

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

THAIS APARECIDA DE FRANÇA ROCHA

A Transcendência do Cuidado: memórias de uma residente  
odontóloga com ênfase na assistência longitudinal a  
pacientes oncológicos acolhidos na Estratégia Saúde da  
Família.

CAMAÇARI

2020

THAIS APARECIDA DE FRANÇA ROCHA

A Transcendência do Cuidado: memórias de uma residente  
odontóloga com ênfase na assistência longitudinal a  
pacientes oncológicos acolhidos na Estratégia Saúde da  
Família.

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Fundação  
Estatual Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para  
certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientador(a): Síntique Priscila Alves Lopes

CAMAÇARI

2020

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer, primeiramente a Deus por ter me dado força para enfrentar todos os desafios nessa extensa jornada.

Agradeço a minha família por me apoiar em todos os momentos e sonhar junto comigo.

À minha preceptora e orientadora, Síntique, por toda sabedoria transmitida durante essa trajetória.

Ao Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família pela oportunidade em atuar na Estratégia Saúde da Família e no Sistema Único de Saúde (SUS).

À todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família Piaçaveira, em especial ao corpo de residentes de preceptores por todo carinho e aprendizado.

***“Milagres acontecem quando a gente vai à luta.”***

**– O Teatro Mágico**

## RESUMO

O presente trabalho corresponde a um memorial fundamentado em uma visão crítico-reflexiva a partir das minhas vivências enquanto odontóloga no âmbito da assistência e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Espaços estes que subsidiaram minha atuação vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) no município de Camaçari-BA. Por sua vez, na assistência, trago vivências enquanto integrante da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) e enalteço o deslocamento pessoal no cuidado a pacientes que possuíam câncer de boca durante este recorte temporal. Acredito que pude superar a lógica do modelo curativista e transcender o cuidado aos referidos pacientes, mantendo o acompanhamento desde o primeiro contato que favoreceu o diagnóstico com manutenção durante terapêutica e preservação. Para além de um cuidado centrado na pessoa, houve a expansão do olhar para a relação da família com o sofrimento causado pela enfermidade ao seu ente querido. Destaco que este acompanhamento se manteve mesmo ao longo do segundo ano de residência apesar de estar imersa em um campo fértil de aprendizado junto à gestão municipal. Por fim, saliento que tal reflexão possibilitou a vivacidade da integralidade enquanto princípio doutrinário do SUS intrínseco ao cuidado humanizado passível de ser reproduzido não somente pelo odontólogo, mas por toda equipe integrante da ESF.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Câncer de boca; Saúde da Família.

## ABSTRACT

This work corresponds to a memorial based on a critical-reflexive vision from my experiences as an odontologist in the field of assistance and management of the Single Health System (SUS). These spaces subsidized my work related to the Multiprofessional Residency Program in Family Health (FESF-SUS) and Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ-BA) in the municipality of Camaçari-BA. In turn, in the assistance, I bring experiences as a member of the Oral Health Team of the Family Health Strategy (ESF) and I praise the personal displacement in the care of patients who had mouth cancer during this time cut. I believe I was able to overcome the logic of the curativist model and transcend the care of these patients, maintaining the follow-up from the first contact that favored the diagnosis with maintenance during therapy and preservation. In addition to a person-centered care, there was an expansion of the look at the relationship between the family and the suffering caused by the illness to their loved one. I would like to point out that this follow-up was maintained even during the second year of residence despite being immersed in a fertile field of learning with the municipal administration. Finally, I emphasize that this reflection made possible the vivacity of integrality as a doctrinal principle of the SUS intrinsic to humanized care that can be reproduced not only by the odontologist, but by the entire team that is part of the ESF.

**Key words:** Oral Health; Mouth cancer; Family Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

C.A - Câncer

CEO - Centro de Especialidades odontológicas

CODEPLAN - Coordenação de Planejamento em Saúde

CP - Cuidados Paliativos

COPEPI - Coordenação de Vigilância Epidemiológica

DIVEP - Diretoria de Vigilância Epidemiológica

EqSF – Equipe de Saúde da Família

EqSB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

INCA - Instituto Nacional do Câncer

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PNE - Pacientes com Necessidades Especiais

PNPIC-SUS - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

PPP - Projeto Político Pedagógico

PSE - Programa Saúde na Escola

R1 - Residente do primeiro ano

R2 - Residente do segundo ano

SUS - Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

USF - Unidade de Saúde da Família

VD - Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>3 CENÁRIO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL.....</b>	<b>10</b>
3.1 Acolhimento.....	12
3.2 Programa de Saúde na Escola (PSE).....	13
3.3 Grupo de Gestantes (MATERNAGEM).....	14
3.4 Odontopediatria e PNE.....	14
3.5 Visita Domiciliar.....	15
3.6 Auriculoterapia.....	16
<b>4 RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS.....</b>	<b>16</b>
4.1 Prevenção e Diagnóstico do C.A de Boca.....	16
4.2 A Transcendência da Longitudinalidade e Continuidade do Cuidado.....	20
4.3 Cuidados Paliativos.....	21
4.4 Enfrentando o Luto.....	23
<b>5 CENÁRIO DE PRÁTICA NA GESTÃO.....</b>	<b>24</b>
5.1 Iniciação a Preceptoria.....	24
5.2 Projeto de Intervenção.....	25
5.3 Estágios Optativos e Eletivo.....	26
5.3.1 Coordenação de Vigilância Epidemiológica (COVEPI).....	26
5.3.2 Coordenação de Planejamento em Saúde de Camaçari (CODEPLAN).....	26
5.3.3 Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado (DIVEP).....	27
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>32</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Conforme exposto no resumo deste trabalho, pretendo aplicar uma visão crítico-reflexiva a partir das minhas vivências enquanto odontóloga no âmbito da assistência e gestão vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) no município de Camaçari-BA. Para tal, a fim de que o leitor (a) compreenda as seções escolhidas para orientar a descrição das situações que geraram minhas reflexões e deslocamentos, optei por inserir este formato de apresentação.

No item “INTRODUÇÃO”, inicio o resgate de aspectos que objetivam a construção de um memorial de formação a partir de autores *expert* na referida temática. Apesar de compreender a necessidade de trazer nuances da minha formação familiar, cultural e estudantil, saliento dificuldade para aplicação destas no contexto de construção do presente trabalho. Posteriormente, saliento aspectos da literatura vinculados à inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) enquanto elo para detecção precoce dos casos de câncer de boca. Ademais, destaco as portarias ministeriais que fundamentaram o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como ponto da rede de apoio e facilitador do exame diagnóstico do câncer de boca.

Posteriormente, na seção “CENÁRIO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL” fundamento minha prática enquanto cirurgiã-dentista inserida na Estratégia Saúde da Família imbricada em atividades fora da “caixinha” (protegida pelas paredes do consultório odontológico). No entanto, através do item “RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS” volto a uma ação própria do fazer do cirurgião-dentista, mas pautada no desabrochar de um cuidado a usuários que tiveram diagnóstico de câncer de boca. Por fim, me ateno à descrição de um despertar enquanto iniciação à preceptoria e o fazer dos espaços de gestão em que estive inserida no segundo ano da residência a partir do item “CENÁRIO DE PRÁTICA NA GESTÃO” e encerro minhas contribuições através das considerações finais. Considerações estas que me fizeram inspirar e refletir esta trajetória de dificuldades e aprendizado.

## 2 INTRODUÇÃO

O memorial de formação é um documento elaborado passo a passo, no qual são relatadas as impressões sobre a aprendizagem, acertos, vitórias, avanços e escolhas assim como os retrocessos e paradas ao longo de uma trajetória significativa para o escritor. É a oportunidade de registrar as reflexões sobre os vários momentos da formação e sua relação com a prática pedagógica (FREITAS; SOUZA JUNIOR, 2004).

Ao ter conhecimento que o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) perpassaria por um memorial de formação, mergulhei em um mar de incertezas se estaria “pronta” no momento proposto pela coordenação para iniciar a construção. Visto que, tinha ciência que o memorial exigiria aspectos da minha formação familiar, cultural e estudantil. Neste sentido, resguardo o desejo de não compartilhar aqui aspectos familiares e culturais, mas apenas estudantis que me fizeram experimentar um ambiente público de ensino tradicional desde criança até a inserção em uma Universidade Federal, à priori, no curso de Farmácia. Curso este, que não correspondia às minhas inquietações, optando então, pela transferência para o curso de Odontologia na mesma Universidade (Universidade Federal da Bahia-UFBA). Decisão mais acertada (a meu ver) e que me proporcionou, após alcance do título de cirurgiã-dentista, o desejo de efetivar minha dedicação a acolher pessoas através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste sentido, após compartilhamento de aspectos pessoais a partir da necessidade de construção deste trabalho, destaco a importância dos Programas de Residência como potência para qualificação profissional com vistas à atuação na Atenção Primária e Redes de Atenção à Saúde. Entendo que estes Programas reafirmam os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da atenção básica a partir das demandas locais e loco regionais (Projeto Político Pedagógico – PPP. FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018). Desta forma, para que possamos compreender o contexto de inserção do cirurgião-dentista na ESF e sua participação no diagnóstico de pacientes com câncer de boca, realizo os destaques a seguir.

Iniciativas para reorganização da atenção à saúde bucal têm sido efetuadas desde 2004, com a reformulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a qual estabelece diretrizes e amplia a atenção nos níveis secundários e terciários. Nesse aspecto, a Política confirma a Atenção Primária como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde e a favorece enquanto espaço para diminuição dos fatores de risco, diagnóstico precoce e cuidado longitudinal do paciente com câncer de boca (SILVA, 2015).

É sabido que o desenvolvimento deste tipo de câncer tem por ocasião a influência de fatores ambientais e hábitos de vida dos indivíduos. O perfil clássico dos pacientes acometidos pode ser assim descrito: sexo masculino, acima de 40 anos de idade, de baixa classe educacional e socioeconômica. Apesar de possuir etiologia multifatorial, o tabaco e o álcool intensificam o risco do desenvolvimento da doença e estão associados a mais de 80% dos casos (SILVA et al., 2018).

Na Estratégia Saúde da Família, a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) através de visitas domiciliares é ação fundamental na detecção precoce de lesões potencialmente malignas a partir da escuta inicial de queixas relativas a alterações de tecidos moles. Nos estágios iniciais, o Carcinoma Espinocelular (tipologia mais comum dentre os tipos de câncer de boca) apresenta índices de cura de aproximadamente 90% dos casos. Além disso, no momento da visita, o ACS pode apontar e registrar duas das principais categorias de risco para as neoplasias bucais ao preencher a ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): tabagismo e alcoolismo. O retrato desta identificação é apresentado então ao cirurgião-dentista integrante da equipe (PEREIRA et al., 2012).

Ao considerarmos a Rede de Atenção à Saúde, as *Portarias nº. 1570 e nº. 1571* (2004) e, posteriormente, a *nº. 599* (2006), todas do Ministério da Saúde, instituíram e indicaram critérios para encaminhamentos para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Consoante, possibilitou a Estomatologia enquanto especialidade articuladora com a APS na complementaridade do cuidado ao viabilizar o exame diagnóstico através de biópsia.

Perante a veemência desta discussão quanto ao papel da Atenção Básica na identificação precoce das alterações bucais de tecido mole condizentes ao câncer de boca, no primeiro ano de Residência pude ter contato diretamente e atender por volta de cinco pacientes com o referido diagnóstico. Dentre eles, um em cuidados paliativos, que por fim, evoluiu para óbito.

Por conseguinte, avaliar o paciente com a devida atenção, mesmo que na intensa rotina do serviço, foi crucial para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas. Mas não somente isto, considerar também o contexto familiar enquanto espaço complexo de construção de relações quanto à expectativa de cura e expressão de cuidado. Espaço este de compartilhamento com a Equipe de Saúde da Família (EqSF) e que através da reprodução de um olhar sensível, conseguimos transcender.

### **3 CENÁRIO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL**

A Unidade de Saúde da Família Piaçaveira foi inaugurada em setembro de 2017 e encontra-se localizada na rua Rio de Janeiro, nº1, no bairro de Piaçaveira, no município de Camaçari-BA. É responsável por uma população estimada, segundo informações dos Agentes Comunitários de Saúde, de 10.978 mil pessoas, abrangendo os territórios de Piaçaveira e Inocoop. Essa população é dividida em duas Equipes de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal (EqSB). As EqSF são identificadas por números: a equipe 1 possui cerca de 3.748 mil usuários enquanto a 2 expressa uma média de 5.230 mil pessoas. Ressaltando que, em agosto de 2018, houve acréscimo de aproximadamente 2.000 mil pessoas na equipe 2, pela incorporação de duas novas microáreas, totalizando 7.230 mil pessoas. Saliento que os dados oficiais disponíveis no E-SUS quanto ao número total de usuários que residem no território adscrito não estão fidedignos. Por isso, optei por considerar aquele oportunizado pelos ACS.

A PNAB (2017) preconiza como população adscrita quantidade entre 2.000 e 3.500 pessoas, podendo este número sofrer alteração devido às especificidades do território, desde que seja mantida a qualidade do cuidado. Além disso, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com

número máximo de 750 pessoas por ACS. Entretanto, segundo a Nota Técnica DAB nº. 001/2016, do município de Camaçari, considera-se o parâmetro de 680 pessoas cadastradas por microárea.

Desde 2015 o município é campo de prática dos Programas de Residências Médica e Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ. Em 2018, ano que adentrei na Residência, iniciamos com dois dias de acolhimento programado pela FESF. Dias estes, baseados em dinâmicas e apresentações fundamentadas em metodologia ativa. Neste acolhimento tivemos a oportunidade de conhecer os residentes que foram para os municípios de Lauro de Freitas e Dias D'Ávila. Ademais, foi a nós introduzida a importância da formação através do Grupo Diversidade com encontros mensais a fim de discutir temas de interesse da saúde pública.

Ao iniciar a turma do ano de 2018 da Residência Médica e Multiprofissional, a USF Piaçaveira recebeu 03 enfermeiras, 02 dentistas e 1 médica. Esta última permaneceu apenas um dia no programa e durante o primeiro ano de Residência outros médicos residentes ou não, fizeram parte do quadro de funcionários da Unidade sem permanecer por muito tempo. Porém, só em 2019, com a chegada de dois residentes do município de Lauro de Freitas (01 enfermeiro e 01 médica) a equipe ficou completa antes da chegada dos novos residentes.

Ao conhecer a USF que fui lotada, me senti bem acolhida por todos. Apesar de alguns contratemplos que nós R1 tivemos com os nossos R2 durante o primeiro ano de Residência, conseguimos superar as adversidades com muito profissionalismo. No primeiro ano, o corpo de profissionais da Residência que trabalhava na USF Piaçaveira, teve algumas atribuições com a gerente administrativa e servidores. As principais delas foram o acobertamento por parte da antiga gerente em relação a atitudes profissionais indevidas das técnicas de enfermagem e funcionárias da recepção da USF. Visto que, a maioria das técnicas não cumpriam sua carga horária corretamente e a maioria das servidoras da recepção eram demasiadamente criticadas pelos usuários e residentes pelo mau atendimento prestado.

Contudo, antes do início do segundo ano de Residência, tivemos a oportunidade de melhorar essa vinculação e os infortúnios presentes na maior

parte das relações entre residentes e servidores, foram parcialmente solucionados com a substituição da gerente e com a mudança no corpo de funcionários da recepção da Unidade. A resolução destas situações me fizeram ponderar sobre a importância das relações interpessoais para uma eficiente gestão no processo de trabalho, que refletem em uma melhor prestação de serviços aos usuários do SUS.

Apesar das dificuldades encontradas, durante o período em que estive imersa no Programa de Residência Multiprofissional da FESF-SUS, desfrutei a oportunidade de crescer profissionalmente e desenvolver tanto o lado humano quanto social. Saliento este avanço tendo em vista que nos dias atuais, infelizmente, a Odontologia ainda é vista como uma categoria profissional presa entre quatro paredes que visa atender os padrões estéticos da sociedade capitalista, minimizando as ações de controle e prevenção de doenças bucais.

Como obstáculos para o exercício das suas devidas funções, a USF Piaçaveira possui as seguintes dificuldades no processo de trabalho: carência para fixação de profissionais médicos, falta de paridade entre EqSB - EqSF e construção de outro consultório odontológico para esta equipe e ausência de ASB à disposição para substituição em período de férias. Além disso, possui como adversidades, a inserção de duas novas micro- áreas não adscritas e a falta de diagnóstico no território sobre as principais enfermidades agudas.

Neste sentido, segue descrição que julguei importante enquanto serviços da USF em que atuava. Serviços estes que propiciaram o fortalecimento do meu aprendizado enquanto residente e profissional de saúde. Desta forma, revelaram-se espaços potentes para atuação de um cirurgião-dentista explorar na USF além do consultório odontológico.

### **3.1 Acolhimento**

De acordo com a PNH (2013), como valor das práticas de saúde, o acolhimento enquanto serviço é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a elaboração de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Expressa-se claramente sua importância enquanto resposta às necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde, seja para esclarecer dúvidas,

encaminhamento entre profissionais da equipe, marcação de exames, renovação de receitas, dentre outras necessidades. Para além desta esfera do acolhimento enquanto serviço, salienta-se outras: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.

Apesar dos pontos positivos destas diferentes esferas, senti algumas dificuldades em relação à visão excessivamente médico centrada manifestada pelos usuários. Outras objeções encontradas perpassavam pela sobrecarga enquanto disparidade no número de profissionais disponíveis para a demanda e alterações recorrentes no modelo deste serviço. Situações tais que causavam sofrimento para toda a equipe. Salas de espera minimizavam este processo, contudo, a maioria dos pacientes pela cultura médico centrada, pensavam que todo aval de atendimento necessitava deste profissional. Apesar disto, reconheço que o acolhimento enquanto serviço, além de resolutivo torna-se grande aprendizado para os profissionais que realizam a escuta, tendo em vista a troca de saberes entre as categorias na lida em trabalho multiprofissional.

### **3.2 Programa Saúde na Escola (PSE)**

Por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, o PSE tem como objetivo contribuir para a formação dos estudantes através da integração permanente entre a educação e a saúde (BRASIL, 2009). Desde as minhas disciplinas de saúde coletiva na faculdade, eu não participava de nenhuma ação em escolas. A minha primeira participação no PSE foi uma experiência muito gratificante. Diferente das atividades de saúde coletiva praticadas na faculdade, participei de forma mais ativa, conseguindo entender melhor o planejamento e funcionamento deste programa.

O PSE, no imaginário das outras categorias que compunham a equipe mínima, era sinônimo de Odontologia, tendo em vista a avaliação positiva quanto às atividades propostas pela EqSB. Estávamos sempre empenhados, desde o planejamento da atividade de educação em saúde, realização do levantamento epidemiológico para identificação da doença cárie e alterações de oclusão entre a comunidade escolar (04 a 12 anos), realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Neste sentido, saliento que a minha maior recompensa era ter o nosso trabalho reconhecido nos sorrisos das crianças.

### **3.3 Grupo de Gestantes (MATERNAGEM)**

O desenvolvimento do grupo de gestantes é um recurso importante para promover um melhor entendimento das necessidades da mulher grávida, seu parceiro e demais pessoas envolvidas. À priori, não sabia da existência dos grupos nas USF devido a minha prática apenas em clínicas particulares. Quando comecei a participar do Maternagem, percebi organização desde o planejamento à execução. Confesso que me senti deslocada no início, imaginando como uma dentista poderia contribuir com temas tão específicos. Entretanto, ao me dar conta que nós realizamos o pré-natal odontológico e que esses conteúdos não precisariam ser engessados, pude contribuir com um tema tão crucial como o cuidado em saúde bucal voltado para a gestante e o bebê após nascimento.

Em virtude de alguns imprevistos que geraram a incompatibilidade de agenda, por vezes não conseguia participar do grupo tão ativamente. Porém, ao assumir alguns encontros como principal facilitadora, me senti desafiada a estudar profundamente não somente os cuidados relativos à saúde bucal, mas aspectos gerais do período gestacional que pudessem a mim, ser requeridos pelas participantes no momento de troca. Além disso, o grupo contava com a presença de poucas de gestantes, pois uma parte havia parido e as novas ainda não aderiram efetivamente. Contudo, durante os nossos encontros sobre saúde bucal, pude contar com a participação ativa das gestantes e seus companheiros. Por fim, percebi que foi gratificante poder contribuir com a promoção à saúde voltada a este grupo em um momento tão especial.

### **3.4 Odontopediatria e PNE**

Durante a minha vivência na USF, fui denominada carinhosamente como a odontopediatra da Unidade. Sempre gostei muito de atender crianças desde a graduação e para auxiliar no manejo com elas, utilizei tecnologias leves e investi em técnicas comportamentais como dizer-mostrar-fazer e o reforço positivo para o condicionamento de pacientes pediátricos. Um PNE de dez anos de idade, portador de paralisia cerebral, foi o que mais me comoveu. Cadeirante, sofria com fortes crises convulsivas. Após queda na sua própria casa, fraturou o incisivo central superior. Neste sentido, sua genitora relatava dificuldade para deslocamento ao hospital de acompanhamento em Salvador a fim de realizar a restauração da unidade dentária.

O momento que me deixou mais apreensiva, foi atendê-lo juntamente com o auxílio de sua mãe e de dois colegas da Residência para tentar contê-lo de maneira adequada. Visto que, fiquei com receio de que, naquele instante, o paciente desencadeasse uma crise convulsiva devido a sua agitação. Apesar disto, consegui realizar a restauração do incisivo central superior. Ao final do procedimento, a genitora bastante emocionada, agradeceu o atendimento prestado ao seu filho e me deu um abraço forte. Naquele momento, apesar da dificuldade estabelecida, fiquei comovida e finalizei o meu período de assistência com a sensação de dever cumprido, mostrando que a dedicação e o trabalho em equipe são fundamentais para obter um bom desempenho no serviço.

### **3.5 Visita Domiciliar**

A cada visita domiciliar que realizava, me surpreendia com as histórias dos indivíduos e as condições de vida em que as famílias sobreviviam, considerando a restrição orçamentária mensal e a infraestrutura das casas. A minha última visita, apesar de inesperada, foi muito marcante. Neste encontro, pude perceber o quão vulnerável o ser humano pode ser. Um homem, líder de família, no auge da sua idade, encontrava-se acamado devido a uma doença degenerativa. Sem falar, andar ou se movimentar, aquele indivíduo tronou-se um ser totalmente dependente de outras pessoas.

Nessa cuidadosa visita, percebi a importância deste tipo de atendimento não somente para o paciente, mas também para os seus familiares. Essa relevância não estava relacionada apenas com os serviços oferecidos pelos profissionais da equipe de saúde durante a visita, contudo associou-se ao modo como a família sentia-se acolhida durante nossos encontros. Um serviço humanizado, demonstrou para aquelas pessoas, uma representação de acolhimento e esperança para enfrentar as adversidades vividas no cuidado ao seu ente querido. Entretanto, faz-se eminente expor que foi aplicada à completude desta atenção, um olhar crítico e multidisciplinar a fim de levar em consideração o contexto familiar com o intuito de indicar práticas de cuidado adequadas à rotina e ambiente domiciliar.

### **3.6 Auriculoterapia**

A implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica é mais um passo para a expansão da saúde pública brasileira. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS), criada pelo Ministério da Saúde, visa estimular e ampliar a integralidade e o acesso dessas práticas (BRASIL, 2006). Neste sentido, devido à inserção recente destes tipos de práticas na Atenção Primária, os profissionais devem aplicar ferramentas dialógicas de educação em saúde a fim de validar a complementaridade do tratamento em relação às terapias convencionais.

Na tentativa de ampliar a visão dos usuários extremamente sujeitos ao modelo médico hegemônico e após diversos casos de pacientes com demandas psicológicas, além das altas taxas de dependência em psicofármacos no território, a auriculoterapia foi inserida na USF enquanto prática de cuidado para complementar a assistência à saúde física e mental dos pacientes. Confesso que fiquei entusiasmada com a adesão dos usuários residentes das áreas adscritas e aqueles que não pertenciam às áreas de abrangência com o desejo de participarem do grupo de auriculoterapia. Pude ouvir relatos de pacientes, assíduos frequentadores do nosso serviço de Acolhimento, sobre os benefícios que essa prática havia trazido para suas vidas.

## **4 RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS**

### **4.1 Prevenção e Diagnóstico do C.A de Boca**

A Estomatologia sempre foi uma das minhas disciplinas favoritas na graduação. Tive a oportunidade de participar da monitoria durante quatro semestres, fazendo parte do grupo de Estudo e Pesquisa em Estomatologia (GEPE). A partir da atuação em campanhas de prevenção e diagnóstico de câncer de boca, pude aplicar os conhecimentos adquiridos e contribuir no atendimento de casos de lesões em cavidade oral na Atenção Básica.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que no país, em todo o ano de 2020, haverá 15.190 novos casos, sendo 11.180 homens

e 4.010 mulheres (2020 - INCA). O número de número de mortes chegou a 5.898, sendo 4.672 homens e 1.226 mulheres em 2015 (SIM - 2015). É imprescindível estar atento ao surgimento de qualquer sinal de alerta. Lesões que não cicatrizem em um prazo máximo de quinze dias, indicam um destes sinais. Neste caso, a procura de um cirurgião-dentista para a realização do exame completo da boca deve ser o mais breve possível. Hábitos como não fumar, evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ter alimentação rica em frutas verduras e legumes, usar preservativo durante a prática do sexo oral e manter a higiene bucal são alguns cuidados recomendados pelo INCA.

Imersa na assistência da Estratégia da Família, juntamente com a Equipe de Saúde Bucal da USF, tivemos a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce de dois pacientes idosos. Ambos de origem humilde e que não tinham noção da patologia que os acometeu.

O diagnóstico do câncer de cavidade oral normalmente pode ser feito com o exame clínico (visual), mas a confirmação depende da biópsia. O exame clínico associado à biópsia, com o estudo da lesão por tomografia computadorizada da região afetada (nos casos indicados) permitem ao cirurgião definir o tratamento adequado. As lesões muito iniciais podem ser avaliadas sem a necessidade de exame de imagem num primeiro momento. O diagnóstico inicial permite tratamento com melhor resultado funcional, visto que tumores diagnosticados em estágios mais avançados vão implicar em tratamentos mais agressivos com maior chance de sequelas (INCA,2020).

O primeiro usuário acompanhado era do sexo masculino, idoso, que agendou consulta inicial com a equipe de medicina a fim de obter um possível diagnóstico da afecção que o incomodava. Este núcleo, após identificar limitação no diagnóstico, solicitou interconsulta com o cirurgião-dentista. Neste momento, o usuário queixava-se de dor em bordo lateral de língua e disfagia. Ao exame intra-oral, o paciente apresentava lesão ulcerada em bordo lateral direito da língua e clinicamente não possuía linfonodos cervicais suspeitos.

À priori, instruímos um tratamento mais conservador com o uso de pomada a base de Triacilonona no local da lesão. Além disso, foi realizado ajuste com o auxílio de uma fresa na prótese total inferior do paciente para melhor adaptação. Por conseguinte, orientamos que o paciente retornasse após sete

dias de terapia medicamentosa para o acompanhamento do caso. Neste período, após não identificar remissão da lesão, orientamos administração de Prednisona 20 mg por cinco dias (um comprimido por dia). Desta forma, sem obter sucesso na terapia, encaminhamos o usuário com a referência de todo o caso para o CEO a fim de ser realizada consulta com a estomatologia e realização de biópsia.

Após algumas semanas do procedimento, foi confirmado o diagnóstico de Carcinoma Espinocelular a partir do resultado da biópsia. No próprio CEO, a estomatologista compartilhou o resultado com o paciente e expôs a trajetória terapêutica no ambiente hospitalar através do Aristides Maltez em Salvador. O que mais me comoveu foi que no mesmo período da descoberta do C.A de boca, o paciente foi diagnosticado com um C.A de próstata. Apesar de não compreender a gravidade do quadro instalado, aquele indivíduo mantinha uma serenidade e fé inabalável.

Quando realizadas as visitas domiciliares, notei que a família do usuário parecia não aceitar a possibilidade de dois tipos de câncer acometer o seu familiar. Diferentemente do paciente que contornava todos os problemas enfrentados com tamanha serenidade, o que me fez criar uma maior admiração pelo seu posicionamento.

Felizmente, este senhor conseguiu rapidamente iniciar acompanhamento e tratamento na alta complexidade para ambos os tipos de câncer. A partir desta vivência pude refletir que as adversidades encontradas em um contexto social complexo, exige do sujeito o desenvolvimento de aptidões para enfrentar as dificuldades inerentes a um contexto social iníquo.

O segundo caso em que realizamos a detecção precoce, foi de uma senhora que acessou a USF via o serviço de Acolhimento da Unidade. A queixa principal estava associada a dor em região de assoalho. Vale ressaltar que o seu território, não possuía cobertura de ACS pois acabara de ser incorporado a área de abrangência da USF Piaçaveira. É importante expor que este território abrange uma área de maior vulnerabilidade social, caracterizada pelo alto índice de tráfico de drogas.

Ao exame intra-bucal, confesso que foi difícil notar um aumento de volume naquela região. Contudo, devido a queixa de dor espontânea e localizada

da paciente, instituímos a mesma terapêutica medicamentosa do paciente anterior. Contudo, devido à ausência de resposta cicatricial após quinze dias de terapia, referenciamos a paciente para o CEO. Após a realização da biópsia, foi sugerido como hipótese diagnóstica um carcinoma mucoepidermóide (tumor de glândulas salivares). Diferentemente do paciente anterior, esta foi encaminhada para tratamento oncológico no Hospital Santo Antônio em Salvador.

Apesar do bom prognóstico deste tipo de lesão, um fato me deixou bastante decepcionada. Segundo relatos de sua nora, o médico do hospital não teve o mínimo de cautela e respeito na forma de dialogar com a paciente sua proposta terapêutica e perspectiva de cura, de maneira que a paciente entrou em pânico por conta disto. Mesmo com pouco discernimento acerca do seu quadro de saúde, ela deduziu que a palavra “câncer” era sinônimo de morte. Neste sentido, durante nosso acompanhamento na USF, junto com a sua nora (pessoa que acompanhava as consultas) dialogamos de forma compreensível para a paciente e conseguimos desmistificar essa ideia.

Mesmo sem relação sanguínea de parentesco, a nora demonstrou empatia pela sogra e a acompanhava em todas as consultas tanto no ambiente hospitalar quanto na USF. Tive a oportunidade de visitar a paciente após a cirurgia de remoção da lesão no Hospital Santo Antônio em Salvador. Senti que era um dever realizar esta visita. Não apenas pelo hospital ser perto da minha casa, mas também pela confiança que a paciente depositava em mim. Apesar de debilitada e não poder conversar verbalmente naquele instante, notei a gratidão dela em seu olhar perante a visita prestada.

Embora não tenha sido a responsável pela cirurgia de remoção da lesão maligna da paciente, me senti muito orgulhosa e gratificada por ter contribuído no auxílio do diagnóstico em estágios iniciais da lesão assim como encaminhamento e acompanhamento para a próspera evolução e cura do caso.

Ao término do meu período como R1, enquanto residente imersa na assistência, realizei a preservação dos casos com desenlaces favoráveis para ambos os pacientes acompanhados. Contudo, devido ao distanciamento gradativo na assistência no meu período como R2, os casos foram transferidos para acompanhamento e condução pela respectiva residente odontóloga da minha equipe.

## **4.2 A Transcendência da Longitudinalidade e Continuidade do Cuidado**

Starfield (2005) tem influenciado outros autores ao afirmar que a Atenção Primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (CUNHA; GIOVANELLA, 2011.)

Em artigos relativos à APS, muitas vezes o termo “continuidade do cuidado” é utilizado com significado semelhante ao de longitudinalidade. Mas para Starfield, esses dois termos possuem significados diferentes, uma vez que a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo.

Assim como Starfield, Pastor-Sánchez et al. (1997) também diferenciam longitudinalidade de continuidade do cuidado. Entendem a longitudinalidade como o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico ou profissional de saúde, e a continuidade do cuidado como o acompanhamento por um mesmo profissional ou não, de um problema específico do paciente. Ressaltam ainda que a continuidade não é um elemento característico da atenção primária, nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia.

Em ambos os casos recebidos na USF, fiz questão de acompanhar o prognóstico destes pacientes, salientando a orientação de higiene bucal enquanto parte importante para a redução de possíveis intercorrências esperadas durante o tratamento oncológico. Saber como prosseguia a recuperação e como estava o plano alimentar com vistas a prevenir a perda de peso, eram pontos cruciais para o acompanhamento longitudinal do paciente. Nestes casos, a transcendência do cuidado odontológico na Atenção Primária, se expressa além daquele preconizado pelo modelo biomédico, visando melhorar a qualidade de vida do usuário. Sendo eminente para este cuidado,

considerar os aspectos sócio-culturais individuais e familiares, contemplando o princípio da Integralidade.

### **4.3 Cuidados Paliativos**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos (CP) consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Os CP se aplicam desde a atenção primária até o atendimento domiciliar, a reabilitação e os cuidados ao fim de vida. Essas estratégias envolvem a atuação de uma equipe multiprofissional, a dispensação de medicação e o entendimento que a morte faz parte da vida, e que não há necessidade do sofrimento. O tratamento da dor moderada a intensa causada pelo câncer, por exemplo, presente em mais de 80% na fase terminal de doença, requer essa atenção (MANSO et al. 2017).

A promoção de cuidados paliativos em ambiente domiciliar permite a pacientes em fase terminal a possibilidade de continuar em seu meio familiar com atenção multiprofissional, oferecendo suporte e orientação aos familiares e evitando internações muitas vezes desnecessárias. Na assistência domiciliar, a relação paciente, família e equipe multiprofissional é uma questão que merece ser destacada. Tendo em vista que a equipe multiprofissional é a base de suporte para as necessidades que surgirão com a evolução da doença.

Na rotina de trabalho na Atenção Básica, constatei a cada dia, o quão complexo é o seu funcionamento. Pois, apesar de muitas pessoas considerarem, por exemplo, uma USF apenas como um “postinho” aprendi que o serviço na Atenção Primária torna-se um trabalho de alta magnitude. Visto que, um paciente que necessita de cuidados paliativos, recebe o atendimento de uma equipe multiprofissional semelhante muitas vezes ao atendimento de âmbito hospitalar. Entretanto, mesmo lançando mão apenas de tecnologias leves, acredito que criamos um maior vínculo com os pacientes e os seus familiares.

Durante a minha vivência na Saúde da Família, por possuir mais afinidades em lidar com pacientes oncológicos, acompanhei um usuário em CP em que compartilhei o cuidado com o odontólogo da outra equipe de saúde. O paciente apresentava C.A de orofaringe em fase terminal, apresentando um estágio que solicitava por parte dos profissionais de saúde da Unidade um manejo com coragem e cuidado para lidar com o quadro em que se encontrava o paciente.

Com uma família muito dedicada e colaborativa, a residência onde morava, embora de edificação humilde, possuía um quarto bem estruturado para alojá-lo. Visto que, este cômodo da casa foi construído com o esforço dos familiares e equipado com ar-condicionado e aparelho televisor para acomodar da melhor forma possível e acolhê-lo nos seus últimos dias de vida, pois o paciente vivia domiciliado.

Ao remover a máscara e os curativos, o usuário mostrava-se em um estado lastimável. A sua face apresentava-se edemaciada, um dos seus olhos não abria pelo inchaço e já não falava. Utilizava somente a escrita para comunicação. Na primeira vez que me deparei com aquela imagem, senti uma mistura de sentimentos. Susto e piedade destacavam dentro de mim. Entretanto, a cada VD me familiarizava mais com o caso e passei a enfrentar a situação com mais naturalidade.

Apesar de ambientada com o quadro, foram momentos muitos difíceis e de muita sobrecarga emocional. Lembro-me de um episódio para realização de curativo na lesão em região de orofaringe, onde a enfermeira removeu do local diversas larvas de moscas com um quadro caracterizado como míiase. Naquele dia voltamos para a Unidade muito abaladas. Nos sentimos impotentes diante daquele contexto, mas também sabíamos que fizemos o possível para ajudá-lo.

Confesso que sempre ficava sensibilizada quando visitava aquele paciente. Sensibilizada por identificar o desejo de cura nos olhos dele, mas perante a medicina isso ser impossível. Porém, presumo que realizamos bem o nosso trabalho quando, através dos cuidados paliativos, proporcionamos uma melhora por meio de uma abordagem terapêutica que promove qualidade de vida e alívio do sofrimento aos pacientes e seus familiares.

Neste sentido, segundo Hermes e Lamarca (2013), o acompanhamento domiciliar possibilita as intervenções com a essência dos cuidados paliativos, auxiliando as necessidades do paciente, estabelecendo laços com ele e os seus familiares. Assim, o paciente permanece em um ambiente familiar, com riscos diminuídos e assistência integral, o que contribui para a melhorar a manutenção de sua qualidade de vida, bem como dar apoio durante o processo de tratamento até o momento da morte e luto.

Acredito que essa experiência ratifica a importância da Estratégia de Saúde da Família com as suas tecnologias leves como a prática da visita domiciliar e o acolhimento, possibilitando a criação do vínculo entre profissionais e usuários.

#### **4.4 Enfrentando o Luto**

Parecia um dia comum de serviço, dando início ao meu turno de Acolhimento quando fui informada do falecimento de um usuário que apresentava C.A de orofaringe em fase terminal. Apesar de ser um paciente em cuidados paliativos e saber que a qualquer momento a sua morte poderia ocorrer, foi um momento de profunda tristeza.

Ao entrar no velório como uma forma de representar a USF, fomos bem acolhidos pelos seus familiares que demonstraram gratidão pelos nossos serviços prestados. Muitas vezes, lembro que ficávamos receosas em realizar a visita domiciliar, pois sabíamos que iríamos ver cenas muito entristecedoras. Contudo, tínhamos a consciência que o paciente e os seus familiares contavam com o nosso apoio. Por isso, fiquei realizada em ter contribuído de alguma forma para amenizar o sofrimento daquele usuário.

## **5 CENÁRIO DE PRÁTICAS NA GESTÃO**

O segundo ano de Residência foi uma vivência transformadora, tendo percorrido por espaços incomuns para um odontólogo. Desta forma, tentei absorver o máximo de conteúdo sobre as experiências realizadas e busquei sempre associar os conhecimentos adquiridos na gestão com a prática na assistência. Nesta perspectiva, exponho meu aprendizado estruturado desde o

relato da iniciação a preceptoria até a finalização com o estágio eletivo, consolidando a minha formação profissional.

### **5.1 Iniciação a Preceptoria**

Iniciado oficialmente o período como R2 nos seus respectivos estágios, confesso que estive um pouco apreensiva. Entretanto, senti que durante o período de transição de R1 para R2, a minha relação com a unidade ficou mais próxima, aumentando o meu vínculo com os colegas e usuários.

Segundo o Projeto Político Pedagógico (PPP), uma das competências do R2 é a iniciação a preceptoria. Neste período de transição, o núcleo de Odontologia estava sem preceptoria. Fato que estreitou a relação com as novas residentes de Odontologia. Esta circunstância me fez sentir responsável por elas, pois imagino o quanto deve ser assustador iniciar esse processo de trabalho e aprendizado sem o devido suporte. Durante esse período não só tive a oportunidade de transmitir o que aprendi no primeiro ano de Residência, mas também planejar e enfrentar os desafios que surgiram. Mesmo com dificuldades, acredito que fizemos um bom trabalho. Embora poucos em número, nos momentos mais críticos, tivemos o apoio para recorrer aos preceptores dos outros núcleos e ao apoiador.

Esse período imersa na iniciação a preceptoria, foi crucial para exercer competências exigidas de um preceptor. Tais atributos, acrescidos de estratégias teórico-práticas, podem produzir novas abordagens, aprendizagens e possibilidades de transformação da realidade. Além disso, esta etapa auxiliou na formação de uma relação mais estruturada com as novas residentes sobre os desafios da prática educativa mediado pelo preceptor, numa perspectiva indagadora de uma compreensão do papel deste profissional em seus processos formativos.

### **5.2 Projeto de Intervenção**

Devido as iniquidades na assistência à Comunidade e a sobrecarga dos profissionais da equipe 2, vivenciadas no cotidiano da Unidade, foi realizado o levantamento de problemas durante a realização das oficinas do projeto de intervenção e no serviço. Após construção de reflexões em uma perspectiva

interdisciplinar pelos R2 da equipe mínima, juntamente com dois profissionais do NASF e do Apoio Institucional, foi priorizado o seguinte problema: “Existe má distribuição da população adscrita para as duas equipes de saúde que atuam na USF Piaçaveira”. O objetivo deste projeto era confirmar o número da população adscrita do território da USF, visando buscar a redistribuição equitativa de usuários por microáreas das duas equipes.

Diante desta realidade, fiquei muito confiante com a possibilidade de solucionarmos um problema tão emergente na Unidade através da redistribuição dos usuários para os ACS e uma nova territorialização. A análise da governabilidade e definição do problema, as incertezas e construção do fluxograma situacional, além da análise e construção da viabilidade são características fundamentais para a apreciação situacional, bem como a definição dos seus atores. A cada encontro nas oficinas do Projeto de Intervenção ficava mais clara a percepção e aplicação do Planejamento Estratégico Situacional sobre a realidade das USF. Este possibilita trabalhar com a complexidade dos problemas sociais, além de ser flexível e se adaptar as constantes mudanças da situação real (ARTMANN, 1997).

Contudo, apesar da dedicação, não conseguimos propor a intervenção de forma definitiva em detrimento da dificuldade de aceitação dos ACS quanto ao número de pessoas residentes em cada microárea após a nova territorialização. Fato que nos fez refletir a complexidade da atuação em equipe multiprofissional e que infelizmente aspectos pessoais e subjetivos estão envolvidos neste processo.

### **5.3 Estágios Optativos e Eletivo**

#### **5.3.1 Coordenação de Vigilância Epidemiológica (COVEPI)**

Durante os quase seis meses de vivência na Coordenação de Vigilância de Epidemiológica de Camaçari (COVEPI), pertinente ao estágio de redes da Residência, constatei um campo incomum para a atuação de um cirurgião-dentista. Visto que, normalmente, nota-se a presença no quadro de servidores preferencialmente das categorias médica e de enfermagem. Entretanto, com a inserção cada vez maior do cirurgião-dentista em diferentes espaços de atuação

na saúde pública, principalmente em função do momento de mudança dos paradigmas que suportam os diferentes modelos.

Como produtos da vivência nesse estágio posso citar a confecção de um folder, explicando a função da Vigilância Epidemiológica além de mostrar a importância da realização de uma correta notificação. Além disso, exercemos a supervisão das salas de vacinas das USF pertencentes aos Programas de Residências Multiprofissional e Médica, resultando na elaboração de recomendações para estes setores avaliados e um relatório/artigo científico sobre o tema.

Como dentista, nunca imaginei que pudesse participar de uma reunião da Câmara Técnica de Óbito Natal e Infantil, além de outras com a finalidade de criar um organograma de notificação para acompanhamento e atendimento à criança e adolescente vítima de violência. Acredito que teríamos um desempenho ainda melhor se tivéssemos uma assistência mais adequada por parte do espaço de vivência do estágio. Foi um período difícil tanto para nós, residentes como para a Apoiadora Matricial em organizar os campos de estágios. Mas, julgo uma experiência muito enriquecedora para o meu processo de formação.

### **5.3.2 Coordenação de Planejamento em Saúde de Camaçari (CODEPLAN)**

Ao escolher a CODEPLAN como campo de estágio da Residência, percebi um espaço potente e desafiador para mim, enquanto campo de estágio na gestão da saúde. Uma vez que, esta experiência possibilitou inteirar-me sobre o processo de planejamento e gestão do SUS. Apesar de ser um ambiente que necessite de muito foco e concentração, me senti muito bem acolhida pelas servidoras do setor que sempre demonstraram ser muito solícitas em esclarecer as nossas dúvidas.

Nas primeiras semanas me aprofundei mais sobre o tema, aprendi que para mudar a realidade social é necessário muito mais que boas intenções. Visto que, as mudanças na gestão do SUS demandam dos gestores e da sociedade uma intervenção através de políticas com planos e metas bem organizados, e para alcançar os objetivos desejados, é necessário realizar um adequado planejamento.

Por ser um tema novo no meu processo de aprendizagem, confesso que apresentei dificuldade para compreender os instrumentos de planejamento e orçamentários de gestão, mas ao final do período do estágio, conseguimos produzir um módulo explicativo sobre o planejamento e gestão do SUS e sistemas de informação para os próximos residentes.

### **5.3.3 Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado (DIVEP)**

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica tem como objetivo gerenciar e alimentar os sistemas de informação do SUS. A Notificação Compulsória de Agravos é o seu principal instrumento, pois a partir dela há organização do processo de informação, investigação e ação de combate aos diferentes agravos. Na DIVEP, fui lotada na Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Agravos Transmissíveis – COAGRAVOS, mais especificamente no Grupo Técnico IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, onde tive a oportunidade de acompanhar o fluxo do serviço e desenvolver como principal produto a elaboração do Boletim Epidemiológico de HIV 2019.

Apesar do pouco tempo para um melhor aproveitamento do estágio (devido também às festas de final de ano), tentei aproveitar ao máximo esse período. Considero que pude contribuir com o serviço pelas minhas vivências nos estágios de redes (na Vigilância Epidemiológica de Camaçari) e no estágio de gestão (na Diretoria de Planejamento). Acredito que foi uma experiência muito enriquecedora para o meu aprendizado enquanto residente multiprofissional e futura especialista em Saúde da Família. É crucial para o segundo ano de Residência a passagem por campos de estágios que motive o desenvolvimento do residente, independente da categoria profissional.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência na Estratégia Saúde da Família, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), oportunizou uma formação generalista, humanística e crítica, ampliando conhecimentos, habilidades e atitudes suficientes para atuar na diversidade das demandas sociais, econômicas, políticas e educativas.

Enquanto odontóloga, trabalhando na maioria das vezes a prática tecnicista entre “quatro paredes”, me senti apreensiva ao iniciar a Residência por ter sido uma experiência nova. Contudo, desde o primeiro dia fiquei encantada com todo o funcionamento e dinâmica da USF. Além disso, o desejo de trabalhar em equipe multiprofissional, onde aprendemos e ensinamos para o bem comum dos usuários e do sistema, alimenta um aprendizado único.

Confesso que esses dois anos não foram fáceis. Mudar de cidade, morar sozinha, enfrentar os percalços vividos na Atenção Básica e no SUS como a burocracia e entraves com gestores, a falta de recursos e mão de obra profissional... Entretanto, assumir o serviço é uma característica ímpar deste programa, apesar de ser um compromisso que exige muita responsabilidade principalmente para aqueles profissionais recém-formados.

Finalizo esta trajetória com o meu lado profissional e humano muito mais aperfeiçoado. Visto que, na Estratégia Saúde da Família ratifiquei que é necessário considerar os aspectos biológicos, sociais, mentais e culturais de cada indivíduo, pois essas características influenciam direta e indiretamente na saúde bucal da população. Esqueço muitas vezes que sou uma cirurgiã-dentista, pois agora me enxergo como uma profissional de saúde completa. Agradeço ao Programa de Residência Multiprofissional da FESF pela oportunidade de percorrer neste período por espaços potentes que nunca imaginei percorrer na assistência e na gestão. Desta forma, continuarei endossando o meu apoio e luta para o fortalecimento das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde como potência de cuidado.

## REFERÊNCIAS

ARTMANN, E., AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, vol.13, n.4, p.723-740, out-dez, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. **Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. **Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde nas Escolas**. Caderno de Atenção Básica, n 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de**

**Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de Boca.** Brasília, DF. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>>, Acesso em: 25 fev. 2020.

CUNHA. E.M.; GIOVANELLA. L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

FREITAS, D.S.L.; SOUZA JR, A.J. Importância do memorial de formação enquanto estratégia de formação profissional no projeto veredas. **Open Journal Systems.** v. 5 n. 1. 2004.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

MANSO, M.E.G. et al. Cuidados Paliativos para o portador de câncer. **Revista Portal de Divulgação.** São Paulo, n. 52, 2017.

PASTOR-SÁNCHEZ, R.; MIRAS A.L.; FERNÁNDEZ, M.P.; CAMACHO, R.G. Continuidad Y Longitudinalidad em Medicina General en cuatro países Europeos. **Revista Espanola de Salud Pública.** Madri, v. 71, p. 479-485, 1997.

PEREIRA. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 28, p. S30-S39. 2012.

PPP. Projeto Político Pedagógico dos Programas de residências integradas de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família. Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz Bahia. Salvador, Bahia, 2018.

SILVA, R. **Diagnóstico de Câncer Bucal na Atenção Básica: Relato de Caso.** 2015. 48 f. Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

SILVA. B. *et al.* Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da rede pública sobre câncer bucal: Revisão de literatura. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v.12, n. 42, p. 1018-1026. 2018.

STARFIELD, B, SHI. L, MACINKO. J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p 457-502. 2005.

**ANEXOS**

**Figuras 1 e 2. Acervo pessoal. Programa Saúde na Escola**



**Figuras 3. Acervo pessoal. Grupo MATERNAGEM**



## ANEXOS

**Figuras 4 e 5. Acervo pessoal. Odontopediatria**



**Figura 6. Acervo pessoal. PNE**



**ANEXOS**

**Figura 7.** Acervo Pessoal  
Grupo de Auriculoterapia



**Figura 8.** Acervo pessoal. Projeto de Intervenção (Territorialização)



## ANEXOS



**Figura 9.** Acervo Pessoal  
Cenário de Gestão (COVEPI)

**Figura 10.** Acervo pessoal. Cenário de Gestão (CODEPLAN)



**ANEXOS**

**Figura 11.** Acervo pessoal. Cenário de Gestão (DIVEP)



**Figura 12.** Acervo pessoal.

Iniciação a Preceptoría

## ANEXOS



**Figura 13.** Acervo pessoal.

Equipe de Saúde Bucal

**Figura 14.** Acervo pessoal. Equipes de Saúde 1 e 2 de Piaçaveira

