



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL

Caroline Konzgen Barwaldt

**A Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na
região norte do município de Porto Alegre/RS**

Porto Alegre, 2019

Caroline Konzgen Barwaldt

A Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde/ Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Cristine Maria Warmling

Porto Alegre, 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Barwaldt, Caroline Konzgen

A Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS / Caroline Konzgen Barwaldt. -- 2019.

91 f.

Orientadora: Cristine Maria Warmling.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Integração Ensino-Serviço. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Saúde Bucal. I. Warmling, Cristine Maria, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Felipe, por ser meu incentivador, parceiro na vida e em mais essa caminhada.

Aos meus pais, dois mestres nos estudos e na vida. Obrigado por acreditar que a educação é o melhor investimento que vocês poderiam ter feito em nós.

À minha irmã Cristiane, minha pessoa predileta nesse mundo.

À minha orientadora Profa. Dra. Cristine, pelas incansáveis horas dedicadas, por sua paciência e disponibilidade. Obrigada por todos ensinamentos e por me inspirar a explorar novos caminhos na pesquisa científica.

À Profa. Dra. Fabiana Schneider e aos colegas do grupo de pesquisa, obrigada pelos ensinamentos, trocas e pelos momentos que vivenciamos juntos. Sou muito grata pelo que aprendi com vocês e orgulhosa do que produzimos juntos.

Aos colegas do Mestrado Profissional, por proporcionarem momentos de troca de experiências, pelo apoio nas horas difíceis e pelas amizades construídas.

Aos meus colegas de trabalho, à gestão do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, e aos estagiários que tive a honra de ser preceptora, muito obrigada pelo apoio e pela compreensão nos meus momentos de ausência.

À banca examinadora, obrigada pelo aceite ao convite de avaliação do trabalho e por todas as contribuições prestadas.

A cada pessoa que se dispôs a participar dessa pesquisa, meu sincero agradecimento por compartilharem suas experiências.

RESUMO

Estratégias de formação e qualificação profissional nas Redes de Atenção à Saúde articulam os processos de Integração Ensino-Serviço com os de Educação Permanente em Saúde. O estudo analisa como a Integração Ensino-Serviço participa na constituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e de abordagem qualitativa. Os dados foram produzidos por meio da realização de dez grupos focais: dois em cada gerência distrital da zona norte de Porto Alegre (Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas, Partenon-Lomba do Pinheiro, Leste-Nordeste e Norte Eixo-Baltazar), durante as reuniões administrativas nos meses de março e abril de 2018, e dois grupos com docentes de saúde coletiva de cursos de odontologia. Participaram da pesquisa 137 pessoas (100 trabalhadores, 5 gestores, 17 estudantes, 14 docentes e 1 usuário). Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e a pesquisa foi inscrita na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, através do cadastro na Plataforma Brasil (ANEXO A). A condução dos grupos apoiou-se em um roteiro elaborado considerando as dimensões das redes: população, sistema operacional e modelo de atenção à saúde. A análise dos dados foi realizada com base na análise textual discursiva e no referencial teórico da Ergologia, no conceito de agir em competência e nas dimensões avaliativas subjetivas das redes de saúde. Resultados apontam que as equipes de saúde bucal não organizam ações e serviços com base em planejamento epidemiológico. Experiências de Integração Ensino-Serviço produzem ações que apóiam processos de territorialização. A coordenação do cuidado produz o agir em competência dos profissionais em experiências de Integração Ensino-Serviço. Com a elaboração dos itinerários terapêuticos dos usuários a Integração Ensino-Serviço colabora para a conectividade da rede. Métricas de avaliação dos serviços impedem a inserção de estudantes nos Centros de Especialidades Odontológicas. Ações de Educação Permanente em Saúde são praticadas nas reuniões administrativas distritais, mas ainda é necessário espaços de aproximação entre as governanças das Redes de Atenção e de Ensino. Os processos de transformação curricular investem em projetos de Integração Ensino-Serviço e interferem na constituição das Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal.

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço. Redes de Atenção à Saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

Strategies for training and professional qualification in Health Care Networks articulate the processes of Service Learning with Permanent Health Education. The study analyzes how the Service Learning participates in the constitution of Oral Health Care in the northern region of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This is a case study of the single type, integrated, with multiple units of analysis and qualitative approach. The data were produced through ten focus groups: two in each district management of the northern region of Porto Alegre (Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas, Partenon-Lomba do Pinheiro, Leste-Nordeste and Norte Eixo-Baltazar), during the administrative meetings in March and April 2018, and two with public health professors of dentistry courses. A total of 137 people participated (100 workers, 5 managers, 17 students, 14 professors and 1 user). All participants signed the Informed Consent Form (APPENDIX A) and the research was registered at National Ethics Commission in Research, through the registration at Plataforma Brasil (ATTACHMENT A).

The management of the groups was supported by an elaborate script considering the dimensions of the networks: population, operating system and health care model. The analysis of the data was based on discourse analysis and on the theoretical reference of Ergology, on the concept of acting in competence and on the subjective evaluative dimensions of health care networks. Results show that oral health teams do not organize actions and services based on epidemiological planning. Experiences of Service Learning produce actions that support processes of territorialization. Care coordination affects the competence of professionals and the Service Learning contributes to the connectivity of the network in the elaboration of therapeutic itineraries. Because of service evaluation metrics, the Dental Specialties Centers resist to the insertion of students. Permanent Education in Health is practiced in the district administrative meetings, but it is still necessary spaces to approach the governance of the Network of Attention and Teaching. The curricular transformation processes have been invested in integration projects between services and education and have interfered in the constitution of Integrated Networks of Attention and Teaching in Oral Health.

Keywords: Service Learning. Health Care Networks. Oral health.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1- Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre/RS	20
Quadro 1- Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo distritos, no município de Porto Alegre/RS.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GCC	Glória-Cruzeiro-Cristal
GD	Gerências Distritais
GERCON	Sistema de Gerenciamento de Consultas
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
LENO	Leste/Nordeste
NEB	Norte/ Eixo-Baltazar
NHNI	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PLP	Partenon/ Lomba do Pinheiro
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RES	Restinga/ Extremo Sul
RS	Rio Grande do Sul
SCC	Sul-Centro Sul
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVOS GERAIS	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL COMO PRODUTORAS DO CUIDADO.....	13
3.2 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO NA SAÚDE.....	15
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO EM REDES.....	16
3.4 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS	19
4 PRODUTOS	23
4.1 PRODUTO BIBLIOGRÁFICO: ARTIGO CIENTÍFICO	23
4.2 PRODUTO TÉCNICO: BOLETINS INFORMATIVOS	46
4.2.1 Boletim Informativo NHNI	46
4.2.2 Boletim Informativo PLP	52
4.2.3 Boletim Informativo LENO	59
4.2.4 Boletim Informativo NEB	65
4.2.5 Boletim Informativo Docentes da Saúde Bucal Coletiva	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
ANEXO A- Parecer Consubstanciado CEP	84

1 INTRODUÇÃO

A produção do cuidado em saúde se faz por uma complexa rede de relações que se estabelecem entre os serviços, mas fragilidades nas composições das redes afetam a atenção integral dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES et al., 2016). A aproximação do ensino aos serviços e o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) podem potencializar a organização dos serviços para atuarem em redes de atenção.

O modelo biomédico de atenção à saúde se mostra insuficiente para dar conta do cenário de saúde da população brasileira, que é caracterizado por diferenças marcantes nos contextos regional e socioeconômico, evidenciando distintas necessidades de cuidado (BRASIL, 2010). A proposta de implantação de sistemas integrados, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), possui o objetivo de ofertar uma atenção contínua e integral, por meio de um conjunto de pontos de atenção coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Os sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão garantem o planejamento da integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A trajetória da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é marcada pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada pelo Ministério da Saúde, em 2003 (BRASIL, 2004). A PNSB possui o objetivo central de reorientar o modelo de atenção em saúde bucal. Assumiu o compromisso de qualificação da APS e instituiu diretrizes programáticas para ampliar o acesso aos serviços odontológicos e qualificar o cuidado acolhedor, integral e centrado nas necessidades das pessoas (SCHERER; SCHERER, 2015). A implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a ampliação e qualificação da atenção especializada (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), foram suas principais linhas de ação (BRASIL, 2004). A inclusão do cirurgião-dentista na ESF qualificou a integralidade das práticas de saúde. Entretanto, são observadas limitações no perfil do cirurgião-dentista, que permanece centrado na lógica de trabalho liberal privatista (SCHERER; SCHERER, 2015; ZILBOVICIUS, 2011, WARMLING, 2017). Para a atuação profissional em redes, a competência profissional biomédica é tão importante quanto a capacidade de trabalho em equipe, o desenvolvimento do pensamento crítico e de qualidades humanistas (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011; MOYSÉS, 2003).

Os desafios impostos para a atuação em redes de saúde no SUS impõem mudanças nos modelos de formação, bem como investimentos nos processos de educação permanente dos profissionais (LEÃO; CALDEIRA, 2011). Para o fortalecimento das RAS, o espaço de trabalho

deve ser de aprendizagem constante, inovação, comunicação e humanização. Propostas de EPS que implicam no trabalho articulado entre serviços de saúde e instituições formadoras atuam também como uma estratégia de governança da RAS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; LEMOS, 2016).

A reestruturação dos currículos nos cursos da saúde têm proposto que a formação seja exercida no trabalho vivo (MERHY, 2014), aperfeiçoando competências profissionais para a intervenção nos problemas de saúde (TOASSI et al., 2013). O conceito de competência emerge como eixo central para organizar o ensino odontológico (LIMA, 2005; WARMLING et al., 2015). A competência remete àquilo que a pessoa coloca em ação em uma situação inusitada de trabalho, não se restringindo apenas à execução do que é protocolar e prescrito. O “agir em competência” supera as dificuldades inerentes ao processo de trabalho (SCHWARTZ, 2007, p.209).

O termo Integração Ensino-Serviço pode ser compreendido como uma experiência de aprendizado estruturado que combina serviço comunitário com preparação e reflexão. Ou seja, os estudantes ofertam trabalho à comunidade na medida em que aprendem sobre o contexto em que esses serviços são ofertados (WARMLING et al., 2015). A Integração Ensino-Serviço é uma ação estratégica para integrar os modelos de formação, aos de EPS e de gestão (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; GARBIN et al., 2006). As reformas curriculares no ensino da odontologia priorizam a Integração Ensino-Serviço e estudos têm demonstrado experiências exitosas (BULGARELLI et al., 2014; MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011; WARMLING et al., 2011; 2015). A participação dos cursos de odontologia na consolidação do SUS possui o desafio de integrar o papel da prestação de ações/serviços com a formação profissional nas RAS (MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011).

Em Porto Alegre, cenário do estudo, avanços nas experiências da Integração Ensino-Serviço na saúde bucal vêm ocorrendo. A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), desde 2006, tem seu projeto político-pedagógico pautado em integrar as atividades de ensino com o trabalho no SUS (WARMLING et al., 2011; 2015). Os estágios buscam propiciar aos estudantes a inserção nos serviços de APS, serviços de Gestão e Atenção Especializada.

Em face do contexto exposto, questiona-se como a Integração Ensino-Serviço apóia a RASB? Quais as tecnologias ou estratégias que promovem articulações entre ensino e o serviço? Como a Integração Ensino-Serviço provoca ações de EPS e mudanças no agir dos profissionais?

Buscando responder a esses questionamentos e compreender o papel da articulação entre o ensino e os serviços de saúde do SUS, o objetivo do estudo foi analisar o modo como a Integração Ensino-Serviço participa na constituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS.

Este estudo é parte integrante do Projeto Universal “Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde do Sistema Único de Saúde”, que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq n° 01/2016 (termo de concessão n° 42430/2016-3).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar as contribuições da Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde, na região norte do município de Porto Alegre/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o modo como a Integração Ensino-Serviço está atuando nas dimensões (população, sistema operacional e modelo de atenção à saúde) que constituem as Redes de Atenção à Saúde Bucal.

Analisar concepções de interlocutores sobre as dimensões que compõem as Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde.

Descrever relações entre processos de Integração Ensino-Serviço e de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas nas Redes de Atenção à Saúde Bucal dos cenários em estudo.

Compreender o modo como a Integração Ensino-Serviço e a Educação Permanente em Saúde se articulam e produzem o agir em competência das equipes de saúde bucal.

Produzir Boletins Informativos com os resultados da pesquisa para apoiar o processo de Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente em Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL COMO PRODUTORAS DO CUIDADO

A fragmentação da atenção em saúde tem sido apontada como responsável pela baixa qualidade e dificuldade de acesso. Para o sistema de saúde ser integral é preciso que os serviços atuem no cuidado por meio de redes assistenciais, em uma gestão responsável pelos recursos coletivos e que responda às necessidades de saúde da população (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). As RAS constituem-se como um modelo potencial para ruptura da fragmentação do cuidado. São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si com missão e objetivos comuns, ação cooperativa e interdependente. Coordenadas pela APS, que se prestadas no tempo certo, com qualidade, de forma humanizada e com responsabilidade econômica, permitem prestar uma atenção contínua e integral à população. As RAS constituem-se de três dimensões fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A população deve ser a razão principal na constituição da rede de saúde. É o que marca a atenção centrada no usuário. A estrutura operacional compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação (APS), os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde), os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, regulação e transporte em saúde), e o sistema de governança, que permite a gestão dos componentes da rede. O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS. Articula as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos. O foco das intervenções é definido em função da visão de saúde, das situações demográficas e epidemiológicas (MENDES, 2011).

Na constituição do SUS a diretriz da hierarquização tem usado a figura clássica da pirâmide para representar o modelo assistencial de saúde, com base pautada na APS e no topo a Atenção Terciária. Entretanto, essa organização pautada na hierarquia de acesso ao sistema apresenta itinerários do cuidado rígidos. Em contrapartida, a concepção da RAS está associada a um modelo poliárquico de saúde. Em lugar da tradicional pirâmide com porta de entrada única, propõe-se uma “malha de cuidados ininterruptos”, com múltiplas conexões e possibilidades de movimento (CECCIM; FERLA, 2006, p.167; MENDES, 2011).

A subjetividade, sempre presente nas relações entre os serviços componentes das RAS, produz valores e protagonismos que afetam suas conexões. Em uma concepção ampliada, são dimensões subjetivas constitutivas das redes de serviços: unidades mínimas, conectividade,

integração e normatividade. Os componentes fixos da rede (unidades mínimas) se conectam entre si de diferentes formas e não de modo estanque, devendo ser observada a capacidade de ruptura e o estabelecimento de novas conexões. A integração reflete o efeito de um conjunto de ações. Cada serviço tem um escopo de responsabilidades e maneja demandas inadequadas para seu nível de atenção aos serviços apropriados, garantindo a integralidade do cuidado. A normatividade refere-se a um sistema lógico capaz de organizar o funcionamento das RAS. Destaca-se o uso de protocolos clínicos na tentativa de padronizar os serviços, mas também se reconhece que as RAS possuem estruturas flexíveis e com capacidade de inovação frente a situações imprevistas. A subjetividade atua de modo transversal e é o componente humano que cria e modifica processos, valores, interesses, sentidos e vínculos afetivos (AMARAL; BOSI, 2017).

No campo da saúde bucal, o processo de ampliação e qualificação da APS impulsionado pela PNSB, também conhecida como “Brasil Sorridente”, gerou importantes mudanças no modelo assistencial odontológico. Um marco em que o SUS assume a saúde bucal como parte integrante e inseparável do sistema. Investimentos foram feitos em áreas consideradas estratégicas para fortalecer a política de cuidados em saúde, incluindo o financiamento de estudos científicos, definição de linhas de cuidado e o treinamento de membros da equipe de saúde bucal -dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal (BRASIL, 2006; PUCCA et al., 2015). Os CEO se configuram como uma estratégia inovadora de investimento da RASB, proporcionando atendimentos de maior densidade tecnológica e garantindo a continuidade de assistência ao usuário. São unidades de referência de atenção secundária, realizando procedimentos clínicos odontológicos complementares à APS. Ofertam minimamente as especialidades de periodontia, endodontia, atendimentos a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006).

A estruturação da RASB está em processo de consolidação e a ESF tem sido relevante para a reorganização das práticas. Mas motivos que fragilizam a inserção do cuidado em saúde bucal na RAS são apontados: a presença de uma importante demanda reprimida (o que dificulta o acesso do usuário), a fragilidade da articulação com outros níveis de atenção e falta de planejamento das ações em saúde bucal (MELLO et al., 2014). Em contraposição, ações para a consolidação das RASB têm sido adotadas, como a inserção de ferramentas para a integração da APS aos serviços especializados (sistemas logísticos, por meio de protocolos, formulários de referência e contrarreferência) e a adoção de medidas para garantir manutenção de vínculo e longitudinalidade da atenção. Além disso, a parceria com as instituições de ensino para a inserção precoce de estudantes nos campos de atuação do SUS e para fortalecer ações

de EPS, são estratégias para desenvolvimento das RASB (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

3.2 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO NA SAÚDE

Nas sociedades modernas, as instituições de ensino são concebidas como espaços de confinamento ou “cercas”, necessárias para a produção de “corpos dóceis” (controlados, treinados e vigiados), e as disciplinas tornam-se métodos de controle (FOUCAULT, 1987, p.164). Nas configurações curriculares das sociedades pós-modernas, que respondem às necessidades de novas organizações sociais em redes, o estudante/ trabalhador deve ser aprendiz constante, que se auto-monitora em um aperfeiçoamento continuado (NASCIMENTO et al., 2018). O poder atualizado disciplina o corpo do estudante/trabalhador como uma máquina mais fluída e capaz de realizar tarefas com liberdade, devendo o trabalho ocupar mais cedo os percursos curriculares de formação (SANTIN; HILLESHEIM, 2013). Nesse contexto teórico, a formação para o SUS aproximou o ensino à realidade dos serviços (GUSMÃO; CECCIM; DRACHLER, 2015).

Um acontecimento na história social do ensino na saúde, foi a emergência do modelo flexneriano, consolidado pelo Relatório Flexner publicado em 1910, que normatizou o ensino médico-odontológico em uma concepção mecanicista, com redução da doença à dimensão biológica. A ênfase nas disciplinas do modelo biomédico gerou uma prática de alto custo, de baixa cobertura e com pouco impacto epidemiológico (MOYSÉS, 2003). Uma série de iniciativas voltou a atenção do mundo sobre o futuro da educação dos profissionais de saúde. As recomendações das reformas curriculares enfatizaram a centralização nas necessidades dos usuários e população, currículo baseado em competências, educação interprofissional, trabalho em equipe e habilidades de liderança em políticas e gerenciamento (FRENK et al., 2010).

Com o objetivo de formar profissionais capazes de atuar na RAS, o Ministério da Saúde propôs iniciativas incentivando a integração entre as instituições de ensino superior e os serviços do SUS. Dentre elas podem ser destacados: o Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRO-Saúde), o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), a ampliação das Residências Multiprofissionais, o Telessaúde, a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), dentre outros (GOMES et al., 2016). O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é uma política recente estabelecida com o objetivo de garantir que os estabelecimentos de saúde tornem-se cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde. Os contratos estabelecem atribuições das partes

relacionadas ao funcionamento da Integração Ensino-Serviço (BRASIL, 2015). O ideal é que produtos da integração gerem relações dialógicas em que os envolvidos se beneficiem. O estudante com uma formação contextualizada na realidade, o profissional de saúde pela possibilidade de se atualizar e a comunidade por receber uma atenção diferenciada (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Por sua amplitude, capilaridade social e diversidade tecnológica, o SUS é lugar privilegiado de educação na saúde. A reflexão e teorização a partir de situações reais desenvolvem competências para atuação em redes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FRANCO, 2007). O SUS é usado como campo de aprendizagem, mas o ensino ainda se aproxima dos serviços priorizando apenas as necessidades dos estudantes, sem avaliar com exatidão os benefícios para o serviço e a comunidade (GOMES et al., 2016).

No contexto descrito, questiona-se se a Integração Ensino-Serviço está produzindo relações capazes de tecer redes que beneficiem todos os envolvidos (ensino, serviço, gestão e comunidade)? Está gerando ações de EPS que qualifiquem nos trabalhadores competências para atuar no SUS?

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO EM REDES

A EPS é uma política para a qualificação da atenção por meio de um modelo de educação reflexivo e imerso no contexto das práticas dos serviços. Pressupõe a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos no encontro entre o mundo da formação e do trabalho (SODRE et al. 2016). As primeiras iniciativas de EPS emergiram no campo da saúde na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) para o desenvolvimento de recursos humanos na saúde. No Brasil, a Política de Educação Permanente foi lançada em 2004, alterada pela Portaria número 1.996/2007. Reforça a necessidade de formação e desenvolvimento do trabalhador da saúde, levando em consideração as especificidades de cada local (BRASIL, 2007). É fundamental também a transversalidade com as demais políticas de saúde, “contaminando-as” com seus princípios, valores e tecnologias (PINTO, 2016, p.45).

A ideia de formação como política do SUS se afirma pela potência para desencadear positividade nos trabalhadores para efetivar mudanças nos serviços de saúde (LEMOS, 2016). A EPS, como modelo técnico/político e pedagógico adotado, busca alternativas para a solução dos problemas de forma dialógica, levando em consideração o acúmulo de conhecimentos que os profissionais trazem consigo (MERHY et al., 2006). Para se alcançar os objetivos da EPS

aposta-se na articulação entre ensino, atenção, gestão e controle social, o quadrilátero da atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O cenário de trabalho é espaço de produção coletiva de conhecimento, que produz reflexões e exige tomada de decisões organizacionais. Momentos cotidianos da atenção e gestão em saúde constituem-se como cenas de ensino-aprendizagem e tendem a fazer mais sentido para os trabalhadores. Partem de problemas que estes enfrentam no dia-a-dia no trabalho, valorizando as subjetividades e permitindo formas singulares no fazer em saúde (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

A produção de modelos de ensino-aprendizagem com formatos de planejamento em rede potencializam a integração dos serviços de saúde e a resolutividade da atenção. Para ampliar as relações existentes entre os processos de trabalho e os processos educacionais, considera-se importante fazer aproximações com o campo da Ergologia, que se propõe a estudar o trabalho enquanto atividade humana. O conceito de “agir em competência” parte do princípio que competência não é noção simples ou homogênea. Para compreendê-la é necessário aproximar-se da atividade e do trabalhador e observar como ele vive e recria situações de trabalho. Não há situação de trabalho que não seja transformadora por natureza. Quando o trabalho é abordado como uma atividade humana, compreende-se que o uso do protocolo prescrito ocorrerá em uma perspectiva singular e histórica, remetendo a um “fazer de outra forma”, ou seja, um “trabalhar de outra forma” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p.35). O trabalhador atua em função do que os outros lhe demandam e do que ele próprio se demanda. O uso de si por si e pelos outros manifesta a dimensão de subjetividade do trabalhador que recria saberes e se autolegisla sobre o trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009; SCHWARTZ, 2007).

O agir em competência se compõe de ingredientes que cada profissional lança mão ao trabalhar. O primeiro ingrediente é relativo ao domínio de protocolos. É necessário certo domínio do conhecimento técnico adquirido previamente para que um profissional possa agir em competência. O segundo ingrediente diz respeito ao conhecimento da realidade, a capacidade de se deixar impregnar pela dimensão singular e histórica em cada situação de trabalho. O terceiro, refere-se à capacidade de pôr em sinergia os dois primeiros ingredientes, ou seja, articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho. O quarto ingrediente trata do debate de valores e normas, as impostas e as instituídas na atividade. É possível que o trabalhador transforme o meio de trabalho em parte do seu meio. O quinto ingrediente é a ativação do potencial do trabalhador, pois a partir do momento em que o meio tem valor para o profissional, todos os ingredientes podem ser potencializados. O sexto e último

ingrediente corresponde ao denominado de entidades coletivas relativamente pertinentes, ou a capacidade do trabalho em equipe. Existe uma dimensão coletiva de toda atividade individual de trabalho, pois o coletivo autoriza e torna possível a atividade de cada membro da equipe (SCHWARTZ, 2007).

A construção de processos de aprendizagem para o agir em competência produzem troca de saberes e auto-implicação na produção do conhecimento. A concepção de competência no campo educacional trabalha com a lógica de que existem distintas maneiras de realizar, com sucesso, ações essenciais em determinada prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio e eficaz para enfrentar situações (LIMA, 2005). A organização dos currículos por competência, conforme determina a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 2018), insere precocemente os estudantes da área da saúde em cenários de prática profissional, permitindo o desenvolvimento crescente de autonomia e o domínio do campo profissional (WARMLING et al., 2015). O desenvolvimento de habilidades dos estudantes em situações reais promove outro sentido à prática educacional. Docentes e profissionais dos serviços são impelidos a ressignificar o cuidado em saúde.

A aproximação do ensino aos serviços e a produção de ações de EPS permitem o desenvolvimento de competências para produção de práticas inovadoras que a atuação em redes exige. Mas no município de Porto Alegre/RS, cenário de estudo, observa-se fragilidade de uso da EPS enquanto tecnologia que amplia competências dos profissionais de saúde bucal. As atividades de qualificação profissional não são delineadas para produzir protagonismo na reorganização dos processos de trabalho e atender às necessidades de saúde bucal da população, evidenciando-se a necessidade de aproximação entre a gestão, assistência, ensino e controle social (ROCHA, 2016).

3.4 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

O território de Porto Alegre possui uma população de 1.409.351 habitantes, distribuída em dezessete Distritos Sanitários, com limites geográficos e população definida tendo em vista o estabelecimento dos serviços ofertados. A cobertura populacional estimada pela APS no município é de 71,2% da população. Atualmente a cobertura populacional de saúde bucal é de 37,0%. A expansão das redes de atenção à saúde no município acentuou-se a partir do ano de 2010, especialmente na APS. No início de 2015 possuía 206 Equipes de Saúde da Família e 131 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas em 141 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SMS/PMPA, 2018).

As Gerências Distritais (GD) gerenciam dois ou mais distritos, descentralizando e operacionalizando as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde. São oito GDs, sendo elas: 1) Norte/Eixo Baltazar (NEB), 2) Centro, 2) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI), 4) Leste/Nordeste (LENO), 5) Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), 6) Sul/Centro Sul (SCS), 7) Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) e 8) Restinga/Extremo Sul (RES). Na Figura 1 está apresentado o mapa dos distritos sanitários no município.

Figura 1- Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre/RS



Fonte: SMS/PMPA, 2018.

Os usuários que não tiverem suas necessidades resolvidas na APS, poderão ser encaminhados para a atenção secundária. Atualmente, o município conta com seis CEO, sendo a regionalização feita nos distritos sanitários conforme demonstrado no Quadro 1 (SMS/PMPA, 2017). As especialidades atendidas na atenção secundária estão distribuídas da seguinte forma: endodontia, periodontia, cirurgia oral, estomatologia, pacientes com necessidades especiais e prótese dentária. Já as condições de saúde bucal que demandam referência ao nível terciário de atenção, são referenciadas para oito diferentes hospitais no município.

Quadro 1- Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo distritos, no município de Porto Alegre/RS

GD	SERVIÇO DE REFERÊNCIA
Centro	CEO Santa Marta e CEO UFRGS
NHNI	CEO Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e CEO Instituto de Aposentados e Pensionistas da Indústria (IAPI)
PLP	CEO Bom Jesus
GCC	CEO Vila dos Comercários
SCC	CEO Vila dos Comercários
NEB	CEO GHC
RES	CEO Santa Marta
LENO	CEO Bom Jesus

Fonte: SMS/ PMPA, 2017.

O acesso do usuário aos níveis secundário e terciário da rede ocorre por meio dos sistemas informatizados de marcação vigentes: Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON) e Sistema Nacional de Regulação (SISREG). A fim de garantir o uso eficiente do conjunto de serviços de saúde é importante um sistema de regulação, que contemple o itinerário terapêutico do cuidado. Para contemplar racionalidade e transparência no fluxo do usuário na rede especializada de saúde, foram criados protocolos de estratificação de risco para o encaminhamento de exames complementares (radiografias) e consultas especializadas em saúde bucal. O objetivo é garantir a identificação da necessidade do usuário e provisão do serviço propício com a tecnologia adequada para seu atendimento (SMS/PMPA, 2017).

A gestão dos serviços da RASB no município é feita por meio do Colegiado de Saúde Bucal, que constitui-se em um espaço de deliberação dos aspectos estratégicos, organizacionais e logísticos das ações em saúde. Promove a socialização das informações e a participação do conjunto dos atores da rede de atenção à saúde bucal. Nesse espaço estão presentes cirurgiões-dentistas representantes das oito GD, representantes do CEO, profissionais auxiliares e técnicos em saúde bucal. Cada gerência distrital possui quatro horas mensais para reunião com todos os profissionais de saúde bucal. São reuniões administrativas e que buscam formar projetos de EPS que superem o modelo tradicional (biologicista, mecanicista, centrado no professor e na transmissão) e se aproximem da concepção construtivista (de problematização das práticas e dos saberes), incentivando a produção do conhecimento a partir dos serviços e das realidades

das equipes e da atuação dos profissionais (SMS/PMPA, 2017).

No ano de 2012, foi construído pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) um documento intitulado “Acolhimento com identificação de necessidades: guia de orientação para as unidades de saúde”, com o objetivo de ampliar e reorientar o acesso aos serviços. No ano de 2014, profissionais integrantes das Áreas Técnicas de Atenção Primária e da Saúde Bucal da SMS criaram o “Protocolo de atenção em saúde de Porto Alegre: organização da rede e de fluxos de atendimento”, cujo objetivo principal é propor diretrizes ao acolhimento e estabelecimento de fluxos conforme a necessidade do usuário. Além disso, o protocolo traz a definição de atores, posições e responsabilidades em todos os níveis de atenção, tendo por base os princípios organizativos da APS. A fim de orientar as atividades assistenciais dos serviços de urgências em saúde bucal, foi publicado também em 2014 o “Protocolo de Urgências em Odontologia”, o qual serve de suporte para toda a rede de atenção primária nos atendimentos de urgência em saúde bucal (SMS/PMPA, 2017). Os protocolos têm por objetivo organizar os recursos existentes e o funcionamento dos serviços; orientar as decisões de prevenção, promoção e assistência à saúde; e, também, viabilizar a comunicação entre as equipes (BRASIL, 2010).

4 PRODUTOS

4.1 PRODUTO BIBLIOGRÁFICO: ARTIGO CIENTÍFICO

Manuscrito a ser submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*, produzido conforme instruções para publicação na revista.

Título: Competências profissionais para constituição de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal. Professional competences for the constitution of Integrated Networks of Attention and Teaching in Oral Health.

RESUMO

O estudo analisa como a Integração Ensino-Serviço participa na constituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e de abordagem qualitativa. Os dados foram produzidos através da realização de dez grupos focais. Participaram da pesquisa 137 pessoas (100 trabalhadores, 5 gestores, 17 estudantes, 14 docentes e 1 usuário). A condução dos grupos apoiou-se em um roteiro elaborado considerando as dimensões das redes: população, sistema operacional e modelo de atenção à saúde. A análise dos dados foi realizada com base na análise textual do discurso. Foram usados os referenciais teóricos da Ergologia, dos elementos constitutivos e das dimensões avaliativas subjetivas das redes de saúde. A Integração Ensino-Serviço produz processos de ensino-aprendizagem que geram agir profissional nos trabalhadores e estudantes. Contribui na territorialização e organização do itinerário do cuidado na saúde bucal. A coordenação do cuidado produz o agir em competência e a Integração Ensino-Serviço compõe a conectividade da rede. Espaços para debates de normas das Redes de Atenção e Ensino não se envolvem com a governança. A Integração Ensino-Serviço é ação estratégica para promover Educação Permanente em Saúde e interfere na constituição das Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal.

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço. Redes de Atenção à Saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

The study analyzes how Service Learning participates in the constitution of the Oral Health Care Networks in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This is a case study of the single type, integrated, with multiple units of analysis and qualitative approach. Data produced through 10 focus groups. A total of 137 people participated (100 workers, 5 managers, 17 students, 14 professors and 1 user). The analysis of the data was based on discourse analysis. The theoretical frameworks of Ergology, the constitutive elements and the evaluative dimensions of health networks were used. Service Learning produces teaching-learning processes that generate professional action on workers and students. It contributes to the territorialization and organization of the itinerary of oral health care. Care coordination develops acting in competence and the Service Learning composes the connectivity of network. Spaces for discussion of Attention and Teaching Networks do not get involved with governance. The Service Learning is a strategic action to promote Permanent Health Education and has interfered in the constitution of Integrated Networks of Attention and Teaching in Oral Health.

Keywords: Service Learning. Health Care Networks. Oral health.

INTRODUÇÃO

Nas sociedades modernas, as instituições de ensino foram concebidas como espaços de confinamento (“cercas”) necessários para a produção de estudantes/trabalhadores educados — “corpos dóceis” (controlados, treinados e vigiados). As disciplinas tornam-se processos de controle¹. Nas configurações curriculares das sociedades pós-modernas, que respondem às necessidades de novas organizações sociais em redes, o estudante/trabalhador é aprendiz constante, que se automonitorea em um aperfeiçoamento autônomo contínuo e deve realizar tarefas com liberdade^{2,3}.

O panorama de complexas transformações sociais nos campos do trabalho e da educação impulsionou políticas educacionais de formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), aproximando os serviços aos percursos curriculares do ensino⁴. É um movimento para a constituição de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde. Para alcançá-las, os processos de Integração Ensino-Serviço transvestem-se em Educação Permanente em Saúde (EPS) visando a produção do cuidado em linhas integrais.

A população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde são considerados dimensões que abrangem as Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵. A subjetividade, presente nas relações entre os pontos das redes, constitui os elementos estruturantes: unidades mínimas, conectividade, integração e normatividade. Os componentes fixos da rede (unidades mínimas) se conectam entre si de diferentes formas, com capacidade de ruptura e de estabelecimento de novas conexões. A integração entre os serviços garante a continuidade do cuidado. A normatividade compõe o sistema lógico capaz de organizar o funcionamento das RAS, porém como a estrutura da rede é flexível, demanda inovações para atender às singularidades das necessidades em saúde em constante modulação⁶.

A saúde exercida no “trabalho vivo”, que vivencia o aprender articulando o ensino ao serviço, torna o espaço de trabalho na saúde cenário de aprendizagens e de inovação⁷. A

qualidade da integração entre o serviço e o ensino deve ser medida pela capacidade dos trabalhadores/estudantes envolvidos nas redes produzirem saberes^{8,9}. O termo Integração Ensino-Serviço descreve experiências de aprendizado estruturados que combinam serviço comunitário com preparação e problematização. Os estudantes trabalham ao mesmo tempo que aprendem e os trabalhadores aprendem ao mesmo tempo que trabalham^{10,11}.

Na formação na saúde que integra o ensino ao trabalho no SUS a produção da competência profissional emerge como estratégia pedagógica central^{10,12,13}. Quando a aproximação entre o ensino e os serviços fortalece a EPS, potencializa a formação de trabalhadores/estudantes para atuarem com as competências subjetivas inerentes à organização dos serviços em redes¹⁴. Trabalhadores/estudantes e estudantes/trabalhadores imersos no processo, desenvolvem o que a Ergologia denomina de “agir em competência”. Com olhar especial para componentes subjetivos da competência profissional, como a abertura para o debate de valores e trabalho em equipe, tornam-se capazes de recriar saberes. A articulação do que é protocolar ao que é singular em cada situação de trabalho qualifica o cuidado integral nas redes de saúde¹⁵.

Em Porto Alegre, cenário do estudo, reformas curriculares nos cursos de odontologia priorizam experiências de Integração Ensino-Serviço e demonstram êxito no rompimento de dicotomias que têm caracterizado o exercício profissional do cirurgião-dentista: normativo/subjetivo, preventivo/curativa, público/privada, ensino/trabalho^{13,16,17,18}.

Em face ao contexto descrito, questiona-se como a Integração Ensino-Serviço apóia as Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB)? Quais as tecnologias ou estratégias que promovem articulações entre ensino e serviço? Como provoca ações de EPS e/ou mudanças no agir dos profissionais do SUS?

Buscando responder aos questionamentos, o objetivo do estudo foi analisar o modo como processos de Integração Ensino-Serviço constróem competências profissionais em

estudantes e trabalhadores na constituição de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal no município de Porto Alegre.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e de abordagem qualitativa¹⁹.

O estudo teve 137 participantes, entre eles trabalhadores, gestores, usuários, estagiários, residentes e docentes de odontologia. Para a produção dos dados foram realizados dez grupos focais. Os grupos tiveram duração de aproximadamente uma hora, foram conduzidos por um coordenador (pesquisadora) e um relator. Todos foram gravados, filmados e posteriormente transcritos para análise. A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado considerando as dimensões das Redes de Atenção à Saúde propostas por Mendes (2011)⁵ - população, Atenção Primária à Saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde (Quadro 1). Optou-se pela utilização de grupos focais por ser uma técnica que permite um diálogo em profundidade, com maior nível de trocas entre os participantes. Através dos grupos focais é possível compreender como são construídas as percepções e práticas cotidianas acerca de um determinado fenômeno, privilegiando a observação, o registro de experiências e reações dos indivíduos participantes^{20,21}.

Os grupos tiveram as seguintes caracterizações metodológicas: **Grupo Focal Tipo 1 (GF1): RASB de Porto Alegre:** foram realizados quatro grupos focais durante as reuniões administrativas mensais de saúde bucal em quatro gerências distritais do município: Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas (NHNI), Partenon-Lomba do Pinheiro (PLP), Leste-Nordeste (LENO), Norte Eixo-Baltazar (NEB). Os grupos foram realizados entre os meses de março e abril de 2018, com em média dez participantes (cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à

Saúde e Centro de Especialidades Odontológicas (CD APS e CD CEO), gestores, técnicos em saúde bucal (TSB), auxiliares de saúde bucal (ASB), estudantes e usuários) (Tabela 1). **Grupo Focal Tipo 2 (GF2): RASB de Porto Alegre:** foram realizados quatro grupos focais, com média de vinte participantes, também durante as reuniões administrativas mensais de saúde bucal nas gerências distritais, entre os meses de março e abril de 2018 (Tabela 1). **Grupo Focal Tipo 3: Docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS):** realizado em junho de 2018, no Departamento de Odontologia Preventiva e Social, com seis docentes de saúde coletiva do curso de odontologia. **Grupo Focal Tipo 4: Oficina do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva:** realizado durante a oficina “Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal do SUS”, oferecida no Pré-Congresso do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), em julho de 2018 no Rio de Janeiro. Composto por oito docentes de saúde coletiva de cursos de odontologia (Fundação Universidade de Blumenau, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Piauí, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Feira de Santana).

Os dados foram analisados com base nos fundamentos da análise textual do discurso²². Apoiou-se no referencial teórico de Schwartz (2007)¹⁵ sobre o conceito de agir em competência, relacionado-o com os elementos constitutivos de Mendes (2011)⁵ e as dimensões avaliativas subjetivas de Amaral & Bosi (2017)⁶ da RAS. A pesquisa foi inscrita na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (sistema CEP/CONEP), através de cadastro na Plataforma Brasil (CAAE:79778217.8.3001.5338) e todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quadro 1- Roteiro dos Grupos Focais

<p>DOMÍNIO 1: POPULAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como acontece na rede de saúde os processos de definições territoriais em relação à estrutura operacional dos serviços e às responsabilidades com as necessidades dos usuários? - De que modo as experiências de Integração Ensino-Serviço contribuem com os processos de definições territoriais e as necessidades dos usuários?
<p>DOMÍNIO 2: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como APS coordena/governa o cuidado em saúde bucal? - Como é o trabalho coletivo entre as equipes de saúde e de ensino para a construção da coordenação do cuidado?
<p>DOMÍNIO 3: PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como ocorrem as definições das ações/procedimentos/protocolos nas relações e referenciamento/contrarreferenciamento entre os serviços (APS/especializada/hospitalar)? - De que modo ações de Integração Ensino-Serviço apoiam o itinerário do cuidado do usuário em busca do atendimento das suas necessidades?
<p>DOMÍNIO 4: OS SISTEMAS DE APOIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como estão organizados protocolos e fluxos dos sistemas de apoio diagnóstico, de assistência farmacêutica e sistemas de informação epidemiológicas e gerenciais? - De que modo as ações de Integração Ensino-Serviço apoiam ou alimentam discussões sobre os sistemas de apoio diagnóstico, trazendo propostas para estruturação ou redefinições nesta área?
<p>DOMÍNIO 5: OS SISTEMAS LOGÍSTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como as informações de saúde circulam na rede? - Como as vivências na Integração Ensino-Serviço permitem articulação e comunicação nas redes?
<p>DOMÍNIO 6: O SISTEMA DE GOVERNANÇA NA REDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como funciona o sistema de gestão da rede? - Em que medida a Integração Ensino-Serviço participa do sistema de gestão? - Como os instrumentos de gestão e governança acompanham projetos de Integração Ensino-Serviço?
<p>DOMÍNIO 7: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como é o modelo de saúde da rede ? Podem ser identificadas ações de EPS? - A Integração Ensino-Serviço tem contribuído com ações de EPS para inovar nas ações e modelos de saúde?

Tabela 1- Número de participantes dos grupos focais Tipo 1 (GF1) e Tipo 2 (GF2), por Gerência Distrital (GD), no município de Porto Alegre/RS

GD	NHNI		PLP		LENO		NEB		TOTAL (N)
	GF1	GF2	GF1	GF2	GF1	GF2	GF1	GF2	
Gestor	2	-	1	-	1	-	1	-	5
CD APS	4	6	3	9	5	7	3	10	47
CD CEO	1	4	-	-	-	-	-	-	5
TSB	1	1	2	1	1	1	1	-	8
ASB	2	7	2	8	1	7	1	12	40
Estudantes	4	-	1	3	1	6	2	-	17
Usuários	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL	14	18	10	21	9	21	8	22	123

Abordagens do território nas redes de saúde: da coordenação do cuidado às competências culturais

Em um modelo de saúde centrado nas necessidades do usuário, a população, sua concepção de saúde e doença, suas representações sociais e subjetividades culturais tornam-se elementos fundantes na constituição da RAS. A população deve ser a razão principal na constituição da rede. É o que marca a atenção centrada no usuário. O reconhecimento da base territorial, a caracterização da população e dos problemas de saúde tornam-se essenciais para organização do acolhimento e do acesso aos serviços⁵.

Porto Alegre nos últimos anos vivenciou expansão da cobertura de equipes de saúde bucal na APS, porém, observou-se que esse movimento não modificou o padrão de acolhimento e acesso à atenção odontológica²³. Perpetuam-se organizações do acesso em que não são utilizadas informações epidemiológicas sobre as condições de saúde bucal para o planejamento das ações e serviços. As políticas de reorganização do acesso centram-se no

aumento da produtividade clínica com a ampliação das áreas de responsabilidade das equipes de saúde bucal²³. É uma realidade que emergiu nas práticas discursivas dos grupos focais e que estabelece relações com as experiências de Integração Ensino-Serviço, pois as equipes “re-vivenciam” o território com ajuda do estudante.

[...] cada vez mais vemos uma gestão propondo que os profissionais fiquem focados no atendimento clínico [...]. Eu como residente faço visita domiciliar, mas os trabalhadores da equipe de saúde bucal, raramente. (SB3 23)

[...] Tivemos um trabalho no estágio que era fazer uma apresentação do território, e eu gostei bastante de fazer, pois havia muitas coisas ali que a equipe desconhecia. (SB2 7)

[...] Temos uma equipe incompleta, território grande, eu realmente não conheço a minha população. A gente foca em atender[...] Então o estagiário consegue formar um “braço” que eu não tenho para conhecer o território. (SB3 15)

Em serviços de saúde com presença de Integração Ensino-Serviço há expectativa de que as ações em saúde aproximem-se da realidade do território e permitam benefícios recíprocos para o ensino, a gestão, o serviço e a comunidade^{8,9,14}. Os modelos de avaliação da Integração Ensino-Serviço devem considerar, dentre outras coisas, os indicadores de acesso e resolutividade da atenção⁹. Experiências na Integração Ensino-Serviço, analisadas no estudo, têm enfrentado junto com as equipes os problemas de acesso, desenvolvendo de competências de gestão para compreender e intervir nas realidades dos serviços.

O projeto da nossa estagiária é montar uma nova forma de acesso na odontologia. [...] Vamos avaliar a questão do acesso da população, estabelecer como vamos dar prioridade, se por vulnerabilidade social ou de outra forma. [...]. (SB6 28)

[...] Várias das nossas disciplinas trabalham com a saúde do município. Temos um indicador nas unidades de saúde que é o índice de vulnerabilidade, que leva em conta algumas condições básicas em que a população vive [...] e com isso conseguimos fazer uma classificação [...] que define a organização do serviço de saúde com base no território. (SB9 48)

Os estagiários de gestão nos ajudaram muito, pois tem uma diferença grande de população que as unidades atendem para o que está cadastrado. Muitos acordos internos foram feitos, territórios mudaram ao longo do tempo e nunca foram atualizados. Então eles fizeram um mapa e conseguimos atualizar os territórios através do trabalho deles. (SB7 34)

Os territórios onde vivem as pessoas, nem sempre considerados pelos profissionais no cuidado em saúde, são possibilidades vivas de agenciamentos de novas conexões e ampliação das RAS. Os usuários são “redes vivas”, que produzem movimentos e protagonizam a construção de sua própria rede na busca por cuidado²⁴. A APS possui papel central de guiar o usuário no itinerário terapêutico, que nem sempre corresponde a fluxos pré-determinados^{5,6}. O usuário e as equipes de saúde produzem juntos o itinerário do cuidado a ser percorrido nas unidades mínimas da RAS. A Integração Ensino-Serviço colabora problematizando a responsabilização da APS na coordenação do cuidado.

Os estagiários e residentes vêm com um olhar de quem está chegando, curioso, e de que está trazendo coisas novas. Isso te provoca em repensar os processos [...].Essa é a grande contrapartida, eles ajudam a coordenar o cuidado, pensar porque as pessoas vêm ou não buscar atendimento, pensar a rede. (SB2 6)

Na coordenação do cuidado a residência acaba sendo um apoio pra equipe, mas não pode ser algo solto, tem que estar vinculado à preceptoría, [...] e que ela coordene isso. Temos que usar o trabalho do residente a favor da equipe [...]. (SB3 15)

A coordenação do cuidado busca romper com a fragmentação da atenção, se tornando um diferencial nos sistemas integrados de serviços de saúde. Somente uma APS fortalecida pode exercer esse papel^{5,6}. A Integração Ensino-Serviço produz competências culturais ao problematizar realidades e reaproximar as equipes dos territórios, ressignificando o papel da coordenação do cuidado da APS a partir do território em que as pessoas vivem.

Itinerários terapêuticos e produção do cuidado compartilhado com o ensino nas redes de saúde

Sistemas informatizados e protocolos, elaborados com apoio de experiências da Integração Ensino-Serviço, regulam o caminho nas unidades mínimas da rede. Os protocolos, fios condutores que orientam o acesso aos pontos da RAS, dão forma ao caminho a ser percorrido pelo usuário². Mas, diante de circunstâncias ao mesmo tempo singulares e dinâmicas que caracterizam as realidades de trabalho, não há como considerá-los suficientes para o domínio profissional. A atividade de trabalhar e de aprender constitui-se no encontro com a realidade. A competência profissional revela-se, principalmente, em face ao inesperado, caracterizando-se por um adaptar permanente ao modo de agir profissional¹⁵.

O ensino nos serviços permite que os estudantes vivenciem as situações reais de trabalho e possam gerir o inédito das situações, tomando suas próprias decisões e equilibrando-as com o que os protocolos preconizam¹⁰. Para o agir em competência é necessário que o trabalhador possua o domínio dos protocolos e normas que regem a situação de trabalho. Mas, constantemente, situações inusitadas os colocam à prova, saberes são recriados e incorporados ao processo histórico da atividade no trabalho¹⁵. Nas práticas discursivas analisadas, os protocolos do município para o encaminhamento aos níveis de atenção constantemente são readaptados, assumindo uma variedade de relações possíveis, bem como debate de valores e normas.

Os protocolos são ótimos, mas eles são apenas norteadores [...] às vezes nos perdemos um pouco, pois vemos no protocolo uma coisa que não conseguimos encaixar na realidade, pois é um pouco distante, casos perfeitos [...]. (SB2 9)

Mesmo com o protocolo, em alguns casos o fluxo não funciona. Por exemplo, a gente tem um protocolo de cirurgia, mas temos profissionais que não fazem procedimentos que estão no protocolo. Então existe o protocolo, mas também existem as pessoas [...]. (SB7 34)

Na tentativa de encontrar o melhor caminho para o usuário na rede de saúde, fluxos de encaminhamentos para atenção especializada podem ser recriados nos encontros proporcionados entre as unidades mínimas. É estimulada a conectividade da rede, ou um “modo de funcionamento quente”, que é a característica da rede em fazer movimentos de ruptura e estabelecer novas conexões e relações⁶. A Integração Ensino-Serviço, quando realiza a inserção de estudantes nos diversos níveis de atenção, favorece a disseminação das informações, apoiando as equipes no processo comunicacional.

A informatização das redes de saúde apoia o processo de agendamento, cadastramento e armazenamento dos prontuários dos pacientes, conforme preconizado para organização dos sistemas logísticos das RAS⁵. A implantação de sistemas informatizados que regulam o acesso para a atenção especializada foi um processo difícil de ser realizado, tendo em vista os aspectos estruturais, de gestão e de treinamento das equipes. Mas são evidentes os ganhos em termos de colaboração para ampliação da efetividade e transparência de encaminhamentos, qualificando a comunicação e os encaminhamentos para a atenção especializada^{5,25}. Entretanto, são demarcados entraves no referenciamento e comunicação com a atenção especializada, sobretudo na atenção terciária, que envolve o nível hospitalar. O processo de referência e contrarreferência se limita às questões meramente burocráticas sem a produção compartilhada do cuidado²⁶.

[...] Se o paciente vai para atenção hospitalar a gente não tem o retorno do profissional [...]. A gente tem que fazer busca ativa e às vezes o paciente não sabe dizer o que foi feito. (SB6 26)

O residente quando está no segundo ano, ele traz muita informação para Atenção Básica, pois ele sai bastante do campo [...] Eles trazem muita informação de fora, pois eles circulam [...]. (SB3 22)

O aumento do acesso na APS não acompanhado da ampliação de oferta de serviços especializados pode gerar demanda reprimida, impedindo a integralidade da atenção^{26,27}. Algumas especialidades possuem maior espera por atendimento tais como endodontia,

radiologia e prótese dentária, sendo que essa última é oferecida em apenas duas gerências do município. Nesse sentido, os serviços odontológicos realizados nos cursos de odontologia são vistos como uma alternativa apropriada para apoiar as RASB. Alguns serviços especializados são realizados, quando estagiários se responsabilizam pela coordenação do cuidado do usuário, ou então por meio de projetos de extensão, mas que têm quantidade reduzida de vagas. De um modo geral, os serviços odontológicos prestados à comunidade pelas instituições de ensino ocorrem de modo paralelo ao SUS.

O CEO da UFRGS é uma experiência de Integração Ensino-Serviço que vem sendo desenvolvida desde o ano de 2006, com convênio estabelecido entre a instituição de ensino e o município. Políticas de integração do SUS aos serviços odontológicos oferecidos por instituições de ensino são desenvolvidas com o objetivo de ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal. Nesse escopo, foi estabelecido por meio de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação o componente GraduaCEO, que se constitui em uma série de ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidas e prestadas pelas Instituições de Ensino Superior com curso de graduação em odontologia²⁸. Mas ainda é preciso avançar nesse âmbito de Integração Ensino-Serviço, tendo em vista diferenças nas bases que orientam a organização do SUS e das clínicas odontológicas nas instituições de ensino: o sistema de acolhimento dos usuários, o modelo de atenção por especialidades, passando pela fragilidade dos fluxos e respeito aos princípios do SUS²⁵.

Existe uma deficiência grande de prótese dentária na rede. A universidade poderia fazer alguma parceria nesse sentido, pois é uma necessidade da população [...]. Há a integração em algumas coisas, nos CEO, extensões... mas são coisas que oscilam. Por exemplo: o período de férias dos estudantes, o serviço é interrompido ou tem número limitado de vagas. (SB7 35)

Temos apoio da universidade, pois temos uma grande dificuldade com exame radiográfico panorâmico. Eles cobram um custo baixo e se o paciente tem interesse, a gente faz contato com a universidade. Isso também acontece na cirurgia, eles conseguem absorver o que a rede não está dando conta. (SB6 25)

Muitas vezes, quando temos estagiários, conseguimos encaminhar pacientes para a clínica de ortodontia. Mas se consegue através do estagiário, pois não existe um fluxo oficial. [...] Depende da boa vontade do estagiário que vai fazer a coordenação do cuidado do paciente. (SB7 39)

Eu consegui um elo entre a unidade de saúde e a universidade. Alguns pacientes que necessitavam de um tratamento mais avançado, precisava de uma opinião diferente, eu levei e discuti casos com os professores e a gente conseguiu atendimento especializado. (SB2 7)

A necessidade de formação de trabalhadores qualificados para atuar em outras bases que não apenas as que orientam modelos biomédicos, historicamente desarticulados das necessidades sociais da população¹⁷, fez com que experiências de Integração Ensino-Serviço tenham sido centralizadas em campos de APS. A complexidade dos procedimentos prestados nos serviços especializados exige uma destreza para a qual o aluno ainda não está preparado, podendo intervir negativamente na produtividade clínica dos trabalhadores. Mas problemas como estrutura física das unidades, o receio de que práticas profissionais possam ser questionadas e a resistência por parte dos usuários podem também impedir a inserção de estudantes nos serviços do SUS²⁹.

Formamos para a atenção secundária? De jeito nenhum. Devemos formar? Eu acho que não. Do ponto de vista de prática clínica especializada, não; agora a gente tem que saber do ponto de vista organizacional o que significa uma rede, qual o percurso que o aluno tem que fazer para que essa rede seja contemplada. (SB9 49)

Não sei se receber estagiários da graduação é produtivo, pois nosso trabalho no CEO é extremamente clínico. Inclusive nosso trabalho é medido pela produção, então se há interferência na produção, não seria algo interessante. (SB2 13)

[...] O engraçado é que quem trabalha no hospital e é preceptor do residente, isso para ele é status, mas para quem está na unidade de saúde, é um fardo. (SB9 46)

Estou pasma [usuária]. Na minha época vinha os estudantes para atender, mas vinha o professor junto [...]. (SB3 16)

Os preceptores, trabalhadores dos serviços, exercem protagonismo na formação dos estudantes, planejando e supervisionando o aprendizado baseado no processo de trabalho. Entretanto, a função docente que demanda o papel do preceptor na Integração Ensino-Serviço, constrói-se baseada em receios e incompreensões. Por não ser uma competência incluída no rol de atribuições tradicionais do cirurgião-dentista, exige formação adicional³⁰. A necessidade de formação teórica e a presença de professores nos campos é uma exigência para suprir tais lacunas.

Sem dúvida a supervisão da professora faz toda a diferença, no sentido de dar continuidade ao projeto iniciado no semestre anterior [...]. (SB2 3)

O preceptor ser capacitado, ter algum tipo de treinamento ou formação para ser preceptor, é fundamental para primeira impressão que o estagiário vai ter da Saúde Pública. (SB7 35)

As equipes sentem falta de uma integração maior do ensino-serviço, uma contrapartida da universidade. Antigamente a gente participava de aulas e tínhamos mais contato com os professores, [...]. Eu acho que tinha uma integração maior, uma troca, realmente. E isso facilitava inclusive de ter mais profissionais que queriam ser preceptores. (SB2 1)

A aproximação de preceptores aos professores e estudantes geram desejo e curiosidades mútuas de procurar o aperfeiçoamento profissional. Os processos de Educação Permanente em Saúde suprem em algum sentido essas necessidades, mas não eliminam a necessidade de especializações, inclusive pós-graduação à nível de mestrado e doutorado⁹. A elaboração de propostas de trabalho em campos de estágio que sejam capazes de atender às necessidades tanto dos estudantes, quanto do serviço e comunidade é um desafio, sendo importante a preparação dos profissionais envolvidos, sejam eles docentes ou trabalhadores dos serviços³⁰.

Educação Permanente em Saúde na governança das Redes Integradas de Atenção e Ensino

A governança pode ser compreendida como um arranjo organizativo para realizar a gestão transversal das redes temáticas do SUS. Um domínio de inter-relações complexas, que no conceito da gestão compartilhada pressupõe a participação do controle social, expressando a democratização dos serviços e do processo de decisões em relação à comunidade⁵. Para governança da RASB, as práticas discursivas analisadas são de que a participação popular ainda não está consolidada. Nas unidades de saúde com presença da Integração Ensino-Serviço a expectativa é de que o controle social deva participar das decisões sobre as necessidades e prioridades do território. Mas, a dificuldade em compartilharem projetos do ensino, do serviço e do controle social, afeta a comunicação nas redes^{9,31}. Nos processos de Integração Ensino-Serviço analisados pelo estudo não tem sido diferente. O que se verifica é que espaços formais para debater a Integração Ensino-Serviço com a presença do quadrilátero da EPS (gestão, serviço, ensino e comunidade)¹⁴ ainda são raros e difíceis, em uma governança que não constitui uma Rede Integrada de Atenção e Ensino na Saúde.

[...] não temos a cultura aqui no Brasil de participação popular de forma digna e aí tudo o que vem, vem na forma de concessão. (SB9 49)

É difícil desenvolver empatia para uma realidade que está muito distante da tua. Há dificuldades em trabalhar a partir da perspectiva do controle social, não de uma forma vertical, em ver o que a gente acha que tem que fazer para essas pessoas, e sim conseguir dar visibilidade para o que as pessoas que vivem em situação vulnerabilidade pensam sobre si mesma, construir novas realidades a partir da Integração Ensino-Serviço. (SB9 52)

Quando eu estava na gestão, nós não conseguimos fazer uma reunião com alguém que represente todos os estágios[...]. (SB2 6)

[...] Temos uma demanda crescente da necessidade de estágios, então chega um momento que a gente não consegue mais fazer a leitura para escolha de campos adequados. (SB2 3).

O estágio é somente o espaço pra eles poderem fazer o atendimento clínico fora da universidade [...].
(SB6 29)

A universidade agora está vindo ao CEO, mas os alunos vêm, os professores não. E acho que eles não conhecem o que a gente faz. (SB2 13)

A universidade chega assim: “eu sei tudo, eu vou lá e vou te mostrar”. Ainda tem uma dificuldade de diálogo com o serviço, mesmo na Saúde Bucal Coletiva existe ainda uma certa arrogância, não é uma troca. (SB9 42)

O desenvolvimento do agir em competência para o cuidado em saúde bucal passa pela construção de significados em um processo de problematização e teorização da prática profissional. As práticas de EPS são ferramentas de gerenciamento permanente, que estimulam soluções criativas para a ineficiência dos processos de trabalho³². O estudante produz inovação e a necessidade de educação permanente para qualificação do cuidado em saúde^{9,30}. Nos cenários do estudo, as ações de EPS são desenvolvidas nas reuniões distritais administrativas e são citadas como ferramenta de aproximação dos trabalhadores da APS entre si e com o CEO.

Agora estamos cada vez mais integrados com o CEO. Estão todos vindo nas nossas reuniões aqui, acredito tem facilitado bastante a nossa comunicação. Tem muitos dentistas novos que desenvolvem trabalhos legais nas unidades, então a gente tem tentado fazer o espaço da reunião não só um espaço de reclamação, mas de confraternizar as boas experiências. (SB7 34)

O CEO participa das nossas reuniões distritais, a gente já fez atividades de discussão de casos clínicos [...]. (SB2 6)

É isso que falta entre os dentistas da Básica e o CEO. É a gente discutir o caso odontológico [...]. (SB2 13)

No panorama de precarização do trabalho na saúde, com demanda crescente pelo atendimento clínico, fica restrito o espaço para o pensamento reflexivo no cotidiano de trabalho³³. A Integração Ensino-Serviço pode contribuir para mudar essa realidade? A

reaproximação dos preceptores com o próprio processo de trabalho por meio da problematização dos saberes e práticas pode ser uma oportunidade inserida em processos de EPS. Porém, trabalhadores, professores e estudantes inseridos nos ambientes precários podem preferir soluções mais rápidas. Práticas de educação continuada e processos de qualificação mais pontuais, voltadas para o desenvolvimento clínico profissional, acabam sendo mais valorizados.

Temos uma rigidez da gestão de não conseguir liberação para determinados cursos que seriam de interesse, como por exemplo um de Farmacologia, que eu gostaria de ir. Mas aí a gestão disse que teria que ser algo que fosse compatível com Saúde Coletiva, e isso é difícil [...].” (SB6 52)

Desde o ano passado pra cá está bem complicado, a questão de organização da EPS, participação, comprometimento e até vontade mesmo [...]. (SB6 31)

Mas o processo de ensino-aprendizagem não emerge somente do espaço da instituição de ensino. Uma característica da aprendizagem no serviço é que o produto da integração gera relações dialógicas em que os envolvidos se beneficiam. O estudante com uma formação contextualizada na realidade, o trabalhador de saúde pela possibilidade de se atualizar e a comunidade por receber uma atenção diferenciada^{8,31}. A aproximação do ensino ao serviço permite o exercício do trabalho interdisciplinar, desafiando os profissionais a revisarem as próprias práticas nucleares e se aproximarem de propostas de trabalho compartilhadas³⁴.

A presença de estagiários fomenta a discussão de casos e a EPS, trazem coisas atuais, até mesmo indicações de tratamento, técnicas novas [...]. (SB7 35)

Nós vemos que a saúde bucal teve que sair da caixinha, pois recebendo estagiário você tem que apresentar a equipe, mostrar o território, se integrar mais [...]. (SB7 34)

Práticas centradas no núcleo profissional são características comuns nas equipes de saúde bucal¹⁷. A motivação para o trabalho em equipe pode ser despertada com a Integração Ensino-Serviço. Ao apresentar o serviço para o estudante, o trabalhador redescobre o próprio

trabalho e de que modo ele se insere na atividade dos outros²³. O uso que cada um faz de si em função do coletivo é base da governança do trabalho em equipe, desenvolvendo competências para o trabalho integrado em redes de atenção¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integração Ensino-Serviço é fundamental nos processos de mudanças nos modelos de formação e de atenção à saúde. Quando produz processos de Educação Permanente em Saúde participa de forma ativa na consolidação das redes. Entretanto, relações ainda precisam fortalecer-se e limitações são identificadas nos elementos constitutivos das redes de saúde bucal.

O sistema de governança das redes de atenção e ensino ainda não se organizam de modo a estabelecer relações entre os atores envolvidos na Integração Ensino-Serviço, em um movimento para a constituição de uma Rede Integrada de Atenção e Ensino na Saúde Bucal .

A definição de como ocorre a alocação da Integração Ensino-Serviço nos territórios das redes de saúde deve levar em consideração ações guiadas por critérios de necessidades sociais e epidemiológicas. O ensino tem se mostrado como um apoio para a territorialização. Projetos desenvolvidos na Integração Ensino-Serviço buscam a aproximação das equipes com os territórios, ampliação do acolhimento e acesso em saúde bucal.

A estrutura operacional da RASB demonstra avanços nos últimos anos, com ampliação das equipes e investimentos em informatização da rede. Mas ainda são observados entraves na integralidade cuidado, relacionados à coordenação do cuidado, ao acesso à atenção especializada e aos sistemas de apoio. A parceria com as instituições de ensino, especialmente as públicas, promoveria a complementação do acesso aos serviços, assim como aproximação entre as a redes de atenção e ensino na saúde bucal.

Os modelos de atenção à saúde praticados demonstram o investimento na construção de redes integradas de ensino e de saúde. Propostas de EPS têm sido experienciadas nas reuniões distritais administrativas da saúde bucal. Práticas de EPS são mais prevalentes nas unidades de saúde em que existem processos de Integração Ensino-Serviço sendo desenvolvidos.

O diálogo entre a formação e o mundo do trabalho permite aos estudantes e preceptores o desenvolvimento do agir em competência, contribuindo para a constituição da RASB.

FINANCIAMENTO

Este estudo é parte integrante do Projeto Universal “Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde do Sistema Único de Saúde”, que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016 (termo de concessão nº 42430/2016-3).

REFERÊNCIAS

1. Foucault, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis, Ed Vozes, 1987, 288p.
2. Nascimento C, Panzera SMT, Lima LW, Warmling CM. O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas. In: Cristine Maria Warmling; Luciana Marques; Roger dos Santos Rosa (organizadores). Curitiba, Ed Prisma, 2018.
3. Santin G, Hillesheim B. Educação Permanente em Saúde e Governamentalidade Biopolítica : uma Análise Genealógica. Rev Polies e Psique, 2013, 3(2): 43–60.
4. Gusmão RC, Ceccim RB, Drachler ML. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: Abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. *Interface*, 2015, 19: 695–708.
5. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Org Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

6. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Soc*, 2017, 26(2): 424–434.
7. Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: *Interface*, 2014, 18(49): 313–324.
8. Yoder KM. A Framework for Service-Learning in Dental Education. *J Dental Educ*, 2006, 70(2): 115–123.
9. Albiero J, Freitas S. Modelo para avaliação da integração ensino- serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde em Deb*, 2017, 41(114):753–767.
10. Warmling CM, Baldisseroto J, Stocker J, Gallo DB, Pezzato LM, Hugo FN. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. *Rev da ABENO*, 2015, 15(1):12–27.
11. Toassi RFC, Davoglio R, Lemos V. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na Atenção Básica da Graduação em Odontologia. *Educ em Revista*, 2012, 28(4): 223–242.
12. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface*, 2005, 9(17):369–380.
13. Warmling CM, Rossoni E, Hugo FN, Toassi RFC, Lemos VA, Slavutzki SMB, Nunes AA, Rosa AR Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Rev da ABENO*, 2011, 11(2):63–70.
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev de Saúde Colet*, 2004, 14(1): 41–65.
15. Schwartz Y. O uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, Ed Eduff, 2007.
16. Toassi RFC, Baumgarten A, Warmling CM, Rossoni E, Rosa AR, Slavutzky SMB. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals’ training. *Interface*, 2013, 17(45):385–392.
17. Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev de Saúde Pública*, 2015, 49(98).

18. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface*, 2014, 19(49): 351–362.
19. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.
20. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*, 2002, 12(24):149–161.
21. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 2011, 35(4): 438–442.
22. Moraes R, Galiazzi M. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Cienc & Educ*, 2006, 12(1): 117–128.
23. Rocha ET, Warmling CM. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado de saúde bucal. *Sab Plurais*, 2016, 1(1):113-131.
24. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Crus KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua.. Implicações para produção do cuidado e produção do conhecimento em saúde. *Divulg em Saúde para Deb*, 2014, 52: 164-164.
25. Mello ALSF, Guimarães FAF. Ações e serviços odontológicos prestados por instituições públicas de ensino superior: integração com a rede de atenção à saúde. *Rev da ABENO*, 2017, 17(3):10–20.
26. Aquilante A, Aciole G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “ Brasil Sorridente ”: um estudo de caso. *Cienc & Saúde Colet*, 2015, 20(1):239–248.
27. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal : organização em municípios de grande porte de Santa Catarina. *Cad de Saúde Publ*, 2014, 30(2): 318–332.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.646, de 05 de agosto de 2014. Institui o componente GraduaCEO- Brasil Sorridente e dá outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2014.
29. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Cienc & Saúde Colet*, 2016, 21(9): 2949–2960.
30. Forte F, Pessoa T, Freitas C, Pereira C, Carvalho P. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: O olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*, 2015, 19(I): 831–843.
31. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. *Interface*, 2016, 20(59): 1015–1025.
32. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Cienc & Saúde Colet*, 2016, 21(3): 913–922.
33. Ravazine B, Fogaça S, Ribeiro R. Considerações sobre educação permanente em saúde: revisão bibliográfica. *Interfaces da Educ*, 2017, 8(22): 363–387.
34. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: Com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface*, 2016, 20(56):147-58.

4.2 PRODUTO TÉCNICO: BOLETINS INFORMATIVOS

4.2.1 Boletim Informativo NHNI

APRESENTAÇÃO

O objetivo do boletim informativo é apresentar os resultados da pesquisa que analisou como a Integração Ensino-Serviço contribuiu para constituir a Rede de Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Os resultados apresentados neste boletim foram produzidos através da realização de dois grupos focais, realizados concomitantemente durante a reunião de saúde bucal da Gerência Distrital Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas (GD NHNI), no mês de março de 2018. Em um dos grupos focais participaram 14 pessoas: 2 gestores, 5 cirurgiões-dentistas, 1 técnico em saúde bucal, 2 auxiliares em saúde bucal e 4 estudantes. O outro grupo teve a presença de um número ampliado de participantes, com total de 18 pessoas: 10 cirurgiões-dentistas, 1 técnico e 7 auxiliares em saúde bucal. A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado considerando as dimensões das redes propostas por Mendes (2011)- população, Atenção Primária à Saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde.

A Gerência NHNI

A Gerência NHNI é composta por três distritos sanitários: Noroeste; Humaitá-Navegantes e Ilhas.

Distrito Noroeste:

- População: 129.800 habitantes;
- Bairros: Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Floresta, Jardim Itú, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D´Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião e Vila Ipiranga;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,89. Três bairros apresentam IDH > 0,95, estando entre os maiores da cidade;
- Proporção de idosos (>60 anos) é de 19,9%. A relação entre jovens e idosos é de 1,44, uma das menores do município. A expectativa de vida é de 79,8 anos;
- Cobertura de APS: 73,5% (6 unidades de saúde- 3 delas pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição-GHC);

- Cobertura de saúde bucal: 37,9%.

Distrito Humaitá-Navegantes:

- População: 46.282 habitantes;
- Bairros : Anchieta, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo;
- IDH 0,765;
- Cobertura de APS: 119,3% (5 unidades de saúde);
- Cobertura de saúde bucal: 57,8%.

Distrito Ilhas:

- População: 8.420 habitantes;
- Composto pelo bairro Arquipélago - Ilhas Grande dos Marinheiros, das Flores e do Pavão;
- IDH de 0,659 (está abaixo da média nacional, sendo dos mais baixos do município);
- Cobertura de APS: 109,3% (3 unidades de saúde)
- Cobertura de saúde bucal: 112,7%.

A Rede de Ensino

A gerência é distrito docente assistencial do Centro Universitário Metodista (IPA) e UNISINOS. Recebe também alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal

- 14 Unidades de Saúde com equipes de Saúde Bucal;
- 55 profissionais (27 dentistas, 11 técnicos e 17 auxiliares em saúde bucal);
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO IAPI);
- 1 serviço de urgência odontológica: UPA Moacyr Scliar (GHC).

Território e População

A extensão do território da gerência NHNI e os distintos perfis populacionais que compõem a região, constituem-se em obstáculos para as equipes articularem no cuidado da população as questões do território, especialmente as equipes que não estão organizadas no modelo da Estratégia de Saúde da Família. Na gerência distrital NHNI, as distâncias territoriais entre os serviços de saúde, e entre esses e as casas dos usuários afetam o acesso ao cuidado. A Integração Ensino-Serviço, por meio da realização de projetos de territorialização e visitas

domiciliares dos estudantes nos estágios têm contribuído para o reconhecimento do território e a incorporação de informações das realidades territoriais nas vivências do cuidado na saúde.

Temos uma área adscrita grande e uma dificuldade do nosso território é a distância [...]. Para fazer uma visita domiciliar a gente demanda de carro, então a gente acaba não dando conta (SB2 1).

Na Ilha eles tem que se deslocar de ônibus para ir na unidade. Muitas vezes eles não têm transporte, não conseguem passagem para vir para o centro fazer os exames, [...]. Eles não conhecem os locais, às vezes deixam de ir (na consulta especializada) por falta de vale-transporte ou de conhecimento mesmo (SB2 11).

Os serviços de saúde acabam sendo pouco planejados em questão de colocação dentro do território, deveria se ter um pensamento anterior, voltado para necessidade da população, para posteriormente ter a colocação dos serviços e a oferta conforme a necessidade. [...]. (SB2 3).

Um grupo de estagiários fez um trabalho junto aos Agentes Comunitários de Saúde, produziram mapas falantes do território, que ficou muito interessante. Nós profissionais ficamos muito dentro da unidade e os estagiários vão para rua e nos trazem o que está acontecendo no território (SB2 2).

Nas visitas domiciliares que eu fazia junto com os profissionais, a gente podia enxergar melhor o que estava acontecendo no território e levar para a equipe. A gente teve um trabalho no estágio que era fazer uma apresentação do território, e eu gostei bastante de fazer, pois havia muitas coisas ali que a equipe desconhecia (SB2 7).

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

As equipes se sentem responsáveis pela coordenação do cuidado dos usuários, mas a demandas dos serviços afetam a organização dos processos. As equipes reconhecem que a Integração Ensino-Serviço contribui para a coordenação do cuidado quando provoca por meio dos estagiários/residentes reflexões sobre as questões do cuidado e itinerários terapêuticos dos usuários.

Eu acho que a APS deveria coordenar o cuidado, mas não é sempre que acontece. Não é que a gente não pense em coordenação do cuidado, mas muitas vezes somos atropelados pela demanda que bate à porta. Os estagiários e residentes vêm com um olhar curioso e de quem está trazendo coisas novas. Isso te provoca em repensar processos[...]. Para mim essa é a grande contrapartida (SB2 6).

O referenciamento para outros pontos de atenção da rede ocorrem através dos sistemas informatizados, o Sistema Gerenciador de Consultas (GERCON) e Sistema Nacional de

Regulação (SISREG). Os encaminhamentos são norteados pelo uso de protocolos do município, que foram elaborados com apoio de processos de Integração Ensino-Serviço. O uso de protocolos auxilia na organização do itinerário do cuidado, mas possui critérios por vezes rígidos ou distantes da realidade dos serviços da APS.

Eu acho que os protocolos são ótimos, mas eles são apenas norteadores. A universidade, com a visão acadêmica, científica, está um pouco distante da nossa realidade aqui na ponta, porque os casos não são estanques. Os protocolos são muito fechados, eles teriam que se aproximar mais dos serviços [...] (SB2 9).

O serviço de radiologia, que oferta serviços de radiografias panorâmicas e consultorias de apoio diagnóstico, contempla a realização de atividades assistenciais na estrutura clínica da universidade. Outros tipos de atendimentos especializados podem ocorrer por meio não formalizado de encaminhamentos. O Telessaúde como ferramenta de apoio diagnóstico aos profissionais da rede (ações de teleconsultoria e telediagnóstico), é um exemplo de destaque de como a integração pode ser benéfica ao serviço.

Na reunião de colegiado foi uma professora da UFRGS nos pedir ajuda, [...]. Ela estava percebendo que 50% dos pacientes faltavam às marcações de radiologia. [...] E com isso ela nos levou também a proposta de fazer uma teleconsultoria em diagnóstico radiológico. Isso é uma abertura da universidade. (SB2 1)

A gente tem também o Telessaúde, que utilizamos bastante para auxílio na discussão de casos [...] (SB2 6).

Eu consegui um elo entre a unidade de saúde e a universidade. Alguns pacientes que necessitavam de um tratamento mais avançado, precisava de uma opinião diferente, eu levei e discuti casos com os professores e a gente conseguiu atendimento especializado (SB2 7).

A gente não tem abertura da universidade para absorver demandas clínicas. Tem toda uma estrutura dentro da universidade que a gente não tem dentro dos serviços [...]. A não ser que tenha um vínculo com estagiário, e que ele dê um jeitinho e consiga levar essa paciente, mas não de forma formalizada. (SB2 6)

O Centro de Especialidades Odontológicas

O CEO é um serviço da rede de saúde bucal que prioriza e organiza a atenção a partir do procedimento especializado. A presença de estagiários podem diminuir a produtividade de procedimentos clínicos e com isso causar impactos negativos na meta de avaliação.

A universidade agora está vindo ao CEO, mas os alunos vêm, os professores não. E acho que eles não conhecem o que a gente faz [...]. Não sei se receber estagiários da graduação seria produtivo, pois nosso trabalho é extremamente clínico. Inclusive nosso trabalho é medido pela produção, então se há interferência na produção, não seria algo interessante (SB2 13).

A comunicação da rede

Os sistemas logísticos e de comunicação são reconhecidos como essenciais na constituição do modelo de atuação em rede na saúde. Entretanto, é baixa a comunicação entre os pontos de atenção, independente do uso dos sistemas de referenciamento, especialmente quando se trata de comunicação com a atenção terciária. Os meios informais de comunicação entre os profissionais demonstram as subjetividades existentes na rede.

A universidade como facilitadora na articulação da comunicação das redes ainda é fraca. Há obstáculos a serem vencidos na comunicação entre preceptores e tutores, o contato é muito dependente das disponibilidades do ensino e do serviço. Na gestão local percebe-se que estágios que contam com os tutores inseridos em projetos nos campos ampliam a comunicação e a manutenção dos projetos construídos pelos estudantes. Os preceptores sentem a necessidade de aproximação ao ensino também como forma de qualificação profissional.

A APS trabalha com o prontuário eletrônico, mas no CEO não há essa previsão, então a gente não tem como acessar informações dos pacientes [...]. E às vezes nem o caso específico, odontológico, pelo qual aquele paciente está sendo encaminhado vem bem descrito. (SB2 13)

[...] Para fazer uma discussão de caso com profissional com outros pontos da rede não se faz pelo sistema. O contato se dá no corredor, ou através de uma ligação. (SB2 6)

A supervisão da professora faz toda a diferença, no sentido de dar continuidade ao projeto iniciado no semestre anterior [...]. (SB2 3)

Dentro da mesma universidade tem diferentes professores e diferentes formas de lidar com o estágio. Tem professores que estão muito presentes, te dão retorno, e tem outros

que somente entram em contato contigo para perguntar se queres receber o estágio [...] (SB2 6)

Quando eu era preceptora, participávamos das aulas e tínhamos mais contato com os professores, [...]. Havia uma integração maior, uma troca, realmente. E isso facilitava inclusive de ter mais pessoas que queriam ser preceptores [...]. (SB2 1)

Governança e Modelo de Atenção à Saúde

A governança da Rede de Atenção e Ensino na Saúde Bucal no distrito NHNI fica a cargo da gestão local em organizar e definir fluxos de atividades de Integração Ensino-Serviço. A demanda crescente por estágios têm dificultado a escolha de campos adequados.

A gestão não consegue fazer uma reunião com alguém que represente todos os estágios, pois a universidade trabalha por setores. [...] isso impacta diretamente na organização dessa integração. (SB2 6)

Com o apoio institucional dentro da gestão, a gente consegue fazer uma leitura dos serviços, que perpassa esta gestão de onde vão acontecer os estágios, quem serão os preceptores, quais as unidades que têm uma população com necessidades que vão ao encontro às necessidades dos acadêmicos. [...] Mas hoje temos uma demanda crescente da necessidade de estágios, então chega um momento que a gente não consegue mais fazer essa leitura. (SB2 3)

Atividades de Educação Permanente em Saúde são realizadas durante a reunião distrital administrativa da saúde bucal, o que possibilita uma maior comunicação entre os pontos da rede. Discussão de casos clínicos com apoio da universidade seriam estratégias bem-vindas.

No CEO a gente discute casos com os colegas, falta isso entre os dentistas da Básica e o CEO. É a gente discutir o caso odontológico, pois tu até vai discutir sobre o paciente no contexto de saúde geral, de moradia, contexto social, mas e a parte odontológica, quem discute isso contigo na unidade? (SB2 13).

Assim como a saúde mental faz matriciamento, leva o caso para discutir, acredito que a gente poderia também ser esse modelo de atenção com a universidade, relacionado à odontologia (SB2 1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integração Ensino-Serviço é fundamental nos processos de mudança de formação e nos modelos de atenção à saúde. Relações precisam fortalecer-se para a consolidação da rede de saúde. Limitações são identificadas nos elementos constitutivos da rede, especialmente no domínio território, que precisa ser mais demandado no planejamento das ações de saúde. Fragilidades na comunicação com o ensino dificultam a governança da Integração Ensino-Serviço, devendo o controle social precisa ser incluído no processo. Profissionais demandam maior aproximação com as universidades.

Espera-se que as informações apresentadas possam servir de apoio para fortalecimento da Integração Ensino-Serviço e como material para realização de ações de Educação Permanente nos serviços.

REFERÊNCIAS

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Relatório de gestão 2º quadrimestre**, 2017.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018.

4.2.2 Boletim Informativo PLP

APRESENTAÇÃO

O objetivo do boletim informativo é apresentar os resultados da pesquisa que analisou como a Integração Ensino-Serviço contribui para constituir a Rede de Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Os resultados apresentados neste boletim foram produzidos através da realização de dois grupos focais, realizados concomitantemente durante a reunião de saúde bucal da Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro (GD PLP), no mês de março de 2018. Em um dos grupos focais participaram 10 pessoas: 1 gestor, 3 cirurgiões-dentistas, 2 técnicos em saúde bucal, 2

auxiliares em saúde bucal, 1 estudante e 1 usuário. O outro grupo teve a presença de um número ampliado de participantes, com total de 21 pessoas: 9 cirurgiões-dentistas, 1 técnico em saúde bucal, 8 auxiliares em saúde bucal e 3 estudantes. A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado considerando as dimensões das redes propostas por Mendes (2011)- população, Atenção Primária à Saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde. Teve a participação de um gestor; três cirurgiões-dentistas; dois técnicos em saúde bucal; dois auxiliares em saúde bucal e um residente.

A Gerência PLP

É composta de três distritos sanitários: Partenon, Lomba do Pinheiro e distrito Leste.

Distrito Sanitário Partenon:

- População: 113.307 habitantes;
- Bairros: Partenon, Aparício Borges, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa. A região é caracterizada por aglomerados urbanos, típicos das grandes cidades, com a presença de ocupações em áreas consideradas de risco ambiental;
- Cobertura de APS: 74,5% (12 unidades de saúde);
- Cobertura de saúde bucal: 36,5%.

Distrito Lomba do Pinheiro

- População: 58.182 habitantes;
- Bairros: Agronomia e Lomba do Pinheiro. Há expansão populacional na região, que se caracteriza pelo avanço dos condomínios residenciais. É composto por vilas e áreas de ocupação, contrapostos às moradias de classe média alta. Há também a presença de moradias com características rurais;
- Cobertura de APS: 83% (9 unidades de saúde);
- Cobertura de saúde bucal: 62,3% .

Distrito Leste

- População: 111.569 habitantes;
- Bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim;
- Cobertura de APS: 80% (15 unidades de saúde);

- Cobertura de saúde bucal: 61,1%.

A rede de ensino

A gerência é distrito docente assistencial da Escola de Saúde Pública (ESP) e da Pontifícia Universidade Católica (PUC), mas recebe também estagiários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal:

A Rede de Saúde Bucal da GD PLP é composta por 51 profissionais (24 dentistas, 9 técnicos e 18 auxiliares em saúde bucal), distribuídos em 19 unidades de saúde. A gerência não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Território e População

Unidades de saúde possuem extensos territórios de responsabilização, especialmente as equipes de APS que não estão organizadas a partir do modelo da Estratégia de Saúde da Família. São características da gerência a presença de inúmeras áreas de invasão nos territórios, o predomínio de populações vulneráveis e por possuírem usuários que por muito tempo permaneceram excluídos do acesso à saúde bucal. Os processos de planejamento da integralidade do cuidado a partir do reconhecimento das questões territoriais e sociais demandam um tempo de atividades e o desenvolvimento de ações específicas, que muitas vezes não podem ser priorizadas tendo em vista a demanda por assistência clínica. As contribuições das atividades de Integração Ensino-Serviço no processo de territorialização são reconhecidas pelas equipes. Estagiários e residentes exercem funções nos processos de planejamento territorial, entretanto, a continuidade dos projetos fica comprometida.

Eu não tenho braço para conhecer todo mundo, o nosso território é gigantesco, a equipe toda não conhece, é uma unidade tradicional, bem diferente da Estratégia. [...] A gente tem equipe incompleta, território grande, então é uma realidade completamente diferente, eu não conheço a minha população. Pois a gente acaba só atendendo, a gente foca em atender e apagar incêndio. E tem uma área de grande vulnerabilidade ali no território, daí esse filtro de conseguir dar mais acesso para quem é de uma área mais vulnerável, a gente não consegue fazer. (SB3 15)

A gente fez uma mudança no modo como marcar os pacientes, [...], então a pessoa chega e já consegue marcar. [...] Então tem vindo muita gente que antes não acessava e que agora está acessando, os que trabalham à margem da lei, da área do tráfico [...].

Com essa mudança de acesso a gente está percebendo que estão aparecendo pessoas que antes nunca conseguiram chegar. (SB3 24)

Não se tem mais a ideia de ver o indivíduo como um todo, hoje você tem que fazer o trabalho rápido para contar números. Está acabando a questão do tratamento concluído, de saber a história do paciente, do território, não temos mais tempo para isso. É algo contraditório, daquilo que você tenta passar para o aluno, do lado mais social da saúde, para prática que realizamos. (SB3 22)

A residência é bem enriquecedora para a equipe nesse sentido, não só na questão da territorialização, mas em todas as atividades coletivas, de diagnóstico, determinantes sociais, Programa Saúde na Escola. Pois cada vez mais a gente vê uma gestão propondo que os profissionais fiquem focados no atendimento clínico [...]. Eu faço visita domiciliar, mas a equipe de saúde bucal é raro [...]. (SB3 23)

Eu me sinto completamente limitada, com a equipe, a carga horária e a população que eu tenho. Então os estagiários conseguem formar um braço que eu não tenho, nem que seja para conhecer melhor o território, participar do grupo de caminhada que eu não consigo participar. O problema é a continuidade depois, sai o estagiário e eu não consigo manter aquilo que ele criou. (SB3 15)

Daí vai muito da Integração Ensino-Serviço. É impossível não criar uma demanda extra, até mesmo na agenda clínica. Eu atendo pacientes, mas quando eu estava de férias os pacientes iam procurar a dentista. Tem que ter uma articulação disso, pois é uma demanda extra para a equipe dar conta disso quando o residente não estiver mais lá. (SB3 23)

Os profissionais percebem que os diferentes currículos das universidades, bem como o tempo de inserção dos acadêmicos às equipes, produzem diferentes formas de Integração Ensino-Serviço. Os estágios e as reformas curriculares têm possibilitado aos estudantes a vivência no SUS.

Quando eu entrei na rede eu não sabia como era. Pois quando eu me formei a gente não tinha os estágios como são hoje. Eu acho o estágio pro aluno muito legal, essa experiência de trabalhar em uma unidade de saúde e conhecer a rede. (SB3 22)

A integração do estágio de uma universidade é infinitamente maior que de outras. São 5 turnos por semana, enquanto de outras são 3 horas de estágio e eles vêm em dupla, então não se apropriam tanto. (SB3 15)

Eu vejo alguns estagiários muito empenhados na parte social, já os outros a gente recebe não é a mesma coisa, é outro perfil, bem diferente. [...] Acho que está relacionado ao currículo deles. (SB3 18)

Quando eu entrei na rede eu não sabia como era. Pois quando eu me formei a gente não tinha os estágios como são hoje. Eu acho o estágio pro aluno muito legal, essa experiência de trabalhar em uma unidade de saúde e conhecer a rede. (SB3 22)

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

A coordenação do cuidado foi citada como um motivo de preocupação dos residentes e profissionais, que percebem os residentes e estagiários como responsáveis pelo itinerário do cuidado, sem que muitas vezes as equipes de apropriem desse processo. O fato dos residentes serem vistos pelas equipes como mão-de-obra preocupa e acaba dificultando a efetivação da integração ensino-serviço. Fato esse que é evidenciado pela fala de uma usuária, que vê nos residentes uma forma de assistência importante na rede de saúde.

Eu posso falar enquanto usuária, pois nós tivemos na década de 80 as universidades, como PUC e UFRGS, integrando junto. Era muito bom, pois nós tínhamos saúde bucal [...], nós tínhamos o cardiologista, [...], os estudantes atuavam ali por dois anos e nós tínhamos o atendimento. Quando ocorreu a municipalização nós perdemos essa essência, [...] pois para mim a UBS é melhor que a ESF. Por que tudo aquilo que queriam colocar de ESF nós já tínhamos antes. [...] Para nós, a essência e ter o atendimento com estagiários, a gente perdeu, e se voltasse, seria um ganho para nossa saúde. (SB3 16)

O residente não poderia coordenar o cuidado do paciente sozinho, sem ter um representante da equipe, pois amanhã ele não vai mais estar ali. Eu posso encaminhar um paciente para atenção especializada e amanhã eu não vou mais estar lá, vai voltar para minha preceptora, então ela tem que estar por dentro de todas as decisões que forem tomadas. (SB3 23).

Eu vejo o residente como um estudante, mas como um profissional também. Mas muitos da equipe estão desesperados por falta de profissionais e largam as coisas para eles e os enxergam como mais um profissional. (SB3 19)

A residência acaba sendo um apoio para a equipe, mas não pode ser algo solto, tem que estar vinculado à preceptoria, vinculado à equipe e que ela coordene isso. Temos que usar o trabalho do residente a favor do serviço, é mais uma pessoa qualificada para estar ali, então tem que potencializar esse trabalho a favor do que se precisa. (SB3 15)

A comunicação da rede

A comunicação entre os diferentes pontos da rede de saúde bucal se dá pelos sistemas informatizados, que foram citados como avanço no município. O uso de protocolos e o sistema de regulação do município facilitam a organização de fluxos do itinerário do cuidado para a atenção especializada.

Tem muita coisa que pode melhorar, mas agora está informatizado, temos uma agenda que é conhecida, quando eu entrei ninguém sabia da agenda do CEO, hoje a gente tem critérios, a gente tem protocolo, temos uma reguladora da saúde bucal. Melhorou também para o usuário, que agora consegue acompanhar a sua solicitação via sistema. (SB3 15)

Os estagiários e residentes contribuem com a comunicação na rede ao desenvolver um papel na troca de informações na rede, pois se encontram inseridos em diferentes pontos de atenção à saúde bucal do município. A universidade é considerada como referência na atenção especializada.

O residente quando ele está no segundo ano, ele traz muita informação para a Atenção Básica, pois ele sai bastante do campo [...]. Eles trazem muita informação de fora, eles circulam, como se fossem um pombo correio. (SB3 22)

As parcerias com a universidade facilitam muito. A minha unidade fica ao lado da faculdade, então o paciente não gasta passagem para ir, porque o fato da gente não ter CEO na gerência, para alguns pacientes fica complicado o deslocamento. Mas seria importante eles terem um custo menor e facilitar o acesso em termos de deslocamento. (SB3 25)

Governança e o modelo de atenção à saúde

Na PLP, o processo de decisão da escolha dos campos de estágio é realizado na gerência distrital em conjunto com as apoiadoras institucionais. As equipes de saúde bucal relatam não participar do processo. Há preocupação por parte dos profissionais em assumirem funções de preceptoria de acadêmicos e residentes. O fato de muitos não possuírem formação específica para tal, bem como sentirem falta do apoio da universidade no seu papel de preceptores, podem gerar inseguranças no desenvolvimento dessa função.

Seria interessante ter uma formação para esse preceptor, pois hoje os profissionais entram na prefeitura e logo já recebem estagiários. (SB3 17)

A gestão se preocupa em colocar os residentes em locais que as pessoas já tinham tido alguma experiência, mas os estagiários como são muitos, a gente não tem muito como

escolher. Mas a equipe tem que ser acolhedora, estar num processo de trabalho organizado, que tenha condições de receber o residente de forma que seja construtivo para ambos. (SB3 15)

Temos um encontro mensal, aqui na PLP, que participa a gerência, os preceptores, os residentes e algum representante da ESP. Então a integração acontece mais com a gerência, mas falta bastante da escola a vinculação com a preceptoria que é muito pouco, tem apenas um representante da escola que às vezes nem vai. (SB3 23)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integração Ensino-Serviço desempenha papel fundamental nos processos de mudança de formação e para os modelos de atenção à saúde. Entretanto, algumas relações precisam fortalecer-se para a consolidação da rede de saúde. Limitações são identificadas nos elementos constitutivos da rede, especialmente no domínio território, que precisa ser melhor trabalhado para o planejamento das ações de saúde. A governança da Integração Ensino-Saúde mostra-se fragilizada ao evidenciar dificuldade na comunicação entre os envolvidos, o que leva a não continuidade de projetos iniciados pelo ensino. Esperamos que esse instrumento sirva de apoio para fortalecimento da Integração Ensino-Serviço e como material para realização de ações de Educação Permanente nos serviços.

REFERÊNCIAS

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Relatório de gestão 2º quadrimestre**, 2017.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018.

4.2.3 Boletim Informativo LENO

APRESENTAÇÃO

O objetivo do boletim informativo é apresentar os resultados da pesquisa que analisou como a Integração Ensino-Serviço contribui para constituir a Rede de Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Os resultados apresentados neste boletim foram produzidos através da realização de dois grupos focais realizados concomitantemente na reunião de saúde bucal da Gerência Distrital Leste-Nordeste (GD LENO), no mês abril de 2018. Em um dos grupos focais participaram 9 pessoas: 1 gestor, 5 cirurgiões-dentistas, 1 técnico em saúde bucal, 1 auxiliar em saúde bucal e 1 estudante. O outro grupo teve a presença de um número ampliado de participantes, com total de 21 pessoas: 7 cirurgiões-dentistas, 1 técnico em saúde bucal, 7 auxiliares e 6 estudantes. A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado considerando as dimensões das redes propostas por Mendes (2011)- população, Atenção Primária à Saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde.

A Gerência LENO

Composta por dois distritos sanitários: Leste e Nordeste.

Distrito Leste

- População: 111.569 habitantes;
- Bairros:: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim;
- Cobertura de APS: 80% da população (15 unidades de saúde- 4 conveniadas ao Grupo Hospitalar Conceição-GHC);
- Cobertura de saúde bucal: 61,1%.

Distrito Nordeste

- Bairro: Mário Quintana. Áreas de ocupação irregular, como a Vila Safira, Timbaúva, Batista Flores e Wenceslau Fontoura;
- É a região de maior vulnerabilidade social de Porto Alegre, com IHD de 0,638;
- Cobertura de APS: 135,8% (8 unidades de saúde);
- Cobertura de saúde bucal: 70%.

A Rede de Ensino

A gerência LENO é Distrito Docente Assistencial da Pontifícia Universidade Católica (PUC), mas recebe também alunos de estágio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal

- 20 unidades de saúde com equipes de saúde bucal;
- 60 profissionais: 27 dentistas; 14 técnicos e 19 auxiliares em saúde bucal;
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): CEO Bom Jesus.

Território e População

O trabalho com o território não é realizado com intensidade, principalmente devido ao fato de equipes realizarem o atendimento odontológico em outras unidades de saúde, por não possuírem consultório odontológicos instalados nas equipes em que atuam.

Atendo os pacientes do meu território em outra unidade, então eles têm que se deslocar. Isso é bem complicado na verdade, essa questão territorial, por que não é sempre que eu estou aqui, então fica meio difícil as questões de urgência, demanda espontânea [...]. (SB6 28)

[...] existe essa dificuldade por nossas unidades serem muito precarizadas, os pacientes gostam muito de ir até as unidades maiores para serem atendidos, por que são unidades reformadas, que estão boas, então a gente vê que eles gostam disso, apesar de terem que se deslocar. (SB6 32)

As unidades que são pequenas, precarizadas, não tem ninguém por elas, porque ninguém quer acessar aqueles lugares, porque querem tudo num lugar que tem mais infraestrutura. A nossa unidade nessa questão de ser grande, de ser bem equipada, termina realmente sobrecarregada. (SB6 25)

Por ser uma zona de difícil acesso, não tem ônibus, então a gente tem apenas acesso de quem mora ali. Temos problemas com alagamentos constantes, daí a cadeira estraga e fica meses parada. (SB6 29)

A organização da forma de acesso é uma forma de aperfeiçoar vínculo entre a unidade de saúde e população. Os processos de trabalho são revistos com frequência para atender as demandas do acesso.

[...] a gente tem tentado fazer acesso avançado, já tentamos montar várias estratégias, por grupo, por acesso por urgência, acesso por consulta agendada, mas as filas são imensas, todos os dias tem muita gente e muita gente vai embora. (SB6 26)

A quantidade da população interfere no dia a dia da equipe. A equipe está sobrecarregada atendendo urgências. Tem dias que parece um Pronto-Socorro, de tanta coisa que chega. Até mesmo pela nossa localização que é mais no extremo do município e faz divisa com Alvorada, Viamão, que são cidades que têm a saúde bem precarizada. (SB6 25)

A Integração Ensino-Serviço tem contribuído com projetos provenientes de atividades de estágios e residência, como de reconhecimento do território e trabalhar questões sobre a forma de acesso aos usuários.

Eu tive um residente que faz um trabalho de mapeamento para identificar os atores sociais do território, as instituições presentes, escolas, creches, empresas. Ela botou um “mapinha” para gente tentar se localizar, a gente fez capacitação do acesso mais seguro, até para as Agentes Comunitários e a equipe sabem onde se refugiar em situações de violência no território. (SB6 25)

O projeto da nossa estagiária é tentar a gente montar uma nova forma de acesso na odontologia. Ela se instrumentalizou e eu passei para ela algumas outras coisas como o protocolo do município, [...] e a gente vai tentar ver nessa questão de acesso da população, como a gente vai tentar priorizar, se por vulnerabilidade ou outra forma. Esse fato de estar longe do território tem algumas questões sérias em relação a quem acaba conseguindo entrar. (SB6 28)

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

Profissionais são protagonistas no processo de coordenação do cuidado. As unidades de saúde que contam com Estratégia de Saúde da Família organizam o itinerário terapêutico do usuário. A falha na comunicação entre os diferentes pontos de atenção da rede prejudica o processo de coordenação.

Como a minha população é pequena, eu consigo fazer a coordenação do cuidado, ter controle de quem eu encaminhei, tem o Agente Comunitário de Saúde que faz busca ativa [...]. (SB6 28)

A coordenação do cuidado depende de que nível ele vai. Se vai para atenção hospitalar a gente não tem o retorno, ou na atenção secundária, dependendo do serviço também,

não nos dão o retorno. A gente tem que fazer busca ativa e às vezes o paciente não sabe dizer o que foi feito. (SB6 26)

[...] mas isso é um olhar diferenciado que a gente consegue fazer com poucos pacientes, um caso que te chama atenção e tu vai lembrar. Mas muitos acabam se perdendo. (SB6 29)

A comunicação da rede

Sistemas de referenciamento informatizados de marcação (Gerenciamento de Consultas (GERCON) e Sistema Nacional de Regulação (SISREG) atuam no processo de encaminhamento e acesso do usuário aos níveis secundário e terciário da rede. Foram criados protocolos para estratificação de risco para o encaminhamento de exames complementares (radiografias) e consultas especializadas em saúde bucal, mas há queixas quanto ao sistema de classificação de risco.

Com os sistemas melhorou muito, pois a gente dependia de uma referência e contra-referência, de alguém que transitasse com esse papel, que tivesse esse cuidado e guardasse. (SB6 26)

Eu acho que o GERCON funciona bem, mas funcionaria melhor se as perguntas de classificação de risco fizessem mais sentido para nós profissionais da APS. Parece que a pessoa que monta aquelas perguntas não conhece a realidade que trabalhamos. (SB6 32)

As contribuições do ensino são citadas na oferta de serviços especializados, como na radiologia e atendimento no CEO com gerência das universidades.

A universidade tem apoiado em algumas coisas, como por exemplo, o projeto de extensão da radiografia, está se tentando fazer essa aproximação [...]. (SB6 28)

Temos um apoio da universidade, pois a gente tem um grande dificuldade com RX panorâmico. Eles cobram um custo baixo e se o paciente tem interesse, a gente faz contato com a universidade. Isso também acontece na cirurgia, eles conseguem absorver o que a rede não está dando conta. (SB6 25)

Os estágios de saúde bucal ainda estão centrados em atividades clínicas e não há flexibilização de horários para que os estagiários possam se beneficiar de outras atividades nas unidades de saúde, que não apenas o atendimento odontológico. Diferenças nos currículos das universidades, que apresentam carga horária de estágios bastantes distintas refletem na integração com as equipes.

A universidade tem essa coisa mais rígida, o aluno vem em dias definidos, só que talvez nesse tal dia não seja o mais interessante. Seria mais interessante se ele pudesse vir em outros dias, pois ele vai perder muitas coisas que acontecem nos serviços. (SB6 28)

O estágio é muito realmente o espaço para eles poderem fazer o atendimento clínico fora da universidade. Outras coisas, se eles têm que fazer, até vão e fazem, mas não existe uma vontade, um engajamento. (SB6 29)

Eles ficam muito pouco, nos mesmos dias da semana, às vezes não participam de nenhuma reunião da equipe, [...], então eu noto que o aluno chega muito sem opção e sem possibilidades. (SB2 25)

A gente não pode dizer para professora que a gente não vai à aula porque vamos num grupo no posto. Tem muitos grupos legais, como o do tabagismo, mas eu teria que perder aula para poder ir. (SB6 27)

Governança e modelo de atenção à saúde

A troca de gestores foi citado como causa de instabilidade nos processos de trabalho. Desconhecimento e alterações frequentes de fluxos geram ansiedade nos trabalhadores. Além disso, diferentes vínculos empregatícios entre colegas de trabalho podem gerar conflitos na organização dos serviços.

A gestão às vezes não conhece os fluxos e mudam rapidamente, tem a questão do faça-se e cumpra-se e não tem a conversa com que está trabalhando, isso é uma dificuldade bem grande, [...]. E com a organização dos fluxos está acontecendo isso, que antes era dentro do IMESF e tinha meses de organização, com participação dos profissionais, e agora a gestão decide e a gente faz (SB6 31).

Além dos fluxos das universidades, ainda a gente tem fluxos diferentes da rede, um fluxo de quem é do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família e outro de quem é estatutário. Então você precisa juntar esses 3 fluxos para conseguir alguma coisa. São coisas que não se conversam (SB6 29).

Ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) são realizadas nas reuniões distritais de saúde bucal, com frequência e temas definidos previamente pelo grupo de EPS do colegiado de saúde bucal do município. Projeto de extensão da universidade, que apoiava os processos de EPS nos serviços, foi apontada como uma experiência exitosa na integração com o ensino.

A EPS era bem melhor há um tempo atrás, a gente conseguia se organizar nas reuniões da GD para fazer discussão de casos. Eu estou achando desde o ano passado bem

complicado, a questão de organização, participação, comprometimento e até vontade mesmo. Justamente pela forma como as coisas estão acontecendo [...]. Tinha um grupo de EPS com o pessoal da universidade mais os profissionais da rede, e normalmente o pessoal da universidade trazia a temática, a organização, até mesmo o local para realização do encontro [...]. (SB6 31)

A questão da EPS está mudando o formato e está mudando os fluxos. Antes era mais aberto para gente pensar nas reuniões como ia fazer e agora está mais restrito, por que tem um cronograma já para todo ano e aí fica mais difícil de conseguir inserir alguma outra coisa que seria mais importante e que a gente precisa discutir aqui na gerência. (SB6 28)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integração Ensino-Serviço é fundamental nos processos de mudança de formação e nos modelos de atenção à saúde. Relações precisam fortalecer-se para a consolidação da rede de saúde. Limitações são identificadas nos elementos constitutivos da rede, especialmente no domínio território, que precisa ser mais demandado no planejamento de ações e de alocação dos serviços de saúde. Fragilidades na comunicação com o ensino dificultam a governança da Integração Ensino-Serviço. O controle social precisa ser incluído no processo. Profissionais demandam maior aproximação com as universidades.

Espera-se que as informações apresentadas possam servir de apoio para fortalecimento da Integração Ensino-Serviço e como material para realização de ações de Educação Permanente nos serviços.

REFERÊNCIAS

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Relatório de gestão 2º quadrimestre**, 2017.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018.

4.2.4 Boletim Informativo NEB

O objetivo do boletim informativo é apresentar os resultados da pesquisa que analisou como a Integração Ensino-Serviço contribui para constituir a Rede de Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Os resultados apresentados neste boletim foram produzidos através da realização de dois grupos focais realizados concomitantemente na reunião de saúde bucal da Gerência Norte Eixo-Baltazar (GD NEB), no mês abril de 2018. Em um dos grupos focais participaram 8 pessoas: 1 gestor, 3 cirurgiões-dentistas, 1 técnico em saúde bucal, 1 auxiliar em saúde bucal e 2 estudantes. O outro grupo teve a presença de um número ampliado de participantes, com total de 22 pessoas: 10 cirurgiões-dentistas e 12 auxiliares em saúde bucal. A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado considerando as dimensões das redes propostas por Mendes (2011)- população, Atenção Primária à Saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde.

A Gerência NEB

É composta pelos distritos sanitários Norte e Eixo-Baltazar.

Distrito Norte:

- População: 98.571 habitantes;
- Bairro: Sarandi;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é 0,729 (considerado alto);
- Cobertura de APS: 94,9 % (14 unidades de saúde);
- Cobertura de saúde bucal: 42% no ano de 2016 .

Distrito Eixo-Baltazar:

- População: 91.968 habitantes;
- Bairros: Passo das Pedras e Rubem Berta;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é 0,779;
- Cobertura de APS: 90% (12 unidades de saúde);
- Cobertura de saúde bucal: 49,7% da população (8 unidades de saúde).

A rede de ensino

A Gerência é distrito docente-assistencial da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sendo que também recebe estágios curriculares da UFRGS.

A rede de atenção à saúde bucal

- 49 profissionais (27 dentistas; 9 técnicos e 13 auxiliares em saúde bucal);
- 17 unidades com saúde bucal;
- 1 Unidade de Pronto-Atendimento (UPA Moacyr Scliar);
- 1 CEO (vinculado ao GHC).

Território e População

Território e populações com perfis distintos caracterizam a gerência NEB. A maioria das unidades referem áreas de invasão em seus territórios, o que aumentou bastante a demanda na procura por atendimentos. Percebem também aumento de áreas de conflito nos territórios, o que dificulta o acesso de usuários e a longitudinalidade do cuidado. Alguns conflitos de responsabilização por essas populações ocorrem entre unidades que fazem divisa de territórios. Buscando atender a demandas reprimidas, algumas equipes são referências para populações de outras unidades que não contam com equipe de saúde bucal em suas equipes. Essa foi uma estratégia encontrada pela gestão municipal para atender as desigualdades de acesso.

Eu não vejo a população das invasões com dificuldade de acesso nas unidades, mas uma dificuldade na longitudinalidade, pois é uma população que migra muito, é difícil fazer um acompanhamento. E desvirtua um pouco dos princípios da APS que é o vínculo [...]. Tem muitas pessoas que não moram na invasão, mas acabam botando o endereço para ser atendido na unidade também, e isso dificulta o acompanhamento. (SB7 35)

Ontem a gente atendeu uma paciente que disse que talvez não consiga mais ir à unidade [...] porque o tráfico domina e dificulta o acesso. Às vezes os Agentes Comunitários de Saúde têm medo de ir na invasão, porque eles dão ordens, toque de recolher e uma série de coisas que a gente não pode bater de frente. (SB7 38)

As equipes do GHC não reconhecem as invasões do seu território, então a gente acaba tendo que recorrer para as nossas Unidades [...]. Eu acho que todas as nossas unidades hoje têm ocupações irregulares, [...] e o que nos preocupa é que tem muitos terrenos vazios e que vai ampliar bastante. (SB7 34)

Os usuários não reclamam, pois eles nunca tiveram dentista na unidade, então para eles é lucro ter dentista relativamente perto. Antes eles consultavam em um local que era mais longe ainda. (SB7 35)

Projetos de estudantes que tiveram como objetivo de auxiliar na territorialização foram citados como importantes contribuições do ensino para o serviço e a população.

Os nossos estagiários de gestão nos ajudaram muito com a questão do território, pois tem uma diferença muito grande do que as unidades realmente atentem para o que está descrito no Geo Saúde, tem muita coisa desatualizada, muitos acordos internos que foram feitos, territórios que mudaram ao longo do tempo e nunca foram atualizados. Eles fizeram um mapa e esse ano a gente conseguiu atualizar através do trabalho deles. (SB7 34)

É o meu primeiro estágio, e na nossa unidade a gente vai fazer um programa de melhorar o acesso e a comunicação dos usuários com os profissionais. Tenho vários colegas que vão fazer um trabalho de cadastramento das ocupações que tem nos territórios deles. (SB7 36)

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

Profissionais percebem-se responsáveis pela coordenação do cuidado, mas a crescente das áreas de ocupações nos territórios se mostra como motivo de preocupação. Usuários com pouco vínculo com as equipes e áreas de conflitos nos territórios se mostram como empecilho para efetivar a coordenação do cuidado na APS.

A gente não consegue fazer a coordenação do cuidado, é difícil de ver quem vai ir na invasão, pois não é de nenhum Agente Comunitário aquela área, as pessoas têm medo de ir lá. Eu vejo isso na minha unidade, a gente não está conseguindo falar com uma gestante, não consegue contato, não atende o telefone, mas quem é que vai ir lá? (SB7 35)

Na Odontologia os pacientes vêm normalmente para uma urgência. Se pedirmos um exame para continuar o tratamento, se precisar de um Raio-X, ou encaminhar esse paciente para algum lugar, o contato será só por telefone, porque as Agentes Comunitárias não vão para invasão. Normalmente o paciente nunca mais aparece, ou aparece, mas aí daqui 6 meses com outra urgência, e é complicado para fazer um trabalho contínuo. (SB7 39)

A comunicação da rede

Os sistemas logísticos se mostram como benéficos no trabalho das equipes, principalmente como apoiadores para a coordenação do cuidado dos usuários. Após a implantação de sistemas informatizados no município, a comunicação entre os diferentes pontos da rede se tornou mais efetiva.

O uso de protocolos da saúde bucal do município é orientador na definição de condutas dos profissionais, bem como para o encaminhamento dos usuários a diferentes pontos da rede. Entretanto, eles servem apenas como norteador, já que a rede é dinâmica e se atualiza constantemente, sendo as dentistas distritais importantes ferramentas de suporte para as equipes.

Os sistemas de informação ajudam muito e estão cada vez melhores, colaborando na coordenação do cuidado. Agora a gente já consegue ter um controle maior, até mesmo da contrarreferência que antes não voltava e agora está no sistema. Mas o município ainda falha na questão da vigilância em saúde, pois o sistema nem sempre tem relatórios como a gente quer. (SB7 35)

Na saúde bucal conseguimos fazer vários protocolos, sabemos exatamente como fazer para encaminhar, para onde e para quem. Mas no próprio território a gente tem diferenças na rede, que às vezes o dentista, trabalhando na ponta, desconhece, mas a gestão sabe. Então as unidades acabam nos demandando bastante. As próprias pessoas acabam mudando fluxos, muita coisa se perde quando alguém sai da rede, então essa questão é algo que a gente tem que estar sempre discutindo. (SB7 34)

A universidade é reconhecida pelos profissionais como prestadora de serviços na atenção especializada e sistemas de apoio, sendo citada como uma das contribuições do ensino à saúde do município. Entretanto, acredita-se que ainda é preciso avançar na integração do ensino, que poderia colaborar com demandas que a rede de saúde do município atualmente não dispõe de recursos.

Temos o apoio da universidade como prestadora de serviço em algumas coisas, como o Raio-X e algumas especialidades. A gente tinha aqui na GD a presença das universidades com os consultórios itinerantes. Eram dois contêineres que eram clínicas de odontologia e oftalmologia. (SB7 34)

Nós temos uma deficiência muito grande de prótese na rede, e a universidade poderia fazer alguma parceria com o município. [...] Seriam coisas que poderiam integrar mais, nos CEOs, nos projetos de extensão [...]. (SB7 35)

Muitas vezes, quando temos estagiários, conseguimos encaminhar para a Clínica de Ortodontia, para a Clínica Infantil, mas se consegue através do estagiário, pois não

existe um fluxo oficial. [...] É uma coisa bem informal, que depende da boa vontade do estagiário que vai fazer a coordenação do cuidado do paciente. (SB7 39)

Governança e o modelo de atenção à saúde

A organização da Integração Ensino-Serviço na gerência ocorre de forma fragmentada. Os serviços fazem a governança dos estágios de forma isolada, sendo o preceptor o elemento fundamental para a efetivação dessa integração. A demanda crescente por campos de estágio pode dificultar a escolha de unidades adequadas.

Eu acho importante perguntar se o profissional quer receber estagiários, porque já aconteceu de ter muitos alunos e termos que colocar em algum lugar, e aquela pessoa, ou aquela equipe, não está disposta a receber [...]. (SB7 39)

Os preceptores e alunos avaliam que preceptores com formação em Saúde Pública são fundamentais para a qualidade da formação em serviço. Acreditam que os preceptores deveriam ter uma formação específica, a fim de qualificar e preparar os profissionais a desempenharem essa função. Há necessidade de maior aproximação dos docentes ao serviço para se efetivar a Integração Ensino-Serviço.

Isto impacta diretamente na qualidade do SUS. Se o preceptor é capacitado, tem algum tipo de treinamento ou formação para ser preceptor, ou mesmo boa vontade, isso é fundamental para primeira impressão que o estagiário vai ter da Saúde Pública. (SB7 35)

Temos pelo menos uma cadeira de Saúde Pública em cada semestre ao longo do curso. [...] A gente sente a necessidade de entender como é o outro lado, porque o SUS, na teoria, a gente já sabe como é, [...], mas a gente só vai gostar do SUS quando entra em contato, porque na aula teórica ninguém vai mudar a nossa visão. (SB7 41)

[...] eu acho bem bacana a universidade chamar os profissionais lá para conversar, a gente está indo, mas ainda é pouco, na minha visão falta mais os professores virem pro campo e verem como é [...]. (SB7 39)

Essa comunicação entre professores e preceptores ela é fundamental, porque o professor por estar há muito tempo na vida acadêmica, já não sabe mais os fluxos do serviço, é tudo muito dinâmico. Já não tem mais aquela prática que o preceptor tem, então é difícil o professor pedir certa tarefa para o aluno, se ele não sabe se vai funcionar ou não. (SB7 35)

Ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e discussões de casos clínicos podem ser identificadas nas equipes e nos espaços de reuniões distritais, sendo essa última citada como

importante ferramenta de aproximação da APS ao CEO. A presença do ensino nos serviços mostra-se como potente para ações de EPS.

A gente já teve anos muito piores de integração com o CEO, mas agora eu acho que cada vez mais a gente está integrado. A coordenadora do CEO GHC vem nas reuniões quando é uma pauta específica dela, quando tem uma dúvida ou demanda a gente tem esse contato mais próximo. (SB7 34)

A presença de estagiários fomenta a discussão de casos e a EPS, trazem coisas novas, até mesmo indicações de tratamento, técnicas novas [...]. (SB7 35)

Receber estagiários da odontologia melhorou muito o trabalho para a equipe, a gente vê que a saúde bucal teve que sair da caixinha, pois recebendo estagiário você tem que apresentar a equipe, mostrar o território, se integrar mais com a equipe. (SB7 34)

E dá um ânimo também, às vezes você está ali desanimado e chega alguém novo, o semestre se renova e fica mais animado. (SB7 39)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integração Ensino-Serviço é fundamental nos processos de mudança de formação e nos modelos de atenção à saúde. Relações precisam fortalecer-se para a consolidação da rede de saúde. Limitações são identificadas nos elementos constitutivos da rede, especialmente no domínio território, que precisa ser mais demandado no planejamento de ações e de alocação dos serviços de saúde. Fragilidades na comunicação entre os serviços de diferentes gestões (município e GHC), bem como com o ensino dificultam a governança da Integração Ensino-Serviço. Espera-se que as informações apresentadas possam servir de apoio para fortalecimento da Integração Ensino-Serviço e como material para realização de ações de Educação Permanente em Saúde nos serviços.

REFERÊNCIAS

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Relatório de gestão 2º quadrimestre**, 2017.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018.

4.2.5 Boletim Informativo Docentes da Saúde Bucal Coletiva

APRESENTAÇÃO

Esse boletim surge como produto da pesquisa “A Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS”, realizada através de grupos focais com participação de profissionais, alunos, gestores, professores e usuários componentes dessa rede. Essa edição apresenta achados principais da pesquisa que foram obtidos através de dois grupos focais realizados com docentes da saúde bucal coletiva de diferentes universidades brasileiras (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Fundação Universidade de Blumenau; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Federal do Piauí; Universidade de São Paulo; Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Feira de Santana). A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado considerando as dimensões das redes propostas por Mendes (2011)- população, Atenção Primária à Saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde.

Esperamos que esse instrumento sirva de apoio para fortalecimento da Integração Ensino-Serviço, bem como material para realização de ações de Educação Permanente nos serviços.

Território e população

Considerando a dimensão população da Rede de Atenção à Saúde e as atividades de ensino realizadas nos territórios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Integração Ensino-Serviço precisa ser ampliada, principalmente quando se trata de universidades privadas. Há resistência por parte de professores e estudantes de inserem-se em campos de estágios do SUS. As “cercas” das universidades são consideradas espaços protegidos, onde os alunos podem ser disciplinados, desenvolvendo pouca autonomia sobre a produção do cuidado em saúde (FOUCAULT, 1987, p.164).

A odontologia geralmente se fecha em suas clínicas, falando mais dos cursos privados [...]. Há a fala de que “deixem aqui no nosso castelo com ar condicionado, aqui está bom. A gente tem equipamentos, o SUS é muito sucateado”, O que não é uma realidade. (SB9 45)

A universidade não dá conta de sozinha formar recursos humanos em saúde. Mas muitos dos nossos professores dizem assim: “se você levar nossos alunos para a rede, eles vão desaprender” [...]. (SB9 46)

Programas de aproximação entre universidades e serviços de APS, como o Programa de Educação Tutorial (PET- Saúde), são o experiências que ampliaram o contato com os territórios e a mudaram a visão dos alunos sobre o SUS. Disciplinas de saúde coletiva desafiam os estudantes a (re)conhecer políticas e serviços de saúde, possibilitando a reflexão sobre territórios, vulnerabilidade e linhas de cuidado.

A primeira quebra de paradigma é quando eles vão para a Atenção Básica. Por mais que a gente fale em sala de aula, a representação social deles do SUS é dada muito mais pela mídia do que pela gente, muitas vezes. Quando eles conhecem a Atenção Básica e veem o quanto aquele serviço pode ser resolutivo, mesmo que não tenha toda tecnologia que eles estão acostumados a usar [...] Eles vão para lá e produzem sua própria autonomia e se veem naquele espaço como fazendo um serviço de qualidade[...]. (SB9 52)

[...] um fenômeno que foi muito importante quando a gente fala em integração ensino-serviço, foi o PET-Saúde [...]. Isso modificou a visão do que é estar no SUS, mudou para os preceptores que participaram como bolsistas nesses 10 anos, bem como para os professores e os alunos que se inseriram [...]. (SB9 45)

[...] Nós temos uma população que a gente conhece pouco, não temos o hábito de trabalhar juntos e, portanto, é sempre uma atividade mais difícil. Mas é uma atividade possível. Várias das nossas disciplinas trabalham com a saúde do município, e a gente tem um indicador nas unidades de saúde que é o índice de vulnerabilidade, que leva em conta algumas condições básicas que a população vive [...] e com isso conseguimos fazer uma classificação [...] que define a organização do serviço de saúde. (SB9 48)

De certa forma tentamos desafiar os alunos para que eles comecem a identificar as políticas e programas, e dentro disso, as linhas de cuidado definidas como prioritárias. Acho que é um dos primeiros momentos que eles conseguem, mesmo que de forma simulada, se aproximar dessa questão das linhas de cuidado. Vejo que é um primeiro contato tardio, mas que é bastante rico. Muitas vezes eles são pegos de surpresa pela existência das políticas de programas que não conheciam ou sabiam da existência. Porque a maioria, mesmo os alunos com cotas, são alunos de classe média e que vem de uma realidade um pouco diferente [...]. (SB9 50)

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

A relação da Integração Ensino-Serviço com a coordenação do cuidado, bem como com o apoio ao usuário no seu itinerário dentro da rede de saúde, é um desafio. É dependente do grau de inserção da universidade na rede e do conhecimento sobre os serviços ofertados pelo sistema.

A nossa contribuição vai depender da nossa vivência, experiência e do grau de aproximação. Mas não só isso, por que se a gente for perguntar aqui na universidade, quem melhor conhece os gargalos e toda a rede são os usuários. [...] Então, não basta se aproximar do serviço, para conseguir ter uma visão ampliada, não só a visão da rede no papel, é preciso vivenciar tudo isso. (SB9 54)

A necessidade de formação de trabalhadores qualificados para atuar em campos da Atenção Primária à Saúde faz com que os estágios estejam centralizados nesses serviços. Tendo em vista a realização exclusiva de atendimentos especializados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a inserção de estágios de graduação nesses serviços não é considerada prioritária.

A gente não tem a integração com o CEO. Eu acho complicado o aluno que não é graduado fazer um trabalho de especialista [...]. Como é que eu coloco um aluno de graduação para fazer um atendimento que seria um atendimento de especialista se ele não é nem graduado? (SB9 46)

Formamos para a atenção secundária? De jeito nenhum. Devemos formar? Eu acho que não. Do ponto de vista de prática clínica especializada, não; agora a gente tem que saber do ponto de vista organizacional o que significa uma rede, qual o percurso que o aluno tem que fazer para que essa rede seja contemplada. (SB9 49)

Para formar um generalista, os nossos estágios são na Atenção Básica. Ninguém faz nenhum estágio clínico em CEO. Acho que o importante talvez fosse conhecer a parte da gestão do CEO, o que é a rede, como funciona, fazer observação. (SB9 45)

Em locais onde é possível o acesso aos CEO, isso passa pelos nossos alunos que estão na APS, pois é dali que sai o encaminhamento para a atenção secundária. Então ele é obrigado a entender os protocolos, como é que é o formato de encaminhamento e as referências. (SB9 48)

Tem alguns locais que não existe CEO, seja porque ele é distante, ou porque os municípios têm menor arrecadação e não possuem estrutura para ofertar o serviço. Então a gente discute CEO a partir dessa dificuldade, ou de quais seriam as possibilidades para se conseguir introduzir a assistência especializada, que não

dependesse necessariamente do CEO. [...] É responsabilidade do serviço e da Universidade discutir essa realidade [...]. (SB9 48)

Governança, controle social e o papel do preceptor

No quesito governança, destaca-se a dificuldade de aproximação entre universidades e as gestões municipais, tanto em organizarem as atividades de ensino nos campos de estágio, quanto para construir currículos que contemplem as necessidades de todos os atores envolvidos (ensino, serviço e comunidade). É preciso maior reconhecimento por parte da gestão e profissionais quanto à importância de seu papel enquanto formadores de recursos humanos para saúde.

Há cenários de precarização de vínculos, tanto no serviço, quanto na docência. Isso fragiliza bastante a saúde. No caso do serviço, porque a pessoa não sabe se vai estar ali por muito tempo, já que tem questões ligadas a cargos de confiança, que são por meio de indicação. Às vezes há falta de identidade de um profissional com o SUS, que está ali para receber alunos e para ensinar, se ocupar da função de preceptor. E quando a isso se soma um cenário de disputa por espaço de estágio, por exemplo, já que a rede em alguns municípios não é tão grande, você vai ter um hospital sendo disputado por quatro ou cinco instituições de ensino, e não terá espaço para todos . (SB9 44)

A universidade chega assim: “eu sei tudo, eu vou lá e vou te mostrar”. Ainda tem uma dificuldade de diálogo com o serviço, mesmo na Saúde Bucal Coletiva existe ainda certa arrogância, não é uma troca. (SB9 42)

Na minha realidade, a gestão não reconhece que também é papel do serviço contribuir para a formação de recursos humanos em saúde. Para eles, o principal papel do serviço é atender a comunidade usuária, formar recursos humanos seria papel da universidade. [...] trabalhador da saúde é também professor, assume o papel de docência no serviço, mas com outro nome (preceptor). É preciso fazer esse processo de convencimento do trabalhador, que além de atender, ele também é responsável pela formação dos alunos de graduação, ou por quem já está na residência. O engraçado é que quem trabalha no hospital e é preceptor do residente, isso para ele é *status*, para quem está na unidade de saúde, é um fardo. (SB9 46)

Para os estágios funcionarem, a rede do município tem que estar funcionando bem e necessita haver uma parceria com preceptoria. E eu acho que a sensibilização do preceptor para importância do ensino-serviço, que eu vejo que em Porto Alegre ela é boa, é resolutiva, isso tem que ser mantido para sempre . (SB9 51)

Há necessidade de fortalecimento do controle social na saúde. A comunidade, não participa usualmente dos processos de decisões nas unidades de saúde..

Existe a falta de responsabilidade social do serviço e da universidade, no sentido de resolver os problemas da comunidade. Não temos a cultura aqui no Brasil de participação popular de forma digna e aí tudo o que vem, vem na forma de concessão. (SB9 49)

É importante colocar que quando a gente fala só em Integração Ensino-Serviço, está subentendido que tem comunidade. Mas acredito que a gente precisa deixar explícito que é integração ensino-serviço-comunidade. (SB9 46)

Uma das dificuldades em relação à população, é que é difícil desenvolver empatia para uma realidade que está muito distante da tua. Trabalhar a partir da perspectiva do controle social, não de uma forma vertical em ver o que a gente acha que tem que fazer para essas pessoas, e sim encontrar, conseguir dar visibilidade para o que as pessoas que vivem em situação vulnerabilidade pensam sobre si mesma, desejam para si mesma, construir novas realidades a partir da integração ensino-serviço. Isso eu vejo que eles têm uma dificuldade enorme, que é trazer a população para o protagonismo. Eles conseguem ir para a realidade, conseguem olhar o indicador e entender relativamente o que é a realidade social daquela população, mas eles não conseguem “construir com” . (SB9 52)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das potencialidades e desafios na formação para o SUS é fundamental para se operar mudanças nas redes de atenção à saúde. A aproximação do ensino aos serviços tem favorecido experiências que permitem aos alunos desenvolverem competências para o trabalho, pois ainda há distanciamento entre o que é ensinado nas universidades e a realidade do sistema de saúde. Para que o espaço de trabalho possa ser um cenário de aprendizagem, é necessária a aproximação do ensino aos preceptores, tendo em vista a co-responsabilidade desses profissionais na formação dos estudantes. Essa aproximação deve visar um trabalho equipe, onde não haja disputa de saberes, tendo como objetivo o atendimento das necessidades de todos atores envolvidos - ensino, serviço, gestão e comunidade.

REFERÊNCIAS

- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis. Editora Vozes, 1987, 288pg.
- MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integração Ensino-Serviço tem gerado avanços na consolidação da RASB de Porto Alegre, evidenciando sujeitos imbricados nesse processo, que ancorados na missão da produção do cuidado têm-se engajado para o fortalecimento da rede de saúde.

A inserção da pesquisa nos cenários dos serviços possibilitou a movimentação do conhecimento científico para o espaço onde as práticas são efetivadas. No papel de pesquisadora, mas também profissional que constitui essa rede e que dialoga com o campo da educação, através do contato com a Integração Ensino-Serviço na preceptoría de estágios, tive oportunidade de no Mestrado Profissional aperfeiçoar meus conhecimentos acadêmicos-científicos, mas principalmente a qualificação para atuação no serviço.

Percebo que a pesquisa produziu a oportunidade de gerar reflexões sobre a organização da RASB, desencadeando discussão sobre a forma como as instituições formadoras estão participando desse processo, possibilitando aos atores envolvidos a evidenciação das potencialidades e as fragilidades dessa relação. Espera-se que esse estudo possa agregar elementos ao debate da Integração Ensino-Serviço e induzir iniciativas de governança a fim de potencializar estratégias para avanços futuros.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424–434, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm>. Acesso em: 03 jan. 2019.

_____. _____. **Portaria nº. 599 de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html>. Acesso em: 03 jan. 2019.

_____. _____. **Portaria nº 1.966, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2.^a série - n.º 45, p. 8174–8175, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 03 jan. 2019.

_____. _____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. _____. **Portaria Interministerial nº 1.124**, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/08/2015&jornal=1&pagina=193&totalArquivos=304>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. 2 ed. Brasília, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 58p., 2018. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2019.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 49, p. 351–362, 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006, 484p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: Antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 187–198, 2013.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” na formação profissional em Odontologia. **Interface- comunicação, saúde, educação**, v. 15, n. 39, p. 1053–1067, 2011.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis. Editora Vozes, 1987, 288pg.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 427–438, 2007.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, 2010.

GARBIN, C. A. S. et al. O papel das Universidades na formação de profissionais na área de

saúde. **Revista da ABENO**, v. 1, p. 6–10, 2006.

GODOI, H.; DE MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal : organização em municípios de grande porte de Santa Catarina , Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318–332, 2014.

GOMES, L. B. *et al.* **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.** Ed. Rede Unida, 2016, 272p,

GUSMÃO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. L. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: Abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 695–708, 2015.

HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 331–336, 2004.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415–4423, 2011.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016.

LIMA, V. V. Competência : distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369–380, 2005.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. J.; CARCERERI, D. L. Ensino ou serviço? A Universidade e o curso de Odontologia na rede de atenção á saúde bucal. **Mundo da Saúde**,v. 35, n. 4, p. 364–372, 2011.

MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–214, 2014.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

MERHY, E. E. *et al.* Educación Permanente en Salud : una Estrategia para Intervenir en la

Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, v. 22, p. 147–160, 2006.

MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 313–324, 2014.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; DE VASCONCELOS, M. DE F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 859–871, 2013.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 30–37, 2003.

NASCIMENTO, C. et al. O modelo organizacional em rede e a educação permanente em saúde. In: Cristine Maria Warmling; Luciana Marques; Roger dos Santos Rosa (organizadores). **O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas**. Editora Prismas, Curitiba, p.51-66, 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Educación permanente de personal de salud en la región de las américas**. Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.78. Washington: OPAS, 1988.

PINTO, H.A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: Luciano Bezerra Gomes; Mircei Goulart Barbosa, Alcindo Antonio Ferla. **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: Conexões para produção de saberes e práticas..** Editora Rede Unida, 2016, 272p.

PUCCA, G. J. et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil : Innovation, Boldness and Numerous Challenges. **Journal of Dental Education**, v. 94, n. 10, p. 1333–1337, 2015.

ROCHA, E. T.; WARMILING, C. M. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado de saúde bucal. **Revista Saberes Plurais**, v.1, n.1, 2016.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Educação Permanente em Saúde e Governamentalidade Biopolítica : uma Análise Genealógica. **Revista Polies e Psique**, v. 3, n. 2, p. 43–60, 2013.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 49,n.98, 2015.

SCHERER, M.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo : um desafio para a gestão em saúde . **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721–725, 2009.

SCHWARTZ, Y. **O uso de si e competência**. In: Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana, 1ªed.Niterói, Editora EdUFF, 2007.

_____; _____. **Trabalho & Ergologia** : conversas sobre a atividade humana. 2ªed. Niterói, Editora EdUFF, 2010.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Relatório de gestão 2º quadrimestre**, 2017.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018.

SODRE, F. et al. **Formação em saúde: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva**. Vitória: EDUFES, 2016. 306p.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 385–392, jun. 2013.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. DO; KLEBA, M. E. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2949–2960, 2016.

WARMLING, C. M. et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da ABENO**, v. 11, n. 2, p. 63–70, 2011.

_____. et al. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 1, p. 12–27, 2015.

_____. Da prática ao ensino: a constituição da clínica odontológica. **Revista da ABENO**, v.17, n.1, p.20-35, 2017.

ZILBOVICIUS, C. et al. A Paradigm Shift in Predoctoral Dental Curricula in Brazil : Evaluating the Process of Chance. **Journal of Dental Education**, p. 557–564, 2011.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e o documento abaixo contém as informações necessárias sobre o estudo que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e se você concordar em participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Agradecemos pela sua atenção, compreensão e apoio!

Eu, _____,

concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa “**A Integração Ensino-Serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS**”, sendo que fui informado(a), de forma clara e objetiva, que a pesquisa possui o objetivo de Analisar as Redes de Ações e Serviços de Saúde Bucal e os efeitos da Integração Ensino-Serviço no contexto do Sistema Único de Saúde, no município de Porto Alegre-RS. Estou ciente de que a pesquisa abordará os temas relacionados a organização da Educação Permanente em Saúde, a Integração Ensino-Serviço e/ou as dimensões do Estágio do Desenvolvimento da Redes de Saúde (*população, APS, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde*).

Sei que a minha participação é voluntária e que a não participação no estudo, bem como a desistência em qualquer etapa de realização do mesmo, não resultará em nenhum prejuízo para mim ou para minha equipe. Fui informado(a) que a coleta de dados se dará por meio de entrevistas individuais e/ou em grupo, bem como através de questionários individuais. Tenho conhecimento que serão realizadas no meu ambiente de trabalho e na presença de colegas. Fui informado que as entrevistas serão filmadas e terão duração aproximada de 1 (uma) hora. Estou ciente que as informações produzidas serão analisadas por meio de programas computadorizados, sendo que as gravações e filmagens serão transcritas para texto, sendo que estes materiais serão estudados por profissionais submetidos à normas de sigilo e ética, não comprometendo minha privacidade e garantindo meu anonimato.

Estou ciente que este estudo poderá resultar em benefícios, tais como o avanço da compreensão científica do processo de trabalho em equipes de saúde e auxiliar no desenvolvimento de ações para aprimoramento do trabalho. Fui informado (a) que os achados poderão ser divulgados e repassados à sociedade de maneira científica, através de artigos publicáveis, capacitações, apresentações em eventos científicos, materiais de apoio, entre outros.

Tenho conhecimento de que esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Caroline Konzgen Barwaldt, sob a coordenação das Professoras da UFRGS Cristine Maria Warmling e Fabiana Schneider Pires. Sei que posso receber informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa provocar a minha vontade de desistir de participar da pesquisa. E que posso, a qualquer momento, solicitar mais informações às pesquisadoras pelos respectivos telefones (51) 984564393 (51) 991994058 e (51) 991157777 ou nos e-mails carol.barwaldt@gmail.com ; crismwarm@gmail.com e fabianaspires@gmail.com. Caso sinta necessidade, posso também solicitar informações ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51)3308 3738.O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, em 02 de junho de 2016 (CAAE:79778217.8.0000.5347).

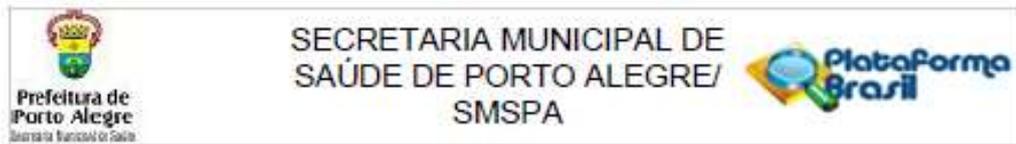
Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa e, declaro, ainda, que recebi cópia deste Termo de Consentimento, devidamente assinado.

Porto Alegre, ___/___/____.

Participante da Pesquisa

Pesquisadora

ANEXO A- Cadastro na Plataforma Brasil / Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO E ENSINO NA SAÚDE DO

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79778217.8.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

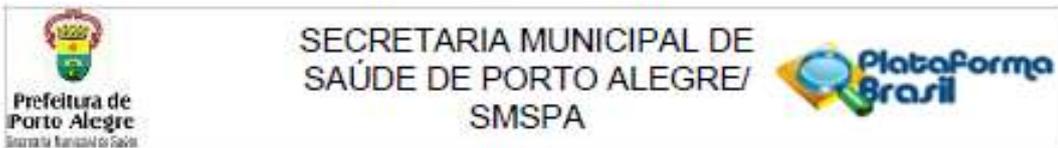
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.644.589

Apresentação do Projeto:

O objetivo principal do estudo é Avaliar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração Ensino-Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem predominante qualitativa com aportes analíticos provenientes de dados quantitativos. Pretende-se utilizar práticas da pesquisa ação intervenção em que o processo da pesquisa de avaliação concomitantemente incidirá em transformações na gestão das redes de atenção e ensino na saúde no contexto do SUS. Serão cenários do estudo os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária à Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS. Consideram-se potenciais participantes da pesquisa: equipes básicas e auxiliares de saúde da atenção primária (médico, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), coordenadores das Unidades de Saúde, estudantes que estejam desenvolvendo percursos formativos nos cenários do estudo, professores vinculados as atividades de ensino e usuários, assim como, cirurgiões dentistas de centros de especialidades odontológicas e hospitais. O principal critério de inclusão para escolha das equipes participantes além de comporem as equipes das redes estudadas, abrangendo diferentes serviços e territórios dos municípios cenários. As estratégias de produção de dados serão: 1) qualitativas: grupos focais (filmados) e diários de campo dos pesquisadores 2) quantitativas: questionários estruturados

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

(modo online e respondidos individualmente e de forma autônoma e livre 3) análise documental e banco de dados secundários produzidos e disponibilizados pelos serviços. As categorias organizadoras de produção e análise de dados serão as dimensões que compõem as Redes de Saúde, segundo Mendes (2011) população, APS, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde. Quanto às amostragens: 1) qualitativas: a saturação teórica será o critério adotado para a avaliação e definição do tamanho da amostra 2) quantitativas: será realizado o censo dos trabalhadores gestores dos cenários avaliados. O estudo será desenvolvido em etapas e com a realização de oficinas de planejamento com as instituições envolvidas. Os dados quantitativos serão processados e submetidos à análise descritiva. As análises qualitativas serão realizadas com base nos fundamentos da análise do discurso.

Objetivo da Pesquisa:

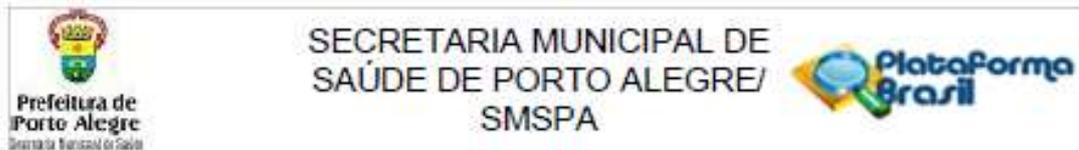
OBJETIVO GERAL

Avaliar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração EnsinoSaúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver, de forma participativa e adequada às especificidades locoregionais, uma matriz de avaliação das redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde e que considere as dimensões de governança, de logística e de cuidado, em Porto Alegre/RS e Sapucaia do Sul/RS.
- Analisar opiniões e concepções de interlocutores privilegiados que atuam nas diferentes dimensões de governança, de logística e de cuidado, sobre as redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre/RS.
- Analisar as concepções sobre os processos de integração ensino-serviço na saúde bucal e seus efeitos sobre as redes integradas de saúde bucal dos componentes da Educação Permanente em Saúde ensino, serviço, gestão e controle em Porto Alegre/RS.
- Avaliar variações (sinérgicas ou divergentes) dos efeitos dos processos de integração ensino e serviço segundo as diferentes realidades loco-regionais das redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção Primária em Saúde no Município de Porto Alegre/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no Município de Porto Alegre/RS.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.590

- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção primária do Sistema Único de Saúde no Município de Sapucaia do Sul/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento das Redes de Saúde a partir das dimensões das Redes de Saúde segundo Mendes (2011) população, APS, pontos secundários e terciários, sistemas de apoio e logísticos e governança.
- Descrever processos de Integração Ensino-Saúde e de Educação Permanente em Saúde desenvolvidos nas Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde cenários do estudo.
- Aplicar o instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre.
- Compreender de que modo os processos de planejamento utilizam a Integração Ensino-Saúde enquanto estratégias de gestão das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde nos cenários do estudo.
- Desenvolver uma matriz de avaliação de Integração Ensino-Saúde que incorpore as dimensões do Estágio de Desenvolvimento das Redes de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores da pesquisa:

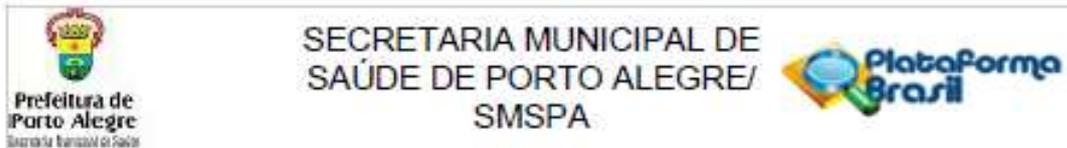
Riscos:

Referem-se às possibilidades de reconhecimento e visibilidade dos participantes e realidades estudadas, às implicações dos trabalhadores em possíveis críticas em relação ao seu trabalho e à situações de possíveis constrangimentos.

Benefícios:

- 1) Apresentar evidências científicas sobre processos de avaliação de redes de saúde e de ensino que articulem abordagens quantitativas e qualitativas.
- 2) Criar instrumentos integrados para a avaliação de redes de saúde e ensino.
- 3) Descrever potencialidades e desafios ainda presentes nas experiências de integração ensino serviço para a composição das redes de saúde bucal.
- 4) Produção e apresentação de relatórios técnicos com os resultados encontrados apoiando a organização de processos de gestão das políticas de saúde em direção à constituição de redes.
- 5) Publicar artigos em periódicos indexados em bases bibliográficas nacionais e internacionais e apresentar trabalhos relacionados ao tema em eventos relevantes.
- 6) Promover a interação entre docentes, pesquisadores, estudantes de iniciação científica,

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

mestrado e doutorado com os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Cristine Maria Warmling

Equipe de pesquisa: Julio Baldisserotto, Vanessa, Fabiana Schneider Pires, CAROLINE KONZGEN BARWALDT, Claudia Flemming Colussi, ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Ananyr Porto Fajardo, BIANCA GIOVANNA MENNA RUIZ DIAZ, KAREN LAIS PREDIGER, Leonardo Rodrigues Piovesan

Tipo de estudo: mestrado profissional

Instituição Proponente: UFRGS

Local de realização: o: Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária à Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS - 1. equipes básicas e auxiliares de saúde da atenção primária (médico, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde); 2. profissionais de saúde coordenadores das Unidades de Saúde; 3. equipes de saúde bucal da atenção primária (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal); 4. equipes dos centros de especialidades odontológicas (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal); 5. estudantes que estejam desenvolvendo percursos formativos nos cenários do estudo ; 6. professores vinculados as atividades de ensino 7. usuários; 8. gestores da saúde, do ensino e da Integração Ensino-Serviço.

Número de Participantes: 320

TCLE: sim

Data de término do estudo: 05/10/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios solicitados pelo CEP SMSPA estão presentes.

Recomendações:

O CEP SMSPA recomenda que sejam apresentados, após o término do estudo os resultados as equipes participantes como forma de retorno científico.

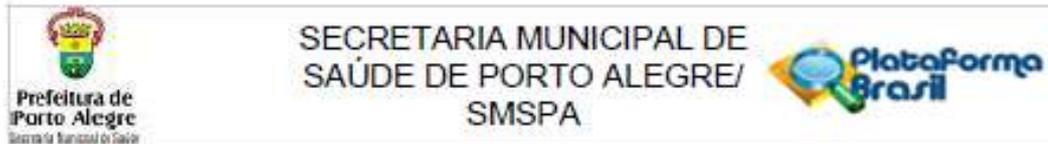
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética não foram verificadas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.
Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	19/12/2017 16:05:08	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	19/12/2017 16:03:53	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	RESPOSTAPARECER.pdf	19/12/2017 16:03:00	Cristine Maria Warmling	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	UNIVERSALOFICIAL.pdf	19/12/2017 16:01:23	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	PARECER.pdf	09/11/2017 17:13:53	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice4.pdf	09/11/2017 17:12:01	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	Apendice3.pdf	09/11/2017 17:09:10	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice2.pdf	09/11/2017 17:07:41	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice1.pdf	09/11/2017 17:06:31	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimentos.pdf	09/11/2017 17:01:28	Cristine Maria Warmling	Aceito

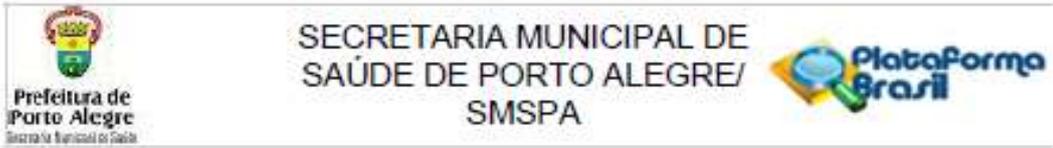
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

PORTO ALEGRE, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7ª andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com