



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, Supl n. 2 (2022).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup2p69-83

Ação odontológica de extensão universitária em terras quilombolas: relato de experiência

Dental action of university extension in quilombola lands: experience report

Ana Keila Soares

Cirurgiã-dentista especialista em Saúde coletiva, especialista em Educação Permanente, Universidade do Vale do Itajaí, E-mail: anakeila_soares@hotmail.com

Itamar Lages

Enfermeiro, Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, professor da Universidade de Pernambuco, coordenador do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde da Família do Campo da UPE, Universidade de Pernambuco E-mail: itamar.lages@upe.br

Maria Verônica da Silva Chagas

Profissional de Educação Física, especialista em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Itajaí, E-mail: veronicabasetel@gmail.com

Priscila Regina Rorato Vitor

Profissional de Educação Física, especialista em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Itajaí, E-mail: priscila_rorato@hotmail.com

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da aplicação de Tratamentos Restauradores Atraumáticos por uma equipe multiprofissional em terras quilombolas. O relato origina-se da vivência de seis residentes durante estágio optativo da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade do Vale do Itajaí, em parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde do Campo da Universidade de Pernambuco. A escolha do local da vivência deu-se pelos vínculos preestabelecidos entre os programas. O campo escolhido foi o território quilombola presente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do distrito de Iratama (Garanhuns-PE). Inicialmente realizou-se avaliação situacional, identificando a necessidade de atenção à saúde bucal dos moradores de um dos quilombos. A alternativa adotada foi a realização de Tratamento Restaurador Atraumático com os estudantes. Foram avaliadas 39 crianças: 13 se enquadravam no critério de inclusão para execução da técnica; sendo assim, passaram pelo procedimento restaurador. Já as outras 26 crianças não se enquadraram na técnica: 17 possuíam os dentes hígidos e 9 necessitavam de atendimento odontológico em consultório. Concluiu-se que a vivência movimentou o território e que o Tratamento Restaurador Atraumático é capaz de se ajustar às necessidades locais. As equipes de Estratégia de Saúde da Família podem e devem utilizar tal tratamento para qualificar o processo de trabalho. Concluiu-se, porém, que a vivência movimentou o cenário local, entretanto apresentou limitações no

planejamento e execução da ação. O grande desafio após o encerramento do estágio é a longevidade e ampliação das atividades propostas.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Tratamento Dentário Restaurador sem Trauma; Assistência odontológica para crianças; Atenção à Saúde.

Abstract: The present work aims to report the experience of actions related to atraumatic restorative treatments by a multiprofessional health care team in quilombola lands. It originates from the experience of six residents during the optional internship of the Multiprofessional Residency in Primary Care at the University of Vale do Itajaí in partnership with the Multiprofessional Residency in Rural Health at the University of Pernambuco. The choice the location was based on the pre-established links between the programs. The chosen field was the quilombola territory present in the catchment area of the Family Health Unit in the district of Iratama (Garanhuns-PE). Initially, a situational assessment was carried out, identifying the need to oral health care for residents of one of the quilombos. The alternative adopted was to perform atraumatic restorative treatments with the students. 39 children were evaluated: 13 children met the inclusion criteria for performing atraumatic restorative treatments, and thus underwent the restorative procedure. The other 26 children did not fit the technique: 17 had healthy teeth and 9 needed dental care in the office. It was concluded that the experience moved the territory and that atraumatic restorative treatments is able to adjust to territorial needs and the Family Health Strategy teams can and should use it to qualify the work process. It is concluded that the experience moved the local scenario, however it presented limitations in the planning and execution of the action. The biggest challenge, after the internship ends, is the longevity and expansion of the proposed activities.

Keywords: Unified Health System, Family Health Strategy, Dental Atraumatic Restorative Treatment, Dental Care for Children, Delivery of Health Care.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem seu marco inicial decretado em 1986, quando mais de 4000 pessoas se reuniram com o objetivo de lutar, planejar e exigir um Sistema Nacional que garantisse saúde a todos.¹ Direito assegurado em 1988 por meio da construção do texto constitucional.²

Para garantia desse direito, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado no início dos anos 90, nas regiões do Norte e Nordeste onde o acesso à saúde encontrava-se extremamente deficitário, buscando dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica.³ A partir de 1994, o Ministério da Saúde assumiu a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), como uma proposta de reorganização da Atenção Básica (AB) e como eixo de reorientação do modelo assistencial⁴. Gradualmente o PSF foi tornando-se o eixo

norteador do primeiro nível de atenção no SUS, até que em 2006, a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deixou de ser um “programa” e tornou-se Estratégia de Saúde da Família (ESF).⁵ Dessa forma, pode-se dizer que o acesso à saúde é pautado desde a idealização do SUS e, hoje, sabe-se que a enorme diversidade do território brasileiro gera singularidades no trabalho de cada ESF, com processo dinâmico e complexo, gerando a necessidade de adaptação às inúmeras realidades, em busca de ferramentas que promovam acesso à saúde de qualidade para todos os seus usuários.³

Apesar de todas as conquistas alcançadas, o acesso de populações quilombolas aos serviços da AB tem se mostrado dificultado devido a múltiplos fatores. A distância geográfica da AB para os quilombos tem impactado diretamente no acesso à saúde e na continuidade do cuidado da população. Soma-se a isso a dificuldade com o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), a existência de poucos recursos físicos e humanos e o subfinanciamento do sistema de saúde que dificultam a implantação da ESF nessas regiões.⁶

A discussão sobre acesso à saúde pelas comunidades quilombolas perpassa questões que transpõem condições econômicas, somando-se a ela condições sociais e raciais desses indivíduos marginalizados, que estiveram por centenas de anos isolados, na tentativa de manter, a princípio, suas vidas e posteriormente sua cultura.^{6,7,8} Políticas de acesso à saúde a essa população foram previstas em lei apenas em 2004, quando a partir da portaria Nº 1.434 definiram-se mudanças no financiamento da AB no âmbito da ESF, a fim de ampliar o cuidado em comunidades quilombolas.⁹

Tratando-se especificamente da Odontologia, o acesso à saúde bucal foi previsto dentro das ESF apenas no ano de 2000 mediante a publicação da Portaria 1444 que estabeleceu incentivo financeiro para implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) ligadas à ESF, e fortalecido em 2004 com a conquista da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente.¹⁰ O resultado desse atraso foi um débito histórico imensurável. Segundo dados do último levantamento epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), realizado em 2010, 18,1% da população brasileira de até 12 anos nunca havia ido ao dentista. Cerca de 10,3% dos adolescentes entre 13 a 19 anos necessitavam de prótese parcial para 1 maxilar e 3,4% para 2 maxilares, 69% dos adultos necessitavam de algum tipo de prótese e 24% dos idosos necessitavam de prótese total em 1 maxilar.¹¹

Já em áreas rurais e ou quilombolas, é evidente que a atividade odontológica possui barreiras ainda maiores.¹² Boa parte dos procedimentos odontológicos necessita de equipamentos e instrumentais, que ainda hoje, não adentram as áreas brasileiras mais remotas. É válido ressaltar que até mesmo medidas de saúde bucal coletivas como fluoretação das águas, instituída em 1974, não chega aos interiores onde a água tratada ainda não se tornou realidade.^{12,13}

Na busca por romper essas barreiras, o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) mostra-se uma técnica capaz de ultrapassar as paredes do consultório odontológico e permitir que procedimentos sejam realizados com eficácia (sendo capaz de resolver os problemas de saúde bucal aos quais se propõe) e eficiência (sendo realizado por profissionais aptos a desenvolvê-lo, com os materiais adequados), em ambientes de menor estrutura.¹⁴ Além disso, o TRA transforma-se em um mecanismo de aproximação do território, convívio com a comunidade e criação de vínculo que consolidam cada vez mais o trabalho desempenhado pela ESF e os resultados alcançados.^{14,15} É uma técnica diferenciada do tratamento restaurador convencional, pois dispensa a utilização de equipamentos mais complexos e eletricidade. Desde 1994, o TRA tem sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI) como parte de programas de saúde bucal.^{15,16}

Sendo assim, esse estudo torna-se relevante por relatar a experiência de integração ensino-serviço, contribuindo para a formação em saúde e oferta de assistência em comunidades que possuem limitações de acesso, como é o caso de populações quilombolas. Além disso, acredita-se que o compartilhamento de experiências exitosas possa servir como agente multiplicador das estratégias adotadas. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de ações referentes à realização de TRA por uma equipe multiprofissional, em terras quilombolas.

Método

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, trazendo a descrição da vivência das autoras, com objetivo de contribuir de forma relevante no âmbito da Saúde Coletiva. Acredita-se que através desse relato pode-se ampliar as discussões, trocas e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde.

O presente relato originou-se da experiência vivida durante um estágio optativo da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde do Campo da Universidade de Pernambuco (UPE).

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família em questão, vinculada à UNIVALI, assim como outras residências multiprofissionais possui uma proposta curricular que permite 30 dias de estágio optativo. Tal proposta tem por objetivo proporcionar espaços de trocas culturais e de experiências e de saberes a fim de discutir estratégias que qualificarão ainda mais a formação em Atenção Básica.¹⁷

É importante ressaltar que programas como esse estão assegurados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela portaria nº 198/2004, que propõe identificar as necessidades de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias que qualifiquem a atenção em saúde e fortaleçam o controle social, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre o serviço de saúde prestado ao cidadão.¹⁸

Em consonância a isso, seis profissionais residentes interessados em realizar o estágio optativo, atuantes nas áreas de Odontologia, Educação Física, Fisioterapia e Nutrição, escolheram a Residência Multiprofissional em Saúde do Campo da UPE como local de vivência para o processo. O critério de escolha deu-se pelos vínculos preestabelecidos entre os programas de Residência. Os residentes realizaram contato via correio eletrônico com a coordenação da Residência em Saúde do Campo e a partir do aceite, ficou acordado que a vivência aconteceria em janeiro/fevereiro de 2019.

O campo de ação escolhido foi a área de abrangência da USF do distrito de Iratama, pertencente à cidade de Garanhuns, no estado do Pernambuco. Essa USF contempla uma área rural que proporciona acesso às famílias do vilarejo e dos sítios quilombolas Estrela e Timbó (figura 1). A USF possui uma equipe que conta com nove agentes comunitários de saúde, um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Possui também ESB tipo I constituída por um cirurgião-dentista e uma auxiliar em saúde bucal.¹⁹



Figura 1 Mapa das localidades de atuação do estágio. (Google Earth, 2021) .²⁰

A USF conta com estrutura física no centro do distrito de Iratama, onde são realizadas as atividades pertinentes à ESF. Conta também com um ponto de apoio no Sítio Estrela (Figura 1) que estava em processo de revitalização durante a realização da vivência relatada. A USF conta com os instrumentais e insumos odontológicos necessários para realização do TRA. O deslocamento dos profissionais para as regiões mais remotas do território de abrangência é realizado com o carro da prefeitura. O transporte é disponibilizado em dias e turnos específicos, limitando a frequência de acesso aos quilombos e a quantidade de profissionais transportados, no caso, apenas três.

Foi nesse cenário que, ao iniciar o estágio, os atores envolvidos (residentes e coordenação da Residência em Saúde do Campo) concentraram esforços em uma breve discussão e avaliação situacional do local, buscando identificar as necessidades urgentes do território, para que, a partir disso, fosse possível desenvolver um projeto de estágio que se mostrasse contundente e potencial transformador da realidade local.

Os olhares voltaram-se à necessidade de buscar meios para que a saúde bucal adentrasse o interior do território da ESF em questão. Dessa forma, optou-se por iniciar a intervenção no quilombo Estrela que se mostrava mais receptivo a novas propostas, tendo em vista que a equipe de Residência do Campo já reunia esforços no sentido de reativar o ponto de apoio lá existente e adentrar o território propondo grupos de promoção à saúde.

Conhecedores das limitações do território, tais como distância da USF de referência e inexistência de equipamentos odontológicos no ponto de apoio do quilombo, a alternativa estudada foi a realização de TRA. Essa técnica vem sendo cada vez mais aplicada em regiões de difícil acesso, com objetivo de levar saúde bucal, abordando elementos dentais cariados de maneira minimamente invasiva. Sua difusão está sustentada também pelas inúmeras vantagens apresentadas, tais como: baixo custo, possibilidade do cuidado à saúde bucal por meio de instrumentais simples e de fácil transporte.^{14,15,16}

Com a situação - problema elencada e a definição da ação a ser realizada, planejou-se os passos seguintes para sua execução: 1) Definição do público-alvo; 2) Contato e apresentação da proposta à escola; 3) Definição do momento de realização da intervenção; 4) Separação dos materiais necessários à realização; 5) Avaliação inicial dos estudantes; 6) Entrega do termo de aceite; 7) Realização do TRA 8) Confeção de relatório final da atividade realizada.

Optou-se por realizar a atividade primeiramente com os escolares do território, visto que a técnica é bem disseminada em odontopediatria, em virtude da não utilização de técnicas anestésicas, utilização de ionômero de vidro como restaurador (que contribui para o resultado final em virtude da liberação de flúor) e a facilidade do condicionamento do paciente, contribuindo na intervenção precoce e na preservação das estruturas dentárias sadias.¹⁵

Desta forma, o público-alvo escolhido foram os estudantes que frequentavam a Escola Francino Albino da Silva, estabelecimento de ensino situado no Sítio quilombola Estrela. De acordo com dados extraídos do portal QEduc, no ano de 2019 a escola contava com 96 estudantes: 19 da pré-escola, 75 de anos iniciais, sendo 2 de educação especial.²¹

Inicialmente a abordagem deteve-se aos alunos que frequentavam a escola no período vespertino (39 alunos). Essa escolha foi baseada em critérios logísticos (disponibilidade de transporte) para o acontecimento da ação e o tempo disponível (tempo necessário para deslocamento, tempo demandado para realização da avaliação e aplicação do TRA) para realizá-la.

Definiu-se que o momento para realização do TRA coincidiria com o de realização de outras tarefas no mesmo quilombo, por outros profissionais, de modo que o carro disponibilizado pelo

município pudesse realizar o transporte dos envolvidos sem prejudicar as demais atividades do território.

Envolveram-se na atividade uma profissional residente de Odontologia, uma profissional residente de Fisioterapia, uma de Saúde Coletiva e duas de Educação Física. É importante ressaltar que as tarefas foram distribuídas dentre os atores envolvidos respeitando as atribuições profissionais. Todos participaram da discussão e avaliação situacional do local, bem como no planejamento das ações.

A fim de conhecer o local e identificar as possibilidades de trabalho, a cirurgiã-dentista, fisioterapeuta e a profissional Sanitarista realizaram uma primeira visita à escola, no período matutino, para apresentação da ideia à coordenação, discussão sobre o tema e agendamento da atividade. A coordenação mostrou-se receptiva a proposta, colocando a estrutura e os profissionais a disposição da intervenção. Sendo assim, foram acordados os ambientes que seriam utilizados e a maneira como a atividade aconteceria, para que a rotina de estudo não fosse prejudicada.

Pactuou-se que no período vespertino daquele mesmo dia seria realizada a avaliação de todas as crianças que estudavam no turno em questão, para que a partir dela, as que possuíam cavidades cáries compatíveis com a técnica de TRA levassem termos de aceite (figura 2) aos responsáveis, permitindo que o procedimento fosse realizado.

Srs. Familiares

Nós, da Unidade de Saúde da Família estamos realizando atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal com o objetivo de reduzir a ocorrência de cárie e outros problemas dentais.

Em avaliação realizada no dia 12/02/2019 na escola em que seu filho (a) frequenta, observou-se que _____ necessita de procedimentos restauradores.

Desta forma, solicitamos a sua autorização para realização deste tratamento no dia 14/02/2019, na escola.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente, Unidade de Saúde da Família.

Eu, _____ autorizo a realização de procedimento restaurador de saúde bucal.

Figura 2 Termo de aceite para TRA entregue aos responsáveis.

No período vespertino, a cirurgiã-dentista realizou a avaliação das crianças, utilizando-se de luva de procedimentos e palitos de picolé. As profissionais de Educação Física encarregaram-se de organizar o fluxo de atendimento, buscando as crianças nas salas de aulas e levando-as à sala de leitura, onde realizou-se a avaliação. Todas as crianças que, nesse primeiro momento, se enquadraram para o TRA levaram o termo de aceite para preenchimento e assinatura dos responsáveis.

Criou-se uma rede de apoio com as professoras, as auxiliares que levam as crianças para casa no ônibus escolar e também com as próprias crianças, para que as mesmas explicassem aos responsáveis o procedimento e sua importância, visto que o termo de aceite poderia não ser o melhor meio de comunicação.

As crianças que possuíam problemas bucais mais complexos (necessitando de tratamento em consultório) também compuseram o relatório, para que posteriormente fosse realizada uma busca ativa e orientação dos responsáveis quanto à ida à USF para consulta odontológica.

Ficaram impossibilitados de receber o tratamento, elementos dentais amolecidos (decíduos ou permanentes), com comprometimento pulpar, com sintomatologia dolorosa, com cavidades cariosas que ultrapassassem os limites gengivais e com formato da caixa incompatível com a retenção do material restaurador.

Todas as crianças que se enquadravam na técnica retornaram com o termo de aceite assinado pelos responsáveis, permitindo a realização do procedimento. O TRA foi realizado, na sala de leitura, utilizando-se um colchonete esticado em cima de duas mesas escolares que serviram de maca e uma terceira mesa para apoio dos insumos, dos instrumentais e para espátulação do material restaurador. As profissionais de Educação Física encarregaram-se de organizar o fluxo dos pacientes, recolhendo e conferindo os termos de aceite, buscando-os nas salas e orientando-os durante o processo. A cirurgiã-dentista realizou o procedimento clínico necessário com apoio da fisioterapeuta que fornecia os insumos quando solicitados.

Foram utilizados como insumo: gazes previamente esterilizadas, roletes de algodão, álcool 70%, Cimento de Ionômero de Vidro (CIV), Cimento de hidróxido de cálcio (Hca), matriz de aço, matriz de

poliéster, fio dental, luva de procedimentos, máscara, papel específico e descartável para espatulação de CIV/Hca e flúor gel neutro. Foram chamadas duas crianças de cada vez para que cada uma visualizasse como o procedimento era realizado e entendesse o que estava acontecendo, diminuindo o estigma de que procedimentos odontológicos são dolorosos. Com o auxílio logístico dos demais profissionais e utilizando os insumos e instrumentais necessários, a cirurgiã-dentista realizava a escariação das cavidades cariosas, espatulação do CIV e restauração dos elementos cariados.

Resultados

Foram avaliadas 39 crianças, sendo 15 da Educação Infantil com idades entre 4 e 5 anos, e 24 do Ensino Fundamental com idades entre 9 e 13 anos. Dessa avaliação, 13 crianças receberam o termo de aceite e posteriormente tiveram o TRA realizado. Das crianças que não se enquadraram na técnica, 17 possuíam todos os elementos dentais hígidos, não necessitando de tratamentos restauradores e 9 necessitavam de atendimento odontológico em consultório por se tratarem de casos mais complexos.

É válido ressaltar que com os dados da ação em mãos, foi realizado relatório em Word que descrevia a maneira como se desenvolvera a ação, para que essa pudesse ser replicada pelos profissionais que permaneceriam atuando no território (profissionais da ESF e residentes da Residência do Campo). Contava também com dados referentes à condição de saúde bucal da população avaliada, para que posteriormente os responsáveis dos pacientes que necessitavam de atendimento odontológico em consultório, fossem avisados e direcionados para atendimento na USF de Iratama. Este relatório foi entregue via correio eletrônico à coordenação da Residência do Campo.

Discussão

A aplicação do TRA no território, desenvolvimento e compartilhamento do relatório e o relato de experiência em questão, evidenciam um caráter multiplicador da ação desenvolvida em regiões de difícil acesso, tendo em vista a possibilidade de aplicação da proposta descrita em outras localidades do próprio território (demais quilombos, demais escolas do distrito de Iratama e do território de Garanhuns), ou em qualquer localidade que apresente dificuldades no que diz respeito ao acesso à saúde bucal. Tal resultado está em concordância com estudos presentes na literatura que demonstram a utilização frequente do TRA em regiões marginalizadas.^{14,22,23,24}

Através dos dados supracitados pode-se dizer que a técnica utilizada permitiu a aproximação dessa população com atividades que ofertam saúde bucal. A utilização do TRA como recurso, ampliou os olhares dos profissionais de saúde para novas possibilidades de realização de atividades “extramuros”. Revelou também a possibilidade de buscar no território e na rede, alianças que possam contribuir para a oferta de um cuidado ampliado de maneira intersetorial, como foi feito com a escola. Foi ainda, para as residentes que se encontravam em estágio optativo, uma forma de aproximação com a comunidade, suas vivências, costumes e modos de organização social, contribuindo para construção de novas perspectivas de cuidado, que busquem partir das características do território de atuação. A construção desse olhar contribui na formação e qualificação do profissional em saúde coletiva. Tal percepção corrobora com achados de Santos et al (2021) que apresentaram relato de experiência na perspectiva de um trabalhador residente em saúde, sobre a vivência de estágio no Território Indígena Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil) destacando que se faz necessário uma educação que desperte a consciência crítica e ação reflexiva, estimulando uma prática problematizadora, proporcionando uma formação sensível à diversidade e a diferença, a fim de desenvolver um olhar sociopolítico e histórico acerca da comunidade contribuindo para o direcionamento das ações no território.²⁵

Através da vivência pôde-se deflagrar que as dificuldades de acesso à saúde experienciadas por essa população perpassam muitas barreiras para manutenção de uma vida digna que atenda às necessidades mínimas de sobrevivência, a exemplo de: acesso à água fluoretada, distância entre moradia e unidade de saúde mais próxima, dificuldade ou inexistência de transporte público e ainda a invisibilidade perante os governantes.^{8,12,26}

Tais dificuldades vêm sendo abordadas na literatura, Silva et al (2018) evidenciam a importância da água fluoretada para prevenção de cárie e a dificuldade de acesso a essa política de saúde vivenciada pela população quilombola.¹² Franchi et al (2018) através de relato de experiência dissertam sobre as dificuldades enfrentadas pela população quilombola citando falta de acesso a serviços de educação e saúde que resultam em altas prevalências de agravos à saúde.⁸ Pereira (2016) por sua vez buscou analisar o acesso a serviços de saúde da Atenção Básica por mulheres quilombolas de Porto da Pedra/Bahia e evidenciou dificuldades de acesso para o acompanhamento do pré-natal, dificuldade para a marcação de consultas e realização de exames básicos, racismo institucional, dificuldades no

acesso e utilização dos serviços devido à localização do território, ausência de meio de transporte rápido e adequado, bem como dificuldades para a realização do parto e assistência pós-parto.²⁶

Dessa forma, mostra-se necessário discutir possibilidades de aprimoramento de questões públicas, sanitárias, de acesso e inclusão da população quilombola e de áreas rurais que se encontram mais distanciadas das estruturas públicas dos centros urbanos. O cuidado e acesso à saúde precisam ser discutidos em esferas mais amplas, principalmente na esfera política, visto que ainda não se possui políticas públicas suficientes e capazes de atender a todas essas necessidades.^{7,8,12}

É fundamental a criação de novas políticas públicas que garantam e ampliem o direito à saúde e a efetividade do princípio da equidade e universalidade.^{7,8} E que o aprimoramento da atenção à saúde seja pauta de discussão constante em todas as esferas de governo, mas que acima de tudo essa discussão transcenda os espaços governamentais e que, assim como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a população assuma o papel de protagonista no controle social e dialogue em busca de uma saúde que acesse todos os territórios com qualidade e consistência.²⁷

Ressalta-se, ainda, a importância da ESF, com toda a sua capacidade de adentrar e trabalhar com/para os territórios, devendo cada vez mais ser ampliada e fortalecida. Afinal entende-se que um SUS de qualidade só será possível com uma Atenção Básica consolidada e disseminada pelo território brasileiro. Essa Atenção Básica precisa ser pautada na garantia e no cumprimento dos princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS, buscando adaptar-se às especificidades locais e, a partir delas, gerenciar o processo de trabalho buscando a manutenção, prevenção e promoção da saúde, dando a esses cidadãos condições dignas de vida.⁸

Ressalta-se ainda o caráter educativo da ação desenvolvida. Acredita-se que a vivência possibilitou a transformação de todos os envolvidos: população local, profissionais da escola, profissionais da ESF, residentes da Residência em Saúde do Campo e residentes da Residência em Saúde da Família. Cada ator envolvido trouxe consigo bagagens de suas trajetórias e na união para a ação cada qual teve oportunidade de compartilhar seus conhecimentos, valores e perspectivas. Como resultado, todos experimentaram um processo de aprendizagem singular, vivenciado através da prática. A experiência, da maneira e na intensidade em que foi vivida, teve como resultado um processo de troca que caminha em direção aos ideais de uma educação freiriana, considerados essenciais pelas

autoras do presente relato. Afinal: “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão mediatizados pelo mundo”.^{28:39}

Considerações finais

Conclui-se que a vivência movimentou o cenário local, contudo apresentou limitações no planejamento e execução da ação, houve pouco tempo estruturação da mesma e quando executada a sua capacidade de abrangência restringiu-se a uma parcela de estudantes dos quilombos do território. O grande desafio, após o encerramento do período de estágio optativo, é a permanência, longevidade e ampliação das atividades propostas. Considerando que a ação partiu de integrantes de um processo formativo (Residência), é preciso que o território e seus atores compreendam a importância e potencialidades do proposto, para que a ação não tenha seu fim com a saída dos residentes que ali atuaram.

Conclui-se ainda que o TRA é uma técnica capaz de se ajustar às necessidades territoriais e populacionais e que as equipes de ESF em conjunto com uma gestão qualificada e suas redes de apoio podem e devem utilizar dela para qualificar o processo de trabalho. Lembrando que para isso é preciso que todos os profissionais envolvidos se percebam enquanto agentes promotores de saúde capazes de transformar realidades e garantir que o direito à saúde, conquistado em 1986 e descrito na Constituição Federal de 1988, seja consolidado.

Agradecimentos:

Agradecemos à Residência Multiprofissional em Saúde do Campo da Universidade de Pernambuco que aceitou nosso pedido de Estágio Optativo e aos residentes que nos acolheram, permitindo que tal vivência acontecesse.

Referências

1. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde; 17-21 mar. 1986; Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
2. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?. 1. ed. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
4. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 Jun [acesso 2021 mar 20];34(3):[316-319]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237>.

5. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 jun [citado 05 set 2021];23(6):[1903-1913]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt&>.
6. Arruda NM, Maia AG, Alves Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2018 jan [citado 05 dez 2021];34(6):[1-14]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvhHQzMQQHjqFt3D534x/?format=pdf&lang=pt>
7. Pereira RN, Mussi RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. *ODEERE* [Internet]. 2020 dez [citado 06 nov 2021];5(10):[280-303]. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938/5450>
8. Franchi EPLP, Terra MF, Nascimento-Rocha JM do, Marquezan RF, Odorizzi VF. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018 out [citado 27 set 2021];13(40):[1-11]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1620>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 dez 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 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*. 29 dez 2000.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Silva EKP, Santos PR, Chequer TPR, Melo CMA, Santana KC, Amorim MM, de Medeiros DS. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 set [citado 27 set 2021];23(9):[2963-78]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.02532018>
13. Brasil. Lei nº 6050, de 24 de maio 1974. Fluoretação das águas em sistemas de abastecimento. *Diário Oficial da União*. 27 maio 1974.
14. Monnerat A F. Tratamento Restaurador Atraumático: Abordagem Clínica em Saúde Pública. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
15. Azevedo MC, Pinto ACS. Tratamento Restaurador Atraumático em odontopediatria: Revisão de Literatura. *Rev.Mult. Psic.* [Internet]. 2020 dez [citado 20 mar 2021];14(53):[72-83]. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2841/4556>.
16. de Souza MCA, da Silva MAM, Bello RF, Xavier CAA. Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) e a promoção da saúde bucal em escolares: relato de experiência. *Rev Saúde* [Internet]. 2016 Jun [citado 20 mar

2021];7(1):[11-17]. Disponível em:

<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/75>.

17. Prefeitura de Florianópolis. Regimento interno do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. [Internet] 2021 Jan [citado 16 dez 2021]. Disponível em:

https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/17_03_2021_11.42.12.a39280981654eaa4e7d62e290d4e2be3.pdf.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 fev 2004.

19. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso em 05 dez. 2021]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

20. Mapa das localidades de atuação do estágio [Internet]. Google Earth. [acesso em 10/12/2021]. Disponível em: <https://www.google.com.br/intl/pt-BR/earth/>.

21. Edu: Use dados, transforme a educação [Internet]. São Paulo: Fundação Lemman; c2021 [acesso em 25 set. 2021]. Disponível em: <https://novo.qedu.org.br/escola/26076373-escola-francino-albino-da-silva>

22. Asakawa L, Franzin LCS. Tratamento Restaurador Atraumático (ART): uma visão contemporânea. Revista Uningá Review [Internet]. 2017 Jan [citado 27 set 2021];29(1):[159-162]. Disponível em:<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1915/1512>

23. Labuto MM, dos Santos VM. Tratamento Restaurador Atraumático: exercendo a humanização e melhorando a qualidade de vida. CadOdont UNIFESO. [Internet]. 2020 [citado 27 set 2021];2(1):[97-105]. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/2080>

24. Kuhnen M, Buratto G, Silva MP. Uso do Tratamento Restaurador Atraumático na Estratégia Saúde da Família. Rev Odontol Unesp [Internet]. 2013 Jul [citado 27 set 2021];42(4):[291-7]. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rounosp/a/Pfc9L7C3Jm4hb5hJwcpjDpd/?format=pdf&lang=pt>

25. Santos LFR, Mauricio HA, Lins FB, da Silva IKS, Moreira RS. Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). Interface [Internet]. 2021 jul [citado 06 nov 2021];25:[1-17]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5YW5hyGMFNwhNpZLBfy8VDL/?lang=pt>

26. Pereira COJ. Acesso e utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva. Salvador [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2016.

27. Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2021 Epub Nov 2020. [Citado 27 Set 2021]. 25: e200190. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/icse/a/b4vyq3gCDv3VT5BgKRvVYQD/?lang=pt&>

28. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.