

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

VIKTOR WGO PINTO DE CARVALHO

**APRENDIZADOS, DESCOBERTAS E REDESCOBERTAS DE UM CIRURGIÃO-
DENTISTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMAÇARI

2020

VIKTOR WGO PINTO DE CARVALHO

**APRENDIZADOS, DESCOBERTAS E REDESCOBERTAS DE UM CIRURGIÃO-
DENTISTA NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Síntique Priscila Alves Lopes

CAMAÇARI

2020

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa cumprida! Quero agradecer a Deus por ter me dado saúde, força para superar as dificuldades e guiado meus caminhos durante essa trajetória; aos meus pais, à minha avó Maria, meus irmãos e minha noiva pelo incentivo, apoio e orações que tanto me fortalecem; à minha preceptora Síntique, por todo o suporte necessário durante a elaboração deste trabalho; aos amigos residentes e toda equipe que compõe a família Piaçaveira, e aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para finalização dessa trajetória.

RESUMO

O presente trabalho, sob o formato de memorial descritivo, visa resgatar as memórias vivenciadas que nortearam a aquisição de aprendizados, descobertas e redescobertas de um Cirurgião-Dentista durante o transcurso na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS). Como forma de facilitar o desdobramento das ideias em sequência lógica, assuntos como vida pessoal, à residência da FESF e teoria versus prática foram abordados em ordem cronológica mediante organização em capítulos, sendo esses representados por comparações da teoria encontrada na literatura em consonância com as experiências vivenciadas. O objetivo final dessa escrita é retomar aspectos importantes e que foram importantes para o processo formativo de um residente e que podem colaborar para a formação de outros residentes.

Palavras – chave: Saúde da família; Saúde bucal; Capacitação profissional.

ABSTRACT

The present work, in the form of a descriptive memorial, aims to rescue the lived memories that guided the acquisition of learning, discoveries and rediscoveries of a Dentist during the course in the Multiprofessional Residence in Family Health of the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) in partnership with the State Family Health Foundation (FESF-SUS). As a way to facilitate the unfolding of ideas in a logical sequence, subjects such as personal life, FESF residency and theory versus practice were approached in chronological order through organization in chapters, these being represented by comparisons of the theory found in the literature in line with the experiences experienced. The final objective of this writing is to return to important aspects that were important for the training process of a resident and that can contribute to the training of other residents.

Keywords: Family health; Oral health; Professional training.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AVA – AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

ESB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

NASF – NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PPP – PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

R1 – RESIDENTE DO 1º ANO

R2 – RESIDENTE DO 2º ANO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VD – VISITA DOMICILIAR

SUMÁRIO

1 RESSIGNIFICANDO UM TRABALHO DE CONCLUSÃO	7
2 ATÉ CHEGAR A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	8
3 SER RESIDENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DA FESF	11
4 TEORIA VERSUS PRÁTICA	13
4.1 O Cirurgião-Dentista e a Equipe Mínima	13
4.2 Territorialização: Para Além do Conceito	15
4.3 Visita Domiciliar a Desmistificação de Medo	16
4.4 Acolhimento	18
4.5 Potencialidade da Educação em Saúde	19
5 ADENTRANDO ESPAÇOS	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE	29

1 RESSIGNIFICANDO UM TRABALHO DE CONCLUSÃO

Início, meio e fim. Essa lógica temporal é presente em quase tudo na vida e não poderia ser diferente em uma especialização, ainda mais no formato de residência multiprofissional. Não são apenas dois anos, vinte e quatro meses e cinco mil setecentas e sessenta horas, são aprendizados, descobertas e redescobertas intrínsecas as experiências que só é possível ser relatada por quem as vivenciou.

Diferente de outros trabalhos de conclusão, cujo teor acadêmico deve ser seguido à risca com objetivo final a publicação em revistas, o formato memorial, a meu ver, transcreve de forma mais fidedigna o que fez sentido para mim, apontando a potencialidade da residência para o deslocamento de um profissional da saúde e suas repercussões no processo formativo em Odontologia na Saúde da Família.

É notório pensar que produzir ciência através de publicações de artigos é sempre importante, mas de um modo geral, fechar um ciclo da vida relatando suas experiências pessoais faz reviver as suas mais profundas memórias. Entendo que isso pode se tornar mais difícil até mesmo do que uma pesquisa científica, onde existem protocolos e regras a serem seguidas. Assim, o presente trabalho teve como método adotado, segundo Projeto Político Pedagógico (PPP) de 2018, o modelo de memorial descritivo. De acordo com Souza Jr:

O Memorial é um documento elaborado passo a passo, no qual são relatadas as impressões sobre a aprendizagem, os acertos, as vitórias, os avanços, as escolhas, assim como os retrocessos, as paradas e as dúvidas. É a oportunidade de registrar as reflexões sobre os vários momentos da formação e sua relação com a prática pedagógica. É o registro das histórias de aprendizagem e seus reflexos no cotidiano. (SOUZA JR, pag. 1-2, 2009)

Nesse sentido, para a elaboração deste memorial, foram resgatados pontos marcantes da minha história de formação profissional e a partir da vivência na residência multiprofissional, no período de março de 2018 a março de 2020. Através dos portfólios indexados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e a utilização de referências bibliográficas que nortearam a busca por conceitos intrínsecos à Odontologia e Saúde da Família, foi possível correlacionar o que era trazido na literatura com as minhas reflexões, angústias, inseguranças, medos e tudo aquilo ora vivenciado no transcurso da residência.

O trabalho foi estruturado em relato de experiência, cujo enfoque se deu de forma cronológica, onde foram descritos os acontecimentos mais marcantes que

culminaram em cada reflexão acerca de todo período vivenciado e que serviu como fundamento para a formação mais ampla, multidisciplinar e marcada pela desmistificação de medos, reinvenção e reconhecimento nos âmbitos pessoal e profissional.

2 ATÉ CHEGAR A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Escolhas! Não há palavra que represente melhor o sentimento que perdurou em minha mente durante esses dois longos anos enquanto residente em Saúde da Família, mas que me acompanha há muito mais tempo. Ouvia desde muito novo uma frase que era dita pelas pessoas próximas a mim, mas que só pude entendê-la em sua essência após alguns anos: “Escolha um trabalho que você ame e não terá que trabalhar um único dia em sua vida” (Confúcio, [479 a.C?]).

A mesma soava com um tom não tão agradável aos meus ouvidos, afinal de contas, tal frase não era interessante para um adolescente indeciso e que precisava “escolher” uma profissão que o seguiria por toda a vida, já que isso apontava como sendo sinônimo de progresso na então visão estereotipada de mundo que muitas pessoas ainda insistem em ter. Isso me acompanhou por muito tempo e confesso que, até mesmo depois de graduado, tal ideia ressurgia. Mas antes de tudo, é importante reviver um pouco da minha história. Vamos lá...

Viktor Wgo Pinto de Carvalho, escrito dessa forma mesmo, mas para facilitar a pronúncia, Victor Hugo. Diferente do que algumas pessoas pensam, não é escrito assim pelo simples fato de ser um nome com suas letras diferentes, mas meu nome vem de um sonho da minha avó Maria, a quem devo muito do que sou, seja no âmbito profissional ou mesmo no pessoal. Por ela ser professora, sempre a busquei para pedir conselhos e sanar dúvidas, e assim desde o início da minha vida educacional a tenho como exemplo.

Nasci e fui criado em Conceição do Coité, cidade do interior da Bahia, e desde os três anos de idade dei início a uma longa jornada de estudos. Se não me falha a memória, foram catorze anos até o ingresso no ensino superior. Haja anos de estudo! Sempre fui muito curioso e acredito que essa curiosidade também gerou várias dúvidas. A escolha de uma profissão nunca foi algo simples, afinal, existem inúmeras variáveis que estão imbricadas na tomada de decisão: afinidade com

disciplinas do colegial, realização profissional, reconhecimento pessoal, sucesso, dinheiro e tantas outras que são levadas em consideração.

Fazendo jus a essa afirmação, pensei em inúmeros cursos, a saber: Medicina, Biomedicina, Odontologia, Ciências Biológicas, Serviço Social, Psicologia e Relações Internacionais. Sempre soube o que não gostava, mas o que me atraía despertava dúvidas, afinal, eu gostava de muita coisa. Porém, nada acontece sem explicação. Não é a toa que aquele adolescente de dezessete anos começou a sua jornada no curso superior que não deu como resultado do teste vocacional realizado no final do terceiro ano do ensino médio: a Odontologia.

“- Viktor, você não demonstrou muita afinidade com habilidades manuais e no manuseio de objetos pequenos, mas notei que você se identifica com pessoas, tem motivação para ajudá-las. Sua área de atuação é as ciências humanas!” Obviamente, não foi exatamente assim, mas lembro-me que esse foi o trecho que a psicopedagoga relatou ao entregar o resultado do meu teste vocacional. No entanto, embora o resultado para a Odontologia tivesse sido negativo, decidi cursá-la. Mesmo aprovado em Biomedicina, Ciências Biológicas e Psicologia, optei por cursar Odontologia.

Iniciei o curso e fui prosseguindo, embora com a ideia fixa de desistir em quase todos os semestres que tinham disciplinas que exigiam habilidades manuais (quase todas da grade curricular), mas especificamente em escultura dentária, prótese total e parcial fixa, ortodontia e cirurgia.

De fato, todas essas matérias necessitavam de uma habilidade manual e a frase da psicopedagoga sempre ressurgia após cada experiência negativa, mas por outro lado, a possibilidade de ajudar as pessoas e também as atividades desenvolvidas nas disciplinas da área da saúde coletiva me instigavam a dar seguimento e levantavam minha autoestima mesmo tendo sempre o embate diário com as clínicas integradas.

Embora a indecisão estivesse presente, eu a utilizava para me descobrir enquanto estudante e assim aproveitei ao máximo a graduação através da participação em cursos, congressos, extensão universitária e tantas outras atividades que me conferiram a láurea por dedicação ao curso de Odontologia no dia dezesseis de setembro de dois mil e dezessete, data essa que marcou muito a minha vida, não apenas pelo prêmio, mas porque eu consegui fechar mais um ciclo da vida: a graduação.

Enfim, Cirurgião-Dentista. E agora, o que fazer? Um turbilhão de sentimentos ressurgiu. Mas tentando manter a calma fui me permitindo seguir a vida. Agora como graduado, comecei a procurar emprego nesse mercado de trabalho que insiste em mercantilizar as profissões e trabalhadores ao ponto de deixar de lado o humanismo e essência do ser profissional.

Tive experiência em consultório privado, mas foi o suficiente para constatar que era um local que não queria desempenhar meu trabalho diário por não compreender o “valor” (em capital) da saúde. Aliado ao trabalho nessas clínicas, eu comecei a estudar para as seleções de residências, porém minha prioridade era tentar Odontologia Hospitalar no Hospital Ana Nery, pois ainda queria ver se aquele pensamento de ser médico poderia ser correspondido na rotina em âmbito hospitalar.

Como o trabalho nas clínicas privadas não deu muito certo, segui os passos diante da ampla maneira de atuar na saúde e assim aceitei o trabalho para atuar em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Nesse momento o que vivi nas disciplinas de saúde coletiva veio à tona, porém confesso que não dei muito crédito já que a minha ideia era tentar a residência em Odontologia hospitalar, pois queria ser um profissional que atuava para além do ambulatório.

No entanto, a necessidade de ter um salário fixo me instigou a aceitar a proposta. Hoje eu percebo que a Atenção Primária à Saúde (APS) e especificamente através do trabalho em uma comunidade quilombola situada em uma pequena cidade do nordeste baiano foi o que fez ativar o meu desejo pela atuação na profissão que escolhi aos dezessete anos.

Praticar a Odontologia em uma comunidade carente, tendo o privilégio de executar ações com uma equipe que acreditava e fazia saúde diante de uma realidade tão peculiar, mas claro, não excluindo a percepção entre demanda x necessidade, fez notório o entendimento do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) como vivo, instigante e dinâmico. A partir dessa experiência, ficou claro para mim que meu campo de atuação era a saúde da família e não o hospital como havia cogitado antes.

Diante da vastidão que é a saúde da família, se faz necessário um investimento em qualificação profissional para aqueles que carregam a disponibilidade e o anseio na busca de um sistema eficiente, mais democrático e justo socialmente. Assim, buscando ampliar a minha formação na área e continuar

seguindo aquilo que comecei a acreditar, prestei a seleção para provimento de bolsas para a residência multiprofissional em saúde da família. Escolha tal, que julgo como a mais correta após a preleção pela Odontologia.

3 SER RESIDENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DA FESF

No dia seis de março de dois mil e dezoito, recebi um e-mail da FESF constando o edital de matrícula para a residência e para minha surpresa teria que comparecer a Salvador no dia seguinte. Não tinha nada pronto, inclusive nem conta salário. Desesperos à parte, tudo foi organizado. Matrícula realizada e agora residente em saúde da família. A minha reação nesse momento foi de contentamento, afinal, daria início a mais uma etapa da minha vida, mas um misto de sentimentos e emoções pairava sobre mim.

No entanto, soube no primeiro dia de acolhimento do programa que seria alocado na cidade de Camaçari, cidade essa que eu sequer sabia onde ficava, mas já tinha ouvido rumores de que era uma cidade grande e caracterizada pelo alto teor de periculosidade. Confesso que fiquei preocupado, pois não sabia onde moraria, em qual USF trabalharia e quem seriam meus colegas de trabalho, ou seja, não sabia absolutamente nada.

Mas no final, para mim, o mais importante era vivenciar essa nova experiência e aprender ainda mais com o desconhecido. Ainda em clima de surpresa, todos os residentes de Camaçari já deveriam estar no município dia doze de março e nos últimos minutos desse dia é que ficamos sabendo qual seria a USF que ficaríamos, cessando assim a ansiedade que pairava entre todos.

Para a minha felicidade, a USF Piaçaveira seria aquela que me receberia. Digo felicidade, pois eu com minha curiosidade já havia previamente pesquisado as unidades do programa de residência e a referida era a que desejava trabalhar. No segundo dia de acolhimento no município, conheci algumas enfermeiras residentes do 2º ano (R2) e tive boa impressão delas, o que despertou ainda mais o interesse pela USF pela qual escolhi e fui escolhido. Após sessões de esclarecimentos, orientações e toda formalidade das boas-vindas, deu-se início a residência, já que no dia seguinte deveria estar na unidade no início do expediente para dar início as sessenta horas semanais.

Os dias posteriores foram de mais apresentações, agora por parte dos residentes na unidade, preceptoria, apoiadores de campo, núcleo e algumas outras nomenclaturas que só pude compreender melhor meses após. Para minha surpresa e dos meus colegas residentes do 1º ano (R1), sentimos que a nossa chegada serviu como alento para os R2 cansados de toda a rotina laboral, a qual seria nossa a partir de então.

A aplicabilidade do acolhimento, visita domiciliar, consulta compartilhada, interconsulta, consulta individual e afins foi literalmente imposta sob nossa responsabilidade, como sendo: “toma que agora o filho é seu”. É sensato pensar que com a nossa chegada haveria outros espaços que os R2 perpassariam, no entanto, a forma com que foi nos passada havia sido impositiva. Fato este surpreendente, tendo em vista vivência prévia quanto à proposta teórica do aprendizado através da metodologia ativa.

Após leitura do PPP foi possível identificar que a residência adotaria a metodologia ativa como ferramenta de aprendizado, que segundo Freire (2006) “as metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia”. Mas tal informação foi mais bem compreendida após algumas dificuldades, principalmente no que diz respeito a conteúdos básicos e inerentes ao processo de trabalho. Infelizmente, o modelo educacional ainda vigente no Brasil é baseado em exposição dialogada (tradicional) centrada na figura do professor, este enquanto detentor do conteúdo e os alunos seus espectadores, os quais receberão o assunto (SÁ et al.,2017).

Diferentemente do que foi exposto acima, o corpo pedagógico da residência é composto por preceptores e apoiadores funcionantes na facilitação do processo de aprendizagem, contribuindo para o aprimoramento do trabalho vivo, ou seja, o aprender fazendo. Porém, cabe ao residente o desejo pela busca, o que modéstia parte, fiz em demasia. Busquei e tentei ir além, pois sempre tive a ideia de que eu deveria ser protagonista do meu saber, tendo o auxílio dos atores envolvidos no processo de aprendizagem da residência como suporte. Percebo que muitos residentes não adotaram tal conduta e por isso vieram em todo o momento tecendo críticas sobre a metodologia adotada pela FESF.

A potencialidade da metodologia ativa foi questionada ao saber que os próprios residentes assumiriam as equipes e tocariam o serviço, dando conta das demandas trazidas pelos usuários. Percebo que esse fator foi um dos que

possibilitou meu crescimento, pois analisando tal prerrogativa e a comparando com a metodologia de outras residências, onde os residentes aprendem o “fazer” inerente às suas categorias profissionais acompanhando os servidores do serviço, identifiquei que a minha autonomia profissional foi construída por conta do trabalho desempenhado por mim.

É natural fazer questionamentos, já que em tudo há pontos positivos e negativos. Saliento como ponto positivo o aprendizado através desta autonomia construída. Contudo, a partir do momento que me desvinculo do papel de residente para mero trabalhador (visão atribuída pela gestão municipal), esta potencialidade entra em conflito. Ou seja, há uma demanda reprimida e eu precisaria dar conta dela, afinal, eu seria o profissional de referência da minha equipe.

Outro ponto importante é que a Odontologia é uma profissão onde há periculosidade, pois trabalho diretamente com fluidos orgânicos do paciente e dependo de instrumentais pequenos e pontiagudos para executar minhas ações e estes podem facilmente me causar danos. Neste sentido, penso que ações em prol da cobertura pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) deveriam ser propostas através da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Órgão pelo qual há o pleito junto à esfera federal pela melhoria do processo de trabalho dos residentes vinculados a estes programas no Brasil. Ademais, ao considerarmos o aprendizado baseado em metodologias ativas de aprendizagem onde nós movemos o serviço, há uma mistura de papéis: ser profissional ou residente? Conflito que merece ser mais explorado durante o acolhimento de cada nova turma de residentes.

4 TEORIA VERSUS PRÁTICA

Em todo o percurso da residência, a dicotomia teoria versus prática ressurgia em minha mente, já que sempre tive o despertamento para estudar além da clínica, afinal, ser um especialista subentende que se conhecem no mínimo quais são as competências inerentes à área de especialização. Assim, mediante mergulho no saber, foi estimulado, através das minhas dúvidas, o desejo para questionar. A elaboração dos pontos debatidos a seguir foi fruto desse aprimoramento do saber.

4.1 O Cirurgião-Dentista e a Equipe Mínima

Desde a graduação, eu sempre acreditei que a inserção do Cirurgião-Dentista na equipe era algo obrigatório e até mesmo nos primeiros meses da residência ouvia sempre o termo equipe mínima atrelado aos Enfermeiros, Médicos, Cirurgiões-Dentistas e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já que os demais profissionais que compunham a residência faziam parte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Para mim, eu estava dentro dessa equipe mínima e esse sentimento de pertencimento perdurou durante boa parte dos primeiros meses de residência, mas eu queria saber mais sobre a inserção da minha profissão dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), antes Programa de Saúde da Família (PSF).

Com o intuito de modificar as práticas convencionais de saúde, que reconhecia a atuação dos profissionais apenas para intervenções físicas e químicas no processo de cura da doença, não levando em consideração os fatores biopsicossociais, surgiu a necessidade da criação de um novo modelo que tinha como objetivo norteador a busca por melhorias na promoção e prevenção da saúde do indivíduo e sua família dentro de uma comunidade em determinado território, lançando mão de princípios como integralidade e hierarquização.

Assim, surgiu em 1994, o PSF (SOUZA, 2014). Mas apenas através da Portaria 1.444, de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), seis anos após a criação do PSF, que houve a inserção da Odontologia no PSF (MARTINS, 2014; MATOS e TOMITA, 2004).

Porém, somente após a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), em 2004, é que a saúde bucal passou a ter maior respaldo. A partir daí é que ações preventivas e de tratamento odontológico passam a ser garantidas através do SUS (AQUILANTE e ACIOLE, 2013).

As mudanças não pararam e em 2006 o então PSF deixa de ser um programa e se configura em uma estratégia, a ESF. Não obstante, as ações de promoção de saúde aos indivíduos, famílias e comunidades passam a ser garantidas de forma integral e contínua (FREITAS e MANDÚ, 2010).

Para compor a ESF dentro de um território com uma população adscrita, há necessidade de uma equipe multidisciplinar, que segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, deve ser composta por: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem;

e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição a Equipe de Saúde Bucal: Cirurgião-Dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Ou seja, o Cirurgião-Dentista pode ou não fazer parte da ESF, não o configurando como componente da equipe mínima, já que esta é composta por profissionais que são obrigatórios.

4.2 Territorialização: Para Além do Conceito

Não é possível falar em indivíduo, família e comunidade sem citar o território, afinal cada um é único e deve ser entendido como ferramenta essencial para o planejamento integrado das ações em saúde. Entender o processo de territorialização vai muito além de saber sobre a geografia local onde estamos inseridos, é tentar compreender as nuances envolvidas nas questões sociais, econômicas e culturais imbricadas no processo de saúde doença e que perpassam os limites do cuidado. É saber que está em permanente construção, produto da dinâmica social (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

Até praticamente todo o 1º ano de residência, tínhamos o prazer de dizer que a USF Piaçaveira era cem por cento coberta. Nossa unidade era composta por treze ACS, porém por questões particulares um deles pediu exoneração e com isso começamos a sentir o peso de uma área descoberta, o que foi simples diante de uma questão ainda mais ampla: a chegada de duas novas microáreas, que segundo a Diretoria da Atenção Básica (DAB) passaria a ser incorporada a USF por proximidade, seguindo processo de territorialização que o município estava passando.

Tal problema passou a ser tema recorrente em reuniões de equipe e de unidade, pois não se conhecia a população que seria agora incorporada, além disso, não tínhamos ACS suficientes. No entanto, após vários diálogos, surgiu a ideia de todos os profissionais irem *in loco* as novas microáreas e assim adquirir um quantitativo para então servir de embasamento para um documento a ser enviado para a DAB requerendo suporte e condições para dar seguimento ao trabalho das equipes.

Após três idas ao território, obtivemos um montante de duas mil cento e dezessete pessoas. Esse valor quando somado ao já existente na unidade totalizaria

uma quantidade de usuários aquém do esperado, segundo comparativas entre a versão da PNAB de 2011 e a nova (MELO, et al., 2018).

Esse quantitativo só veio para confirmar o real problema que estava instalado. A demanda da USF triplicou, afinal, começamos a receber a cada dia mais usuários que vinham para a sua nova unidade em busca de serviços, o que fez superlotar os atendimentos e principalmente o acolhimento à demanda espontânea, por conseguinte, abalando relações de trabalho entre membros das equipes.

Mesmo após idas às novas microáreas, somente após desenvolvimento de um projeto de intervenção realizado pelos R2, é que tivemos a consciência de ter usufruído da territorialização para além do papel. O alto número de atendimentos tomou grande repercussão ao passo que elegemos tal problemática como aquela que tentaríamos resolver através do projeto. Em equipe, construímos um instrumento de coleta de dados para todas as microáreas, incluindo as novas (APÊNDICE). Assim, fomos a cada microárea juntamente com os ACS para poder reafirmar a quantidade de usuários cadastrados que as suas microáreas continham para depois pensar na possibilidade de redistribuir com as novas e assim obter novamente total cobertura do território.

Embora não conseguindo propor as divisões devido ao curto período de tempo que faltava para o término da residência, deixamos como produto final dessa atividade um instrumento potente que servirá como ferramenta que facilitará o processo de trabalho dos ACS da USF a partir de então. A experiência de ter conhecido o território superou qualquer expectativa e hoje percebo o quão valioso é fazer a territorialização não apenas como está posto na literatura.

4.3 Visita Domiciliar e a Desmistificação de Medos

A visita domiciliar (VD) foi, sem dúvidas, uma das práticas que mais me fez refletir sobre a potencialidade de qualquer profissional da ESF, mas principalmente fez ressignificar o meu papel enquanto Cirurgião-Dentista, profissional esse que na grande maioria das vezes é tido como dispensável pelos outros integrantes da equipe multiprofissional.

Digo isso, pois muitos profissionais ainda associam o trabalho do Cirurgião-Dentista dependente inteiramente da cadeira odontológica. Claro que a cadeira é de suma importância, mas a atuação desse profissional pode ser feita onde for

requisitado, pois a Odontologia vai além das quatro paredes do consultório (BIZERRIL, et al., 2015).

A visita domiciliar é uma ferramenta potente na prática da Saúde da Família. Segundo Coelho (2002), há duas formas de visitas: a visita domiciliar fim e a visita domiciliar meio. A primeira apresenta objetivos específicos seja na atuação domiciliar com fins terapêuticos e visita aos pacientes que são acamados. Enquanto a segunda, faz uso da busca ativa das demandas reprimidas da USF, cuja intenção é a promoção e prevenção da saúde de uma forma mais individualizada.

Inicialmente, notava que a demanda era em sua grande maioria associada a médicos e enfermeiros pelo simples fato de ainda estar imbricada na mente dos usuários e até mesmo na dos ACS a finalidade puramente terapêutica e não de promoção e prevenção à saúde. Porém, no decorrer das reuniões, a minha figura se tornou mais importante na minha equipe e assim, a todo o momento eu era requisitado para fazer visitas, sejam puerperais, a acamados ou mesmo algum usuário domiciliado que solicitava a visita do Dentista.

Após realização das VD, tive o privilégio de me debruçar na temática saúde mental, quebrando o estigma da visão de que essa demanda somente poderia ser resolvida com a presença única e exclusiva do médico, enfermeiro ou psicólogo, considerando também o medo que eu carregava.

Não foi fácil, mas depois de insistidas tentativas o vínculo foi construído. Através do uso de instrumentos de avaliação domiciliar, como genograma e ecomapa foi possível identificar de uma forma qualificada as relações e ligações dentro do sistema familiar, bem como as relações e ligações da família com o meio em que vive (MELLO et al., 2005).

Além disso, foi por meio desse contato que pude aprender mais sobre a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e articulação de redes, contribuindo para o fortalecimento do trabalho entre a atenção psicossocial e a equipe multidisciplinar (CHIAVAGATTI, et al., 2012).

Por conseguinte, a realização do atendimento odontológico, ainda mais no consultório, dessa paciente que não saia de casa há anos consistiu em uma conquista imensurável em meus poucos anos de formado e que certamente será sempre lembrado, pois me permitiu garantir que o Cirurgião-Dentista, assim como qualquer um da equipe pode ser o profissional de referência para a condução de qualquer caso, inclusive de saúde mental.

O atendimento a um usuário que apresente sofrimento mental facilita o estabelecimento de laços com a comunidade na qual está inserido e favorece o resgate da condição de cidadão, não apenas do usuário envolvido, mas sim em todos os membros da família (FERNANDES; ROCHA; FRAZAO, 2014).

4.4 Acolhimento

É sabido que segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é uma diretriz que não faz referência a um profissional ou local específico para fazê-lo, mas é de responsabilidade de todos. Acolher é escutar o usuário em suas queixas, reconhecendo-o como autor do seu próprio processo saúde-doença. Segundo Brasil (2013):

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, p. 12-13, 2013).

Seja pela postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso ou mesmo dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, o acolhimento reflete o discurso da defesa do SUS a partir da ideia do acesso universal por meio da inclusão social, através da qualificação do vínculo entre os usuários e os profissionais da saúde, gerando reflexões e mudanças na organização dos serviços (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

De todas as ações intrínsecas à APS, sem dúvidas, o acolhimento foi aquela que mais promoveu angústias, enfrentamentos e conflitos, mas também muito aprendizado. Afinal, acolher, diferentemente do que a grande maioria da população assistida pensa, não é meramente a resolução de demandas. Tal afirmativa foi a que mais promoveu os descontentamentos, já que modificar a visão hospitalocêntrica que ainda está embutida no ideário dos usuários é uma tarefa um tanto quanto difícil, mas não impossível.

No entanto, a postura dos profissionais atrelada ao ato de acolher trouxe consigo a possibilidade de iniciar a mudança dessa visão, o que contribuiu também para a qualificação dos profissionais atuantes. A partir do momento em que a educação

permanente se tornou presente, foi possível entender a potencialidade do acolhimento para além da resolução dos problemas e sim como um processo de ensino-aprendizagem dentro do cotidiano laboral (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Desse modo, o matriciamento, estimulou a produção de novos padrões de relacionamento entre as equipes, superando obstáculos organizacionais que dificultavam a comunicação (MEDEIROS, 2015). Através dele foi possível também adquirir requisitos para poder realizar uma escuta qualificada dos usuários, reconhecendo a classificação de risco às demandas como instrumento potente, ao passo que qualificou os profissionais a realizar uma orientação ou mesmo encaminhamentos seguros, seja para o profissional da unidade ou dentro da rede de atenção à saúde (RAS).

Assim, entendendo o acolhimento como integrante de um trabalho dinâmico, tudo o que vivenciei nele serviu para entender que a partir do momento que se percebe diante de uma problemática (demanda da comunidade x condições para resolvê-la), mas tomando como base os princípios ora aprendidos, estratégias para sua resolução são pensadas e com isso o processo de trabalho poderá ser qualificado, transcorrendo sem tantos descontentamentos e desconfortos para profissionais envolvidos.

3.6 Potencialidade da Educação em Saúde

Segundo Machado et al. (2007), o conceito de educação em saúde está atrelado ao de promoção da saúde, pois trata de processos que objetivam a participação de toda a população dentro de seu contexto social. Neste sentido, para que estas práticas possam alcançar seu objetivo, é fundamental considerarmos o usuário como sujeito importante para a busca de sua autonomia. Assim, a educação em saúde se configura como ferramenta para a suavização e enfrentamento dos agravos à saúde, sendo considerada como um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na APS no Brasil (PRADO, SANTOS, 2018).

Contudo, é muito fácil notar que ainda muitos usuários insistem em manter a visão de saúde baseada em exames, medicamentos e idas corriqueiras ao médico. Isso foi facilmente constatado através das inúmeras tentativas de se conseguir

realizar ações de educação em saúde nos grupos de pacientes com doenças crônicas, grupo de gestantes, mulheres e auriculoterapia.

Em muitas destas os usuários logo vinham solicitando os exames que julgavam importante, além de requerer uma consulta individual, em detrimento do momento coletivo ali presente. No entanto, após cada tentativa fomos notando que os usuários começaram a vislumbrar a potencialidade do espaço e assim foi perceptível um maior quantitativo de pessoas em cada grupo, o que promoveu maior contentamento para os profissionais.

Aqui vai um parêntese digno de nota: foi através das ações nos grupos que consegui perceber a importância do planejamento para execução de atividades. Como na residência resguardávamos espaço em nossa agenda para que fossem feitas as programações e pactuações para realização de atividades, a execução destas veio sendo feita sob tal necessidade. É claro que muitas vezes é necessário fazer modificações no dia ou mesmo no momento, pois a saúde da família resguarda o dinamismo de ações.

Hoje, após todas as minhas experiências, já não consigo pensar em realizar alguma ação sem antes ter uma reunião prévia com toda a equipe, afinal, em conjunto, conseguimos eficácia na ação proposta.

Voltando ao ponto que se refere às ações de educação, costumo relatar tal fato como sendo um dos mais promissores no que se refere às atividades ora desenvolvidos na APS e que trouxe grande aprendizado para mim, não apenas no que diz respeito ao ser profissional, mas como usuário do SUS.

A partir do momento que desenvolvíamos as ações e ouvíamos os relatos dos usuários, adquiríamos saberes que a literatura não foi capaz de trazer e assim aprendíamos até como lidar com certas demandas que muitas vezes vinha para o acolhimento à demanda espontânea e que servia como orientação para outros usuários (apesar de estarmos em um ambiente de grupo).

Através das atividades coletivas consegui compreender que muitos usuários não conheciam o fluxo da unidade, embora tentássemos em boa parte do tempo fazer cartazes e orienta-los através de salas de espera. Isso denotou a importância de reforçá-las, juntamente com a criação de estratégias para cativá-los. Contudo, não devemos isentar a implicação dos mesmos, afinal, ser protagonista do seu próprio processo saúde-doença é algo que deve ser construído ao longo do tempo.

4 ADENTRANDO ESPAÇOS

Como forma de ampliar a formação na Saúde da Família para além da atuação na USF, tive o privilégio de perpassar por alguns espaços por meio de estágios optativos e eletivo, respectivamente, a saber: Coordenação de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde (CODEPLAN), Coordenação de Vigilância Epidemiológica (COVEPI) e Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas (ATSPSI), alocada na Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) da Secretária da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Tal conformação se deu, a priori, pela divisão em quatro grupos, segundo formatação preconizada para os residentes do segundo ano da residência, com o intuito de favorecer a experiência na gestão, nas redes de atenção à saúde e em uma área de interesse do residente.

A divisão dos grupos e dos estágios foi feita no último seminário do primeiro ano da residência. Quase todos os residentes que eram de cidades do interior da Bahia queriam ficar com o primeiro grupo, tendo o eletivo e férias por último, não necessitando retornar a Camaçari para finalizar a carga horária da residência. Embora tenha ficado inicialmente insatisfeito por não ter tido a chance de ser escolhido para esse grupo, percebo que tive a oportunidade de ficar em um bom grupo, cujos estágios foram caracterizados por muitas demandas e que me confeririam melhor entendimento da função de cada setor.

Assim, depois de um ano, um mês e seis dias do início da residência, dei início ao então famigerado segundo ano de residência. Após intensos acolhimentos a demandas espontâneas, atendimentos individuais e em grupos no R1, nada mais justo do que dar início a uma nova etapa. Etapa que aprofundaria meus conhecimentos adquiridos no primeiro ano da residência, uma vez que sairia da “ponta”, ou seja, da assistência, para então vivenciar o “todo”, a visão atrelada à gestão.

Coincidentemente, meu primeiro espaço de estágio foi no setor de planejamento, monitoramento e avaliação da saúde. Espaço que me permitiu adquirir o real entendimento do que é gestão e o planejamento no SUS. Tive a oportunidade de conhecer os instrumentos de gestão do SUS: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano

Municipal de Saúde (PMS), Planejamento Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatórios Quadrimestrais (RQ) (SÃO PAULO, 2017).

Além disso, tive a oportunidade de entender como fazer avaliação situacional de saúde através de indicadores, elaboração de linhas de cuidado e manuseio do TABNET para busca de dados de demografia, nascidos vivos e mortalidade assim como uso do E-SUS Atenção Básica (E-SUS AB).

Durante boa parte do primeiro ano enquanto residente, eu tinha a noção de que deveria lançar no E-SUS tudo aquilo que eu realizasse, mas meramente pela questão do repasse financeiro que estava atrelado a essas ações. Porém, após vivenciar o estágio no CODEPLAN, consegui ver o E-SUS como “estratégia de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde”. Desta forma, compreendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (MEDEIROS, et al. 2017).

Assim, com o intuito de correlacionar a essa vivência no setor com a vivência na USF, eu e mais outros dois residentes, decidimos fazer o levantamento da produção por núcleo profissional inserido na USF associando ao número de cadastros realizados pelos ACS. Após me debruçar sobre a análise da produção diária associado ao número de cadastros domiciliares, notei que não havia o registro de muitas ações e atendimentos realizados na população adstrita, o que serviu como embasamento para realização de matriciamentos para os residentes e ACS da USF.

Consoante, grande parte do não lançamento da produção, bem como dos cadastramentos se dava por não entender o valor de uso desse potente instrumento. No entanto, tal problemática começou a apresentar melhorias após aquisição de aparatos tecnológicos para melhoramento do trabalho e acredito que a partir de então poderá ter a situação contornada. Ainda como produto final desse estágio, além da referida análise da produção, participei da construção do 1º RQ de 2019 e da linha de cuidado de saúde mental.

Dando seguimento à realização dos estágios e com o intuito de conhecer melhor as políticas públicas destinadas à população em situação de vulnerabilidade social, realizei estágio na ATSPI. Mesmo tendo sido um estágio bem curto, foi possível compreender alguns aspectos inerentes à saúde dos povos indígenas. Como produto final do estágio, elaborei um texto introdutório cujo objetivo era trazer embasamento teórico acerca do acesso diferencial destes povos aos serviços de

média e alta complexidade além de contribuir com o melhoramento do eixo saúde bucal inserido em um projeto em andamento da SESAB. Ambos ficaram para ser validados pela diretoria.

Por fim, o estágio na COVEPI. Julgo esse estágio como muito importante para minha formação, uma vez que pude compreender como se dá as notificações compulsórias, bem como a construção de boletins epidemiológicos, fluxos de atendimentos e elaboração de relatórios. Por ter sido um estágio com maior tempo de realização, consegui me apropriar mais do setor e também do entendimento dos agravos, ampliando a minha visão para além da Odontologia.

Em suma, adentrar nos espaços supracitados foi de grande relevância para ampliação dos conceitos de gestão e vigilâncias em saúde, pois fui capaz de entender que a promoção da saúde vai muito além de realizar atendimentos pontuais. Neste sentido, considerei a necessidade de compreender o perfil populacional e quais são os agravos predominantes.

Uma vez feita essa análise situacional, foi possível ressaltar quais foram os agravos que precisam ser analisados de forma mais criteriosa por parte dos integrantes da USF (ao trazer os conhecimentos adquiridos da vigilância epidemiológica para o contexto da assistência). Ao final desta trajetória, julgo cada estágio como sendo complementar ao outro, uma vez que me conferiu uma visão mais ampliada de todos esses setores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi bom reviver todas essas memórias e quão gratificante foi perceber o meu deslocamento durante esses dois intensos anos! Não me considero mais o Viktor de antes, afinal, percebo que evoluí bastante e julgo a residência como motriz. É notório perceber que poderia ter feito melhor, mas se fosse tudo perfeito talvez não tivesse a mesma graça. Cada trecho me fez exercitar o resgate dos pontos que mais me impactaram e os mesmos que promoveram sentido, ao ponto de ter me permitido um olhar mais atento.

As considerações são finais para o trabalho de conclusão desse processo formativo de dois longos anos, mas que não finaliza por aqui, afinal, o aprendizado nunca para. Devemos sempre estar abertos ao novo, pois assim conseguiremos avançar sempre.

A Estratégia Saúde da Família? Essa sim me conquistou e espero esperançosamente conquistar espaço para poder continuar aprendendo, me descobrindo e redescobrimo.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, G.A; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v.1, pp.239-248, 2015.

BIZERRIL, D.O; SALDANHA, K.G.H; SILVA, J.P; ALMEIDA, J.R.S; ALMEIDA, M.E.L. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.10, n.37, pp. 1-8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Humanização - PNH**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em 29 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000. Acesso em: 31 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 29 mar. 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde – Cps. Coordenadoria de Regiões de Saúde – Crs. **Instrumentos de Planejamento de Saúde**. SÃO PAULO, 2017.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CHIAVAGATTI, F.G et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n.1, pp.11-17, 2012.

COELHO, F.L.G; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** v.1, n.2, p.3, 2004.

FERNANDES, M.J; ROCHA, H.A; FRAZAO, D.P.S. Articulações entre Saúde: Contribuições para o fortalecimento do trabalho em rede entre centro de atenção psicossocial e estratégia de saúde da família. **Revista Gerais de Saúde Pública do SUS/MG.** v.2, n.1. pp.4, 2014.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33ª ed. São Paulo: **Paz e Terra**; 2006.

FREITAS, D.S; SOUZA JR, A.J. Importância do memorial de formação enquanto estratégia de formação profissional no projeto veredas. **Revista Olhares e Trilhas,** v. 5, n.1, pp. 1-2, agosto, 2009.

FREITAS, M.L.A; MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm,** v.23, n.2, pp.200-5, 2010.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.12, n.2, pp.335-342, 2007.

MARTINS, A.N.; LANNA, T.V.; SANTOS, P.C.F.; MAGALHÃES, S.R. A inserção do cirurgião – dentista no psf: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações,** v. 4, n. 1, pp. 24-33, 2014.

MATOS, P.E.S; TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n.6, pp.1538-44, 2004.

MEDEIROS, J.B; HOLMES, E.S; ALBUQUERQUE, S.G.E; SANTOS, S.R. O E-Sus Atenção Básica e a Coleta de Dados Simplificada: Relatos da Implementação em uma Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**. V. 20, n.1, pp.145 – 149, 2017.

MEDEIROS, R.H.A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, pp. 1165-1184, 2015.

MELLO, DF. et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online] vol.15, n.1, pp. 78-91, 2005.

MELO, E.A; MENDONCA, M.H.M; OLIVEIRA, J.R; ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate [online]**, v.42, n.spe1, pp.38-51, 2018.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, pp. 2071-2085, 2012.

PRADO, N.M.B.L; SANTOS, A.M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde Debate**, v. 42, N.1, pp. 379-395, 2018.

SA, E.F et al. As aulas de graduação em uma universidade pública federal: planejamento, estratégias didáticas e engajamento dos estudantes. **Rev. Bras. Educ.** [online] , v.22, n.70, pp.625-650.

SANTOS, A.L; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n. 3, pp. 387-406, nov.2010/fev.2011.

SOUZA, C.D.F. Programa Saúde da Família - PSF: a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. **Hygeia**, v.10, n.18, pp.207 - 215, Jun/2014.

