individual, não se atentam ao seu corpo, pois o usam principalmente como instrumento, subordinando-o às funções sociais. Sendo assim, a doença se manifestará gravemente, talvez porque não perceberam os sinais iniciais ou porque não tiveram acesso aos serviços de saúde bucal levando a um agravamento do problema. A identificação desses impactos me possibilitou abordar os usuários de forma singular, compreendendo a dor relatada, ou seja, tratar de conhecer o indivíduo além dos seus sintomas.

O trabalho na Atenção Primária prioriza o sujeito em sua individualidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Para isso, são realizadas práticas de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, contribuindo para redução e/ou eliminação de danos que possam comprometer a qualidade de vida do usuário. A atenção Primária utiliza a Estratégia Saúde da Família como uma forma de reorganizar o modelo de assistência na tentativa de garantir: a universalidade, acessibilidade, a prática do cuidado, a criação de vínculo, integralidade, a humanização, a equidade e a participação social, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas públicos de saúde (GONÇALVES & RAMOS, 2010). Com atendimentos clínicos aprendi o quanto é necessário conhecer a saúde bucal em suas esferas, para além das suas características biológicas (deglutição, mastigação, fala, fonação). É importante pensar nas características psicológicas que interferem na autoestima, relação social. Desta forma o profissional conseguirá desenvolver habilidades e avaliar criticamente, as políticas de saúde e as ações desenvolvidas no cuidado a saúde bucal.

## 6 VIVENCIANDO A GESTÃO

### 6.1 Coordenação da Atenção Básica

O segundo ano da residência representou o momento que saí totalmente da minha zona de conforto. Fomos inseridos em um modelo diferente do primeiro ano, no qual somos estimulados a desenvolver habilidades vivenciando a gestão, se distanciando um pouco da dinâmica de trabalho da USF, do vínculo com os usuários. Durante o segundo ano passei por três estágios, iniciei na coordenação da Atenção Básica do município de atuação da residência, depois passei um período na Secretaria de Saúde do Estado e, por fim, retornei ao meu município de atuação na Vigilância Sanitária e Ambiental.

O trabalho na Unidade de Saúde refletia uma relação com a gestão que não me permitia compreender o “fazer” da gestão. Sentia uma relação distante, apesar da presença do apoio institucional. Os problemas que eu tive com os processos de trabalho dentro da USF, a ausência de escuta (ou escuta não empática), a falta de entendimento de como é estruturada uma rede de Atenção tornou a relação, muitas vezes, verticalizada. Era essa a visão que eu tinha, era como ver um empregador responsável por fornecer os insumos essenciais ao nosso trabalho e, por isso, teria o controle da execução das atividades.

Além disso, me perguntava: como conseguiria ofertar assistência ao usuário não fazendo parte da equipe saúde da família? Como uma dentista conseguiria atuar nos espaços de gestão?

Estava muito ansiosa e bastante preocupada em não atender as expectativas, até porque, eu não tinha a mínima noção de como funcionam os processos. Achei essencial o papel do Apoio Matricial nesta etapa, passamos por um curso introdutório, nele foi apresentado os instrumentos de gestão: O Plano Municipal de Saúde (PMS), o Relatório Anual de gestão (RAG) e a Programação Anual de Saúde (PAS).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) e a programação anual de saúde são instrumentos de gestão que organiza um conjunto de compromissos em relação aos problemas e as necessidades de saúde da população de um município, a fim de garantir a integralidade do cuidado (PMS, 2017). O PMS (2018-2021) já estava em vigor quando entrei no estágio. Tive a oportunidade de iniciar este ciclo estagiando três meses na coordenação da Atenção Básica do Município. Durante o estágio pude contribuir com dois compromissos da Coordenação da Atenção Básica: a reterritorialização municipal e a implantação do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

A territorialização é uma ferramenta importante para o conhecimento do território, que consiste em dividir os serviços de saúde de acordo com a delimitação de áreas de abrangência, através do conhecimento das demandas da população: identificação de

barreiras de acesso demográficas e socioeconômicas, acessibilidade, principais problemas de saúde, aspectos ambientais, conhecimento do equipamentos sociais, avaliação de riscos, identificação de potencialidades (ARAÚJO et al, 2017; SANTOS & RIGOTTO, 2010).

A reterritorialização do município passou a ser um compromisso da gestão devido as mudanças ocorridas no território: aumento das áreas descobertas, chegada de novas famílias, diminuição do quantitativo de ACS. A partir destas transformações, por perceber o território como um espaço dinâmico, pensou-se nesta ferramenta como uma forma de conhecer e qualificar o acesso da população as ações e serviços de que necessitam. O conhecimento do território a partir da territorialização foi uma das competências desenvolvidas durante o meu primeiro ano de residência, porém desta vez a minha função, enquanto gestão, era de sensibilizar os profissionais sobre a relevância de cada etapa desse processo.

Durante o período do estágio produzi (juntamente com duas colegas residentes, sob a orientação de uma apoiadora matricial e tutoria da coordenadora da AB) oficinas de pactuação com as equipes de saúde da família (eSF). O objetivo era construir nesses encontros o cronograma da territorialização com os profissionais, tornando o processo participativo, exercendo uma relação horizontal. Durante o tempo que fiz parte da eSF sentia falta da participação do trabalhador na elaboração dos planos de ação da gestão. A intenção era mostrar aos profissionais que era possível realizar o trabalho em conjunto, atendendo seus anseios e necessidades, desta forma, a condução dos processos poderia ser mais prazerosa. A experiência da territorialização proporcionaria a gestão e a eSF um entendimento das áreas de abrangência e da importância dela, como parte do processo de organização das ações e práticas realizadas.

Também fui responsável (sob orientação da apoiadora matricial e tutora da coordenadora de saúde bucal) por criar o fluxo de encaminhamento para o LRPD, contendo informações sobre critérios de inclusão, termos de referências, além de realizar uma capacitação com profissionais de saúde bucal sobre os mecanismos de referência e contra referência do LRPD. No Brasil, o primeiro levantamento epidemiológico a respeito da condição de saúde bucal, em 1986, explicitou uma grande necessidade de reabilitação protética dentária, pois era um período voltado para uma assistência essencialmente curativa e mutiladora (GUIMARÃES, et al, 2017). A perda dentária é um dos principais agravos à saúde bucal devido a sua alta prevalência (FERREIRA et al, 2006).

Considerando a integralidade da assistência à saúde e a necessidade de suporte por uma rede especializada de serviços odontológicos, a portaria nº 599 de 23 de março de 2006 define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial

removível e/ou prótese coronária/ intrarradiculares e fixas/adesivas. (BRASIL, 2006).

Dentre as experiências descritas a mais marcante foi a implantação do LRPD no município, pela especificidade odontológica. Esta estratégia amplia a integralidade da atenção no âmbito odontológico, tendo em vista a demanda por reabilitação protética no município. A implantação deste serviço contribui para diminuir a prevalência de edentulismo e seus impactos na qualidade de vida da população, como também o fortalecimento das políticas de saúde bucal do município.

O projeto de reterritorialização e o fluxo do LRPD foram os pontos de partida para que eu pudesse começar a responder aos meus questionamentos iniciais. Percebi ali, que apesar de não estar atuando diretamente na relação profissional-usuário, eu estava contribuindo para o fortalecimento de vínculo, para a melhoria do acesso, qualificação do acolhimento, ou seja, eu continuava contribuindo para melhoria da qualidade de vida do usuário mesmo não estando mais inserida na porta de entrada.

## **6.2 Secretaria de Saúde do Estado**

Durante sete semanas estive na Diretoria de Gestão e Cuidado (DGC), na área técnica de Saúde Bucal (ATSB). Quando cheguei à Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) encontrei um espaço com várias diretorias e que supria a demanda de 417 municípios; uma realidade totalmente diferente do município de atuação da residência. Era perceptível um processo de trabalho mais consolidado com a assistência, pautado no planejamento, além de haver uma demanda muito maior.

Na época, uma das pautas prioritárias para área técnica de saúde bucal era orientar os 43 municípios que foram credenciados para o LRPD. O principal desafio na condução desse produto foi manter uma comunicação linear com os 43 gestores. Dos municípios credenciados, a maioria não estava mais sendo gerido pelo gestor que solicitou o credenciamento, isso trouxe dificuldades no recebimento das informações, na construção do fluxo de credenciamento e execução do serviço nestes locais.

No nosso sistema de saúde se tornou comum a fragilidade nas relações de trabalho, que está relacionada com o não cumprimento das leis trabalhistas, conseqüentemente, isso causa uma grande rotatividade de profissionais, dificultando a construção e execução de planos para a assistência à saúde e a continuidade dos planejamentos em saúde (SILVA et al, 2015).

Diante desta dificuldade, o meu produto no estágio foi a construção de uma oficina para os coordenadores de Saúde Bucal ou coordenadores da Atenção Básica dos municípios

recém-credenciados, com o objetivo de orientá-los sobre o fluxo de implementação do LRPD. A principal ferramenta utilizada para garantir a efetividade do produto foi o planejamento.

Considera-se que um planejamento com vistas ao encaminhamento de ações pautadas no princípio da integralidade prevê as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, de forma indissociável, além de garantir, efetivamente, a participação de todos os atores envolvidos. Ainda, entende-se que o planejamento deve ser um 'instrumento vivo' que realmente acompanhe o dia a dia da produção de saúde, a fim de que as exigências impostas pela sociedade contemporânea, identificadas no discurso como 'incêndios', não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente (SILVA et al, 2015).

Juntamente com os membros da área técnica, criei um plano operativo com descrição das atividades e profissionais de referência para execução de cada uma. Tivemos o movimento de contatar por telefone e via e-mail os gestores dos 43 municípios informando sobre a oficina, fizemos consultas técnicas sobre a implementação do LRPD, além disso a harmonia e sintonia da equipe também foi importante para essa construção coletiva. Apesar de ter sido uma experiência curta, pude compreender a importância do planejamento na condução dos processos e da necessidade de expandir essa linha até mesmo, dentro da assistência.

### **6.3 Vigilância Sanitária e Ambiental**

A vigilância em saúde constitui-se como um conjunto de práticas que visam garantir a promoção da saúde à população, contando com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde (BAHIA, s/a). No município que atuei como residente, a Vigilância em Saúde é representada pelas Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, sendo que a última apresenta a implementação do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIÁGUA), como uma ação de destaque nas práticas da Vigilância Ambiental do município.

A vivência na Vigilância Sanitária e Ambiental (VISAT) durante seis meses foi extremamente desafiadora, porém, quis conhecer e atuar neste espaço, justamente para sair da minha "zona de conforto". O diferencial desse estágio foi a possibilidade de participar da rotina da equipe, não fiquei presa a construção de um produto. Durante esse tempo na Vigilância pude, juntamente com a equipe: realizar inspeções, apurar denúncias, elaborar notificações, executar ação de educação permanente, construir relatórios técnicos diários e o RAG, realizar coletas para controle da qualidade da água do município, através do Programa VIGIÁGUA.

No início, me sentia um pouco deslocada, pois era algo totalmente diferente da minha rotina de trabalho, só consegui me adaptar, de fato, após três meses. O papel da tutoria foi indispensável para esse deslocamento, sempre utilizando de vários recursos para tornar o processo leve e empolgante. O que mais me chamou atenção na VISAT foi o perfil educador, as inspeções não eram realizadas na perspectiva da punição, mas sim na tentativa de conscientizar os contribuintes sobre os riscos que podem expor a população. Também há uma preocupação com a qualificação dos profissionais atuantes no município. Tive a oportunidade de construir com a equipe técnica da VISAT, em parceria com os técnicos da Vigilância Epidemiológica, uma ação para profissionais do ramo da beleza, foi abordado sobre normas de biossegurança, riscos ocupacionais, além de sensibilizar sobre importância da vacinação e a aplicação da vacina no local.

Quando eu estava atuando diretamente na USF, compondo a eSF, não tinha dimensão do quanto é realizado na rede como um todo. Percebi que apesar das Vigilâncias atuarem de forma distinta, estão interligadas. Pude vivenciar (na prática) o processo de planejamento e execução de ações. Fazer parte da VISAT ampliou meu olhar quanto profissional de saúde aos fatores externos que podem afetar a qualidade de vida das pessoas, seja na qualidade da água que consomem, do alimento e/ou medicamento que compra. Vi a importância da Vigilância no controle do acondicionamento dos medicamentos distribuídos no município, na adequação dos estabelecimentos de saúde e alimentícios as normas higiênico sanitárias. A partir das minhas vivências nestes três campos de estágio tentei replicar o aprendizado não só como forma de oferecer o melhor para aquele espaço onde eu não ia mais habitar como residente, mas também na perspectiva de me qualificar quanto profissional dentro dos meus anseios, habilidades e afinidades.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O programa de residência me proporcionou viver uma experiência rica e desafiadora. A criação e fortalecimento do vínculo com os usuários, aprender a ativar pequenos espaços coletivos, a troca de saberes no trabalho em equipe, foram extremamente relevantes para o entendimento do meu papel enquanto profissional de saúde. O exercício de me tornar principal agente envolvida no meu processo de aprendizagem, apesar de ter sido um pouco doloroso no início, proporcionou descobertas, transformações e conquistas.

Anseio por uma odontologia que busque trazer, prioritariamente, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento e manutenção da saúde dos indivíduos e coletividade. Que esta especialidade seja inserida na equipe saúde da família com o mesmo grau de importância que as outras categorias. A experiência vivenciada na residência foi muito importante para o meu autoconhecimento, definição da profissional que quero continuar a ser, ampliou minha “visão” do que é saúde, e me mostrou que o exercício do cirurgião-dentista vai muito além do consultório. Façamos o SUS em todos os seus setores e instâncias, sejamos defensores do SUS!

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p.126-132, 2010.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Norte, v. 12, n. 2, p.455-464, 2007.

ARAÚJO Guilherme Bruno, et al. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. **SANARE**, v.16, n.01, p. 124-129, 2017.

BAHIA. **Superintendência de Vigilância e proteção à Saúde do Estado da Bahia**.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, s/n. Disponível em:

<<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/superintendencia-de-vigilancia-e-protacao-da-saude-do-estado-da-bahia/>>. Acessado em janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília (DF), 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 599 de 23 de março de 2006**. Brasília (DF), 2006.

CARVALHO, L. G. P. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.521-525, 2012.

CAMPOSTRINI, E. P. *et al.* **Condições da saúde bucal do idoso brasileiro**. Arquivos em odontologia, v.43, n.02, 2007.

CARRANZA, F. A. *et al.* **Periodontia clínica**. 11. ed. São Paulo: Elsevier, p.180-189, 2012.

DIAS D'ÁVILA. **Plano Municipal de Saúde**. Prefeitura Municipal de Dias D'Ávila. Secretaria Municipal de Saúde. Dias D'Ávila, p.13, 2017.

FERREIRA, A. A. A. *et al.* **A dor e a perda dentária**: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p.211-218,2006.

FESF-SUS. **Projeto Político Pedagógico**. 2ª versão, FESFSUS, 2018.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. **O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família**: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, Santa Catarina, v. 14, n. 33, p.301-314, 2010.

GUIMARÃES, M. R. C. *et al.* **Desafios para oferta da prótese dentária na rede de saúde pública**. **Revista Odontologia UNESP**, v. 46, p.39-44, 2017.

LIMA, A. P. *et al.* Atenção domiciliar em saúde bucal: experiência de integração ensino-serviço-comunidade em centro de saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 18, n. 1, p.90-97, 2019.

LUCAS, S. D. *et al.* **Uso de metáforas para expressar a dor de dente**: um estudo na área de antropologia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p.1933-1942, 2014.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.373-382, 2014.

MARIN, M. J. S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. Interface - **Comunicação, Saude, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 33, p.331-344, 2010.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p.124-130, 2016.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p.2133-2144, 2008.

MOLINA-FRECHERO N. *et al.* Impact of Dental Fluorosis, Socioeconomic Status and Self-Perception in Adolescents Exposed to a High Level of Fluoride in Water. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.14, n.73, 2017.

MORÉ, C.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família**. UNA-SUS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: Muito além do céu da boca**. 21 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.12-14, 2008.

PERUZZO, H. E. *et al.* **Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família**. Escola Anna Nery, Maringá, v. 22, n. 4, 2018.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica. **Educ. Saúde**, v.8, n.3, 2010.

SILVA, B. F. S. *et al.* A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, 2015.

SILVA, V. M. T. A. **Odontologia no programa saúde da família**: A importância da inclusão das ações de saúde bucal na Atenção Básica. Faculdade de Medicina de Campos, 2000.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 1, p.1325-1335, 2009.