

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SABERES E PRÁTICAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO
COTIDIANO DE TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS**

ADRIANA ZANON MOSCHEN

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. DANIELA RIVA KNAUTH

Porto Alegre, novembro de 2011.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SABERES E PRÁTICAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO
COTIDIANO DE TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS**

ADRIANA ZANON MOSCHEN

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. DANIELA RIVA KNAUTH

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Moschen, Adriana Zanon
Saberes e práticas da Residência
Multiprofissional em Saúde no cotidiano de trabalho
em Atenção Primária à Saúde de Cirurgiões-Dentistas /
Adriana Zanon Moschen. -- 2011.
116 f.

Orientadora: Daniela Riva Knauth.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2011.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Residência
Multiprofissional em Saúde. 3. Saúde Bucal. 4.
Integralidade. I. Knauth, Daniela Riva, orient. II.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. ^a Dr.^a. Cristine Warmling – FO / UFRGS

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos – FACED / UFRGS

Prof. Dr. Julio Baldisserotto – PPGEPID / UFRGS

AGRADECIMENTOS

Aos colegas, Cirurgiões-Dentistas, que tão generosamente me acolheram em seus locais de trabalho compartilhando o seu fazer em Saúde Bucal;

A Professora Margarita e a Professora Ananyr, pois me ensinaram o verdadeiro sentido da alteridade;

A Professora Daniela pela generosa acolhida, sem a qual não seria possível a conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	06
RESUMO	07
ABSTRACT	08
1. APRESENTAÇÃO	09
2. INTRODUÇÃO	10
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
4. OBJETIVOS	25
5. REFERÊNCIAS	26
6. ARTIGO	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
8. ANEXOS	55
I - Formulário para coleta de dados documentais	
II - Entrevista semiestruturada	
III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais	
IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários	
V - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	
VI - Projeto de Pesquisa	

ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

APS: Atenção Primária à Saúde

CD: Cirurgião-Dentista

CSEM/ESP: Centro de Saúde Escola Murialdo

ESF: Estratégia de Saúde da Família

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESP/RS: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

GHC: Grupo Hospitalar Conceição

MS: Ministério da Saúde

RMS: Residência Multiprofissional em Saúde

RIS: Residência Integrada em Saúde

RIS/GHC: Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

RIS/ESP: Residência Integrada em Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública - RS

SUS: Sistema Único de Saúde

TSB: Técnico em Saúde Bucal

UBS: Unidade Básica de Saúde

VD: Visita Domiciliar

RESUMO

Este estudo busca identificar como a integralidade em saúde, vivenciada em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), toma corpo e forma no cotidiano de trabalho de Cirurgiões-Dentistas na Atenção Primária à Saúde. Pretende investigar as limitações e as possibilidades encontradas pelos egressos desta modalidade de formação em serviço para implantarem uma atenção à Saúde Bucal cujo foco de atuação seja a integralidade das ações. A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de dados foi privilegiada a entrevista semiestruturada com egressos da RMS. De forma a complementar os dados, foi realizada uma entrevista com preceptores das RMS e coletadas informações nos documentos disponíveis sobre a estrutura curricular dos cursos. Os resultados indicam que a estrutura física e os processos de ensino-aprendizagem, oferecidos pelas Unidades de Saúde/Escola, podem influenciar no perfil do egresso das RMS. Entre os saberes e práticas compartilhadas nas RMS destacam-se a interdisciplinaridade vivida na abordagem do processo saúde-doença e a possibilidade de desenhar itinerários terapêuticos que contemplem as singularidades dos sujeitos. Assim, os dados analisados permitem apontar que, se não houver uma estrutura adequada ao exercício do acolher, a realização de práticas integrais em saúde fica comprometida, bem como, se não houver no processo de trabalho espaço para escuta, se esta não for considerada como parte do itinerário terapêutico, de nada valerá uma estrutura adequada. Ainda destaca a interdependência entre os elementos descritos anteriormente e a formação dos profissionais, pois de nada valerá uma estrutura adequada e processos de trabalho cuidadores se os profissionais não estiverem preparados para trabalhar sob a óptica da integralidade. Práticas integrais em saúde propõem o encontro, o acolhimento do outro em todas as suas dimensões, respeitando o tempo e espaço vividos.

Palavras-chave: Integralidade, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify how comprehensiveness of care, as experienced in Multiprofessional Health Residency Programs (RMS), takes shape and form in the daily work of dentists within primary health care. It intends to investigate the limits and the possibilities, found by those majored in this in-service education mode, to establish an oral health care focusing on the comprehensiveness of actions. The investigation has a qualitative approach, and data was collected by means of a semi-structured interview with those majored in the RMS. To supplement the data, RMS preceptors were interviewed, as well as information from available documents about the curricular structure of the courses was gathered. The results indicate that the physical infrastructure and the teaching-learning processes, provided by the Health Care Units/School, can influence on the profile of the majored dentists. Among the knowledge and practices shared within the RMS, the interdisciplinarity experienced in the approach of the health-disease process, as well as the possibility of designing therapeutic itineraries considering the uniqueness of the subjects, were highlighted. Thus, the analyzed data allows the indication that, if there is not a suitable infrastructure for the exercise of welcoming, the performance of comprehensive practices in health is compromised. Similarly, if there is not space for listening within the working process, if it is not considered as part of the therapeutic itinerary, a suitable infrastructure is not enough. It also highlights the interdependence between the previously described elements and the education of the professionals, since a suitable infrastructure and caring working processes are not enough if the providers are not prepared to work under the perspective of comprehensiveness. Comprehensive practices in health propose the encounter, the welcoming of the other one in all her/his dimensions, honoring the time and space experienced.

Keywords: Comprehensiveness, Oral Health, Primary Health Care, Multiprofessional Health Residency

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde no cotidiano de trabalho em Atenção Primária à Saúde de Cirurgiões-Dentistas**” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 29 de novembro de 2011.

O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigo(s).
3. Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

A construção histórica do processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da área da saúde vem, ao longo dos anos, sofrendo grandes transformações influenciadas por questões culturais e pelos movimentos sociais (Narvai, 1999).

Ao longo do século XVIII, e por todo o século XIX, os olhares e estudos dirigidos ao corpo levaram em conta elementos ligados a fisiopatologia do processo saúde-doença, o que permitiu evidenciar a história natural do mesmo, desvinculando-o das questões religiosas. Este processo, apesar de libertador, limitou o entendimento do corpo, não levando em consideração as emoções, relações e autorias vinculadas a uma vida coletiva e em sociedade (Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006).

Durante o século XX, a educação dos profissionais da área da saúde privilegiou o paradigma biologicista, da anatomoclínica e da fisiopatologia, que colocou em relevo os hospitais como centro da doença e da cura, sendo o local “melhor indicado” para formação dos profissionais de saúde. É nesta tradição que se pautou a agenda tecnocientífica da educação dos profissionais de saúde ratificada pelo Relatório Flexner e toda sua carga hegemônica de atenção hospitalar, médico-centrada e especializada (Campos, 2006).

Durante a década de 1960, ficou evidenciado um movimento mundial que apontava a formação profissional como estratégia para a transformação das práticas em saúde, cujo objetivo principal era o deslocamento do olhar para a doença em direção à saúde. O objetivo dos cursos de graduação e o trabalho esperado destes novos profissionais era o de atender às necessidades de saúde de uma população em todas as suas dimensões individuais e coletivas. Neste período, uma reforma educacional introduziu a abertura de departamentos de Saúde Pública nos cursos de graduação da área da saúde, especialmente nos de medicina,

enfermagem e odontologia. No Brasil, vivíamos o auge da ditadura, que imprimiu inúmeras restrições a este processo (Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006).

Na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais vigentes reivindicaram novas experiências assistenciais e educacionais, cujo cerne seria a integração ensino-serviço. Este movimento foi fomentado pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, pela Nova Constituição e pela Reforma Sanitária (Narvai e Frazão, 2008).

As reformas universitárias que partiram deste cenário levaram muito mais em conta os aspectos internos às instituições de ensino do que a formação de um profissional preparado para acompanhar os movimentos de transformação no interior dos sistemas empregadores. Este processo foi caracterizado pela dissociação de racionalidades com prejuízo aos usuários, seja no âmbito individual ou coletivo (Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006).

Ao longo da década de 1990, assistimos a um novo movimento da saúde no Brasil, cuja mola mestra foi a Atenção Primária à Saúde (APS) alicerçada na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este movimento solicitou atores capazes de dar conta, no cotidiano das unidades de saúde, dos atributos essenciais da APS: “primeiro contato”, “longitudinalidade”, “coordenação do cuidado” e “integralidade” (Mendes, 2002). Ainda, na mesma década, foi sistematizada e implantada na América Latina a reunião dos projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: união com a comunidade) e IDA (Projeto de Integração Docente-Assistencial) que culminaram, mais tarde, na estruturação da Rede Unida. Esses projetos abriram caminhos para a saúde pública comunitária e participativa, trazendo materialidade e história à área de ensino em saúde no sentido da integração ensino-serviço. A necessidade de ultrapassar uma profissão e um departamento, de instituir a multiprofissionalidade, de dar lugar aos usuários, bem como a necessidade de ampliar a interação com o sistema de saúde, caracterizou os novos rumos (Campos et al., 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, o Ministério da Educação e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. O programa tem o papel indutor na transformação do ensino da saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente, por serem aqueles que integram profissionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família – Enfermagem, Medicina e Odontologia –, como para outros cursos da área da Saúde. A partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama nos cursos de graduação em saúde cuja base é a formação ensino – serviço, visando uma abordagem integral do processo saúde – doença com ênfase na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2007).

Paralelo a estas ações, como forma de dar conta da necessidade da formação de profissionais de saúde capazes de se repositonarem na elaboração e condução de itinerários terapêuticos singulares e na definição dos limites de atuação e intervenção técnica, considerando a integralidade do processo saúde-doença, surgiram as Residências Multiprofissionais em Saúde (Simoni, 2007).

O objetivo da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é desenvolver profissionais, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, a partir da inserção dos mesmos em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção integral, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006).

A Odontologia compõe o universo das Residências Multiprofissionais em Saúde buscando a integralidade das ações definida nesta modalidade de ensino.

A adoção prática, no universo cotidiano das atividades de atenção à Saúde Bucal, dos elementos que dão corpo e forma à Atenção Primária à Saúde é uma discussão que ultrapassa

os limites da odontologia. Para dar andamento a essa reflexão é requisitada uma análise política, social e cultural do contexto onde paciente e cirurgião-dentista estejam inseridos.

Estabelecer na relação do cirurgião-dentista com o usuário o deslocamento de uma posição de neutralidade frente “ao outro”, caracterizada por uma prática de intervenção pontual, para uma posição de significância ética de “se colocar com o outro” se torna fundamental na busca de práticas integrais. Integralidade aqui entendida como uma prática que se propõe a dar guarida aos componentes singulares que derivam da demanda em saúde (Moraes, 2007).

Nesta condição, “o outro” passa a se apresentar com uma gama de possibilidades imerso em uma realidade individual e coletiva complexa. Este novo cenário exige, por parte da Equipe de Saúde Bucal, uma visão integral desse sujeito. Esta postura implica em compreender o usuário de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) nas suas múltiplas dimensões subjetivas, objetivas, familiares, de trabalho e sociais (Botazzo, 1998).

A questão que se destaca é a atuação de profissionais da Saúde Bucal capazes de se reposicionarem frente aos limites e possibilidades da incorporação de práticas integrais no cotidiano de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) e quais elementos do processo de formação poderão ser resgatados nesta busca.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) neste processo. Porém, o desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país (Mendes, 2002).

A APS pode ser definida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (Starfield, 2004). No Brasil, a definição dos atributos essenciais da APS, sistematizada por Starfield (2004), vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde, para auxiliar as ações práticas em saúde. Essa sistematização consiste de:

- * Primeiro Contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde;
- * Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo;
- * Coordenação do Cuidado: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários;

* Integralidade: ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, levando em consideração o caráter biopsicossocial do processo saúde-doença.

Ademais, a presença de outras características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS: Atenção à saúde centrada na família e comunitária; Competência cultural e Territorialidade.

A expansão e a qualificação da APS organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) compõem, desde 1994, parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de abordagem de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios delimitados e com necessidades socioepidemiologicamente definidas. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da Universalidade, Integralidade e Equidade, em um contexto de Hierarquização, Regionalização, Descentralização e Controle Social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (Brasil, 2004; Brasil, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas por estas equipes (Brasil, 2004).

Apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, a Estratégia de Saúde da Família ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. A fragmentação

é coerente com o paradigma *flexneriano*, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde (Brasil, 2007).

A responsabilidade pelo acompanhamento compartilhado das famílias pontua para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites do atendimento à doença, colocando em xeque a hegemonia da autoridade médica (Campos, 2006).

Um dos pontos-chave e, talvez, o mais importante componente estrutural da APS refere-se aos trabalhadores que formarão as equipes assistenciais. Este desafio inicia-se na gestão nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS. Este grupo de desafios tem raízes no processo de formação dos profissionais que, apesar dos esforços de mudança consequentes, em especial à expansão da ESF, persiste ainda distante das necessidades do SUS de integração de conhecimentos clínicos à saúde coletiva e da APS (Brasil, 2007).

Atenção Primária à Saúde e as Mudanças Curriculares nas Graduações

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, anunciou oficialmente a incorporação de “profissionais de Saúde Bucal” à Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2000). A inserção da odontologia poderia ocorrer de duas formas, com variações do incentivo financeiro aos municípios: Modalidade I, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); e Modalidade II, composta por um Cirurgião-Dentista, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB) (Narvai e Frazão, 2008).

Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, a atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-

odontológico. Além das funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seus conhecimentos, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, de forma integral, atenta ao contexto cultural, social e econômico no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a ser construído para a reorientação do processo de trabalho odontológico. Caracteriza-se por um desafio na mudança do modelo de atenção, tradicionalmente centrado na doença do indivíduo, para uma abordagem integral do sujeito inserido em seu contexto familiar, comunitário e social e para a própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em Saúde Bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços. Dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, por meio de medidas de caráter individual e coletivo mediante o estabelecimento de vínculo territorial, passou a ser um desafio (Brasil, 2004).

A formação eminentemente técnica e voltada para o mercado privado do cirurgião-dentista não contribuiu para subsidiar o serviço público com profissionais preparados, com conhecimento da realidade social e necessidades de saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde (Pontes, 2007).

Pelos motivos expostos, alguns importantes movimentos políticos buscam normatizar e tornar o ensino em Saúde Bucal mais próximo das necessidades de saúde da população. O início da década de 2000 trouxe novidades à educação nacional; como cerne deste movimento encontrava-se uma formação profissional em saúde que contemplasse o trabalho em equipe e a atenção integral.

Em 2004, foi apresentado pelo Ministério da Saúde, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, o *AprenderSUS*. Esta iniciativa, deliberada no Conselho Nacional de Saúde, voltada para a educação universitária, versa sobre a orientação dos cursos a partir da tematização de práticas integrais em saúde, implementação de experiências de trabalho em equipe, apropriação dos princípios e diretrizes do SUS, apoio à pesquisa, mobilização e divulgação de experiências nacionais, entre outras (Campos et al., 2006).

Um outro eixo, ou caminho da mudança, na formação dos profissionais da saúde é o Pró-Saúde, lançado em 2005 pelo governo federal e incorporado por Faculdades de Medicina, Enfermagem e também de Odontologia.

O Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde objetiva a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária, promovendo transformação no processo de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem de prestação de serviço à população. Como ação, promove a integração, desde os primeiros semestres do curso, entre acadêmicos e professores com os profissionais integrantes da rede de serviços de saúde municipais, especialmente os locais onde há Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ou sem Equipe de Saúde Bucal. Dessa forma, o projeto contribui para a adequação do currículo do Curso de Odontologia, aproximando a Universidade da realidade do SUS, oportunizando o desenvolvimento das atividades em uma comunidade que reflete a realidade da população brasileira e proporcionando atendimento clínico-odontológico a uma população com necessidades sociais concretas e com difícil acesso à assistência odontológica (Brasil, 2007).

Muito embora ainda não se possam registrar os efeitos de uma política deste porte em pouco tempo de vigência, é importante destacar os esforços em busca de um novo ordenamento de formação (Campos et al., 2006).

Este contexto de transformação da formação dos cirurgiões-dentistas se apresenta como um momento de transição. Este implica em mudanças no sujeito do trabalho odontológico, pois o cirurgião-dentista cede lugar à equipe de Saúde Bucal (Narvai, 1999).

Na evolução histórica, o currículo de odontologia aponta a necessidade de um dentista generalista, com paradoxal valorização das ciências biológicas e do tecnicismo, em detrimento da formação social. As diversas reformas condicionadas por processos políticos e sociais, envolvendo diferentes organizações e instituições da sociedade, acabam por ficar na sombra dos estudos das técnicas e diagnósticos (Silveira, 2004). A Saúde Bucal Coletiva é um movimento contra-hegemônico que luta por sua legitimação como política pública de saúde e como fundamento político-filosófico dos cursos de formação em odontologia (Figueiredo, 2002).

Para Carvalho e Ceccim (2006) é fato que, frequentemente, os estudantes não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso. Além de dominar os processos lógicos de construção dos “saberes profissionais” e os meios, técnicas e métodos de produção do conhecimento científico que fundamentam e orientam cada atuação profissional, é necessário que o estudante saiba mobilizar esses conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora – é justamente esse plano da formação que demonstra ser bastante deficitário (Carvalho e Ceccim, 2006).

Para ser um profissional de saúde é fundamental o conhecimento tecnológico, mas também conhecimentos humanísticos e sociais relativos ao processo de cuidar e desenvolver projetos terapêuticos singulares. A responsabilidade de cuidar exige, de quem o faz, uma reavaliação constante. O profissional do século XXI deve ser preparado para enfrentar essas novas mudanças; deve saber fazer e refazer soluções (Pinheiro e Mattos, 2006).

O que se espera, para o cenário que se descortina com a consolidação da APS, são atores preparados para a atuação em unidades básicas de saúde, integrando equipes multiprofissionais, que trabalhem junto à comunidade.

As Residências Multiprofissionais em Saúde

As Residências Multiprofissionais em Saúde surgem como uma possibilidade na busca do compartilhamento dos saberes, pois propõem o rompimento com o “especialismo” e a hegemonia da tecnociência para a apreensão do real, privilegiando o estabelecimento de planos de trabalho interdisciplinares que possibilitem a experiência de uma abertura recíproca para troca sistemática e contínua de conhecimento (Brasil, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde na estrutura do MS, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Desde então, as RMS tomam corpo e forma em todas as regiões do país. Em 2006, já se registravam cursos em Rondônia, Bahia, Maranhão, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, somados ofertam 516 vagas a médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos e fonoaudiólogos. Os programas apresentam grande variedade de desenhos metodológicos, mas todos defendem a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico (Brasil, 2006).

Como protagonista desta história, encontramos o Centro de Saúde-Escola Murialdo, que desenvolvendo suas atividades há mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, guarda uma estreita relação de assistência e ensino, imprimindo fundamental importância na formação de trabalhadores em saúde no estado e no país (Silva, 2002).

A Residência Multiprofissional em Saúde, denominada Residência Integrada em Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS/ESP), foi criada pela Portaria SES/RS nº 16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual nº 11.789, de 17 de maio de 2002, estabelecendo a integração dos Programas de Residência Integrada Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especializações em outras áreas). Este local, desde 1976, já oferecia um estágio especializado em um modelo de Residência em Saúde Comunitária, caracterizando-se como o principal centro formador de sanitaristas da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, 1999).

A RIS/ESP objetiva especializar profissionais para atuação e o trabalho em equipes de saúde, capacitando-os para uma intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva em âmbito técnico, administrativo e político do SUS. É desenvolvida em uma jornada de estudos de, aproximadamente, 80% da carga horária sob a forma de educação em serviço, complementada com uma programação de aprofundamento intelectual, de caráter didático-científico. Entre as atividades estão aulas teórico-práticas, seminários, cursos específicos, conferências, palestras, sessões clínicas e outras atividades organizadas nos ambientes de trabalho, com ênfase nos núcleos de prática e saber de cada profissão da saúde, incluindo ações de abordagem coletiva e individual, planejamento e gestão em Saúde Pública e clínica de atenção (Rio Grande do Sul, 2002). São oferecidas vagas para RIS/ESP, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva, aos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Compondo esta história, outras organizações públicas também instituíram a formação multiprofissional, em destaque encontra-se o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A organização, localizada em Porto Alegre, possui programas de residência médica desde 1962 e atualmente oferece 31 programas de residência médica, os quais absorvem, por ano, um total de 255 residentes. A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, a ser

desenvolvida no Serviço de Saúde Comunitária, foi considerada como a possibilidade de realização de um antigo desejo de integrar os diversos profissionais e seus vários conhecimentos (Brasil, 2006).

A Residência Multiprofissional em Saúde foi implantada em junho de 2004 no GHC, a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde, tendo sido denominada de Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) (Grupo Hospitalar Conceição, 2004).

Instituída pela Portaria GHC n° 109/04, expedida em 31 de março de 2004 como modalidade de ensino de pós-graduação multiprofissional, objetiva especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Fornece subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e de proposição de ações que visem a concretizar os princípios e as diretrizes do SUS (Grupo Hospitalar Conceição, 2004).

A estrutura curricular da RIS/GHC é constituída por atividades de formação teórica e atividades de formação em serviço: Atividades Integradas de Formação Teórica, Atividades de Reflexão Teórica de Campo, Atividades de Reflexão Teórica de Núcleo, Atividades de Reflexão Teórica de Campo nas Unidades, Supervisão de Núcleo, Atividades complementares (participação em eventos científicos) e Atividades de Formação em Serviço (Grupo Hospitalar Conceição, 2004). Na RIS/GHC são acolhidos, para ênfase em Saúde da Família e Comunidade, profissionais da área de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

A integração da odontologia na Residência Multiprofissional em Saúde possibilita a incorporação das ciências sociais e humanas à temática de formação em saúde, desestabilizando conceitos rígidos e produzindo novas práticas de atenção (Brasil, 2006).

As visões prático-utilitárias e técnico-científicas, embora permitam orientar-nos frente aos fatos e redesenhá-los, são visões fragmentadas da odontologia. A fragmentação do homem em muitas parcelas de um corpo humano, transformando a boca em um apêndice de um organismo compreendido como estrutura mecânica, é incapaz de absorver os elementos sociais das doenças bucais. É necessário entendermos as perdas dentárias como um reflexo das impossibilidades e perdas sociais existentes em nosso país. Para tanto, é imprescindível uma maior participação dos profissionais de formação e trabalho em saúde identificando novas territorialidades no processo educação-saúde-trabalho (Botazzo, 2006).

Reconhecer uma nova rede de cuidados e seus atravessamentos, identificando as múltiplas dimensões econômicas, sociais, históricas e subjetivas do adoecer, tem sido o objeto de intervenção das Residências Multiprofissionais em Saúde.

Práticas Integrals em Saúde

No contexto atual, o encontro entre um profissional de saúde e um indivíduo que necessita ser cuidado é, na maioria das vezes, conduzido por um conjunto de paradigmas “biologicistas” (Moraes, 2007). Estes momentos são resolvidos, na odontologia, de uma maneira eminentemente técnica: exame clínico, restaurações e exodontias, afinal, a “boca está doente”. Mas este encontro também deveria englobar outros fatores relevantes que precisam ser considerados no cenário de saúde como, por exemplo, o autoconhecimento sobre o processo saúde-doença e a possibilidade e capacidade do autocuidado. Levar o todo em consideração, respeitando as possibilidades e limites do outro e incorporando os eventos de vida, como fatos significativos, possibilita a construção de um caminho sólido em busca de uma vida saudável e não apenas de uma “boca sem doença”.

O termo integralidade possui uma polissemia de sentidos. Segundo Moraes (2007), há pelo menos dois cenários para o desenho tecnoassistencial da integralidade: o primeiro, da estrutura e organização dos serviços, tais como a disponibilidade, a oferta e os modos de articulação entre instâncias; e o segundo, dos processos de trabalho dos cuidadores, como o acolhimento, a responsabilização, o desenvolvimento de autonomia do outro e as redes de contato/interação. Um desenha a rede de ações e de serviço o outro, por sua vez, as práticas dos profissionais e suas inscrições pessoais em redes de conversação sobre o fazer profissional em busca da alteridade.

Dentre os desenhos possíveis registrados na busca da integralidade, este estudo dará especial ênfase às questões que nos remetam a tentativa de saída de uma condição impessoal para a construção de um horizonte comum que se concretiza na elaboração de um plano de cuidado baseado em práticas integrais, no compromisso para com o paciente e no compartilhamento de ambos pela responsabilidade das ações de saúde empreendidas (Pinheiro e Mattos, 2006).

A prática integral coloca-se como um dispositivo de crítica a saberes e poderes constituídos, pois considera o paciente como sujeito de sua própria história, que deve ser ouvido, atendido e respeitado em suas necessidades, buscando garantir a coparticipação deste nas decisões relacionadas ao cuidado de sua saúde.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

O presente estudo se propõe a compreender o papel desempenhado pela formação em Residência Multiprofissional em Saúde nas concepções e estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas que atuam em Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivos Específicos

- * Identificar os conteúdos e conceitos priorizados na estrutura curricular e no processo de ensino-aprendizagem da RIS/ESP e da RIS/GHC no que se refere à formação do cirurgião-dentista para a atuação na APS;
- * Identificar os conhecimentos e práticas adquiridos na Residência Multiprofissional em Saúde que são acionados no cotidiano de trabalho pós-residência;
- * Investigar, no cotidiano de trabalho pós-residência, como se processa a incorporação de práticas integras em saúde compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade CD. Antologia poética. Rio de Janeiro: Record; 1960.

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec /FAPESP; 2000.

Botazzo C, Freitas SF. Ciências sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC; 1998.

Botazzo C, Freitas SF, Kovalski DF. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Cien Saud Colet 2006; 11 (11): 97-103.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [acesso em 08 dez 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 1444 de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal nos municípios por meio do PSF [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria Nº 198 GM/MS. 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 [acesso em 08 dez 2008]. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Presidência da República/Casa Civil/Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.html

Camargo Jr, Kenneth R. Um ensaio sobre a (In) definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2007. p. 37-46.

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006. p. 149-182.

Ceccim RB. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008. p. 261-280.

Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: A educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 69-92

Ceccim RB, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2007. p. 09-36.

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>

Figueiredo GO. Do fetichismo odontológico à utopia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

Grupo Hospitalar Conceição. Portaria GHC nº109/04 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>

Knauth DR, Victora CG, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.

Moraes MG. Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio à educação médica na graduação. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Narvai PC. Recursos humanos para promoção da Saúde Bucal. In: Kriger L. ABOPREV: promoção de Saúde Bucal. São Paulo: ABOPREV; 1999. p. 449-63.

Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Pinheiro R, Mattos RA. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 11-26

Pontes NST. Processo de trabalho em Saúde Bucal e necessidades de educação permanente: a experiência no PSF do município de Petrópolis, Rio de Janeiro; Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Medicina Social] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública Portaria n° 16/99 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf

Rio Grande do Sul. Lei Estadual n° 11.789, de 17 de maio de 2002 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br>

Saito RXS. Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari; 2008.

Silva FH, Gomes RS. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidar do cuidador: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2008. p.297-309.

Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. Boletim da Saúde 2002; 16 (2): 105-15.

Silveira JLG. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr 2004 Maio-Ago; 4(2): 151-56.

Simoni ACR. A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Starfield B. Atenção primária em saúde: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

Stepke FL. Muito além do corpo: a construção narrativa da saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2006.

6. ARTIGO

Saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde presentes no cotidiano de trabalho em Atenção Primária à Saúde de Cirurgiões-Dentistas

Knowledge and practices of the Multiprofessional Health Residency in the daily work of Dentists within Primary Health Care

AUTORAS: Adriana Zanon Moschen; Daniela Riva Knauth

Adriana Zanon Moschen – Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Epidemiologia, Mestranda em Epidemiologia - Linha de Pesquisa APS pela Faculdade de Medicina da UFRGS.

E-mail: adrizm@ibest.com.br. Contato: (51)-93117495

Prof^a. Dr^a Daniela Riva Knauth – Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Doutora em Etnologia e Antropologia Social - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

E-mail: daniela.knauth@gmail.com.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

A ser enviado à Revista Interface

RESUMO: Este estudo busca identificar como práticas integrais em saúde, vivenciada em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), toma corpo e forma no cotidiano de trabalho de Cirurgiões-Dentistas na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de dados foi privilegiada a entrevista semiestruturada com egressos da RMS. Os resultados revelam que a estrutura física e os processos de ensino aprendizagem, oferecidos pelas Unidades de Saúde/Escola, podem influenciar no perfil do egresso das RMS. Entre os saberes e práticas compartilhadas nas RMS destacam-se a interdisciplinaridade vivida na abordagem do processo saúde-doença e a possibilidade de desenhar itinerários terapêuticos que contemplem as singularidades dos sujeitos. Assim, os dados analisados permitem apontar que, se não houver uma estrutura adequada ao exercício do acolher, a realização de práticas integrais em saúde fica comprometida, bem como, se não houver no processo de trabalho espaço para escuta, se esta não for considerada como parte do itinerário terapêutico, de nada valerá uma estrutura adequada. Ainda destaca a interdependência entre os elementos descritos anteriormente e a formação dos profissionais, pois de nada valerá uma estrutura adequada e processos de trabalho cuidadores se os profissionais não estiverem preparados para trabalhar sob a óptica da integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde.

ABSTRACT: This study aims to identify how comprehensiveness in health, as experienced in Multiprofessional Health Residency Programs (RMS), takes shape and form in the daily work of dentists within primary health care. The research has a qualitative approach, and the data collection was performed by means of a semi-structured interview with those majored in the RMS. The results indicate that the physical infrastructure and the teaching-learning processes provided by Health Care Units/School can influence on the profile of those who majored in the RMS. Among the knowledge and practices shared in the RMS, the interdisciplinarity experienced in the approach of the health-disease process, as well as the possibility of designing therapeutic itineraries that consider the uniqueness of the subjects, were highlighted. Thus, the analyzed data allows the indication that, if there is not a suitable infrastructure for the exercise of welcoming, the development of comprehensive practices in health is compromised. Similarly, if there is not space for listening, if it is not considered part of the therapeutic itinerary, a suitable infrastructure will not be enough. It also highlights the interdependence between the elements previously described and the education of the professionals, since an appropriate infrastructure and caring working processes are not enough if the providers are not prepared to work under the perspective of comprehensiveness.

KEYWORDS: Comprehensiveness, Oral Health, Primary Health Care, Multiprofessional Health Residency

INTRODUÇÃO

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, anunciou oficialmente a incorporação de “profissionais de Saúde Bucal” à Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2000).

A inserção da odontologia poderia ocorrer de duas formas, com variações do incentivo financeiro aos municípios: Modalidade I, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); e Modalidade II, composta por um Cirurgião-Dentista, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB) (Narvai e Frazão, 2008).

Com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a incorporação da Saúde Bucal como parte integrante desta equipe, fica patente a necessidade de formação de profissionais capazes de atuar sob a perspectiva da Atenção Primária à Saúde (Saito, 2008).

Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza pelas práticas integrais, primando pelo vínculo, longitudinalidade dos encontros e pela coordenação de cuidados (Mendes, 2002).

Sem o preparo adequado para agir frente à operacionalização de uma Saúde Bucal apta a dar conta dos elementos estruturantes da APS, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), denominada por algumas escolas de Residência Integrada em Saúde (RIS), se apresenta para os cirurgiões dentistas como uma possibilidade de complementar a formação. O projeto político-pedagógico dessa modalidade de residência tem por objetivo formar sujeitos com capacidade de compreender e significar os desafios de implementar ações capazes de dar conta das necessidades individuais e coletivas, bem como constituir atores provocados por uma permanente construção do saber (Stepke, 2006).

Neste contexto, o presente artigo objetiva identificar como práticas integrais em saúde, compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tomam corpo e forma no cotidiano de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Pretende evidenciar as limitações e possibilidades encontradas pelos egressos desta modalidade de formação na adoção de uma

perspectiva de integralidade na atenção à Saúde Bucal. Busca, desta maneira, contribuir para o debate em que se encontram imersos os cursos de graduação em saúde, desafiados pela reestruturação de seus processos pedagógicos no sentido da implementação de uma compreensão do conceito de saúde-doença capaz de gerar práticas integrais.

METODOLOGIA

Os dados analisados no presente artigo são resultados de uma investigação de caráter qualitativo realizada com cirurgiões-dentistas (CDs) egressos, do período de 2006 a 2008, do Programa de Residência Integrada em Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS/ESP) e da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi estruturada, gravada e posteriormente transcrita, realizada no local e durante o trabalho dos CDs, com duração média de quatro horas. Dos vinte e um residentes egressos da RIS/GHC, nos anos de 2006, 2007 e 2008, sete responderam ao contato, tendo seis aceito o convite para participação na pesquisa. Entre os quatorze egressos da RMS/ESP, no mesmo período, contatados, sete responderam, sendo que seis aceitaram o convite para participar da investigação. Como os critérios para a participação na pesquisa eram estar trabalhando em APS e residir no Rio Grande do Sul, foram excluídos cinco egressos, sendo o universo de investigação constituído, assim, por três egressos da RIS/ESP e quatro da RIS/GHC.

De forma a complementar os dados e identificar os conteúdos e práticas privilegiados na formação desta modalidade de ensino/serviço, foi realizada uma entrevista com preceptores das RIS/ESP e RIS/GHC e coletadas informações nos documentos disponíveis sobre a estrutura curricular dos cursos.

A análise dos dados se deu a partir da identificação das categorias teóricas do estudo e das categorias empíricas que se apresentaram no material coletado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição mediante o Parecer N° CEP/GHC: 076/09, FR: 267508, em 24 de Julho de 2009. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados eram, em sua maioria (4 entre 7), homens, com idade entre 25 e 30 anos. Atividades de assistência à saúde, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, constituem o trabalho realizado pela maioria dos egressos entrevistados, enquanto as atividades de gestão, na APS, são referências cotidianas para dois, dos sete participantes da pesquisa. Entre os entrevistados, apenas um possui vínculo empregatício estatutário e quatro atuavam na capital gaúcha.

A formação: sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde

O processo de formação dos cirurgiões-dentistas na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se dá tanto pela estrutura disponível quanto pelos conteúdos e estratégias didáticas adotadas em cada uma das formações. As atividades da RIS/ESP desenvolvem-se no Centro Saúde Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública, localizado em Porto Alegre, no Bairro Partenon. Sua estrutura é composta por sete Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade Central e pelas dependências da Escola de Saúde Pública/RS. São oferecidas vagas, para ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva, a profissionais de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (Rio Grande do Sul, 2002). A municipalização da assistência no Centro Saúde Escola Murialdo encontrava-se em processo de consolidação durante esse estudo.

Para o desenvolvimento das atividades propostas pela RIS/GHC, o Grupo Hospitalar Conceição disponibiliza doze Unidades Básicas do Serviço de Saúde Comunitária e a estrutura da Gerência Ensino e Pesquisa, todos localizados na Região Norte de Porto Alegre. Na RIS/GHC são acolhidos, para ênfase em Saúde da Família e Comunidade, profissionais da

área de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (Grupo Hospitalar Conceição, 2007).

Ao analisarmos a estrutura disponível para o desenvolvimento das atividades em Saúde Bucal, é possível identificar importantes diferenças entre as duas escolas. Na RIS/GHC, a grande maioria das Unidades de Saúde/Escola apresenta consultório odontológico, onze de um total de doze. Entre as Unidades de Saúde/Escola da RIS/ESP, apenas duas, de um total de oito (sendo uma a Unidade Central), apresentam consultório odontológico. Nas unidades de saúde das duas instituições existem salas para o desenvolvimento de atividades de grupos direcionadas à equipe e à comunidade.

O programa curricular das duas RMS analisadas se desenvolve em sessenta horas semanais, em regime de dedicação exclusiva. Este período é preenchido por atividades teóricas e práticas; de Núcleo de Formação e Campo (atividades interdisciplinares). As atividades de campo são priorizadas na RIS/ESP, doze horas do número total de horas/aula semanais, enquanto na RIS/GHC, quatro horas/aula semanais são utilizadas para a mesma tarefa. As atividades teóricas de Núcleo de Formação e atendimento clínico odontológico somam um total de vinte horas/aula semanais na RIS/GHC; na RIS/ESP, estas atividades são desenvolvidas em dezesseis horas/aula semanais. Ao avaliarmos o período dedicado exclusivamente ao atendimento clínico-odontológico, é possível constatar que na RIS/GHC este corresponde ao dobro do que é desenvolvido na RIS/ESP.

Entre os resultados esperados do processo ensino-aprendizagem da RIS/ESP e da RIS/GHC está a capacidade do residente de odontologia de desenvolver Campanhas de Saúde, Grupos Educativos e Visitas Domiciliares. Com este objetivo, as duas instituições propiciam espaços, nas Unidades de Saúde/Escola, para que estas atividades sejam desenvolvidas.

A participação da Saúde Bucal nas Visitas Domiciliares interdisciplinares é atividade cotidiana entre os residentes das duas escolas. O objetivo é formar profissionais que saibam se

posicionar frente à diversidade de situações que a saúde pública apresenta. Ações realizadas pela Saúde Bucal, cuja óptica seja a abordagem familiar, são descritas como parte integrante da formação nos currículos avaliados.

Segundo Simoni (2007), as Residências Multiprofissionais em Saúde questionam a produção de uma política de atenção à saúde que focaliza a “doença do sujeito” em detrimento do “sujeito da doença”. Essas residências configuram, igualmente, um espaço de encontros, seja com os sujeitos e suas famílias, seja com os seus pares de assistência, colocando-se como uma alternativa na busca de ferramentas para vivenciar práticas integrais em saúde.

Quando analisamos o processo ensino-aprendizagem da RIS/ESP e da RIS/GHC, bem como o perfil do egresso, vemos que os cirurgiões-dentistas residentes dos dois programas inserem-se em diversos espaços de atuação profissional. Esta diversidade comprova o olhar ampliado fomentado neste tipo de formação. Durante o processo de seleção dos entrevistados foi possível encontrar ex-residentes atuando na área de docência, vigilância em saúde, consultoria a organismos internacionais, gestão de equipes, além da assistência.

Porém, parece haver uma diferença no foco de atuação entre os egressos das duas instituições pesquisadas. Os cirurgiões-dentistas egressos da RIS/ESP se dedicam, sobretudo, às atividades gerenciais, enquanto os que tiveram formação na RIS/GHC se inserem mais em atividades assistenciais. Este fato se evidenciou na constituição do grupo de entrevistados, entre os egressos da RIS/ESP contatados sete responderam e três apresentavam os requisitos necessários para inclusão, o restante atuava como consultor para planejamento e avaliação em saúde, professor universitário e na gestão de serviço privado. Este fato provavelmente está associado ao processo de formação e estrutura das instalações das Unidades de Saúde/Escola. Como resultado, os cirurgiões-dentistas residentes da RIS/ESP acabam por se inserir com maior frequência em outras atividades da Unidade de Saúde que não o atendimento clínico-

odontológico. Os próprios egressos relacionam esta inserção à estrutura da formação que receberam, como ilustra o depoimento abaixo:

(...) Tanto que no R3 não era obrigatório a carga horária de assistência, (...). Assistência, que eu digo, assistência clínica nesse caso (...) E as outras atividades a gente seguia desenvolvendo na UBS. E aí, as outras unidades do Murialdo não têm os consultórios, então, os R3 também não tinham muito essa oportunidade, a não ser o Módulo, que eu não sei se tu conhece a estrutura do Murialdo?(Joana, 26 anos, egressa RIS/ESP)

Faz-se importante ressaltar que o Centro de Saúde-Escola Murialdo tem uma antiga trajetória na história da Saúde Coletiva no Rio Grande do Sul. Desenvolvendo suas atividades há cerca de 40 anos, guarda uma estreita relação de assistência e ensino e tem fundamental importância na formação de trabalhadores em saúde no estado e no país (Silva, 2002). Ao longo deste período, sofreu as influências do tempo, em sua estrutura, e de questões político-administrativas dos processos de descentralização e municipalização da saúde.

Razões para a escolha pela Residência Multiprofissional em Saúde

A decisão por cursar a Residência Multiprofissional em Saúde, para os profissionais entrevistados, está relacionada tanto à busca de maior experiência técnica, quanto a uma posição adotada frente às questões sociais, políticas e econômicas do nosso país.

Em termos da experiência técnica, é ressaltado que a residência propiciou a aquisição de habilidades de relacionamento com os pacientes e de exercício de um conjunto de atividades “necessárias” no contexto da população atendida, que não foram supridas na graduação. Os relatos dos entrevistados evidenciam esta percepção:

Olha, 80% das coisas que eu faço aqui, os conhecimentos, praticamente vieram da residência, não vou dizer que eu não aprendi a fazer uma extração na residência, mas a forma como abordar o paciente, fazer uma anamnese adequada, entender o porquê aquela situação está assim (...). Eu acho que a residência pra mim foi extremamente importante, a minha formação na graduação foi muito deficiente (...). Eu não tava preparado para sair trabalhando. (...). No setor público onde eu trabalho aqui, uma população carente como a nossa, onde tem que fazer muitas das atividades que eu faço aqui, eu na graduação não aprendi. (João, 26 anos, egresso RIS/GHC)

A percepção dos entrevistados corrobora a literatura sobre o tema que destaca que as graduações em saúde, apesar de todos os esforços político-administrativos, ainda se colocam no início do percurso da formação de profissionais capazes de buscar itinerários terapêuticos que levem em consideração, além das questões objetivas do processo saúde-doença, fragmentos do tempo e espaço vividos pelo paciente (Campos, 2006; Carvalho e Ceccim, 2006; Lucietto, 2005).

Ceccim e Carvalho (2006) relembram que desde o Relatório Flexner a seleção dos conteúdos de graduação, da área da saúde, privilegia metodologias e formas de avaliação hegemônicas da atenção à saúde, marcadas por uma ciência das doenças; um corpo entendido como território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos. Um campo que privilegia sobremaneira a utilização de tecnologia, equipamentos e recursos diagnósticos e terapêuticos. A Residência Multiprofissional em Saúde oferece, desta forma, outras possibilidades para o exercício profissional que não foram contempladas durante a formação de graduação, como afirma um dos entrevistados:

(...) Nesses 2 anos, aprendi que várias outras questões estavam ligadas, assim, com a saúde bucal, especificamente, que não, a técnica, o material (...). Eu comecei a ver que existe uma outra forma de trabalhar diferente daquela que tu tinha dentro da graduação, que era especificamente clínica. (Antônio, 28 anos, egresso RIS/ESP)

Mas, para além da formação e experiência profissional, a adoção de uma determinada posição, no sentido de ter uma participação mais efetiva no processo de mudança social, também está na base da escolha pela RMS.

(...) Dentro da graduação, em matéria de estágios curriculares foi bem fraco, assim. Era bem pontual, (...) Uma ou duas visitas para conhecer o posto de saúde (...). O que a gente fazia bastante era organizar a militância estudantil (...). Nós tínhamos um grupo lá, que era do diretório acadêmico, e a gente fez um projeto de extensão em prevenção em saúde bucal, sei lá, a gente não tinha muita noção (...). (Davi, 28 anos, egresso RIS/ESP)

Cabe notar que se para alguns esta posição é bastante explícita e se dá na continuidade de uma trajetória de militância no movimento estudantil, para outros ela se apresenta através do desejo de “ajudar os outros”.

(...) Então eu gostava da coisa de cuidar, sabe? Daí, quando eu entrei na faculdade, eu comecei a sentir um pouco isso, essa falta de... tipo, as coisas eram muito quadradinhas, assim... Muitas técnicas, e pouca interação com as pessoas mesmo. E aí, aí eu comecei a ter dúvidas se era isso realmente que eu queria, enfim. (...) Ai eu fui buscar na residência (....) (Joana, 26 anos, egressa RIS/ESP)

A dificuldade patente em lidar com a cobrança financeira pelo serviço prestado mediante as limitações financeiras dos pacientes é também apresentada, pela maioria dos entrevistados, como justificativa da opção pelo setor público.

Eu estava precisando me encontrar (...). Porque eu estava em um trabalho que eu não estava feliz, assim, eu não me sentia feliz. Eu nunca soube cobrar as pessoas. Eu nunca, sabe, aquela coisa de fazer um planejamento, de ganhar dinheiro assim, (...). (Ana, 30 anos, egressa RIS/GHC)

Dessa forma, a busca pela Residência Multiprofissional em Saúde é também uma estratégia utilizada pelos entrevistados como opção ao exercício da odontologia na condição de profissional liberal, uma vez que os cursos de graduação privilegiam a preparação para este nicho do mercado de trabalho.

Saberes e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde compartilhados no cotidiano de trabalho

A experiência vivenciada por meio de uma formação que se dá no terreno do “ensino serviço” prepara seus aprendizes para lidar com questões concretas da sua prática cotidiana de trabalho. Essa forma de transmissão possibilita ao egresso destas modalidades de formação lidar com o real e propor ações factíveis para enfrentamento de entraves políticos e gerenciais (Simoni, 2007).

Em busca de processos de trabalho em saúde operacionalizáveis, que se contraponham a excessivos graus de academicismo e formalizações, faz-se necessária uma visão compartilhada do todo (Ceccim, 2008). A Residência Multiprofissional em Saúde é percebida, pelos entrevistados, egressos das duas escolas, como tendo possibilitado esta experiência de trabalho em equipe e, por esta razão, ter *ampliado o olhar*. Este aprendizado se traduz em prática no cotidiano de trabalho:

Eu acho que eu sou muito pouco resolutiva trabalhando sozinha, sabe (...). E adorei a possibilidade de estar trabalhando com outras pessoas, coisa que na faculdade a gente não teve esta experiência (...). Isso que começou a ampliar esse olhar, que antes, sim, ele era muito focado na boca (...). A clínica é uma parte, e todo o resto eu acabei encontrando na residência. (Ana, 30 anos, egressa RIS/GHC)

(...) E aí, estava eu e o André (enfermeiro) atendendo, e aí a gente ligou para o médico que era da equipe, aqui. Aí no fim a gente ficou atendendo nós 3 na sala. Aí a gente chegou à conclusão que era uma mastoidite mesmo, a gente medicou ele e tal... Então no atendimento, isso é interessante, porque normalmente, a gente está tão acostumados a discutir, tipo, eu e o André, e Ana (enfermeira), às vezes, os casos, que a gente nem percebe que às vezes isso é um atendimento multiprofissional ou interdisciplinar, digamos. (Antônio, 28 anos, egresso RIS/ESP)

A multiplicidade dos olhares, no processo de construção de práticas integrais em saúde, foi colocada pelos entrevistados como um proponente das ações, uma prática iniciada nas RMS e que toma corpo e forma no cenário pós-residência. O trabalho em equipe, a discussão de casos com outros profissionais, são práticas incorporadas ao cotidiano dos entrevistados a fim de dar conta do espectro das demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem, como salienta Camargo Jr. (2007).

Além desta visão multiprofissional, os egressos da RMS são também confrontados às diferentes realidades dos contextos nos quais estão exercendo sua atividade profissional. Ponderar as necessidades da população e as expectativas do profissional, compreender a necessidade do outro, mediá-la com o conhecimento técnico e estrutura disponível e, a partir daí, construir um horizonte comum de cuidados talvez seja o movimento mais difícil de

empreender na busca por práticas integrais. Esta prática, vivenciada na RMS, é colocada como algo cotidiano no trabalho em APS.

(...) A gente sai com aquela ideia da faculdade, e o Felipe (Preceptor da RIS/GHC), nos confrontava com isso... Eu me lembro que me chocou bastante assim, que, por exemplo, uma criança com cárie de mamadeira que tem só resto radicular, assim. Na faculdade, tu tem aquela ideia de, bom, vamos extrair, vamos limpar. E o Felipe me confrontou assim, mas porque que tu tem que fazer esse papel de polícia sanitária? Se está ali, não está incomodando, porque a gente tem que extrair aqueles dentes todos dali? (...). (Pedro, 34 anos, egresso RIS/GHC)

Tu trabalhando aqui tu vai ver que às vezes “placa zero” (condição idealizada de higiene bucal) não é o objetivo, não é o nosso objetivo principal. Às vezes a gente visualiza tantas outras coisas, que, bom, tu admite um pouco de placa, sabe? Ah, sei lá, às vezes até tu admite uma cárie, às vezes. Porque as situações e os contextos são tão (...). Eu tenho vários pacientes desse (...). (Ana, 30 anos, egressa RIS/GHC)

Para o estabelecimento do olhar integral, é necessário questionar alguns conceitos e preceitos técnicos. Os depoimentos transcritos acima demonstram a necessidade de questionamento do conceito técnico, que em alguns momentos se coloca como limitado para dar conta da dinâmica da vida presente na prática cotidiana de trabalho.

Outro elemento, compartilhado na RMS, compreendido pelos entrevistados como indispensável no arcabouço de práticas integrais de saúde, é a participação do controle social nos processos decisórios. Pensar o “espaço comunitário” como único, promovendo o encontro com o que há de mais singular em cada comunidade, passa pela própria participação cidadã, na construção a várias mãos do fazer e refazer as ações (Brasil, 2006). Reconhecer-se como elemento estruturante do processo saúde-doença é o primeiro passo para um novo caminho em que profissionais da saúde e comunidade serão corresponsáveis. O relato que segue expressa a importância do encontro com a comunidade e de que forma esta experiência, compartilhada nas RMS, é vivenciada na rotina de trabalho em APS.

Mas na residência, especificamente, a gente passa a trabalhar com controle social, estudar mais isso, a questão dos conselhos, das conferências. E aí, da residência eu acho que o principal que a gente traz para cá é isso, é consolidar

isso, enfim, aqui não tem, a gente já sabe que não tem, mas a gente sabe que é importante ter, que é uma coisa que pode ajudar a equipe, que pode ajudar a comunidade, a gente sabe que é importante, então. Vamos viabilizar formas de concretizar esse conselho local. Eu tenho participado das reuniões do conselho distrital, em quase todos, 90% das reuniões... (Davi, 28 anos, egresso RIS/ESP)

Em alguns locais onde os Conselhos Locais de Saúde não estão estruturados a participação comunitária é estimulada por reuniões propostas pelos membros da equipe de saúde. Esta capacidade de articulação parece estar relacionada ao processo de formação vivenciado pelos egressos dos programas de residência analisados, uma vez que está prevista, como item obrigatório da construção do ensino e aprendizado, a participação dos residentes em atividades que envolvam o controle social. Iniciativas como esta estabelecem vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, pois estimulam a organização das comunidades para exercerem o controle social das ações e serviços de saúde. Uma das entrevistadas relata uma reunião proposta pela Saúde Bucal, com o objetivo de discutir processos de trabalho com a comunidade.

(...) Eu fiz uma reunião com a comunidade, (...) e propus agendamento (...). Mandaram metade/metade, porque quem trabalha e só consegue consulta do dia não pode agendar, (...). Então a comunidade que escolheu. Na verdade, a reunião serviu um pouco para mostrar que a população tinha voz e que ela podia também dizer se queria ou não agendamento. (Alice, 27anos, egressa RIS/GHC)

A corresponsabilização das decisões, seja no âmbito individual ou coletivo, faz com que o caminho a ser percorrido no processo saúde-doença passe a ser regido também pela necessidade que o outro apresenta e não apenas pelo o que o trabalhador envolvido julga, a priori, ser necessário fazer.

Ao descobrir nas RMS um novo contorno para a Saúde Bucal, cujo limite, para utilizar uma expressão odontológica, vai “além do céu da boca”, os entrevistados passam a lidar em seu cotidiano não apenas com os sinais e sintomas, mas igualmente com a subjetividade presente no processo saúde-doença (Moysés et al., 2008). Quando este espaço se abre, o

imprevisto bate frequentemente a porta do consultório odontológico e necessidades das mais diversas origens se fazem presentes. Um dos entrevistados, que atua como cirurgião-dentista de uma comunidade indígena, deparou-se com o analfabetismo e sobre este propôs uma intervenção a fim de mitigar este problema:

Eu tenho um caderninho que eu dou, eu escrevo o nome da pessoa, ela tem que repetir 10 vezes, e voltar na outra semana, e tem que assinar. Alguns têm conseguido (...). Têm outros que vêm treinar aqui (...). Então, isso são quesitos, que tipo, dá autonomia para a pessoa também. Porque não é só o atendimento em si (...). (Antônio, 28 anos, egresso RIS/ESP)

O exemplo acima evidencia uma preocupação do profissional com a autonomia dos pacientes que atende. Ele busca, através da escrita do nome, criar na população a necessidade do letramento.

Estabelecer práticas integrais em saúde pressupõe ações subsidiadas por um planejamento flexível e ativo que se efetiva a partir da reconstrução e realimentação cotidiana. Todos os entrevistados foram unânimes em colocar a formação profissional, vivenciada na RMS, como fundamental para encontrar formas de fazer e refazer o cotidiano, utilizando técnicas de abordagem integrais. A fala logo abaixo atesta esta perspectiva:

Mas essa questão de se eu tivesse vindo antes de entrar na residência, com certeza eu teria feito condutas totalmente diferentes. Um foco muito mais clínico, assim, específico, de atender na cadeira, e de ter um atendimento quantitativo, sem a preocupação com promoção de saúde em si (...). Hoje, a gente tem um trabalho bem diferente. Muito mais integrado. (...). Então, é algo bem diferente, assim, tu consegue trabalhar com compromisso e resolutividade, e em cima de outras variáveis que influenciam na saúde também. (Antônio, 28 anos, egresso RIS/ESP)

Ainda, sobre os elementos que constituem o processo ensino-aprendizagem das RMS e que se mostram, para os entrevistados, como alicerce das práticas cotidianas do trabalho em APS, destacamos a responsabilização pelo arcabouço ético da relação entre atores, firmando o compromisso de um para com o desenvolvimento do outro, determinando uma zona de afetos e efeitos:

Ah, eu preferiria ficar com a minha população, eu já criei um vínculo. Eu já conheço a população, já conheço muitos pacientes que vêm aqui, já sei da carência deles, já sei o perfil de cada paciente que vem aqui consultar (...). E assim como eu conheço eles também me conhecem, então eu a princípio não gostaria de sair daqui, eu estou bem adaptado aqui. Se tivesse que trocar de equipe eu também não gostaria, eu gosto das pessoas com quem eu trabalho (...). (João, 26 anos, egresso RIS/GHC)

Mas eu tenho um envolvimento emocional muito grande com esse trabalho aqui (...). Muito grande. Tem sido uma questão na minha vida, assim. Eu sei que eu tenho que me envolver menos. Então, talvez eu seja apaixonado mesmo por isso aqui. Eu acho que eu ficaria aqui (...). Esse ano também já recebi convites para sair daqui, para ir para outros trabalhos, mas acho que a gente tem, apesar da instabilidade, da precarização do contrato de trabalho, a gente tem uma questão ética bastante importante. A questão de dar continuidade ao trabalho, do vínculo, do acolhimento, que eu acho que pesa, que está aí no meio, que está aí, nesse sopão. (Davi, 28 anos, egresso RIS/ESP)

Para Silva e Gomes (2008) trata-se, portanto, de uma aposta na indissociabilidade entre o modo como nos organizamos e estabelecemos as relações, “o ser para o outro”, e a preocupação ética de como os resultados deste processo impactam na construção dos itinerários terapêuticos. As práticas integrais em saúde surgem na superação dos diferentes níveis em que a fragmentação se faz presente no cotidiano e das tênues relações com o tempo, com o espaço e com o outro.

O cenário pós-residência: possibilidades e limites para práticas integrais

Pinheiro e Mattos (2006) reforçam a necessidade de reconhecer as diferentes dimensões que constituem o todo no processo de construção de políticas de saúde. Não basta apenas coerência na aplicação de diretrizes estaduais e nacionais, no que concerne às práticas em saúde, é necessário entender o *espaço local* como o *locus* privilegiado e efetivo de materialização desta política. Entender esta construção como um processo que se dá em rede, no qual se considera a organização e o funcionamento de tecnologias e a disponibilidade dos trabalhadores como fundamentais para garantir a efetividade das ações e relações, é de suma importância na busca do fortalecimento de práticas integrais em saúde.

A construção do SUS avançou de forma indiscutível e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da APS. Este novo cenário cria ao poder público um grande desafio, a organização de modelos assistenciais capazes de acolher os princípios da APS, entre estes a efetivação de práticas integrais em saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos, assistenciais e de recursos humanos (Mendes, 2002).

Uma das questões emergentes é a forma de contratação de profissionais que compõem as equipes assistenciais. As formas em que se estabelecem as relações trabalhistas aparecem nos dados analisados como sendo um fator que influencia diretamente os processos de trabalho em busca das práticas integrais. Há uma homogeneidade nos discursos e uma heterogeneidade no momento vivido pelos entrevistados. Todos os participantes apontaram a forma de contratação e as relações trabalhistas como elementos que afetam diretamente o cotidiano de trabalho, como podemos perceber nas falas que seguem:

A gente fica preocupado, por uma certa instabilidade (...). Pior que afeta um pouco, afetou o processo de trabalho aqui, da equipe, as pessoas ficam preocupadas, e passam até a justificar algumas coisas (...). O não atendimento, a falta de remédio, de alguma coisa estar sempre faltando (...). (Davi, 28 anos, egresso RIS/ESP)

Eu me sinto bem nesta situação que a gente tem aqui, por ter uma segurança, a gente tem algumas vantagens por ser estatutário. Eu não tenho do que me queixar. (João, 26 anos, egresso RIS/GHC)

A instabilidade do vínculo de trabalho é, como indica um dos entrevistados, uma das justificativas para que o trabalho da equipe de saúde não siga o modelo preconizado pelo SUS. O cenário de “faltas” descrito interfere diretamente na longitudinalidade do cuidado, um dos alicerces da APS a que está estreitamente relacionado à integralidade das ações (MENDES, 2002). No Brasil, esta se mostra, muitas vezes, comprometida em função da rotatividade profissional nas equipes de saúde, que por sua vez é fruto de frágeis relações trabalhistas (Brasil, 2007).

Práticas integrais em saúde dependem da capacidade de identificar as necessidades percebidas e não percebidas pelos indivíduos, através da abordagem do ciclo vital e familiar

(Stepke, 2006). Para que isto se concretize, é fundamental que se estabeleçam laços entre usuário/comunidade e a equipe de saúde, e isto só se constrói através de uma relação que se mantém no espaço e, principalmente, no tempo. Encontros pontuais são capazes apenas de dar conta de problemas igualmente pontuais (Silva e Gomes, 2008).

Outro ponto relevante, presente no cotidiano de trabalho de alguns dos profissionais entrevistados, são as barganhas de cunho clientelista. Seja no âmbito da seleção dos trabalhadores ou na própria assistência, estas barganhas são apontadas como um elemento de interferência negativa na rotina de trabalho. Esta interferência, que coloca a área da saúde como um campo utilitário na perspectiva político-administrativo local, provoca reflexos nas relações estabelecidas entre membros da equipe e desta com a comunidade. Esta situação é descrita abaixo:

Não teve outro processo seletivo (para Agente Comunitário de Saúde). O último processo seletivo foi uma roubalheira, porque foi na época da campanha. Aí queriam botar filho, parente de agente, não era da área, e ser agente daquela área. (Alice, 27anos, egressa RIS/GHC)

A gestão no nível local é pontuada, no relato de alguns entrevistados, como um aspecto fundamental para o exercício de uma prática de saúde que privilegie a integralidade. A capacidade técnica e o conhecimento na área da saúde dos gestores locais são apontados como elementos que incidem diretamente no cotidiano dos profissionais da saúde, como evidenciam os depoimentos abaixo:

O poder público em si, ele é meio complicado, porque assim, ele não é um bloco de concreto que tem (...). Tem pessoas que facilitam muito o trabalho, tem pessoas que dificultam o trabalho e tem pessoas que não atrapalham. Não atrapalham nem ajudam, assim. (...). Depende muito do perfil do gestor. Tem gestor que, principalmente quando é da área da saúde, em geral, ele tem assim, uma possibilidade maior, uma vantagem, para ajudar no trabalho. O problema é quando existem as questões de poder, existem as questões de vaidade (...). (Antônio, 28 anos, egresso RIS/ESP).

A gente fica trabalhando alienado (...). É que assim, eu vejo muito do trabalho vivo na relação profissional-paciente, das perspectivas do tratamento completado. Eu acho que esse ponto para mim está ótimo, as pessoas veem, as pessoas reconhecem. Mas quando eu quero fazer uma atividade lá no colégio, a gente quer fazer lá em XXX, com o grupo de mulheres, (...) com os Agentes

Comunitários, ah não, mas aí tu vai deixar de atender, entendeu? Então, aí, isso para mim, é onde o trabalho morre (...). (Alice, 27 anos, egressa RIS/GHC)

A ausência de conhecimento e capacidade técnica, por sua vez, implica em dificuldade no andamento do trabalho, resultando em entraves institucionais na busca de ações integrais. Chama a atenção o esforço que a entrevistada necessita fazer para se inserir na comunidade, um esforço para “tornar o trabalho vivo” como sugere Merhy (2007). A entrevistada destaca que o *trabalho vivo* toma forma na relação com os sujeitos quando é possível dar lugar a questões do processo saúde-doença que se colocam além dos sinais e sintomas. Segundo Merhy (2007), vivenciar experiências de alteridade entre as várias instâncias que vivem o processo saúde-doença torna o trabalho em saúde “vivo”, potencializando o encontro, tornando fértil o terreno para o desenvolvimento de práticas integrais.

O acolhimento das solicitações, a escuta das demandas por parte do poder público local, sobre as diversas dimensões do processo saúde-doença são apontados como um estímulo para o envolvimento dos componentes das equipes de saúde em várias questões relacionadas com o cotidiano, determinando uma imersão do cirurgião-dentista em sua comunidade.

A ampliação do olhar e, por consequência, das ações do cirurgião-dentista em direção a uma assistência integral também está relacionada ao modelo de gestão estabelecido. A participação da Saúde Bucal, na construção da Atenção Primária à Saúde, no âmbito local da gestão, é descrita como possível pelos entrevistados. Por mais paradoxal que possa parecer, Pinheiro e Mattos (2007) afirmam que horizontalizar as relações de poder, desfazendo o contraste que a centralização permite perceber, não significa perder o poder. O fortalecimento da gestão descentralizada não anula a gestão das instâncias centrais, ao contrário, aumenta o

poder geral de gestão e dos componentes específicos, pela melhoria na eficiência do todo, como indica a fala de um entrevistado:

A gente estava em um momento que a chefia estava sobrecarregada de coisas, e não estava conseguindo realizar todas as tarefas que deveria (...). Ela (Coordenadora da Unidade) pediu ajuda, se a gente podia ser mais participativo, dar uma ajuda, e daí, se teve essa ideia de então pensar nessa gestão colegiado, segundo áreas de interesse (...). (Da formação de um Colegiado). (Pedro, 34 anos, egresso RIS/GHC)

O relato anterior indica a necessidade de repensar conceitos como hegemonia e verticalidade relacionados à gestão. A possibilidade de construção do diálogo torna a gestão viva, considerando, em sua prática, potenciais de sua própria transformação. Para Pinheiro e Mattos (2006), é necessário pensar as práticas integrais em saúde a partir de uma *práxis* baseada em um diálogo capaz de fazer e refazer soluções.

Vale ressaltar que o discurso dos entrevistados valoriza a dimensão do cuidado em saúde e o coloca como um alicerce da formulação de políticas públicas de saúde. Isto ratifica a preocupação destes profissionais em garantir espaço não apenas para o procedimento, mas também para a escuta do paciente. Os locais visitados disponibilizam horários na agenda, de forma consensual ou impositiva, para consultas eletivas e de urgência na clínica odontológica, uma lógica que se desdobra na necessidade do tempo para sentir a vida presente no espaço, como evidencia o relato abaixo:

O pessoal (gestor) queria que atendesse sempre, 8, 10; 8,10; e tocado. E eu consigo bem 6, 7 e 8 sempre ficam para a urgência, (...). Mas não deixo de atender, acho ruim, só que eu que dito o meu tempo, eu não abro mão, uma coisa que eu já briguei com eles, que queriam que atendesse por demanda, e eu disse não, eu acho que tem que ser organizado, conversar com a pessoa, receber, saber a história dela (...). (Alice, 27anos, egressa RIS/GHC)

Assim, mesmo em contextos adversos, os entrevistados acionam estratégias a fim de garantir, dentro do próprio consultório, condições adequadas para um atendimento que considere outros aspectos da saúde e trajetória de vida dos usuários. Valorizam a escuta, a conversa e a história de vida dos indivíduos como forma de promover uma atenção integral

em saúde. Práticas integrais em saúde propõem o encontro, o acolhimento do outro em todas as suas dimensões, respeitando o tempo e espaço vividos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Preparar o cirurgião-dentista para atuar em Atenção Primária à Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família, demanda o desenho de um novo contorno para a Saúde Bucal, cujo limite vá “além do céu da boca”. As RMS representam, hoje, a condição de ultrapassar a divisão prática/teoria, ou ainda vida/ciência. Elas se propõem a estabelecer um território no qual a sensação de desamparo em que o profissional de saúde pode se ver imerso – fruto de uma série de lacunas em sua formação – encontra a guarida necessária para que as perguntas abertas pela prática não sejam silenciadas pela resposta facilitada das técnicas.

A estrutura física e os processos de ensino-aprendizagem, oferecidos pelas Unidades de Saúde/Escola, influenciam no perfil do egresso das RMS. Preparar o cirurgião-dentista para atuar em Atenção Primária à Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família, pressupõe fornecer ferramentas para que o mesmo possa dar conta de questões objetivas e subjetivas do processo saúde-doença.

Entre os saberes e práticas compartilhadas nas RMS destacam-se a interdisciplinaridade vivida na abordagem do processo saúde-doença e a possibilidade de desenhar itinerários terapêuticos que levam em consideração fragmentos do tempo e espaço vivenciados pelos sujeitos. Esta prática, contestadora da lógica de poder na qual uma instância se impõe sobre a outra, favorece o entrelaçamento de todos os atores, mostrando-se, portanto, um campo fértil para o nascer de processos cuidadores.

Os dados analisados permitem apontar ainda que, se não houver uma estrutura adequada ao exercício do acolher, a realização de práticas integrais em saúde fica comprometida, bem como, se não houver no processo de trabalho espaço para escuta, se esta não for considerada como parte do itinerário terapêutico, de nada valerá uma estrutura

adequada. Reforçamos, ainda, a interdependência entre os elementos descritos anteriormente e a formação dos profissionais, pois de nada valerá uma estrutura adequada e processos de trabalho cuidadores se os profissionais não estiverem preparados para trabalhar sob a óptica da integralidade.

REFERÊNCIAS

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec/FAPESP; 2000.

Botazzo C, Freitas SF, Kovalski DF. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Cienc Saud Colet 2006; 11 (11): 97-103.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)

Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 1444 de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal nos municípios por meio do PSF [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf

Camargo Jr, Kenneth R. Um ensaio sobre a (In) definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2007. p. 37-46.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006. p. 149-182.

Ceccim RB. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008.

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>

Grupo Hospitalar Conceição. Portaria GHC nº109/04 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>

Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.

Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2007.

Pinheiro R, Mattos RA. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 11-26.

Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública Portaria nº 16/99 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf

Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 11.789, de 17 de maio de 2002 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br>

Saito RXS. Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari; 2008.

Silva FH, Gomes RS. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidar do cuidador: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2008. p. 297-309.

Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. Boletim da Saúde 2002; 16 (2).

Simoni ACR. A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Stepke FL. Muito além do corpo: a construção narrativa da saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2006.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não são poucas as vezes em que a poesia expressa melhor do que a ciência os impasses da vida. Quantos são os momentos em que poderíamos escutar Drummond (1960) na voz do trabalhador de saúde, diante de seus desafios profissionais e de suas lacunas de formação, sussurrar: “...*E agora, José? A festa acabou, a luz apagou, o povo sumiu, a noite esfriou, e agora, José? E agora, você?...*” José, apesar da dureza, ainda tem o impulso de continuar, mesmo sem, muitas vezes, saber para onde. Esse impulso é fomentado pela formação nas RMS – seguir caminhando, seguir em companhia...: “... *Você marcha, José! / José, para onde?*”.

Parafraseando Drummond, digo, “E agora, José”? É chegada a hora do fechamento, uma difícil tarefa, encontrar um caminho para perguntas que nunca serão respondidas por uma única resposta: Quais os limites e as possibilidades da incorporação de práticas integrais no cotidiano dos trabalhadores em saúde, em especial dos cirurgiões-dentistas? Por que o itinerário terapêutico muitas vezes se mostra pautado no distanciamento ao invés de no encontro entre os atores do processo saúde-doença? Estas questões continuaram pulsando, mesmo que de forma diferente agora. Não tenho a pretensão de finalizar por aqui, o que iria contra minha própria produção, pois acredito que as relações em saúde devam ter muito mais uma estrutura de abertura do que propriamente de fechamento. Devem apresentar novos entroncamentos, neste caminho que julgo ser construído a várias mãos, com a ideia de novas descobertas sem a preocupação com a chegada.

Faço ainda uma inferência sobre a escolha. Muitos campos de vivência foram visitados no percurso deste trabalho, bem como a opção pelos autores que me acompanharam nesta trajetória. Sobre isto recaiu uma escolha. Em todo o processo de escolha existe uma afetação. Sobre a afetação, algumas questões podem ser explicadas com argumentos lógicos e ponderações, o que tentei realizar ao longo do processo de discussão, mas uma face desta

permanece obscura, causando certo incômodo e interrogação, um devir em busca do desconhecido. Julgo esta lacuna, no pensamento racional cartesiano, necessária, uma vez que não pretendo finalizar esta produção por aqui. O trabalho que apresento é o resultado destas escolhas e desta afetação, explicáveis e inexplicáveis.

Preparar o cirurgião-dentista para atuar em Atenção Primária à Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família, demanda o desenho de um novo contorno para a Saúde Bucal, cujo limite vá “além do céu da boca”. As RMS representam, hoje, a condição de ultrapassar a divisão prática/teoria, ou ainda vida/ciência. Elas se propõem a estabelecer um território onde a sensação de desamparo em que o profissional de saúde pode se ver imerso – fruto de uma série de lacunas em sua formação – encontra a guarida necessária para que as perguntas abertas pela prática não sejam silenciadas pela resposta facilitada das técnicas.

A estrutura física e os processos de ensino-aprendizagem, oferecidos pelas Unidades de Saúde/Escola, influenciam no perfil do egresso das RMS. Preparar o cirurgião-dentista para atuar em Atenção Primária à Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família, pressupõe fornecer ferramentas para que o mesmo possa dar conta de questões objetivas e subjetivas do processo saúde-doença.

Entre os saberes e práticas compartilhadas nas RMS destacam-se a interdisciplinaridade vivida na abordagem do processo saúde-doença e a possibilidade de desenhar itinerários terapêuticos que levam em consideração fragmentos do tempo e espaço vivenciados pelos sujeitos. Esta prática, contestadora da lógica de poder na qual uma instância se impõe sobre a outra, favorece o entrelaçamento de todos os atores mostrando-se, portanto, um campo fértil para o nascer de processos cuidadores.

Ainda, as informações produzidas permitem apontar que, se não houver uma estrutura adequada ao exercício do acolher, a realização de práticas integrais em saúde fica comprometida, bem como, se não houver no processo de trabalho espaço para escuta, se esta

não for considerada como parte do itinerário terapêutico, de nada valerá uma estrutura adequada. Permito-me reforçar a interdependência entre os elementos descritos anteriormente e a formação dos profissionais, pois de nada valerá uma estrutura adequada e processos de trabalho cuidadores se os profissionais não estiverem preparados para trabalhar sob a óptica da integralidade.

Práticas integrais em saúde propõem o encontro, o acolhimento do outro em todas as suas dimensões, respeitando o tempo e espaço vividos, respeitando as diferenças.

8. ANEXOS

APÊNDICE I – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

DIMENSÃO: ESTRUTURA					
DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	RESULTADO
		NUMERADOR	DENOMINADOR		
Consultórios Odontológicos	<p>Numerador: Número de Unidades de Saúde com consultórios odontológicos disponíveis, que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem CD.</p> <p>Denominador: Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem CD. Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de Unidades de Saúde com consultórios odontológicos disponíveis, que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem CD.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem CD.</p>	RIS/ESP		
			RIS/GHC		
Sala Multiuso	<p>Numerador: Número de Unidades de Saúde com Salas Multiuso disponíveis, que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem CD.</p> <p>Denominador: Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem CD. Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de Unidades de Saúde com Salas Multiuso disponíveis, que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem CD.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem CD.</p>	RIS/ESP		
			RIS/GHC		
Formação dos Preceptores	<p>Numerador: Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.</p> <p>Denominador: Número de Preceptores, da Saúde Bucal. Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de preceptores, da Saúde Bucal.</p>	RIS/ESP		
			RIS/GHC		

DIMENSÃO: PROCESSO					
DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	RESULTADO
		NUMERADOR	DENOMINADOR		
Participação em ações interdisciplinares	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas à discussão interdisciplinar. Denominador: Número de horas /aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	Número de horas /aula semanais dedicadas à discussão interdisciplinar $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.	RIS/ESP		
			RIS/GHC		
Atendimento Clínico	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas ao atendimento clínico odontológico. Denominador: Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	Número de horas /aula semanais dedicadas ao atendimento clínico odontológico $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.	RIS/ESP		
			RIS/GHC		
Participação no Controle Social	O projeto de ensino descreve como parte integrante da formação, a participação do residente nos Conselhos Locais de Saúde, ou ainda nos Conselhos Municipais ou Estadual de Saúde. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	$\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$	RIS/ESP		
			RIS/GHC		
Participação em ações de Núcleo de Formação (Saúde Bucal)	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas às atividades de Núcleo de Formação. Denominador: Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	Número de horas /aula semanais dedicadas às atividades de Núcleo de Formação $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.	RIS/ESP		
			RIS/GHC		

DIMENSÃO: RESULTADO

DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	RESULTADO
		NUMERADOR	DENOMINADOR		
Campanhas (Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Vacinação etc.)	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Campanhas realizadas pelas Unidades de Saúde onde o CD realizou a residência. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		RIS/ESP	
				RIS/GHC	
Grupos Educativos	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Grupos Educativos realizados pela Unidade de Saúde onde o CD realizou a residência. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		RIS/ESP	
				RIS/GHC	
Visitas Domiciliares	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Visitas Domiciliares interdisciplinares. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		RIS/ESP	
				RIS/GHC	
Abordagem Familiar	O projeto de ensino descreve ações realizadas pela Saúde Bucal cuja ótica seja a abordagem familiar. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		RIS/ESP	
				RIS/GHC	

APÊNDICE II – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

I- Questões Sociodemográficas:

Data da coleta de dados: _____

Número de identificação do entrevistado: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Etnia: _____

Egresso: () Centro de Saúde Escola Murialdo () Grupo Hospitalar Conceição

Ano de Término da Residência: () 2006 () 2007 () 2008

Local de Trabalho: () APS / UBS () APS / Gestão

Gestão Local: () Municipal () Estadual () Federal

Localização Local de Trabalho: () POA () Região Metropolitana () Interior

Cidade de Atuação: _____

Vínculo: () Concurso Público

() CLT

() Contrato Administrativo

() Remuneração por hora de trabalho (Autônomo)

Renda (neste vínculo): () Até 5 salários mínimos

() Entre 5 a 10 salários mínimos

() Mais de 10 salários mínimos

Carga Horária Semanal: () 20 HS () 30 HS () 40 HS

II- Roteiro para Entrevista Semiestruturada:

1- Descreva seu cotidiano de trabalho.

- *Discutir sobre a disponibilidade de horários adequados para a realização de consultas.*
- *Referenciar o tipo de consulta realizada: emergencial, programática, prioritária, ou todas.*
- *Há espaço físico adequado?*
- *A atenção à Saúde Bucal é prestada por equipe de Saúde Bucal?*
- *Quais ações estão sendo estruturadas para o futuro?*

2- Qual a grade semanal de ações a serem realizadas?

- *Constam ações programáticas no seu local de trabalho?*

3- É possível estabelecer um sistema de referencia e contrarreferência no cotidiano do seu local de trabalho?

- *Referenciar a existência de entraves institucionais na busca de ações integradas.*

4- Qual o papel do CD no planejamento das ações de Saúde Bucal?

- *Há possibilidade de desenvolver ações preventivas e curativas?*
- *Há possibilidade de desenvolver ações individuais e coletivas?*

5- Na construção do planejamento terapêutico, qual o papel da comunidade/ paciente e do CD?

- *Como são escolhidas as necessidades de saúde da população?*

6- Qual o papel da Residência Multiprofissional em Saúde na tua prática cotidiano?

- * Nas relações com a comunidade?*
- *Nas relações com a equipe?*
- *Nas relações com o paciente?*

7- Quais as possibilidades ou limites para realizar o trabalho em APS sob a ótica da Integralidade em seu local de trabalho?

- *Cite exemplos de sua prática que possam ser considerados integrados.*
- *Por que as considera práticas integradas?*
- *O que entende por Integralidade?*

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROFISSIONAIS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é desenvolvida pela odontóloga Adriana Zanon Moschen, aluna do Mestrado Profissional em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pela Profª. Drª. Margarita Silva Diercks e coorientada pela Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, tendo como título *A Integralidade sob a ótica da alteridade: Possibilidades e limites de sua incorporação na Atenção Primária à Saúde por cirurgiões-dentistas egressos de Programas de Residência Multiprofissional - Porto Alegre/RS*. Seu objetivo é analisar as dificuldades, limites e/ou possibilidades da incorporação do atributo da Integralidade ao processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS) de cirurgiões-dentistas que concluíram sua formação em Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) a partir de 2006 em Porto Alegre.

Para a elaboração da pesquisa será necessária a realização de:

1. Coleta de dados documentais buscando dados sobre a estrutura curricular do processo de ensino e aprendizagem nas duas instituições que oferecem a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde para odontólogos, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul / Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e o Grupo Hospitalar Conceição;

2. Aplicação de um questionário sociodemográfico que permitirá elaborar um perfil dos cirurgiões-dentistas egressos das RMS do Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e do Grupo Hospitalar Conceição, bem como delinear a trajetória percorrida no cenário pós-residência por eles. O questionário será aplicado no local de trabalho de cada entrevistado/a em conjunto com a realização da entrevista semiestruturada;

3. Aplicação de uma entrevista semiestruturada na qual serão abordados temas sobre o contexto político, a gestão do sistema e a efetividade das práticas e de que forma estes se colocam como limitantes ou facilitadores da incorporação da Integralidade nas práticas de Saúde Bucal em APS. Ocorrerá no local de trabalho de cada entrevistado/a, sendo gravada em áudio e transcrita na íntegra.

4. Prática observacional sistematizada cujo roteiro abordará os pontos-chave do encontro entre o cirurgião-dentista, o paciente e a Integralidade. Serão observadas as Relações Institucionais estabelecidas entre cirurgião-dentista / poder público, cirurgião-dentista / equipe interdisciplinar, cirurgião-dentista / comunidade, cirurgião-dentista / usuário; os Processos de Trabalho que orientam a prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde, entre eles reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades educativas; e, por fim, a Estrutura disponível para o desenvolvimento das ações (Unidade de Saúde, consultório odontológico). A prática observacional será realizada no local de trabalho de cada entrevistado/a pela pesquisadora, resultando em um registro descritivo conforme roteiro.

O conjunto das etapas da prática observacional sistematizada, aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada terá duração prevista de quatro horas.

Será assegurado ao participante desta pesquisa que:

1. Os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes ou qualquer dado pessoal dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado;

2. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o/a participante assim o decidir, sem que isto implique em nenhum prejuízo para si;

3. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o/a participante e a outra com a pesquisadora.

Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (CEP/HNSC), tendo como Coordenador o senhor Vitto Giancristoforo dos Santos. O CEP/HNSC encontra-se na Rua Francisco Trein, 596 - 3º andar - Bloco H - Telefone 3357 2407.

Após ter sido informado dos objetivos e métodos desta pesquisa e ter esclarecido minhas dúvidas, eu _____ concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei contatar com a pesquisadora Adriana Zanon Moschen, com sua orientadora Profª. Drª Margarita Silva Diercks ou sua coorientadora Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, nos endereços abaixo descritos.

_____, _____, de _____ de 2009.

Nome da/o Participante

Assinatura da/o Participante

Aluna pesquisadora Adriana Zanon Moschen

Professora Orientadora
Profª. Drª. Margarita Silva Diercks

Professora Coorientadora
Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo

Endereços para Contato:

Pesquisadora: Adriana Zanon Moschen, telefone (51) 9311 7495, e-mail adrizm@ibest.com.br e endereço institucional do mestrado Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar, POA/RS.

Orientadora: Profª. Drª. Margarita Silva Diercks, telefone (51) 3357 2546, e-mail dmargarita@ghc.com.br e endereço profissional:GHC - Serviço de Saúde Comunitária HNSC - Rua Francisco Trein, 596 , Mezanino- Sala 02, POA/RS .

Coorientadora: Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, telefone (51) 3357 2575, e-mail fananyr@ghc.com.br e endereço profissional: GHC – Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) – Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – Bloco H, POA/RS.

APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA USUÁRIOS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, realizada por Adriana Zanon Moschen, aluna do Mestrado Profissional em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Margarita Silva Diercks e co-orientada pela Prof^ª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, tendo como título *A Integralidade sob a ótica da alteridade: Possibilidades e limites de sua incorporação na Atenção Primária à Saúde por cirurgiões-dentistas egressos de Programas de Residência Multiprofissional - Porto Alegre/RS*.

Seu objetivo é observar como acontece o atendimento realizado pelo/a dentista aos seus pacientes. Sua autorização é necessária para observação de consultas ou atendimento em grupo com o/a dentista da sua Unidade de Saúde.

Será assegurado que:

1. Os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sempre sob sigilo, não sendo mencionados os nomes ou qualquer dado pessoal dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado;
2. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o/a participante assim o decidir, sem que isto implique em nenhum prejuízo para si;
3. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o/a participante e a outra com a pesquisadora.

Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (CEP/HNSC), tendo como Coordenador o senhor Vitto Giancristoforo dos Santos. O CEP/HNSC encontra-se na Rua Francisco Trein, 596 - 3º andar - Bloco H - Telefone 3357 2407.

Após ter sido informado sobre a pesquisa e ter esclarecido minhas dúvidas, eu _____ concordo em participar deste estudo, permitindo à pesquisadora realizar observação do meu atendimento odontológico (minha consulta com o dentista). Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Adriana Zanon Moschen, com sua orientadora Prof^ª. Dr^ª Margarita Silva Diercks ou com sua coorientadora, Prof^ª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, nos endereços abaixo descritos.

_____, _____, de _____ de 2009.

Nome da/o Participante

Assinatura da/o Participante

Nome da/o Testemunha

Assinatura da/o Testemunha

Aluna pesquisadora Adriana Zanon Moschen

Professora Orientadora
Profª. Drª. Margarita Silva Diercks

Professora Coorientadora
Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo

Endereços para Contato:

Pesquisadora: Adriana Zanon Moschen, telefone (51) 9311 7495, e-mail adrizm@ibest.com.br e endereço institucional do mestrado Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar, POA/RS.

Orientadora: Profª. Drª. Margarita Silva Diercks, telefone (51) 3357 2546, e-mail dmargarita@ghc.com.br e endereço GHC - Serviço de Saúde Comunitária HNSC - Rua Francisco Trein, 596 , Mezanino- Sala 02, POA/RS .

Coorientadora: Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, telefone (51) 3357 2575, e-mail fananyr@ghc.com.br e endereço profissional: GHC – Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) – Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – Bloco H, POA/RS.

APÊNDICE V – APROVAÇÃO NO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO NO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição mediante o Parecer N° CEP/GHC: 076/09, FR: 267508, em 24 de Julho de 2009.

APÊNDICE VI – PROJETO DE PESQUISA



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós Graduação em Epidemiologia
e Grupo Hospitalar Conceição



PROJETO DE PESQUISA

A Integralidade sob a ótica da alteridade: Possibilidades e limites de sua incorporação na Atenção Primária à Saúde por cirurgiões-dentistas egressos de Programas de Residência Multiprofissional - Porto Alegre/RS

Aluna: Adriana Zanon Moschen

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margarita Silva Diercks

Coorientadora: Prof.^a Mes. Ananyr Porto Fajardo

Porto Alegre, 01 de junho de 2009.

“... É que narciso acha feio o que não é espelho
E a mente apavora que ainda não é mesmo velho
... E foste um difícil começo
Afasto o que não conheço...”

Caetano Veloso

SUMÁRIO

1. Introdução.....	04
2. Fundamentação teórica.....	08
3. Justificativa.....	20
4. Objetivos.....	22
5. Metodologia.....	23
6. Considerações éticas.....	36
7. Divulgação dos resultados ou encaminhamentos.....	37
8. Orçamento.....	38
9. Cronograma.....	39
10. Referências.....	40
11. Apêndices.....	44
I - Formulário para Coleta de Dados Documentais.	
II - Prática Observacional Sistematizada	
III - Questionário Sociodemográfico e Entrevista Semiestruturada	
IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais	
V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários	

1. INTRODUÇÃO

As ciências em saúde evoluíram muito na perspectiva dos objetos (tecnologias) e muito pouco na perspectiva do sujeito. Segundo Saito (2008) transcender o paradigma de formação e ensino voltado para a doença requer, no mínimo, a consciência de que ele já não reconhece todos os determinantes para o processo saúde-doença. Entre as principais inconsistências está aquela relacionada à desconsideração do sujeito.

A construção histórica do processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da área da saúde vem, ao longo dos anos, sofrendo grandes transformações influenciadas por questões culturais e pelos movimentos sociais (Narvai, 1999).

Uma concepção conservadora e utilitária marcou os olhares e estudos dirigidos ao corpo ao longo do século XVIII e por todo o século XIX. É este corpo, considerado instrumento de produção, que passou a ser rigorosamente observado e organizado à luz da ciência. O conhecimento sobre o “corpo objeto” permitiu evidenciar a história natural do mesmo, desvinculando o processo saúde-doença das questões religiosas. Este processo, apesar de libertador, limitou o entendimento do corpo, não levando em consideração as emoções, relações e autorias vinculadas a uma vida coletiva e em sociedade (Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006).

Durante o século XX a educação dos profissionais da área da saúde privilegiou o paradigma biologicista, da anatomoclínica e da fisiopatologia, que colocou em relevo os hospitais como centro da doença e da cura, sendo o local “melhor indicado” para formação dos profissionais de saúde. É nesta tradição que se pautou a agenda tecno-científica da educação dos profissionais de saúde ratificada pelo Relatório Flexner e toda sua carga hegemônica de atenção hospitalar, medicocentrada e especializada.

Durante a década de 1960 ficou evidenciado um movimento mundial que apontava a formação profissional como estratégia para a transformação das práticas em saúde cujo objetivo principal era o deslocamento do olhar para a doença em direção à saúde. O objetivo dos cursos de graduação e o trabalho esperado destes novos profissionais era o de atender às necessidades de saúde de uma população em todas as suas dimensões individuais e coletivas. Neste período, uma reforma educacional introduziu a abertura de departamentos de Saúde Pública nos cursos de graduação da área da saúde, especialmente nos de medicina, enfermagem e odontologia. No Brasil vivíamos o auge da ditadura, que imprimiu inúmeras

restrições a este processo, estando as noções de corpo, saúde, doença e terapêutica profundamente dominadas pelo pensamento militar (Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006).

Na década de 1980 posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais vigentes reivindicaram novas experiências assistenciais e educacionais cujo cerne seria a integração ensino-serviço. Este movimento foi fomentado pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, pela Nova Constituição e pela Reforma Sanitária (Narvai e Frazão, 2008).

Infelizmente, as reformas universitárias que partiram deste cenário levaram muito mais em conta os aspectos internos às instituições de ensino do que a formação de um profissional preparado para acompanhar os movimentos de transformação no interior dos sistemas empregadores. Este processo foi caracterizado pela dissociação de racionalidades com prejuízo aos usuários, seja no âmbito individual ou coletivo (Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006).

Ao longo da década de 1990 os projetos *UNI (Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde: união com a comunidade)* e *IDA (Projeto de Integração Docente-Assistencial)*, abriram caminhos para a saúde pública comunitária e participativa, trazendo materialidade e história à área de ensino em saúde no sentido da integração ensino-serviço. A necessidade de ultrapassar uma profissão e um departamento, de instituir a multiprofissionalidade, de dar lugar aos usuários, bem como a necessidade de ampliar a interação com o sistema de saúde caracterizou os novos rumos (Campos et al., 2006).

Como forma de dar conta da necessidade da formação de profissionais de saúde capazes de se reposicionarem na elaboração e condução de um plano comum de cuidados e na definição dos limites de atuação e intervenção técnica, considerando a **Integralidade** do “corpo sujeito”, surgiram as Residências Multiprofissionais em Saúde (Simoni, 2007).

O objetivo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) é desenvolver profissionais, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, a partir da inserção dos mesmos em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção integral, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Stepke, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando as Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil desde 2002. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e

Educação na Saúde na estrutura do MS, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004).

A odontologia compõe o universo das Residências Multiprofissionais em Saúde buscando a Integralidade das ações definida nesta modalidade de ensino.

Estabelecer na relação do cirurgião-dentista com o usuário o deslocamento de uma posição de neutralidade frente “ao outro”, caracterizada por uma prática de intervenção em um “corpo objeto”, para uma posição de significância ética de “ser para o outro” se torna fundamental na busca da Integralidade das ações.

“O outro”, então, se apresenta com uma gama de possibilidades dentro de uma realidade individual e coletiva complexa. Este novo cenário exige, por parte da Equipe de Saúde Bucal, uma visão integral desse sujeito. Esta nova postura implica em compreender o usuário de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) nas suas múltiplas dimensões subjetivas, objetivas, familiares, de trabalho, sociais, ou seja, um ser não mais passível de dominação, agora um “corpo sujeito” (Botazzo, 1998).

A questão que se coloca em relevo é a atuação de profissionais de Saúde Bucal capazes de se reposicionarem frente às dificuldades, limites e ou possibilidades da incorporação do atributo da Integralidade no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O Contexto: Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma substantiva nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) neste processo. Porém, o desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país (Mendes, 2002).

A expansão e a qualificação da APS organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) compõem, desde 1994, parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de abordagem de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios delimitados e com necessidades socioepidemiologicamente definidas, pelos quais assumem responsabilidade. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, Integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (Brasil, 2004; Brasil, 2007).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas por estas equipes (Brasil, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. A fragmentação é coerente com o paradigma *flexneriano*, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde (Brasil, 2007).

A responsabilidade pelo acompanhamento compartilhado das famílias pontua para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites do atendimento à doença, colocando em xeque

a autoridade biomédica que, por muitos anos, se transformou em pretensa autoridade moral e este valor, moral, em potencial prescrição. São aspectos como estes que os atributos da APS contemplam ou buscam atender.

Um dos pontos-chave e, talvez, o mais importante como componente estrutural da APS refere-se aos trabalhadores que formarão as equipes assistenciais. Este desafio inicia-se na gestão nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS. Este grupo de desafios tem raízes no processo de formação dos profissionais que, apesar dos esforços de mudança consequentes em especial à expansão da ESF, persiste distante das necessidades do SUS, de integração de conhecimentos clínicos à saúde coletiva, e dos atributos da APS (Brasil, 2007).

2.2. Atenção Primária à Saúde e as Mudanças Curriculares na Graduação de Odontologia

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, anunciou oficialmente a incorporação de “profissionais de Saúde Bucal” à Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2000). A inserção da odontologia poderia ocorrer de duas formas, com variações do incentivo financeiro aos municípios: Modalidade I, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e a Modalidade II, composta por um Cirurgião-Dentista, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB) (Narvai e Frazão, 2008).

Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde a atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Além das funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seus conhecimentos, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, de forma integral, atenta ao contexto cultural, social e econômico no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a ser construído para a reorientação do processo de trabalho odontológico. Caracteriza-se por um desafio na mudança do modelo de atenção, tradicionalmente centrado no indivíduo e na doença, para uma abordagem integral do sujeito

inserido em seu contexto familiar, comunitário e social e para a própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Dessa forma, o cuidado em Saúde Bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços. Dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial, passou a ser um desafio (Brasil, 2004). A formação eminentemente técnica e voltada para o mercado privado do cirurgião-dentista não contribuiu para subsidiar o serviço público com profissionais preparados, com conhecimento da realidade social e necessidades de saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde (Pontes, 2007). O Rio Grande do Sul é o estado da Região Sul com a menor relação entre cirurgiões-dentistas e pessoal auxiliar (TSB e ASB); a proporção é de 4 CDs para 1 ASB/TSB, enquanto no Paraná e Santa Catarina esta relação é de 2 CDs para 1 ASB/TSB.

Pelos motivos expostos alguns importantes movimentos políticos buscam normatizar e tornar o ensino em Saúde Bucal mais próximo das necessidades de saúde da população. O início da década de 2000 trouxe novidades à educação nacional, determinando a ruptura de um currículo mínimo para os cursos de graduação em saúde. Como cerne deste movimento encontrava-se uma formação profissional em saúde que contemplasse o trabalho em equipe e a atenção integral.

Em 2004 foi apresentado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o AprenderSUS. Esta iniciativa foi a primeira política do SUS, deliberada no Conselho Nacional de Saúde, voltada para a educação universitária. Versa sobre a orientação dos cursos a partir da tematização da Integralidade em saúde, implementação de experiências de trabalho em equipe, apropriação dos princípios e diretrizes do SUS, apoio à pesquisa, mobilização e divulgação de experiências nacionais, entre outras. Muito embora ainda não se possam registrar os efeitos de uma política deste porte em pouco tempo de vigência, vale a pena destacar os esforços em busca de um novo ordenamento de formação (Campos et al., 2006).

Um outro eixo, ou caminho da mudança, na formação dos profissionais da saúde é o Pró-Saúde, lançado em 2005 pelo governo federal e incorporado por Faculdades de Medicina, Enfermagem e também de Odontologia (Campos et al., 2006).

O Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – tem por objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária, promovendo transformação no processo de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem de prestação de serviço à população. Como ação, promove a integração, desde os primeiros semestres do curso, entre acadêmicos e professores com os profissionais integrantes da rede de serviços de saúde municipais, especialmente os locais onde há Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ou sem Equipe de Saúde Bucal. Dessa forma, o projeto contribui para adequação do currículo do Curso de Odontologia, aproximando a Universidade da realidade do SUS, oportunizando o desenvolvimento das atividades em uma comunidade que reflete a realidade da população brasileira; além disso, proporciona atendimento clínico-odontológico a uma população com necessidades sociais concretas e com difícil acesso à assistência odontológica. Entre as universidades inscritas e selecionadas para participar do Pró-Saúde encontram-se cinco instituições gaúchas; entre estas, apenas a Universidade Federal do Rio Grandes do Sul e a Universidade de Santa Cruz do Sul incorporaram ao projeto a Faculdade de Odontologia (Brasil, 2005).

Diante deste contexto de transformação da formação dos cirurgiões-dentistas acreditamos que estamos vivendo um momento de transição paradigmática. Há a sensação e a necessidade de que algo precisa ser mudado e/ou acrescentado na atual formação em Odontologia, de modo que os futuros profissionais possam atuar desenvolvendo ações coletivas em saúde (Lucietto, 2005).

Esta nova concepção implica em mudanças no sujeito do trabalho odontológico, pois o cirurgião-dentista cede lugar à equipe de Saúde Bucal, o que implica na necessidade de transformação no sistema brasileiro de formação de odontólogos (Narvai, 1999).

Na evolução histórica o currículo de odontologia aponta a necessidade de um dentista generalista, mas com paradoxal valorização das ciências biológicas e do tecnicismo em detrimento da formação social, por meio de diversas reformas condicionadas por processos políticos e sociais, envolvendo diferentes organizações e instituições da sociedade (Silveira, 2004).

A Saúde Bucal coletiva é um movimento contra-hegemônico que luta por sua legitimação como política pública de saúde e como fundamento político-filosófico dos cursos de formação em odontologia (Figueiredo, 2002).

O fato é que, frequentemente, os estudantes não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso. Além de dominar os processos lógicos de construção dos “saberes profissionais” e os meios, técnicas e métodos de produção do conhecimento científico que fundamentam e orientam cada atuação profissional, é necessário que o estudante saiba mobilizar em saberes e práticas esses conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora (Carvalho e Ceccim, 2006).

Para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento tecnológico, mas também de conhecimentos humanísticos e sociais relativos ao processo de cuidar e desenvolver projetos terapêuticos singulares. O aprender a cuidar é dinâmico e imprevisível. A responsabilidade de cuidar exige uma reavaliação constante do profissional para que tenha condições de atender às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e profissional. O profissional do século XXI deve ser preparado para enfrentar essas novas mudanças; deve saber fazer e refazer soluções (Pinheiro e Mattos, 2007).

O corpo como sede de emoções e vivência não pode ser visto como um corpo mecânico de uma biologia invariante, a saúde como expressão do andar a vida não pode ser substituída por uma normalidade pertencente às ciências naturais. A clínica se desprende da racionalidade científica moderna para reconhecer-se como campo de reprodução de conhecimento e de intervenção profissional interdisciplinar construído por profissionais de diferentes origens, áreas e níveis de formação, com diferentes perspectivas e formulações sobre as necessidades em saúde (Moraes, 2007).

Neste sentido, o Pró-Saúde tem como objetivo materializar a mudança na formação universitária dos profissionais da área da saúde, entre eles o cirurgião-dentista. Esta formação teria como princípios norteadores aqueles que sustentarão a sua prática futura no SUS e na APS. Nesse contexto o trabalho em equipe é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os seus integrantes e destes com o saber popular. A atuação ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências multiprofissionais em saúde e junto à comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de vulnerabilidade aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde e, ainda, por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercerem o controle social das ações e

serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (Brasil, 2004). Todos os aspectos ora citados dão corpo e forma aos princípios dos SUS: a universalidade, a equidade, a Integralidade e a participação social.

Para o trabalho em APS não basta um profissional com a práxis orientada pelos princípios do SUS; é necessário mais, pois o mesmo também deve incorporar, em sua prática cotidiana, os atributos que dão corpo e forma à APS. Entre eles destacamos: territorialidade, primeiro contato, longitudinalidade, Integralidade e coordenação do cuidado, assim como os não exclusivos: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Todos estes atributos estão interrelacionados e a concretização destes na realidade cotidiana das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no seu território de abrangência, evidenciam uma APS de qualidade (Starfield, 2004).

Entre os atributos fundamentais na formação e práxis da Equipe de Saúde Bucal apontamos a *Integralidade* como um dos aspectos-chave a ser mais bem compreendidos no que se refere às dificuldades, limites e/ou possibilidades de sua incorporação no processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde.

Segundo Moraes (2007) há pelo menos dois cenários para o desenho tecnoassistencial da Integralidade: o primeiro, da estrutura e organização dos serviços, tais como a disponibilidade, a oferta e os modos de articulação entre instâncias; e o segundo, dos processos de trabalho cuidadores, tais como o acolhimento, a responsabilização, o desenvolvimento de autonomia do outro e as redes de contato / interação. Um cartografa a rede de ações e de serviço, o outro, as práticas dos profissionais e suas inscrições pessoais em redes de conversação sobre o fazer profissional em busca da alteridade.

Dentro dos desenhos possíveis registrados em busca da Integralidade neste estudo daremos especial ênfase às questões que nos remetam à busca da alteridade por parte das Equipes de Saúde Bucal em sua prática em APS. Alteridade aqui é compreendida como o encontro no qual se estabelece a tentativa de saída de uma condição impessoal para a condição de fazer sentido em uma relação com a Saúde Bucal em busca do que há de mais singular no seu contexto de atuação, do compromisso de um para com o outro e na corresponsabilidade pelas ações (Pinheiro e Mattos, 2008).

Para Moraes (2007), no contexto atual, o encontro entre um profissional de saúde e um indivíduo que necessita ser cuidado é, na maioria das vezes, conduzido através de um conjunto de paradigmas “biologicistas”. Estes momentos são resolvidos, na odontologia, de uma maneira eminentemente técnica: exame clínico, restaurações e exodontias, afinal, a “boca está doente”. Mas este encontro também deveria englobar outros fatores relevantes que precisam ser considerados no cenário de saúde: o acesso aos serviços, o conhecimento sobre o processo saúde-doença e a possibilidade e capacidade da auto-intervenção. Levar o todo em consideração, respeitando as possibilidades e limites do “corpo sujeito” e incorporando os eventos de vida como sendo significativos possibilita a construção de um caminho sólido em busca de uma vida saudável e não apenas de uma “boca sem doença” (Botazzo, 2006).

2.3. Residência Multiprofissional em Saúde

A odontologia, apesar de ser uma profissão da área da saúde e vista por muitos como uma especialidade médica, transita com dificuldade em meio às outras clínicas. Sua formação acadêmica especializada, focada no corpo objeto, produz um discurso que não raro se serve de uma linguagem tão específica que a impede de se pronunciar sobre problemas sociais que julga permanentemente não serem seus (Botazzo, 2000).

A formação acadêmica tradicional em odontologia possibilita uma posição de neutralidade frente ao outro, uma atuação sobre um corpo objeto formado por uma boca “disciplinada”. Ao “fecharmos a porta” do consultório damos conta do desajuste pontual da boca, ora indisciplinada, utilizando as mais modernas e assertivas técnicas que a conduzam a uma posição de normalidade social. A construção ética de uma relação de vir a ser para outro, a intervenção sobre um corpo sujeito composto por uma boca produtora de subjetividade são questões eminentes e cotidianas de um profissional que optar por atuar em Atenção Primária à Saúde. Ao “abrir a porta” de seu consultório o cirurgião-dentista se depara com o todo em que seu paciente habita, com a gama de possibilidades produtoras de uma boca que emana prazer, dor, querer... Não mais será possível eximir-se do seu papel nesta construção (Botazzo, 2006).

A impossibilidade de subestimação dos fatores externos à boca, principalmente aqueles determinados ou potencializados pela sociedade, descortina um mundo novo. Mas como dar conta destas novas construções, uma vez que as ferramentas não são disponibilizadas nos cursos de graduação e que a instituição formadora não favorece o reconhecimento do que o futuro profissional traz nem facilita a valorização de sua própria vivência e cultura?

A Lei n° 8080 de 1990, nos seus Artigos 6° e 14°, determina que a formação de trabalhadores ocupe papel estratégico na condução das políticas de saúde e estabelece a responsabilidade dos gestores do Sistema Único de Saúde de exercerem, em seu âmbito administrativo, o ordenamento da formação de recursos humanos da área, bem como a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do SUS na esfera correspondente. Ao Estado, em seu âmbito administrativo, compete a participação na formulação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Brasil, 1990).

Neste sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi criada no estado pela Portaria SES/RS n.º 16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual n.º 11.789, de 17 de maio de 2002 . Estabelecem a integração dos Programas de Residência Integrada Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especializações em outras áreas), tendo o seu início em 1999 na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Este novo cenário teve sua montagem no Centro de Saúde-Escola Murialdo, que desde 1976 já realizava a Residência em Saúde Comunitária, caracterizando-se como o principal centro formador de sanitaristas da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, 1999).

Compondo esta história outras unidades públicas também instituíram a formação multiprofissional; em destaque encontra-se o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A Residência Multiprofissional em Saúde foi implantada no GHC a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde em junho de 2004, tendo sido denominada de “Residência Integrada em Saúde”. Foi instituída pela Portaria GHC n°109/04 expedida em 31 de março de 2004 como modalidade de ensino de pós-graduação multiprofissional (Grupo Hospitalar Conceição, 2004).

As Residências Multiprofissionais em Saúde refletem a busca do compartilhamento dos saberes, propõem o rompimento com o “especialismo” e a hegemonia da tecnociência para a apreensão do real e privilegiam o estabelecimento de planos de trabalho “inter/transdisciplinares” que possibilitem a experiência de uma abertura recíproca para troca sistemática e contínua de conhecimento.

É neste contexto que a prestação de atenção à Saúde Bucal voltada ao corpo sujeito busca guarida e protagonismo. A acolhida da Residência Multiprofissional em Saúde para com a odontologia possibilita propor uma agregação de outras bases de produção de conhecimento por meio do compartilhamento de saberes das ciências sociais e humanas à

temática de formação em saúde, desestabilizando conceitos rígidos e produzindo novas práticas de atenção à saúde (Brasil, 2006).

As visões prático-utilitárias e técnico-científicas, embora úteis, pois permitem orientar-nos frente aos fatos e redesenhá-los, são visões fragmentadas da odontologia cuja análise considera simplesmente as estruturas anátomofuncionais de um modelo de ciência que dividiu corpo e mente. A fragmentação do homem em muitas parcelas de um corpo humano, transformando a boca em um apêndice de um organismo compreendido como estrutura mecânica, é incapaz de absorver os elementos sociais das doenças bucais. É necessário entendermos as perdas dentárias como um reflexo das impossibilidades e perdas sociais existentes em nosso país. Para tanto, é imprescindível uma maior participação dos profissionais de formação e trabalho em saúde identificando novas territorialidades no processo educação-saúde-trabalho. Reconhecer uma nova rede de cuidados e seus atravessamentos, identificando as múltiplas dimensões econômicas, sociais, históricas e subjetivas do adoecer, tem sido o objeto de intervenção das Residências Multiprofissionais em Saúde.

É preciso mais que a ciência cartesiana para compreender a produção da subjetividade da boca, que se insere em um corpo sujeito, que por sua vez habita um universo de possibilidades. O estudo dos dentes e da boca como órgãos funcionais e naturalmente dispostos escondem uma trama de desejos e sentimentos (Botazzo, 2006).

A possibilidade de busca de uma nova perspectiva para a Saúde Bucal poderia simbolicamente ser representada por uma metamorfose. Um cirurgião-dentista que busca, em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde, ferramentas para incorporar em suas atividades cotidianas os atributos da APS encontra-se em processo de transformação. Nesta perspectiva não se referencia apenas o conhecimento absoluto técnico assistencial do cirurgião-dentista, o que também o tornaria um objeto do “atendimento odontológico”, mas se coloca em relevo a alteridade deste percurso, onde a apropriação seria condição de uma nova experiência, pois este processo sempre traz uma medida de criação. O que nos interessa sublinhar é que, na busca de novos saberes, um novo caminho será construído e, como em um movimento de torção, o dentro e o fora, o cirurgião-dentista e o paciente serão atravessados pela alteridade na construção de um novo caminho onde ambos serão corresponsáveis (Simoni, 2007).

O que dará cor e sabor, o que fará a diferença neste processo de apropriação, no desenho a muitas mãos deste novo caminho, será a perspectiva de uma construção conjunta de

uma Saúde Bucal cuja lente “captadora” seja capaz de acolher componentes singulares em que se inscrevem as demandas em saúde. Este novo caminhar será capaz de alicerçar os atributos da APS, dando guarida também às questões socioculturais, em uma perspectiva *integral* das ações, bem como dará conta do andar-a-vida (Canguilhem, 2006) do individual e coletivo primando pela *longitudinalidade* das relações, *coordenando os cuidados* de um ser não somente biológico, mas um todo, indivisível, biopsicossocial. O *primeiro contato* com o outro neste novo caminho que se descortina construirá uma relação matricial onde “eu acolho, mas também sou acolhido”.

3. JUSTIFICATIVA

A colocação em prática, no universo cotidiano das atividades de atenção à Saúde Bucal, dos princípios da Atenção Primária à Saúde, em especial o da Integralidade, incorporados na formação complementar, é uma discussão que ultrapassa os limites da odontologia. É requisitada uma análise política, social e cultural do contexto onde paciente e cirurgião-dentista estejam inseridos.

Acredito que historicamente estamos nos tornado mais pobres em experiências compartilhadas, na valorização dos encontros e na busca do que há de singular nas relações, e nos fazendo reféns do tecnicismo.

É necessário o desenho de um novo contorno para a Saúde Bucal, cujo limite, para utilizar uma expressão odontológica, vá “além do céu da boca”. Uma intervenção em Saúde Bucal que não considere a subjetividade do corpo sujeito está fadada a dar conta apenas dos sinais e sintomas e não do processo saúde-doença em seu sentido mais amplo, ficando, portanto, impossibilitada de contribuir para o deslocamento do olhar para a doença em direção à saúde.

Trabalhar integralmente com um corpo sujeito, que demanda intervenção por ser portador de um tensionamento individual ou coletivo, independente da presença ou ausência de uma classificação diagnóstica flexneriana, não é tarefa fácil para os cirurgiões-dentistas egressos dos cursos de graduação vigentes em nosso país. Não somos preparados para o encontro na abordagem integral.

Como vimos na fundamentação teórica, é senso comum que os cursos de graduação estão ainda em uma fase incipiente do processo de construção de um conceito de saúde-doença ampliado. Mas então como este cirurgião-dentista, egresso destes cursos, poderá dar conta de valorar o patrimônio sociocultural do corpo sujeito? Como dará conta da influência dessa construção no processo saúde-doença? Como irá lidar com elementos subjetivos que tangenciam este processo?

Sabemos que sistemas de saúde organizados através de um conjunto de pontos de atenção à saúde muitas vezes escondem, sob a forma de racionalizações elevadas, a insegurança de profissionais de se colocarem integralmente na linha de frente dos processos de trabalho. Este quadro se torna mais grave se este cenário se descortina na Atenção Primária em Saúde, pois esta se caracteriza pela abordagem integral do corpo sujeito, primando pela longitudinalidade dos encontros e pela coordenação de cuidados.

Sem o preparo adequado para agir frente à operacionalização dos atributos que sustentam a APS o cirurgião-dentista busca reforço nas Residências Multiprofissionais em Saúde. Seus projetos político-pedagógicos expressam o objetivo de formar sujeitos com capacidade de compreender e significar os desafios de implementar ações capazes de dar conta das necessidades individuais e coletivas e constituírem atores de uma permanente construção do saber (Stepke, 2006).

O presente trabalho busca analisar como práticas integrais em saúde, compartilhadas nas Residências Multiprofissionais em Saúde, tomam corpo e forma em um cenário cotidiano de trabalho na Atenção Primária à Saúde / Estratégia de Saúde da Família. Pretende compreender as limitações ou facilidades encontradas pelos egressos desta modalidade de formação em serviço em implantarem uma atenção à Saúde Bucal cujo foco de atuação seja a Integralidade sob a ótica da alteridade. Em última instância, contribuir para que os cursos de graduação, que se encontram em fase de reestruturação de seus processos pedagógicos, implementem a compreensão de um conceito de saúde-doença ampliado.

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo Geral

O presente estudo se propõe a analisar as dificuldades, limites e/ou possibilidades da incorporação do atributo da Integralidade no processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), em especial, na Estratégia de Saúde da Família de cirurgiões-dentistas que concluíram sua formação em Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) a partir de 2006 em Porto Alegre / RS.

4.2. Objetivos Específicos

*Desenhar o perfil sociodemográfico do cirurgião-dentista egresso das RMS do Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e do Grupo Hospitalar Conceição, realizadas em Porto Alegre / RS;

*Analisar a influência da estrutura curricular da RMS do Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e do Grupo Hospitalar Conceição no processo de ensino e aprendizagem no que tange à formação do cirurgião-dentista para a atuação, sob a ótica da Integralidade, em APS;

*Analisar a influência do contexto político, da gestão do sistema e da efetividade das práticas, no cenário pós-residência, no que se refere aos limites ou facilidades para a incorporação da Integralidade nas práticas de Saúde Bucal em APS;

*Analisar as relações institucionais, os processos de trabalho e a estrutura disponível, no cenário pós-residência, no que se refere aos limites ou facilidades para a incorporação da Integralidade nas práticas de Saúde Bucal em APS.

5. METODOLOGIA

Dois aspectos são fundamentais quando se discute a análise da trajetória de um determinado “objeto” de pesquisa: o primeiro é fazê-lo partindo de uma abordagem quantitativa e qualitativa e o segundo é o compartilhamento, em todo o processo, dos atores envolvidos, considerando, sempre que possível, a sua perspectiva (Tanaka e Melo, 2004).

As estratégias de análise devem contemplar não apenas “características essenciais” do objeto avaliado, mas especialmente as relações de causa-efeito, incorporando, para tanto, os supostos fatores contextuais que interagem na sua formação. Nenhum fator produz efeitos isoladamente (Hartz, 2005).

Para Minayo (2007) a postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidades, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequências) são inseparáveis e interdependentes. Em torno do “objeto” aprofundam-se as reflexões em busca de compreendê-lo e explicá-lo em suas múltiplas dimensões.

O trabalho de campo, segundo Minayo, Assis e Souza (2005), permite incorporar os processos de trabalho dos objetos da análise. Para tanto, uma série de instrumentos pode possibilitar esta atuação: entrevistas estruturadas, semiestruturadas, observação, coleta de material documental e outros. Este momento do processo de avaliação possui uma profunda riqueza, pois permite a coleta e futura análise de dados primários.

5.1. Tipo de Estudo

A pesquisa em questão trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e quantitativa. Esta técnica de pesquisa favorece a compreensão de fenômenos em sua profundidade, já que a mesma é realizada através de observação direta dos acontecimentos e entrevistas com pessoas neles envolvidas (Yin, 2005).

O estudo de caso é essencialmente uma pesquisa descritiva e processual, mas, ao mesmo tempo, pode ser aliada a métodos quantitativos. No presente estudo serão abordados indicadores de estrutura, processo e resultado. O objetivo é avaliar a influência de aspectos objetivos na produção final das ações, pois acreditamos que, em um processo de análise que se propõe a considerar o objeto de intervenção como sujeito de sua história, torna-se imprescindível um olhar quantitativo e qualitativo do todo.

Nesta pesquisa pretendemos abordar, especificamente, as dificuldades, limites e/ou possibilidades da incorporação do atributo da Integralidade ao processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde de cirurgiões-dentistas que concluíram sua formação em Residência Multiprofissional em Saúde, a partir de 2006, em Porto Alegre.

5.2. População e Amostra

O número de cirurgiões-dentistas com previsão de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde no período de 2006 a 2008 era de vinte e um no Centro Saúde-Escola Murialdo e vinte e sete no Grupo Hospitalar Conceição. Da população de referência selecionaremos uma amostra intencional de acordo com os seguintes critérios:

- *Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde no período de 2006 a 2008;
- *Consentimento na participação;
- *Atuação no estado do Rio Grande do Sul;
- *Trabalho em Atenção Primária à Saúde, seja em Unidades Básicas de Saúde ou Gestão em Saúde;
- *Realização do número mínimo de horas de trabalho exigido no contrato de trabalho firmado.

A amostra será composta por quatro cirurgiões-dentistas egressos de cada um dos programas citados. Caso, após a utilização destes critérios de seleção, ainda obtivermos um número superior a oito, será realizado um sorteio simples para atingirmos este número de participantes.

Assim sendo, espera-se que os participantes do estudo sejam quatro cirurgiões-dentistas egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e quatro cirurgiões-dentistas egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) que estejam atuando em APS, seja na gestão ou em Unidade Básica.

5.3. A Coleta de Dados

As técnicas utilizadas para coleta de dados serão:

- 1- Pesquisa de dados em fontes documentais relacionadas à formação acadêmica nas Residências Multiprofissionais em Saúde do Centro Saúde Escola Murialdo e Grupo Hospitalar Conceição (APÊNDICE I);
- 2- Prática observacional sistematizada realizada no local de trabalho dos participantes deste estudo (APÊNDICE II);
- 3- Aplicação de um questionário sociodemográfico aos participantes deste estudo (APÊNDICE III);
- 4- Entrevista semiestruturada aplicada aos participantes deste estudo (APÊNDICE III).

A coleta documental buscará dados sobre a estrutura curricular do processo de ensino e aprendizagem nas duas instituições que oferecem a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde para odontólogos no estado que possam influenciar na instrumentalização do cirurgião-dentista para a atuação, sob a ótica da Integralidade, em Atenção Primária à Saúde. Esta coleta será realizada pela pesquisadora através de uma visita às instituições de ensino acima citadas, e os dados serão organizados em um formulário (APÊNDICE I).

Ainda, para que o pesquisador não se transforme em mero relator passivo, é fundamental a imersão no cotidiano, a familiaridade com os acontecimentos diários e as percepções das concepções que embasam práticas e costumes. Assim sendo, será realizada uma Prática Observacional Sistematizada. O objetivo será o de experienciar o espaço e o tempo vivido pelos entrevistados e partilhar de suas experiências, para reconstruir adequadamente o sentido que os atores sociais dão a elas (Knauth, Victora e Hassen, 2000). A prática observacional sistematizada será realizada pela pesquisadora, que fará um registro descritivo orientada por um roteiro (APÊNDICE II). O mesmo abordará os pontos-chave do encontro entre o cirurgião-dentista, o paciente e a Integralidade. Serão observadas as Relações Institucionais estabelecidas entre cirurgião-dentista / poder público, cirurgião-dentista / equipe interdisciplinar, cirurgião-dentista / comunidade, cirurgião-dentista / usuário; os Processos de Trabalho que orientam a prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde, entre eles reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades educativas; e, por fim a Estrutura disponível para o desenvolvimento das ações (Unidade de Saúde, consultório odontológico). Esta etapa da pesquisa será realizada durante visita ao local de trabalho do entrevistado e antecederá a aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada.

O questionário sociodemográfico nos permitirá desenhar um perfil do egresso das RMS do Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e do GHC, bem como ter uma ideia da trajetória percorrida no cenário pós-residência por estes cirurgiões-dentistas. Entre os temas abordados estão o vínculo trabalhista, local de trabalho, renda e carga horária. A aplicação do questionário sociodemográfico (APÊNDICE III) será realizada pela pesquisadora, no local de trabalho do entrevistado, em conjunto com a entrevista semiestruturada.

A entrevista será orientada por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE III) no qual constarão questões sobre o dispositivo de análise: a escolha pela APS e as possibilidades que se descortinam a partir desta escolha, o encontro com o paciente, o caminho desenhado a muitas mãos entre o cirurgião-dentista e o paciente em busca da Integralidade. Serão abordados o contexto político, a gestão do sistema e a efetividade das práticas e de que forma estes se colocam como limitantes ou facilitadores da incorporação da Integralidade nas práticas de Saúde Bucal em APS. A entrevista semiestruturada será realizada no local de trabalho do entrevistado, sendo seu conteúdo gravado em áudio e transcrito integralmente.

As etapas da prática observacional sistematizada, aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada terão duração prevista de quatro horas.

Será facultada ao entrevistado, em qualquer tempo, a possibilidade de desistência de participação no projeto de pesquisa, sendo o sigilo mantido em todas as fases da pesquisa.

5.4. Os Instrumentos de Pesquisa

A elaboração do instrumento para coleta de dados documentais e entrevista partiu da construção dois Marcos Lógicos: um Quantitativo, que abordou pontos de estrutura, processo e resultado sobre formação em RMS, e outro Qualitativo, que apontou questões relacionadas à prática cotidiana de trabalho em APS, ambos apresentados a seguir. Após a construção dos Marcos Lógicos seu conteúdo quantitativo foi adaptado a um formulário e o qualitativo a um roteiro para entrevista semiestruturada.

Marco lógico ou ainda Matriz Lógica é um modelo analítico para orientar a formulação, execução, acompanhamento e a avaliação de programas ou projetos. Constitui-se em uma ferramenta para facilitar o processo de concepção do acompanhamento. Seu principal objetivo é oferecer uma estrutura lógica comum, bem como possibilitar uma síntese das informações sobre o projeto (Hartz, 2005).

O objetivo de utilizar neste estudo um modelo analítico é obtermos um conjunto de indicadores que avaliem a formação do cirurgião-dentista na RMS e, assim, relacioná-los com o marco lógico qualitativo. Esperamos que a síntese e os resultados destes marcos lógicos, quantitativo e qualitativo, devam responder sobre as dificuldades, limites e/ou possibilidades da incorporação do atributo da Integralidade no processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde de cirurgiões-dentistas.

Marco Lógico Quantitativo

A coleta quantitativa se dará através de um Marco Lógico de indicadores segundo a Tríade de Donabedian (1980):

**Estrutura:* contém informações sobre os recursos físicos, humanos e materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), especificações de equipamentos e tecnologias disponíveis;

**Processo:* dirige-se às atividades realizadas pelos provedores da intervenção, incluindo-se aí os componentes técnicos e as relações pessoais;

**Resultado:* refere-se aos efeitos e aos produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos da intervenção.

Para cada componente da tríade será observado um conjunto de indicadores que melhor retrate a realidade da **formação na Residência Multiprofissional em Saúde**.

DIMENSÃO : ESTRUTURA							
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CALCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	FONTE	RESULTADO
			NUMERADOR	DENOMINADOR			
Consultórios Odontológicos	Número de consultórios odontológicos disponíveis nas Unidades de Saúde que acolhem residentes.	<p>Numerador: Número de consultórios odontológicos disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>Denominador: Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD. Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de consultórios odontológicos disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD.</p>	Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência		
				GHC			
Sala Multiuso	Número de Salas Multiuso (espaço reservado a reuniões interdisciplinares, trabalhos de educação em saúde) disponíveis nas Unidades de Saúde que acolhem residentes.	<p>Numerador: Número de Salas Multiuso disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>Denominador: Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD. Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de Salas Multiuso disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD.</p>	Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência		
				GHC			
Formação dos Preceptores	Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.	<p>Numerador: Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.</p> <p>Denominador: Número de Preceptores, da Saúde Bucal. Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de preceptores, da Saúde Bucal.</p>	Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência		
				GHC			

DIMENSÃO : PROCESSO							
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	FONTE	RESULTADO
			NUMERADOR	DENOMINADOR			
Participação em ações interdisciplinares	Existência de descrição no projeto de ensino do número de horas /aula que deverão ser dedicadas a discussões interdisciplinares :discussão de casos, reuniões de equipe, visitas domiciliares, encontros pedagógicos de campo, abordagem familiar e comunitária.	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas a discussão interdisciplinar. Denominador: Número de horas /aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	Número de horas /aula semanais dedicadas a discussão interdisciplinar _____ x100 Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		
Atendimento Clínico	Existência de descrição no projeto de ensino do número de horas /aula que deverão ser dedicadas ao atendimento clínico odontológico.	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas ao atendimento clínico odontológico. Denominador: Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	Número de horas /aula semanais dedicadas ao atendimento clínico odontológico _____ x100 Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		
Participação no Controle Social	O projeto de ensino descreve, como parte integrante da formação, a participação do residente nos Conselhos Locais de Saúde, ou ainda nos Conselhos Municipais ou Estadual de Saúde.	Contagem simples. Resultado expresso em variável categorica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		
Participação em ações de Núcleo de Formação (Saúde Bucal)	O projeto de ensino descreve, como parte integrante da formação, a participação do residente em atividades de Núcleo de Formação acompanhando discussões teóricas, métodos clínicos em sua área de formação	Numerador: Número de horas/aula semanais dedicadas as atividades do Núcleo de Formação. Denominador: Número de horas/aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	Número de horas /aula semanais dedicadas as atividades de Núcleo Formação _____ x100 Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		

DIMENSÃO : RESULTADO							
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	FONTE	RESULTADO
			NUMERADOR	DENOMINADOR			
Campanhas (Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Vacinação, etc.)	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Campanhas realizadas pelas Unidades de Saúde onde o CD realizou a residência.	Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		
Grupos Educativos Participativos	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Grupos Educativos realizados pelas Unidades de Saúde onde o CD realizou a residência.	Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		
Visita Domiciliares	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Visitas Domiciliares interdisciplinares.	Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		
Abordagem Familiar	O projeto de ensino descreve ações realizadas pela Saúde Bucal cuja a ótica seja a abordagem familiar .	Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	Documental. Programa da Residência	
					GHC		

Marco Lógico Qualitativo

O Marco Lógico Qualitativo abordou três níveis do **cotidiano do processo do trabalho em Atenção Primária à Saúde do cirurgião-dentista** egresso de Residência Multiprofissional em Saúde: contexto político, gestão do sistema e efetividade das práticas.

A técnica de avaliação qualitativa está baseada na relativização, na busca do que há de mais singular nos grupos. Para uma maior efetividade das práticas é necessário que a visão etnocêntrica seja banida, não havendo espaço para o julgamento da cultura do outro nos termos da cultura do eu. Sem reconhecer e admirar as diferenças não é possível uma verdadeira imersão nos processos de trabalho (Minayo, 2007; Rocha 1994).

DIMENSÃO: CONTEXTO POLÍTICO						
DENOMINAÇÃO	SUB-DENOMINAÇÃO / CONCEITUAÇÃO	CRITÉRIOS	Questão	CATEGORIA	FONTE	RESPOSTA
PROJETO DE GOVERNO	Iniciativa Intersetorial.	Existência de projetos que contemplem uma abordagem intersetorial na Atenção Primária à Saúde (APS).	É possível estabelecer um sistema de referencia e contra referencia no cotidiano do seu local de trabalho? *Referenciar a existência de entraves institucionais na busca de ações integradas.	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		
	Plano de Governo.	O patamar ocupado pela integralidade das ações em saúde no plano de governo local.	Qual a grade semanal de ações a serem realizadas? *Constam ações programáticas no seu local de trabalho?	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		

DIMENSÃO: GESTÃO DO SISTEMA						
DENOMINAÇÃO	SUB-DENOMINAÇÃO / CONCEITUAÇÃO	CRITÉRIOS	QUESTÃO	CATEGORIA	FONTE	RESPOSTA
GESTÃO DO SISTEMA	Participação da Saúde Bucal na construção da Atenção Primária à Saúde (APS).	Realização do planejamento local das ações de Saúde Bucal.	Qual o papel do CD no planejamento das ações de Saúde Bucal? *Há possibilidade de contemplar ações preventivas e curativas? *Há possibilidade de contemplar ações individuais e coletivas?	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		
	Adequação da Saúde bucal as necessidades locais.	Estabelecimento da escuta.	Na construção do planejamento terapêutico, qual o papel da comunidade/paciente e do CD? *Como são escolhidas as necessidades de saúde da população?	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		

DIMENSÃO: EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS						
DENOMINAÇÃO	SUB-DENOMINAÇÃO / CONCEITUAÇÃO	CRITÉRIOS	QUESTÃO	CATEGORIA	FONTE	RESPOSTA
EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS	Cotidiano do Trabalho.	Presença ou ausência da integralidade, sob a ótica da alteridade, no cotidiano de trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS).	<p>Descreva seu cotidiano de trabalho.</p> <p>*Discutir sobre disponibilidade de horários adequados para a realização de consultas.</p> <p>*Referenciar o tipo de consulta realizada: emergencial, programática, prioritária, ou todas.</p> <p>*Há espaço físico adequado?</p> <p>*A equipe é composta por pessoal auxiliar?</p> <p>*Quais ações estão sendo estruturadas para o futuro?</p>	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		
	Formação Profissional.	A contribuição da formação profissional em Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) para construção da integralidade na APS.	<p>Qual o papel da Residência Multiprofissional em Saúde na tua prática cotidiana?</p> <p>*Nas relações com a comunidade?</p> <p>*Nas relações com a equipe?</p> <p>*Nas relações com o paciente?</p>	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		
	Dificuldades/ Facilidades para a implantação da integralidade.	Questões relacionadas à integralidade no cotidiano local da APS.	<p>Quais as facilidades ou dificuldade para realizar o trabalho em APS sob a ótica da integralidade em seu local de trabalho?</p> <p>*Cite exemplos da tua prática que possam ser considerados integrais.</p> <p>*Por que as considera práticas integrais?</p> <p>*O que endentes por integralidade?</p>	Egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo	CIRURGIÃO DENTISTA (CD)	
				Egressos do GHC		

5.5. A Análise das Informações

A dinâmica de análise utilizada neste estudo será a abordagem por **Triangulação de Métodos**. Esta pode ser compreendida como a intersecção entre os pontos quantitativos, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações (prática observacional sistematizada) e a visão que os atores constroem sobre o processo (análise qualitativa), determinando, assim, um novo constructo específico (Minayo, Assis e Souza, 2005).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética deve ser vista como parte importante do projeto de pesquisa e precisa ser levada em conta desde os primeiros momentos da concepção (Knauth, Victora e Hassen, 2000). Três princípios éticos devem ser respeitados ao se delinear uma pesquisa: respeito à pessoa, beneficência e justiça (Hulley et al., 2003).

Apesar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não assegurar a adequação ética em um projeto de pesquisa, ainda é a melhor forma disponível para preservar o respeito às pessoas e às instituições (Knauth, Victora e Hassen, 2000). Segundo a Resolução 1996/96 do Conselho Nacional de Saúde sua aplicação é obrigatória em pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

A pesquisa proposta utilizará coleta de dados primários (entrevista semiestruturada e prática observacional sistematizada) e dados secundários (pesquisa documental). Aos participantes serão esclarecidos o objetivo e a metodologia utilizados, bem como facultada a participação e a desistência a qualquer tempo.

O sigilo quanto à identidade dos participantes será mantido em todas as etapas do trabalho: coleta de dados, análise e divulgação dos resultados. Todas as informações produzidas serão guardadas pela pesquisadora durante 5 anos, sendo então destruídas.

O Apêndice IV apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser apresentado aos profissionais (cirurgião-dentista, equipe multiprofissional e gestores públicos) que participarem do projeto.

O Apêndice V apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser apresentado aos usuários das Unidades Básicas de Saúde que estiverem presentes no momento da prática observacional sistematizada.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS OU ENCAMINHAMENTOS

A divulgação dos resultados será organizada em cinco momentos:

1° - Apresentação aos atores envolvidos diretamente no processo, os entrevistados, sob a forma de relatório final;

2° - Apresentação aos Coordenadores das Residências Multiprofissionais em Saúde do GHC e do Centro Saúde-Escola Murialdo, sob a forma de relatório final;

3° - Encaminhamento, sob a forma de artigo científico, para a publicação em periódico relevante.

4° - Encaminhamento, sob a forma de relatório final, ao Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Coordenação de Educação Permanente;

5° - Entrega de um exemplar do trabalho concluído ao Centro de Documentação do GHC e à Biblioteca da ESP para composição do acervo.

8. ORÇAMENTO

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Cópias xerográficas	1.200	0,20	240,00
Encadernações	7	50,00	350,00
Revisão de texto	1	5,00 (lauda)	750,00
Canetas	01	5,00	5,00
<i>Pendrive</i>	01	80,00	80,00
Gravador digital	01	150,00	150,00
Transcrição	08	50,00	400,00
Deslocamento (municipal e intermunicipal)	08	50,00	400,00
TOTAL			R\$ 2.375,00

Será solicitado auxílio ao Fundo de Fomento à Pesquisa e ao Ensino do Grupo Hospitalar Conceição (FFPE/GHC). Caso o pedido não seja aceito, as despesas serão de responsabilidade da pesquisadora. Nenhum participante nem as instituições onde a pesquisa será realizada arcarão com qualquer custo referente à mesma.

9. CRONOGRAMA

As etapas de execução do trabalho obedecerão ao cronograma abaixo:

ATIVIDADE	PERÍODO	ATORES ENVOLVIDOS
Elaboração do Projeto	Janeiro a Abril 2009	Pesquisadora Orientadora Coorientadora
Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, da ESP/RS e da UFRGS	Maio / 2009	Pesquisadora
Contato com GHC e CES Murialdo – Coleta Documental	Julho / 2009	Pesquisadora
Contato com possíveis entrevistados para convite à participação no Projeto	Agosto / 2009	Pesquisadora
Coleta de dados	Setembro a Outubro/ 2009	Pesquisadora
Análise dos dados	Novembro /2009 a Março / 2010	Pesquisadora Orientadora Coorientadora
Relatório Final	Abril / 2010	Pesquisadora Orientadora Coorientadora
Apresentação para Banca Examinadora	Junho / 2010	Pesquisadora
Redação do Artigo	Abril a Julho 2010	Pesquisadora Orientadora Coorientadora

10. REFERÊNCIAS

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec /FAPESP; 2000.

Botazzo C, Freitas SF. Ciências sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC; 1998.

Botazzo C, Freitas SF, Kovalski DF. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Cien Saud Colet 2006; 11 (11): 97-103.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)

Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, 2005 [acesso em 15 mar 2009]. Disponível em: http://prosaude.org/pub/sus_frhs/sus_por.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/popup/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [acesso em 08 dez 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria Nº 198 GM/MS [acesso em 08 dez 2008]. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf> Acesso em 08/12/2008

Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Presidência da República/Casa Civil/Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº8.080 de 19 de Setembro de 1990 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006. p. 149-182.

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>

Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process, and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

Escola de Saúde Pública/Rio Grande do Sul. Portaria nº 16/99 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf.

Figueiredo GO. Do fetichismo odontológico à utopia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

- Grupo Hospitalar Conceição. Portaria Nº 037/07 GHC-DS-247/07 [acesso em 29 mar 2009]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>
- Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB, Hearst N. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- Knauth DR, Victora CG, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
- Lucietto DA. Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de odontologia. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.
- Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Moraes MG. Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio à educação médica na graduação. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- Narvai PC. Recursos humanos para promoção da Saúde Bucal. In: Kriger L. ABOPREV: promoção de Saúde Bucal. São Paulo: ABOPREV; 1999. p. 449-63.
- Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006.
- Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2007.
- Pinheiro R, Mattos RA. Cuidar do cuidador: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2008.
- Pontes NST. Processo de trabalho em Saúde Bucal e necessidades de educação permanente: a experiência no PSF do município de Petrópolis, Rio de Janeiro; Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Medicina Social] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
- Rocha E. O que é etnocentrismo. São Paulo: Brasiliense; 1994.
- Saito RXS. Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari; 2008.
- Silveira JLG. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr 2004 Maio-Ago; 4(2): 151-56.
- Simoni ACR. A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Starfield B. Atenção primária em saúde: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

Stepke FL. Muito além do corpo: a construção narrativa da saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2006.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman; 2005.

11. APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

DIMENSÃO : ESTRUTURA					
DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CALCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	RESULTADO
		NUMERADOR	DENOMINADOR		
Consultórios Odontológicos	<p>Numerador: Número de consultórios odontológicos disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>Denominador: Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD.</p> <p>Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de consultórios odontológicos disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD.</p>	Centro de Saúde Escola Murialdo		
			GHC		
Sala Multiuso	<p>Numerador: Número de Salas Multiuso disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>Denominador: Número de Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD.</p> <p>Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de Salas Multiuso disponíveis nas Unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência, e que acolhem um CD.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de unidades de Saúde que compõem a estrutura física da residência e que acolhem um CD.</p>	Centro de Saúde Escola Murialdo		
			GHC		
Formação dos Preceptores	<p>Numerador: Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.</p> <p>Denominador: Número de Preceptores, da Saúde Bucal.</p> <p>Resultado expresso em percentual.</p>	<p>Número de preceptores, da Saúde Bucal, com formação em Residência Multiprofissional de Saúde.</p> <p>_____ x100</p> <p>Número de preceptores, da Saúde Bucal.</p>	Centro de Saúde Escola Murialdo		
			GHC		

DIMENSÃO : PROCESSO					
DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CALCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	RESULTADO
		NUMERADOR	DENOMINADOR		
Participação em ações interdisciplinares	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas a discussão interdisciplinar. Denominador: Número de horas /aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	$\frac{\text{Número de horas /aula semanais dedicadas a discussão interdisciplinar}}{\text{Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.}} \times 100$		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	
Atendimento Clínico	Numerador: Número de horas /aula semanais dedicadas ao atendimento clínico odontológico. Denominador: Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência. Resultado expresso em percentual.	$\frac{\text{Número de horas /aula semanais dedicadas ao atendimento clínico odontológico}}{\text{Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.}} \times 100$		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	
Participação no Controle Social	O projeto de ensino descreve, como parte integrante da formação, a participação do residente nos Conselhos Locais de Saúde, ou ainda nos Conselhos Municipais ou Estadual de Saúde. Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	$\frac{\text{Número de horas /aula semanais dedicadas as atividades de Núcleo de Formação}}{\text{Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.}} \times 100$		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	
Participação em ações de Núcleo de Formação (Saúde Bucal)	O projeto de ensino descreve, como parte integrante da formação, a participação do residente em atividades de Núcleo de Formação acompanhando discussões teóricas, métodos clínicos de sua área de formação	$\frac{\text{Número de horas /aula semanais dedicadas as atividades de Núcleo de Formação}}{\text{Número de horas / aula, total semanal, do programa de residência.}} \times 100$		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	

DIMENSÃO : RESULTADO					
DENOMINAÇÃO	MÉTODO DE CALCULO	FÓRMULA		CATEGORIA	RESULTADO
		NUMERADOR	DENOMINADOR		
Campanhas (Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Vacinação, etc.)	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Campanhas realizadas pelas Unidades de Saúde onde o CD realizou a residência. Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	
Grupos Educativos	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Grupos Educativos realizados pela Unidade de Saúde onde o CD realizou a residência. Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	
Visita Domiciliares	O projeto de ensino descreve a participação da Saúde Bucal em Visitas Domiciliares interdisciplinares. Contagem simples. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	
Abordagem Familiar	O projeto de ensino descreve ações realizadas pela Saúde Bucal cuja a ótica seja a abordagem familiar. Resultado expresso em variável categórica: Resposta "Sim" ou "Não"	_____		Centro de Saúde Escola Murialdo	
				GHC	

APÊNDICE II – PRÁTICA OBSERVACIONAL SISTEMATIZADA



PRÁTICA OBSERVACIONAL SISTEMATIZADA

I- IDENTIFICAÇÃO:

Data da coleta de dados:

Número de identificação da entrevista:

II- RELAÇÕES INSTITUCIONAIS:

Descrição das observações:

Relação entre CD / Poder Público Local:

Relação entre CD / Equipe Interdisciplinar:

Relação entre CD / Comunidade:

Relação entre CD / Usuário:

III- PROCESSO DE TRABALHO:

Descrição das observações:

Relação do CD com as Reuniões de Equipe:

Relação do CD com as Visitas Domiciliares:

Relação do CD com as Atividades Educativas:

IV- ESTRUTURA

Descrição do espaço físico:

Unidade de Saúde:

Consultório Odontológico:

V- OBSERVAÇÕES FINAIS:

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

I- Questionário Sociodemográfico

Data da coleta de dados: _____

Número de identificação do entrevistado: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Etnia: _____

Egresso: () Centro de Saúde Escola Murialdo () Grupo Hospitalar Conceição

Ano de Término da Residência: () 2006 () 2007 () 2008

Local de Trabalho: () APS / UBS () APS / Gestão

Gestão Local: () Municipal () Estadual () Federal

Localização Local de Trabalho: () POA () Região Metropolitana () Interior

Cidade de Atuação: _____

Vínculo: () Concurso Público

() CLT

() Contrato Administrativo

() Remuneração por hora de trabalho (Autônomo)

Renda (neste vínculo): () Até 5 salários mínimos

() Entre 5 a 10 salários mínimos

() Mais de 10 salários mínimos

Carga Horária Semanal: () 20 HS () 30 HS () 40 HS

II- Roteiro para Entrevista Semiestruturada

1-Descreva seu cotidiano de trabalho.

**Discutir sobre a disponibilidade de horários adequados para a realização de consultas.*

**Referenciar o tipo de consulta realizada: emergencial, programática, prioritária, ou todas.*

**Há espaço físico adequado?*

**A atenção à Saúde Bucal é prestada por equipe de Saúde Bucal?*

**Quais ações estão sendo estruturadas para o futuro?*

2- Qual a grade semanal de ações a serem realizadas?

**Constam ações programáticas no seu local de trabalho?*

3- É possível estabelecer um sistema de referencia e contrarreferência no cotidiano do seu local de trabalho?

**Referenciar a existência de entraves institucionais na busca de ações integrals.*

4- Qual o papel do CD no planejamento das ações de Saúde Bucal?

**Há possibilidade de desenvolver ações preventivas e curativas?*

**Há possibilidade de desenvolver ações individuais e coletivas?*

5- Na construção do planejamento terapêutico, qual o papel da comunidade/ paciente e do CD?

**Como são escolhidas as necessidades de saúde da população?*

6- Qual o papel da Residência Multiprofissional em Saúde na tua prática cotidiano?

** Nas relações com a comunidade?*

**Nas relações com a equipe?*

**Nas relações com o paciente?*

7- Quais as facilidades ou dificuldades para realizar o trabalho em APS sob a ótica da Integralidade em seu local de trabalho?

**Cite exemplos de sua prática que possam ser considerados integrals.*

**Por que as considera práticas integrals?*

**O que entende por Integralidade?*

APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROFISSIONAIS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é desenvolvida pela odontóloga Adriana Zanon Moschen, aluna do Mestrado Profissional em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pela Profª. Drª. Margarita Silva Diercks e co-orientada pela Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, tendo como título *A Integralidade sob a ótica da alteridade: Possibilidades e limites de sua incorporação na Atenção Primária à Saúde por cirurgiões-dentistas egressos de Programas de Residência Multiprofissional - Porto Alegre/RS*. Seu objetivo é analisar as dificuldades, limites e/ou possibilidades da incorporação do atributo da Integralidade ao processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS) de cirurgiões-dentistas que concluíram sua formação em Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) a partir de 2006 em Porto Alegre.

Para a elaboração da pesquisa será necessária a realização de:

1. Coleta de dados documentais buscando dados sobre a estrutura curricular do processo de ensino e aprendizagem nas duas instituições que oferecem a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde para odontólogos, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul / Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e o Grupo Hospitalar Conceição;

2. Aplicação de um questionário sociodemográfico que permitirá elaborar um perfil dos cirurgiões-dentistas egressos das RMS do Centro de Saúde Escola Murialdo (ESP/RS) e do Grupo Hospitalar Conceição, bem como delinear a trajetória percorrida no cenário pós-residência por eles. O questionário será aplicado no local de trabalho de cada entrevistado/a em conjunto com a realização da entrevista semiestruturada;

3. Aplicação de uma entrevista semiestruturada na qual serão abordados temas sobre o contexto político, a gestão do sistema e a efetividade das práticas e de que forma estes se colocam como limitantes ou facilitadores da incorporação da Integralidade nas práticas de Saúde Bucal em APS. Ocorrerá no local de trabalho de cada entrevistado/a, sendo gravada em áudio e transcrita na íntegra.

4. Prática observacional sistematizada cujo roteiro abordará os pontos-chave do encontro entre o cirurgião-dentista, o paciente e a Integralidade. Serão observadas as Relações Institucionais estabelecidas entre cirurgião-dentista / poder público, cirurgião-dentista / equipe interdisciplinar, cirurgião-dentista / comunidade, cirurgião-dentista / usuário; os Processos de Trabalho que orientam a prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde, entre eles reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades educativas; e, por fim, a Estrutura disponível para o desenvolvimento das ações (Unidade de Saúde, consultório odontológico). A prática observacional será realizada no local de trabalho de cada entrevistado/a pela pesquisadora, resultando em um registro descritivo conforme roteiro.

O conjunto das etapas da prática observacional sistematizada, aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada terá duração prevista de quatro horas.

Será assegurado ao participante desta pesquisa que:

1. Os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes ou qualquer dado pessoal dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado;

2. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o/a participante assim o decidir, sem que isto implique em nenhum prejuízo para si;

3. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o/a participante e a outra com a pesquisadora.

Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (CEP/HNSC), tendo como Coordenador o senhor Vitto Giancristoforo dos Santos. O CEP/HNSC encontra-se na Rua Francisco Trein, 596 - 3º andar - Bloco H - Telefone 3357 2407.

Após ter sido informado dos objetivos e métodos desta pesquisa e ter esclarecido minhas dúvidas, eu _____ concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei contatar com a pesquisadora Adriana Zanon Moschen, com sua orientadora Profª. Drª Margarita Silva Diercks ou sua coorientadora Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, nos endereços abaixo descritos.

_____, _____, de _____ de 2009.

Nome da/o Participante

Assinatura da/o Participante

Aluna pesquisadora Adriana Zanon Moschen

Professora Orientadora
Profª. Drª. Margarita Silva Diercks

Professora Coorientadora
Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo

Endereços para Contato:

Pesquisadora: Adriana Zanon Moschen, telefone (51) 9311 7495, e-mail adrizm@ibest.com.br e endereço institucional do mestrado Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar, POA/RS.

Orientadora: Profª. Drª. Margarita Silva Diercks, telefone (51) 3357 2546, e-mail dmargarita@ghc.com.br e endereço profissional:GHC - Serviço de Saúde Comunitária HNSC - Rua Francisco Trein, 596 , Mezanino- Sala 02, POA/RS .

Coorientadora: Profª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, telefone (51) 3357 2575, e-mail fananyr@ghc.com.br e endereço profissional: GHC – Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) – Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – Bloco H, POA/RS.

APÊNDICE V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA USUÁRIOS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, realizada por Adriana Zanon Moschen, aluna do Mestrado Profissional em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Margarita Silva Diercks e co-orientada pela Prof^ª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, tendo como título *A Integralidade sob a ótica da alteridade: Possibilidades e limites de sua incorporação na Atenção Primária à Saúde por cirurgiões-dentistas egressos de Programas de Residência Multiprofissional - Porto Alegre/RS*.

Seu objetivo é observar como acontece o atendimento realizado pelo/a dentista aos seus pacientes. Sua autorização é necessária para observação de consultas ou atendimento em grupo com o/a dentista da sua Unidade de Saúde.

Será assegurado que:

1. Os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sempre sob sigilo, não sendo mencionados os nomes ou qualquer dado pessoal dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado;
2. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o/a participante assim o decidir, sem que isto implique em nenhum prejuízo para si;
3. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o/a participante e a outra com a pesquisadora.

Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (CEP/HNSC), tendo como Coordenador o senhor Vitto Giancristoforo dos Santos. O CEP/HNSC encontra-se na Rua Francisco Trein, 596 - 3º andar - Bloco H - Telefone 3357 2407.

Após ter sido informado sobre a pesquisa e ter esclarecido minhas dúvidas, eu _____ concordo em participar deste estudo, permitindo à pesquisadora realizar observação do meu atendimento odontológico (minha consulta com o dentista). Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Adriana Zanon Moschen, com sua orientadora Prof^ª. Dr^ª Margarita Silva Diercks ou com sua coorientadora, Prof^ª. Mes. Ananyr Porto Fajardo, nos endereços abaixo descritos.

_____, _____, de _____ de 2009.

Nome da/o Participante

Assinatura da/o Participante

Nome da/o Testemunha

Assinatura da/o Testemunha

Aluna pesquisadora Adriana Zanon Moschen

Professora Orientadora
Prof^a. Dr^a. Margarita Silva Diercks

Professora Coorientadora
Prof^a. Mes. Ananyr Porto Fajardo

Endereços para Contato:

Pesquisadora: Adriana Zanon Moschen, telefone (51) 9311 7495, e-mail adrizm@ibest.com.br e endereço institucional do mestrado Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar, POA/RS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margarita Silva Diercks, telefone (51) 3357 2546, e-mail dmargarita@ghc.com.br e endereço GHC - Serviço de Saúde Comunitária HNSC - Rua Francisco Trein, 596 , Mezanino- Sala 02, POA/RS .

Coorientadora: Prof^a. Mes. Ananyr Porto Fajardo, telefone (51) 3357 2575, e-mail fananyr@ghc.com.br e endereço profissional: GHC – Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) – Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – Bloco H, POA/RS.