

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

TAINAN GARCIA VALADÃO

**Vivências de uma cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família e
encontros com as trajetórias dos usuários**

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

Orientador: Ricardo de Oliveira Barros

BAHIA

2020

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui ações organizadas de promoção, prevenção e recuperação da saúde em território definido e com foco na família, sendo uma estratégia de qualificação da atenção básica baseada na vigilância em saúde. O presente trabalho visa relatar a minha trajetória como cirurgiã-dentista na ESF, ilustrando as diretrizes e práticas dessa estratégia, tais como vínculo, visita domiciliar, atividades coletivas entre outras, através da história de alguns usuários e da minha experiência, como também os desafios e peculiaridades desse contexto de atuação. A vivência em outros serviços da rede de atenção à saúde, tais com o Serviço de Atendimento Móvel a Urgências(SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Municipal de Salvador(HMS) ampliaram ainda mais a minha visão sobre o cuidado em saúde e todo o processo me transformou tanto no âmbito profissional quanto no pessoal.

Palavras-chave: saúde coletiva, atenção básica, estratégia de saúde da família, odontologia.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has organized actions to promote, prevent and recover health in a defined territory and with a focus on the Family, being a strategy for qualifying primary care based on health surveillance. The presente work aims to report my trajectory as a dentist in the FHS, illustrating the guidelines and practices of this strategy, such as bond, home visit, collective activities, through the history of some users and my experience, as well as the challenges and peculiarities of this context of action. The experience in other services of health care network, such as the Mobile Emergency Care Service (SAMU), the Emergency Care Unity (UPA) and the Municipal Hospital of Salvador (HMS) further expanded my view on care in health and the whole process has transformed me both professionally and personally.

Key words: collective health, primary care, family health strategy, dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância a Saúde

ASB - Auxiliar de saúde bucal

CCIH - Comissão de Controle a Infecções Hospitalares

CODIPLAN - Coordenação de Planejamento

COGEHTS - Coordenação de Gestão da Educação, Humanização e Trabalho em Saúde

DIPLAN - Diretoria de Planejamento

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal de Saúde da Família

HMS - Hospital Municipal de Salvador

IRAS - Infecções associadas a assistência em saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PAVM - Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

PMS - Plano Municipal de Saúde de Camaçari

PSE - Programa Saúde na Escola

R1 - Residente do primeiro ano

R2 - Residente do segundo ano

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel a Urgências

SUS - Sistema Único de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UNEB - Universidade do Estado da Bahia

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: A Odontologia na Saúde Coletiva e na ESF.....	5
2. BREVE BIOGRAFIA	6
3. PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA	8
3.1 EXPECTATIVA X REALIDADE: conhecendo a ESF na prática e sua relação com o território e população coberta.....	8
3.2 VÍNCULO.....	9
3.3 VISITA DOMICILIAR.....	11
3.4 ACOLHIMENTO	12
3.5 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	13
3.6 ATIVIDADES COLETIVAS	16
3.7 CAMPANHAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE	17
4. SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA	19
4.1 ESTÁGIO OPTATIVO: Urgência e emergência.....	19
4.2 ESTÁGIO EM GESTÃO: CODIPLAN.....	20
4.3 ESTÁGIO ELETIVO: Atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar.....	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. INTRODUÇÃO: A ODONTOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA E NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de priorizar ações de promoção e proteção à saúde dos indivíduos e da família no âmbito da coletividade (SILVA; CALDRELLI, 2013). Possui carácter substitutivo em relação à atenção básica tradicional, a qual era organizada em ações curativistas através de atendimentos ambulatoriais centrados nas especialidades médicas tais como clínica geral, pediatria e ginecologia (CORREA,2013).

Com ações organizadas em território definido e com foco na família, a ESF se baseia na nova concepção sobre o processo saúde-doença, sendo uma estratégia de qualificação da atenção básica baseada na vigilância à saúde através de ações de promoção, prevenção e recuperação. Ações essas definidas através do diagnóstico situacional obtido por meio do processo de territorialização e da própria atuação no território, pois através do conhecimento das reais necessidades da comunidade é possível realizar um planejamento e programação de atividades mais assertivas e que irão ter impactos positivos (BRASIL,2018).

Nesse contexto, a odontologia tem um papel importante na promoção de saúde, uma vez que o cirurgião-dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal participam ativamente das diversas atividades pertinentes a ESF, não estando limitados aos tratamentos odontológicos curativos. A inserção dos profissionais de odontologia em ações de promoção e educação em saúde que podem acontecer em diversos espaços como no Programa Saúde na Escola (PSE), atividades coletivas, grupos, salas de espera e no próprio consultório tem um papel fundamental na prevenção, promoção e integralidade do cuidado.

O presente trabalho visa relatar a trajetória de uma cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família, trazendo conceitos e experiências sobre os principais aspectos e papéis da odontologia nesse contexto de atuação, bem como trazendo os desafios, pontos de virada e crescimento profissional e humano ao longo dessa experiência única.

2. BREVE BIOGRAFIA

Vamos lá, começar do começo. Antes de mais nada deixa eu me apresentar para que você, caro leitor, entenda como cheguei aqui nessa Residência de Saúde da Família. E antes disso como escolhi a profissão de cirurgiã-dentista...

Desde o ensino fundamental sempre me interessei muito pelas ciências biológicas e na 4ª série foi inesquecível para mim quando fui a apresentada ao conceito de “célula”, lembro com riqueza de detalhes dessa aula e do fascínio que isso me causou. A partir daí me interessei bastante pelo tema e na 7ª série já tinha a certeza de que gostaria de cursar a área de saúde. Cursei metade do curso de Nutrição na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), ciência pela qual ainda tenho muito interesse, porém pelas questões mercadológicas, opções de atuação e interferência constante de outros profissionais no trabalho do nutricionista, optei por uma mudança para odontologia, profissão com a qual sempre tive afinidade. Na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde me graduei, tive uma formação bastante diversificada, durante a qual me saltou aos olhos a disciplina de Odontopediatria, a qual costumo dizer que cursei a faculdade inteira, participando de monitorias, extensões, pesquisas entre outros. Como também as diversas matérias de saúde coletiva, que mesmo tendo mais contato na teoria do que na prática, desde o início admirava a visão macro trazida sobre as questões da saúde bucal e geral como também a importância dada ao planejamento em saúde.

Após formada trabalhei em consultórios particulares em Salvador e Lauro de Freitas, encontrar onde trabalhar não foi difícil, porém a lógica de funcionamento e a precarização do modelo de trabalho me assustou e muito. A mecanização da prática trouxe a sensação que os oito meses que trabalhei na rede particular eram 8 longos anos, repetitivos e enfadonhos. Essa insatisfação me fez olhar além e buscar retomar meu vínculo com a saúde coletiva, área a qual eu sabia que iria me oferecer um olhar e uma atuação ampliada no campo da saúde, indo além do óbvio e fugindo da mecanização da prática odontológica que era o que mais me incomodava. Vi na Residência Multiprofissional em Saúde da Família uma oportunidade de me desenvolver como profissional, ampliando minha visão sobre os cuidados em saúde, meus horizontes para além da caixinha da odontologia e de poder prestar uma assistência integral e livre de barreiras financeiras para os usuários.

Sempre achei interessante o olhar macro da saúde pública bem diferente do olhar mais tecnicista das especialidades. Atuar na Estratégia de Saúde da Família e ter convívio com outras categorias, enfermeiros, médicos e os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) também enriquecem muito a minha experiência. A discussão de casos, interconsultas, matriciamentos ampliam o olhar, antes meramente técnico e ampliam muito os horizontes.

Como disse Albert Einstein, " A cabeça que se abre para uma nova ideia nunca retornará ao mesmo tamanho" , acredito que meu olhar sobre a saúde nunca mais será reduzido ou fragmentado após a vivência na estratégia de saúde da família e isso me faz sentir que fiz a escolha certa.

3. PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA

3.1 EXPECTATIVA X REALIDADE: Conhecendo a ESF na prática e sua relação com o território e população coberta

Minhas expectativas quanto a residência eram enormes assim como minhas dúvidas, pois atuar na Saúde da Família bem como no setor público era uma experiência nova para mim. Estar em uma Residência também era algo novo e um pouco intimidador ao pensar na carga horária de 60 horas. Mas nos dois primeiros dias, no acolhimento oferecido pela coordenação, pude perceber o estilo e personalidade da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF), gostei bastante da maneira acolhedora e leve com que a coordenação e os preceptores nos receberam e desconstruí a ideia de que essa jornada seria algo pesado e cansativo. Mas a curiosidade maior era em relação ao campo de prática, a Unidade de Saúde da Família do Parque das Mangabas, tanto quanto ao meu papel na Estratégia de Saúde da Família quanto as características da população coberta.

A maior questão que habitava meus pensamentos era de como as outras categorias percebiam a odontologia, se entendiam de fato a importância do cirurgião-dentista em todas as diretrizes preconizadas pela ESF, como as atividades coletivas, visitas domiciliares etc. E nesse contexto também me perguntava sobre como seria a interação com os enfermeiros, médicos, atores do NASF no dia a dia? Pois na vivência do consultório odontológico, o convívio com profissionais de outras áreas de atuação praticamente não acontece. Após poucos meses atuando percebi que esse trabalho multiprofissional e multidisciplinar era um dos pontos mais potentes para o meu aprendizado e para ampliação do olhar sobre a saúde dos usuários.

Quanto ao território, fiquei bastante surpresa, pois apesar de Camaçari ser um dos mais ricos municípios do nordeste brasileiro com Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2014 de R\$ 62.409,50 (IBGE, 2014), abrigando o Polo Petroquímico e com mais de 5.000 empresas em atividade e estando a apenas 45 km da capital Salvador (BRASIL, 2018), as características do bairro do Parque das Mangabas se assemelhavam às de uma zona rural bem distante de qualquer município mais desenvolvido, falo isso tanto quanto a infraestrutura urbana como saneamento básico, calçamento quanto ao nível de socioeconômico da população.

Ao participar do Grupo de Gestantes e da pesagem do Bolsa Família algumas características ficaram claras e me surpreenderam, sendo que a quantidade de filhos por mulher foi o que mais me chamou atenção. No grupo, a gestante mais velha tinha 25 anos e já estava esperando o segundo filho, a mais nova tinha 14 anos. Na pesagem do Bolsa Família da mesma forma, muitas mães jovens, com mais de um filho e era possível às vezes perceber a falta de maturidade e informação dessas mulheres tanto quanto ao planejamento familiar quanto ao cuidado com elas mesmas e com as crianças. No acolhimento, em apenas um turno de atendimento vi várias crianças com uma condição bucal desfavorável, o que eu acredito ser uma das consequências dessa situação. Acredito que temos que utilizar da educação, como tentativa de melhorar esse quadro. Ao conversar com várias dessas usuárias a falta de instrução e a credence popular em métodos anticoncepcionais caseiros para mim foi algo bem impactante.

3.2 VÍNCULO

Considerado como uma tecnologia leve, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2012, o vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar em si um potencial terapêutico.

A formação do vínculo, pode parecer, mas não é algo simples, requer um certo tempo e necessita de momentos de escuta, diálogos, acolhimento, trocas e discussão sobre a responsabilização do problema a ser enfrentado entre o profissional e usuário (RODRIGUES et al,2010). Entre profissionais e usuários que estabeleceram vínculo, existe uma relação de confiança que permite a identificação das necessidades desse indivíduo, o que auxilia na sua adesão às atividades de prevenção e promoção de saúde bem como a tratamentos clínicos e farmacológicos. A empatia, colocar-se no lugar do outro, o reforço com o indivíduo de que ele tem responsabilidade sobre sua saúde, o auxílio pra que ele transponha obstáculos diários são competências requeridas para a formação de um vínculo saudável sem a relação de dependência e apego emocional (SANTOS; MIRANDA,2016).

Uma das coisas mais gratificantes para mim na ESF, é o vínculo construído com alguns pacientes. Algo intangível que dá sentido e engrandece a prática profissional, que me faz ter a sensação de dever cumprido. Incrível como construí vínculo com diversos pacientes que nunca atendi no consultório odontológico, mas que através de suas histórias e do contato, principalmente no acolhimento e em atividades coletivas, se tornaram vinculados a mim de uma forma muito interessante.

Uma história em particular, exemplifica para mim de uma forma muito clara a importância e o poder do vínculo. A filha adolescente de uma usuária, para qual fizemos diversas visitas domiciliares com a equipe mínima e NASF, desenvolveu um quadro de depressão após a morte do pai e em momentos de crise tinha o hábito de sair correndo pela rua sem destino ou de muitas vezes ir andando por cima dos telhados sem hora pra voltar, o que deixava sua mãe muito preocupada e angustiada. Certo dia, logo cedo essa mãe entra na USF aos prantos, muito transtornada pois sua filha havia “fugido de casa” e me procurou para ajudá-la. Naquele momento percebi a responsabilidade que temos com o usuário e o poder do vínculo, mesmo com toda tensão da situação e após conseguir ajudá-la com o auxílio de outros membros da equipe, me senti muito gratificada na confiança que essa mãe depositou em mim e em meus colegas de equipe. Enxergo nesse episódio uma recompensa intangível, é uma evidência de que a ESF consegue sim dar uma assistência ampliada aos usuários que enxergam na Unidade de Saúde da Família (USF), um espaço para além de cuidados curativos e sim um espaço de apoio e suporte.

A estrutura da residência, na qual ficamos um período de dois anos no município, e na USF de fato um período ainda menor de um ano que corresponde ao R1, é algo que vai de encontro com o estabelecimento do vínculo. Ouvei de vários usuários que eles não iriam ‘se apegar’ pois logo essa turma de residentes iria embora. Essa fala mostra além do sentimento de insegurança que a rotatividade da residência causa a alguns usuários, a percepção que eles têm sobre o vínculo que perpassa ao apego emocional e a sensação de que somente aquele profissional em específico é capaz de ajudá-lo ou de mesmo ‘facilitar a sua vida’. No início eu não compreendia como eu poderia minimizar esses efeitos negativos quando fosse o meu momento de transição de R1 para R2 e mesmo no final da Residência, mas ao longo do tempo percebi que seria possível usar de estratégias para que os usuários não se sentissem “desamparados” com as renovações de turmas. Eu em particular, buscava sempre

comunicar aos pacientes e a apresentar pessoalmente quem ficaria em meu lugar para encurtar os caminhos.

3.3 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é um instrumento potente proposto pela ESF para qualificar o processo de trabalho das equipes através da percepção ampliada do usuário, uma vez que permite conhecer: as condições de vida e habitação, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família e, conseqüentemente, pode facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado (CUNHA;SÁ, 2013).

Conhecer a realidade do usuário e o contexto no qual ele está inserido é crucial para adequar a prática, sendo um ponto de virada para a adequação do cuidado ofertado, o que é fundamental para adesão ao plano de cuidado. Após conhecer as condições de vida das pessoas através da visita domiciliar e de toda população de uma forma geral após conhecer o território, transformei em diversos pontos minha prática profissional tanto no que tange aos atendimentos odontológicos, quanto ao acolhimento, atividades coletivas etc.

Outra potencialidade da Visita Domiciliar é a possibilidade de conhecer e promover o cuidado para aqueles indivíduos que não acessam a unidade por motivos diversos. Um caso de um usuário em particular, para mim, ilustra a importância da visita domiciliar. Esse usuário de 50 anos, com paralisia cerebral, foi visitado pelo médico de minha equipe, que sinalizou que o mesmo tinha necessidades odontológicas. Quando realizei a visita, ao examinar o paciente, a condição bucal me impactou muito, nunca havia visto um quadro clínico semelhante, nem em livros, aquele era um sinal de que esse indivíduo não recebia atenção profissional há muitos anos e sua cuidadora não tinha instrução para realizar os cuidados diários, e no estado em que se encontrava não teria nem mais condições de fazê-lo. Para se ter uma ideia, não era possível visualizar os dentes da arcada inferior pela grande quantidade de cálculo acumulado. A cuidadora (sua genitora) também tinha um estado de saúde frágil e problemas de locomoção, o que tornava difícil levar o filho a unidade com certa frequência. Caso não houvesse a visita domiciliar acredito que esse usuário iria continuar desassistido.

Por se tratar de um paciente portador de Paralisia Cerebral, em turno pedagógico, discutimos as peculiaridades do atendimento e alinhamos com a equipe a necessidade de um atendimento interprofissional. Sabíamos que teríamos que fazer um esforço coletivo e prestar toda a assistência possível no domicílio do paciente para que a prestação do cuidado acontecesse de fato. A coleta de sangue foi realizada no domicílio e após os resultados dos exames agendamos uma data para o atendimento odontológico que foi realizado por mim, pela preceptora Thaíse e por minha colega R1 Jéssica, com sedação e monitoramento da equipe médica e de enfermagem. Para mim foi um grande aprendizado pois antes desse episódio nunca havia prestado atendimento a nenhum paciente sob sedação e foi fantástico ver o atendimento multiprofissional funcionando de fato, o que em um consultório odontológico não aconteceria, teria que ser realizado a nível hospitalar. Esse atendimento que pôde ter sido prestado com todo suporte necessário é um fato que me deixa satisfeita e entusiasmada com a Estratégia de Saúde da Família e com o trabalho multiprofissional.

3.4 ACOLHIMENTO

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem o acolhimento como uma de suas principais diretrizes. A recepção do usuário no serviço de saúde, a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços da rede de saúde para continuidade do cuidado quando necessário são componentes do acolhimento (BRASIL,2006).

No dia a dia da unidade a organização do acolhimento, enquanto serviço, é um dos processos mais discutidos a meu ver durante toda a residência. O que demonstra para mim a sua importância, mas também a sua fragilidade. Muitos ruídos de comunicação acontecem nesse espaço, pois não havendo uma padronização na prática dos fluxos e práticas, cada profissional acaba realizando de forma distinta essa recepção ao usuário no serviço de saúde bem como os encaminhamentos de cada caso. Outro ponto fraco para mim que deve ser modificado, é a ausência da classificação de risco, classificação esta que só era realizada após o usuário entrar na sala do acolhimento por ordem de chegada.

Na semana em que chegamos na unidade, quando me foi apresentado o acolhimento, o serviço do acolhimento, confesso que fiquei um pouco confusa e sem entender se teria conhecimento para atender a certas demandas. Quando me foi dito que algumas queixas seriam resolvidas no acolhimento, o que hoje sei denominar de "Atendimento Dia", me perguntei como eu, cirurgiã-dentista por formação, iria diagnosticar, receitar e oferecer orientações aos pacientes com infecção urinária, garganta inflamada e outras situações que os R2 e preceptoras relataram ser comuns. Fui para casa pensando, que teria que estudar muito e mesmo assim não teria segurança para resolver essas situações. Eis que recebo uma notícia que me trouxe muito alívio, a de que eu teria uma enfermeira de referência que estaria sempre comigo no acolhimento: Beatriz Jacques, muito solícita e dinâmica.

O acolhimento proporciona um aprendizado enorme, exercita nossa competência tanto humana com a escuta qualificada que vai para além das queixas dos sinais e sintomas perpassando as angústias e realidade de vida dos usuários, quanto na prática clínica na prescrição de medicamentos pertinentes a nossa atuação e nossa capacidade de qualificar e descrever os sintomas de certas condições para os outros profissionais da equipe como enfermeiras e médicos, tornando assim a comunicação e o atendimento ao paciente mais eficaz.

A minha presença no acolhimento também me traz o sentimento de estar participando de uma equipe multiprofissional e de ser uma profissional de saúde em evolução a cada dia.

3.5 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

No início do R1 enfrentei momentos um tanto quanto peculiares no que diz respeito aos atendimentos odontológicos. Na USF do Parque das Mangabas, passamos praticamente uns três meses sem auxiliar de saúde bucal (ASB), quando recebemos uma por um período determinado de uma unidade que estava em reforma, a autoclave apresentou um defeito e assim permaneceu por mais um tempo. Para mim foi bem frustrante ficar tanto tempo sem atender, todas as outras atividades da agenda como visita domiciliar, reunião de equipe, atividade coletiva eram interessantes e preenchiam diversos turnos da agenda, mesmo assim ficar sem a prática clínica odontológica era muito ruim.

No acolhimento já pude perceber que a condição bucal tanto de adultos, idosos e crianças era bem precária fato que me impactou bastante, uma vez que mesmo na faculdade, não havia visto tantos casos tão extremos. Muitos pacientes só procuravam o serviço de saúde em condições agudas, no momento de dores fortes, casos de abscesso em evolução e evoluídos eram corriqueiros no acolhimento.

Quando os atendimentos clínicos foram regularizados, diversos aspectos me chamaram a atenção, tais como a condição bucal precária em adultos e crianças, diversos pacientes comprometidos sistematicamente e com doenças crônicas descompensadas e muitas gestantes. Antes em minha prática profissional, no consultório e mesmo na faculdade o atendimento a gestantes e a pacientes com condições sistêmicas era muito raro, esse foi um aspecto desafiador e que me trouxe muito aprendizado.

Durante toda a minha trajetória desde a faculdade sempre tive muita afinidade com a odontopediatria e atendi muitas crianças, mas nunca havia visto certas condições clínicas tão alarmantes nesses pequenos pacientes. Cheguei infelizmente a atender diversas crianças com todos, repito todos, os dentes cariados tanto na dentição decídua quanto na dentição mista. Primeiros molares permanentes comprometidos, infelizmente era uma realidade diária, para mim era uma "pontada no coração" ter que realizar a exodontia dos primeiros molares permanentes totalmente destruídos pela doença cárie em pré-adolescentes. Triste realidade. Para mim ficou muito nítida a relação entre os fatores socioeconômicos das famílias dessas crianças, tais como o grau de instrução da mãe e dos familiares, as condições econômicas, o número de filhos por mulher e o seu reflexo na saúde bucal. Na literatura diversos estudos científicos verificaram uma relação entre o nível socioeconômico e as condições de saúde bucal, as quais são piores nos indivíduos mais desfavorecidos economicamente (ALMEIDA,2014).

Os pacientes com comprometimento sistêmico e os crônicos descompensados como os diabéticos e hipertensos eram rotina no serviço e nesse ponto posso afirmar que me desloquei bastante tanto na prática clínica quanto na prescrição. No que tange esses pacientes, estar em uma USF com uma estrutura mínima e amparo técnico de outras categorias, auxiliava muito no cuidado desses pacientes, pois no mesmo dia conseguia uma aferição de glicose capilar, uma interconsulta com enfermeiro e

médicos e também o que me deixava mais tranquila era a possibilidade de encaminhamento e garantia do cuidado de pacientes com o quadro de hipertensão arterial ou diabetes descompensados.

Um dos grandes desafios que enfrentei na prática clínica na USF do Parque das Mangabas foi o atendimento a pacientes de saúde mental, antes em minha caminhada como cirurgiã-dentista nunca havia tido a oportunidade de prestar atendimento a esse público em particular. Fui solicitada para uma interconsulta, quando entrei no consultório e me apresentei como dentista a paciente ficou visivelmente nervosa, começou a chorar, a apertar os olhos, a coçar a cabeça e me perguntou repetidas vezes: “Você vai me machucar? Você vai e fazer mal? ...” . Eu fiquei um pouco assustada com aquela reação exacerbada, percebi logo que se tratava de uma pessoa especial, conversei tentei acalmá-la e disse que estava ali para ajudá-la, mas ela continuou nervosa, chorou muito e sempre ao falar comigo levava a mão a boca por vergonha ou medo talvez. Depois de uma conversa ela aceitou retornar em um outro dia para uma consulta.

Em um dia no qual atendi pela manhã, essa paciente veio aparentemente calma, e de uma forma muito educada pediu que me avisassem que ela estava aqui e me perguntou se seria possível avaliá-la, disse que sim e que aguardasse um pouco, muito feliz e depois de agradecer várias vezes voltou a recepção. Após vê-la fiquei um pouco apreensiva de como lidaria com esse caso, ela estava apenas acompanhada da filha de 10 anos e eu não poderia prever como ela reagiria a esse contato com a tão traumática figura do dentista.

A chamei, examinei primeiramente fora da cadeira odontológica, ela era portadora de prótese total superior mal adaptada, na arcada inferior possuía diversos restos radiculares, presença excessiva de biofilme e dentes com mobilidade, o dente 33 estava praticamente sem inserção. Ela resistiu um pouco em deixar que eu a examinasse, mas depois permitiu. Como vi que nessa primeira etapa ela havia colaborado, perguntei se podíamos fazer o prontuário dela e após isso uma profilaxia, ela me olhou desconfiada perguntou cem vezes se iria doer, mas permitiu e realizei o procedimento de forma tranquila. Após a profilaxia eu ainda arisquei um pouco mais e questionei se ela gostaria de extrair o 33 que tanto estava incomodando, ela sem

pensar respondeu que sim (o que me surpreendeu), então realizei a extração e ela me agradeceu muito, disse até que eu era “um anjo” e ficou muito tranquila.

Esse episódio me fez pensar, o quanto estamos despreparados para lidar com pacientes com transtornos mentais, mas que como profissionais de saúde a paciência e o fato de tentar se colocar no lugar do outro muitas vezes é a saída para manejar casos como esse. Acredito que é muito pertinente a realização de um matriciamento ou mesmo de um turno pedagógico com a temática de manejo de pacientes com transtornos mentais na clínica odontológica.

3.6 ATIVIDADES COLETIVAS

Na atenção básica e na ESF os profissionais de saúde estão inseridos nas atividades coletivas que consistem em ações de promoção e educação em saúde, sendo um espaço potente para o fortalecimento do vínculo com os usuários, construção da rede de atenção e participação popular (COMBINATO,2010). Esses grupos envolvem conhecimentos, relacionamentos e ações que vão para além do aspecto biológico dos envolvidos dando atenção aos aspectos emocionais e sociais, o sentimento de pertencimento ao grupo provém de um objetivo comum a todos (SANTOS et al,2010). Um dos melhores momentos da agenda para mim é a atividade coletiva, participar do Grupo Arte de Viver foi uma experiência bastante enriquecedora e é um momento no qual podemos exercitar nossa criatividade planejando as dinâmicas e atividades. Estar com as usuárias semanalmente é fundamental para construir e fortalecer vínculo da equipe com elas, que passam a nos conhecer além do nosso papel de profissional de saúde.

Durante o período do R1, diversas atividades foram desenvolvidas com foco em educação e promoção de saúde e sempre enfatizando a responsabilização do usuário sobre sua própria saúde. Também foram utilizados momentos de atividade física que eram os preferidos das participantes, com brincadeiras, aulas de zumba, que tive o prazer de colaborar usando muita criatividade e improviso, aquele era um espaço terapêutico para mim também sem dúvidas.

Nesse espaço temos também a oportunidade de partilhar nossos conhecimentos e trazer um pouco de nossa experiência e estilo de vida para as

pessoas, o que para mim foi bastante interessante. Sugeri uma oficina de culinária saudável que é algo que tento praticar e a ideia foi muito bem recebida, trouxe algumas receitas fáceis e gostosas e de baixo custo, para mim foi um dia muito gratificante, saber que também posso contribuir para a saúde dos usuários a partir de minha vivência pessoal.

O grupo era uma verdadeira família, tínhamos almoços, confraternizações de final de ano, aniversário do grupo, sessões de filmes com temáticas pertinentes como empoderamento feminino e questões raciais, entendendo que o lazer é também parte fundamental para a saúde, fomos ao cinema! Essa experiência extra muros foi muito interessante e sei que para elas também, pois percebo em vários momentos que a USF é vista como uma propiciadora de momentos de lazer e relaxamento.

Me sinto mais acolhida do que acolhedora nesses grupos e vejo que é uma estratégia que funciona e se desenvolve ao longo do tempo. O protagonismo delas também me surpreende uma vez que muitos dos temas dos encontros são motivados por elas e o feedback é quase sempre positivo. Um dos momentos que percebi que essa atividade coletiva proposta com a formação do Grupo Arte de Viver tinha vida própria, foi quando em um determinado dia nenhum de nós profissionais pôde comparecer em virtude de outros compromissos, mesmo assim as participantes se reuniram e o encontro aconteceu. Fato que é bastante gratificante, de ver que realmente aquele encontro tem um significado e agrega valor para a saúde física e mental das participantes.

3.7 CAMPANHAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Algumas campanhas de mobilização e prevenção a doenças específicas são preconizadas ao longo de alguns meses específicos do ano, com o objetivo de promover saúde trazendo informações a população, a fim de conscientizar sobre a importância da prevenção, diagnóstico precoce e autocuidado. Nos meses de outubro e novembro, participei da organização e execução das ações do Outubro Rosa e do Novembro Azul em atenção à saúde da mulher e do homem respectivamente.

No mês de outubro realizamos o Dia Muito Mais, como o objetivo de marcar o Outubro Rosa trazendo atividades com foco na Prevenção do Câncer de Mama. E

como também era o mês das crianças e aniversário da USF do Parque das Mangabas foi um dia de ações para a comunidade, voltada para a promoção de saúde da mulher e de atividades para as crianças.

O Dia Muito Mais aconteceu durante todo o expediente, ofertando Espaço Kids com atividades para crianças, Espaço de Beleza com penteados e tranças, Oficina de autoexame das mamas, Rodas de Conversa sobre o Câncer de Mama e Bazar.

Encontrar espaço na agenda diária para organizar uma atividade como essa é bem complicado, mas percebi que esse esforço é necessário, pois nessas ações podemos contribuir muito com a promoção de saúde e conseguimos ampliar o vínculo e o acolhimento a comunidade. É muito gratificante ver a felicidade das crianças e a comunidade se sentindo valorizada ao ter a oportunidade de frequentar um espaço como esse.

No mês de novembro o foco foi a saúde do homem. O Novembro Azul chegou, e com ele um grande desafio: Como atrair o público masculino para a Unidade? Em reunião de equipe foram discutidas várias estratégias e conseguimos organizar um dia no qual ficamos até as 19h na USF, com o objetivo de dar oportunidade aos homens que trabalham acessarem a unidade. No dia foram ofertados um Espaço de Lazer na recepção com jogos (dominó, baralho), exame de toque retal, teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. As agentes comunitárias se caracterizaram com roupas masculinas e apresentaram uma peça sobre os tabus com o exame de toque, que foi bem interessante e divertido, além da realização de rodas de Conversa sobre o Câncer de Próstata. Para nossa surpresa e alegria muitos usuários compareceram a unidade, com interesse e participaram de todas as atividades. Para mim foi uma ação muito válida, para aproximar o público masculino que não é tão assíduo na USF, para que eles se sintam acolhidos e conheçam a equipe e o espaço que eles podem e devem frequentar.

4.0 SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA

4.1 ESTÁGIO OPTATIVO: Urgência e Emergência

No mês de dezembro me dei conta que o período do R1 estava no fim e a minha sensação é que não se passaram apenas nove meses e sim alguns anos. Pois foi um período muito intenso de aprendizado, de trabalho, de relacionamento com os colegas de residência, do serviço e principalmente com os pacientes e suas histórias de vida. A mente que entrou aqui em março de 2018 já não é a mesma e sinto que ampliei de fato a minha visão sobre o que é ser um profissional de saúde e sobre o olhar que temos que lançar sobre os pacientes e colegas.

Um novo ciclo se iniciou e como R2 me inseri no estágio de Redes com foco em Urgência e Emergência, foi um período no qual pude vivenciar a SAMU (Serviço de Atendimento Móvel a Urgências) e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), e compreender melhor a dinâmica desses serviços. Em um primeiro momento me causou desconforto a falta de clareza do que seria desenvolvido em cada espaço e percebi que as pessoas que nos receberam também não tinham esse entendimento prévio, o que tornou as coisas um pouco confusas no início. Com o passar do tempo e o crescente entendimento do funcionamento acerca dos serviços e das dificuldades dos trabalhadores e usuários, várias intervenções foram propostas e desenvolvidas por mim e minhas colegas o que foi dando sentido ao estágio.

Outro ponto que ressalto é que como residentes estamos acostumados ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional, mas isso não se aplica para os trabalhadores dos serviços que vivenciamos durante esse tempo. Causou muita estranheza uma "dentista" no SAMU, mas você vai fazer o que aqui como dentista? E você nutricionista? Essas foram algumas falas que eu e minhas colegas ouvimos no início. Esse fato esclarece para mim a falta de entendimento de alguns trabalhadores acerca do que é a saúde coletiva e do papel de todos com a responsabilidade da articulação de rede para o cuidado ampliado do usuário.

A integração com o grupo de Saúde Mental tornou mais rico o trajeto, pois foi muito interessante identificar, tentar compreender as barreiras e dificuldades enfrentadas pelos usuários em crise nos serviços de urgência e emergência. Bem como as reuniões propostas por nós residentes entre as coordenações da UPA e SAMU, foram importantes para aproximar esses atores e configurar como um passo

inicial para o alinhamento desses serviços como o objetivo de prestar uma assistência ainda melhor para os usuários.

Vivenciar os serviços da UPA da Gleba A e do SAMU me permitiu compreender melhor a trajetória dos usuários oriundos da atenção básica nesses espaços. A lógica de atendimento na UPA é muito diferente da utilizada na USF o que impacta o usuário negativamente, tanto que quando era necessário realizar o encaminhamento para esse serviço muitas pessoas se tornavam resistentes, pois relatavam superlotação e a falta de atendimento humanizado. Logo nas primeiras semanas que fiquei acompanhando o trabalho de alguns profissionais da UPA, percebi a irritação em atender demandas que seriam típicas da atenção básica e as falas sempre colocando a culpa na AB por não ser resolutiva sendo assim um dos fatores de sobrecarga do serviço. A falta de conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento de determinadas condições me surpreendeu, por exemplo, ao conversar com um médico ele relatou que não sabia para onde encaminhar as urgências odontológicas.

O que mais me surpreendeu foi a falta de comunicação entre a AB, a UPA e o SAMU. Cada serviço carregava consigo um clima de rivalidade, ausência de alinhamento, como se um estivesse o tempo inteiro tentando complicar o trabalho do outro. Para mim nessa ausência de alinhamento e total cooperação entre esses pontos da rede, o usuário é o maior prejudicado.

4.2 ESTÁGIO EM GESTÃO: CODIPLAN

Um novo ciclo se iniciou com o estágio em gestão, minha escolha foi pela Diretoria de Planejamento (DIPLAN). No primeiro encontro tomei conhecimento que o DIPLAN era dividido entre o CODIPLAN (Coordenação de Planejamento) e o COGEHTS (Coordenação de Gestão da Educação, Humanização e Trabalho em Saúde), serviços complementares, mas com lógicas de trabalho diferentes. De pronto me interessei pelo CODIPLAN, por ser um setor voltado ao trabalho com dados e planejamento, pois na unidade já trabalhava no meu núcleo de odontologia com a coleta e análise de dados de produção e de uma forma geral com os consolidados mensais do acolhimento. Após conhecer o ambiente de trabalho, minha primeira impressão foi de que o setor é um campo de estágio muito organizado e que teremos um suporte

muito qualificado tanto do apoiador Gerfson quanto das servidoras Renata, Fátima e Adriana, me senti muito bem acolhida por todos.

A primeira semana foi de leitura e pesquisa acerca dos conceitos e instrumentos de planejamento e gestão. O processo foi bem interessante, pois além de ler os instrumentos, eu e minhas colegas assistimos vídeos, pedimos ajuda as servidoras e conseguimos montar esse "quebra-cabeça" de conceitos e montar uma apresentação (anexa) para posterior apreciação pelo apoiador e servidoras. Conhecer esses instrumentos mais a fundo foi fundamental para que muitas ações desempenhadas na unidade fizessem sentido para mim, logo ressalto a importância, diria até a obrigatoriedade de todos nós residentes e profissionais da atenção primária conhecerem esse documento. Da conversa com o apoiador Gerfson, foi indicado como encaminhamento a produção de um Módulo sobre os Instrumentos de gestão para que logo no início da residência todos tivessem contato com esse aspecto macro para nortear as ações no nível da atenção básica.

Após o conhecimento inicial dos instrumentos de gestão, o contato na prática com esses instrumentos tem sido pra mim uma fonte rica de aprendizado. O conhecimento do Plano Municipal de Saúde de Camaçari (PMS) também foi de suma importância para que muitas ações realizadas na atenção básica fizessem mais sentido, é difícil agora para mim pensar em como alguém pode estar atuando no setor da saúde sem conhecer esse Plano, bem como ter ideia dos outros instrumentos de gestão. A partir dessa e de outras inquietações, decidimos então elaborar um Módulo de Gestão e Planejamento contendo informações sobre o planejamento no SUS, os instrumentos de gestão, o Planifica-SUS, Sistemas de Informação contendo também uma sugestão de metodologia de aplicabilidade para que possa ser apresentado aos novos R1 logo no início da residência no Grupo Diversidade ou em outro espaço. Acredito que a construção desse módulo irá contribuir de forma positiva para nortear a prática e as vivências dos novos R1.

As Oficinas de Atualização do Plano Municipal de Saúde de Camaçari, que são promovidas pelo DIPLAN e tem o objetivo de junto com as diretorias dos diversos órgãos da Secretaria de Saúde de Camaçari, verificar o andamento das metas previstas no PMS e pactuar alterações que se façam necessárias. Participar dessas oficinas tem sido bem interessante, pois possibilita ver na prática como os serviços

lidam com o cumprimento das metas e com a mensuração do que pode realmente ser realizado. No meu entendimento esse movimento deixa bem claro a importância do contato constante do setor de planejamento de qualquer instituição com os setores que atuam na ponta a fim de conseguir fazer com que o planejamento seja de fato estratégico e flexível.

A meu ver o estágio em gestão foi um dos pontos altos da residência tanto no aspecto do aprendizado quanto nas relações de trabalho, pessoas muito solícitas e alinhadas e um ambiente muito organizado e harmonioso. Foi um período que deixou muita saudade.

4.3 ESTÁGIO ELETIVO: Atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar

O atendimento odontológico a pacientes hospitalizados contribui efetivamente para a recuperação destes, pois com a manutenção da saúde bucal o agravamento do quadro do paciente pode ser evitado bem como o desenvolvimento de infecções associadas a assistência em saúde (IRAS) a exemplo da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM) e outras complicações como endocardite bacteriana, septicemia de origem bucal entre outras. Pacientes com condição bucal desfavorável e higiene precária possuem dez vezes mais chances de desenvolver PAVM do que aqueles com boa condição bucal (PAJU; SCANNAPIECO,2007). A atuação do Cirurgião-dentista no diagnóstico, tratamento e controle das possíveis complicações bucais do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se mostra cada vez mais relevante e contribui de forma direta na prevenção das PAVM (ABIDIA,2007).

Escolhi como meu campo de prática para o estágio eletivo, o Hospital Municipal de Salvador (HMS), localizado em Cajazeiras, gerido pela Santa Casa da Bahia. Possui 210 leitos sendo 30 de UTI (adulto e pediátrica), 150 de clínica médica cirúrgica e 30 de clínica pediátrica. Possui serviço de urgência e emergência e tem capacidade para realizar até mil internamentos por mês. O estágio eletivo no HMS figura como uma oportunidade de aprendizado e aprofundamento no tema, para que após essa vivência seja possível contribuir ainda mais para o cuidado longitudinal aos pacientes acamados e domiciliados atendidos pela Atenção Básica, visando a prevenção de disseminação de infecções de origem bucal para outros órgãos e assim dando maior conforto e segurança aos pacientes

No Hospital Municipal de Salvador, estive vinculada a Comissão de Controle a Infecções Hospitalares (CCIH), com a enfermeira do setor, Euclimeire Neves como profissional de referência. Em um primeiro momento fiz uma imersão sobre os fluxos e rotina do CCIH, consultando a literatura a fim de me contextualizar com o espaço. O Caderno da Agência Nacional de Vigilância a Saúde (Anvisa) que trata sobre Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Brasil,2017), serviu como base durante todo o estágio, principalmente o capítulo 1 que trata das medidas de prevenção a PAVM, e que explicita as medidas de prevenção com foco na odontologia. Realizei também cursos de Educação a Distância sobre Odontologia Hospitalar e Biossegurança Hospitalar, a fim de embasar a minha prática durante o período.

O Hospital possui atualmente uma cirurgiã-dentista que duas vezes na semana realiza a higiene oral e procedimentos eletivos em pacientes na UTI Adulto. Acompanhei durante todo o estágio o trabalho dela, a auxiliando em diversos procedimentos, desde a higiene oral de rotina em pacientes entubados, até procedimentos realizados no centro cirúrgico.

Ao longo do estágio, observei os fluxos da odontologia, os materiais disponíveis, a biossegurança e o entendimento que os profissionais possuíam da importância dos cuidados odontológicos aos pacientes internados tanto nas enfermarias quanto na UTI. Após essa análise consegui fazer uma ponte de comunicação focada odontologia entre o CCIH e a realidade prática da UTI, sinalizando o que poderia melhorar tanto quanto a biossegurança quanto a disponibilidade de materiais e insumos para tornar a rotina de cuidados orais mais eficiente e eficaz. Algumas dessas medidas foram implantadas e tivemos um indicador positivo pois os pacientes acompanhados pela odontologia no período não desenvolveram Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica, que é uma das IRAS mais prevalentes em pacientes entubados nas UTIs brasileiras (ABDIA,2017). Vejo que esse ponto foi uma das contribuições ao serviço, uma vez que antes o CCIH não havia tido um profissional da odontologia com um olhar técnico voltado para o espaço da UTI.

Realizei um matriciamento, através de uma apresentação de slides, para os profissionais da UTI acerca da importância dos cuidados odontológicos aos pacientes

em ventilação mecânica e espontânea, os impactos e consequências da manutenção da saúde oral. Nesse matriciamento trouxe imagens da realidade do hospital, abordando instruções de higiene oral e biossegurança (armazenamento da escova, lavagem de mãos, uso de antisséptico bucal etc.) a fim de reduzir e prevenir a disseminação de infecções e agravamento do quadro clínico dos pacientes. Trouxe nesse treinamento também de forma bastante ilustrativa, quadros clínicos de urgência (abscesso, celulite facial, infecções fúngicas e viróticas, dentes com mobilidade excessiva etc.) para que qualquer profissional fosse capaz de identificar a condição de não normalidade, podendo assim acionar o cirurgião-dentista. Outro ponto abordado foi a importância dos cuidados no momento da intubação, tais como: remoção de próteses removíveis, cuidados para não traumatizar dentes e nem lesar os lábios e mucosas.

Para mim a vivência no HMS, foi um período de aprendizado singular e que abriu uma nova janela profissional, que é a odontologia hospitalar, área sobre a qual desejo realizar mais cursos e atualizações a fim de me capacitar para atuar na área.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A citação abaixo de Bondía (2002) descreveu de forma perfeita o tipo de experiência que a Residência de Saúde da Família me proporcionou:

Experiência não é aquilo que adquirimos com o tempo, com a informação, algo que acontece fora de nós; pelo contrário, experiência é o que passa em nós e, ao passar, nos transforma. Muitas coisas acontecem, mas experiência deixa algum vestígio e, portanto, necessariamente singular. Esse acontecimento requer uma ruptura, que nos faz desacelerar, refletir e escutar, dando sentido ao que nos atravessa. Nessa perspectiva, a experiência e o saber que dela deriva permitem apropriarmo-nos e agir sobre a nossa própria vida. No caso especial da saúde, acrescentamos que a experiência nos instrumentaliza também a operar na relação com os outros.

Esse período de dois anos na residência de Saúde da Família me permitiu crescer como ser humano e como profissional. O aprendizado e experiência que obtive vivenciando tantos serviços diferentes da atenção básica à gestão, da USF à Samu, Upa e Hospital Municipal de Salvador são indescritíveis e me mostraram diversas possibilidades e potencialidades como profissional da saúde.

O vínculo com os usuários, a imersão no território, conviver com tantas realidades diferentes participar delas e deixar minha contribuição pequena, mas sincera são memórias e aprendizados que levarei comigo e ainda assim carrego um sentimento de pertencimento ao Parque das Mangabas.

Sou grata pela oportunidade de ter cursado a residência em Saúde da Família e a Tainan do início foi muito transformada por todo o processo, a experiência me transformou e posso afirmar que me desloquei em diversos pontos, ampliei a minha consciência e levarei isso durante toda minha caminhada, pois como disse Albert Einstein: "A mente que se abre para uma nova ideia nunca mais irá retornar ao tamanho original."

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABIDIA, RF. **Oral Care in the Intensive Care Unit: A Review.** *J Contemp Dent Pract.* Londres. V.8,n.01,p.76-82.2007
2. ABRAHÃO, A.L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio.** In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. P.151-71.2007.
3. ALMEIDA, D.K. **Correlação entre saúde bucal, condições socioeconômicas e grau de escolaridade de pacientes do PSF São Pedro na cidade de Três Corações - MG.** Trabalho de Conclusão de Curso. UFMG. Alfenas.2014
4. BONDÍA, J.L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência.** *Rev. Bras. Educ.,* v.26, n.19, p.20-8, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS — material de apoio.** Brasília: Ministério da Saúde.2006.
8. COMBINATO DS et al. **"Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia da saúde da família.** *Psicol Soc.* Vol. 22, n.3, p558-68. 2010.
9. CORRÊA, A. C. P. et al. **Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família.** *Rev Gaúcha Enferm.*Porto Alegre. V. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.
10. CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. **Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory.** *Interface -Comunic., Saude, Educ.* Rio de Janeiro. v.17, n.44, p.61-73,jan./mar. 2013.
11. PAJU S.; SCANNAPIECO, F.A. **Oral biofilms, periodontitis, and pulmonary infections.** *Oral Dis.* V.13,p 508-12. 2007

12. RODRIGUES, J.B. et al. **A importância do vínculo entre profissional e paciente na Estratégia de saúde da Família: um relato de caso.** Rev. Rede de Cuidados em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro. V.2, n.02, p.1-9. 2010 [acesso em 2020,4]. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/HYPERLINK>
13. SANTOS, L.M. et al. **Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial.** Rev Saúde Pública. São Paulo. Vol.44,n.01.2010.
14. SANTOS, R.C.A; MIRANDA, F.A.N. **Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família.** Rev Enferm UFSM. Rio Grande do Sul. V.6, n.3, p-350-359, Jul/Set.2016.
- 15.Secretaria de Saúde de Camaçari. **Plano Anual de Saúde 2018-2021.** Camaçari,2018
16. SILVA, B.S.; CALDRELLI, P.G. **O PET-Saúde em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia no desenvolvimento de competências profissionais: relato de experiência.** Rev ABENO. São Paulo. V.13, n.02, p. 34-41.2013