

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz

**A INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DA REDE DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DA REGIÃO CENTRAL E SUL DE PORTO
ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2019

Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz

A integração ensino-saúde e o desenvolvimento da rede de atenção em saúde bucal da região central e sul 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: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre

2019

Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz

A integração ensino-saúde e o desenvolvimento da rede de atenção em saúde bucal da região central e sul 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.

Aprovado em:...../...../.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli - UFRGS

Profa. Dra. Cláudia Flemming Colussi - UFSC

Profa. Dra. Cristine Maria Warmling - UFRGS

Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque - UFRGS (suplente)

À Flora, o mais belo presente em minha vida.

AGRADECIMENTOS

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), a quem devo meu agradecimento inicial.

A presente dissertação de mestrado só foi possível graças ao precioso apoio de várias pessoas. Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Fabiana Schneider Pires, por toda a paciência, empenho, praticidade, criatividade e gentileza com que sempre me orientou neste trabalho. Sou grata por ter me motivado e apoiado sempre, por ter me conduzido através de novos olhares e questionamentos em um movimento contínuo e envolvente neste percurso, de forma tranquila, amorosa e leve. Desejo igualmente agradecer aos meus colegas de pesquisa, Professora Doutora Cristine Maria Warmling, Leonardo Piovesan, Vanessa Martino e Caroline Barwaldt, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos. Agradeço aos meus colegas do Mestrado profissional Ensino na Saúde, especialmente a Liliane Dreyer e Andréia Silveira Teixeira, amigas companheiras nesta jornada. Agradeço aos mestres da Faculdade de Medicina, que foram sempre prestativos e com quem partilhamos e construímos tantos saberes.

Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo carinho e alegria revigorante. Agradeço de forma especial ao meu amado, Rômulo, incansável em acreditar no meu potencial, revisar meus textos, acompanhar e cuidar com amor de mim e da Flora.

“[...] quaisquer que sejam as situações - desde que o homem produz, e isso remonta à pré-história -, há sempre qualquer coisa em relação a esse desvio entre o que é antecipado, inclusive por nós mesmos, e o que é produzido quando alguém se põe a fazer o que decidiu fazer. O trabalho não é jamais pura execução, e isso é fundamentalmente universal.”

(Schwartz, 2015)

RESUMO

A organização de serviços de saúde em redes de atenção foi assumida pelo sistema de saúde brasileiro enquanto estratégia político-organizacional na busca de garantir a integralidade do cuidado à saúde. O presente estudo teve por objetivo compreender os efeitos da integração ensino-saúde no desenvolvimento da rede de saúde bucal em quatro gerências distritais da região central e sul do município de Porto Alegre. Foi realizado um estudo de caso com intervenção participante e, a partir da produção de dados, procedeu-se à análise qualitativa, com base nos fundamentos da Análise do Discurso, para compreender o significado das práticas e como se dá a produção cotidiana de subjetividades: das práticas em saúde inscritas nas características das redes dos territórios, dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal e dos problemas a serem identificados e objetivados como passíveis de intervenção na perspectiva da educação permanente em saúde. Foram abordadas as experiências e interfaces no mundo do trabalho entre estudantes e docentes dos cursos de Odontologia e os trabalhadores e gestores da rede de atenção. A produção de dados foi realizada através do diário de campo (DC) e de grupos focais (GF) - de modo a abordar discussões, confrontos e discordâncias entre os participantes, promover trocas e ampliar a interação social. A análise dos resultados possibilitou vislumbrar uma dupla articulação: ao passo que seus atores atravessavam os diferentes domínios, promoviam a problematização das práticas de cuidado e movimentos de aproximação entre as pessoas, em um território que é geográfico na organização das redes, mas é singularmente afetivo. Os pontos de encontro de maior visibilidade desta dobradiça foram as reuniões de saúde bucal (de colegiado, distritais e de educação permanente), que operaram como catalisadoras do trabalho vivo, criando espaços-tempo tanto para a formação de estudantes, como de reorganização do processo de trabalho das equipes. A partir desta dupla função, os espaços de encontro produzem novos sujeitos do e no trabalho, sejam eles futuros profissionais, gestores ou trabalhadores do serviço. São os movimentos em saúde, abarcando os modos de ser e fazer de seus atores, que tornam vivas as redes de cuidado diferentes em cada território, singulares para cada sujeito nesta produção. Assim, a integração ensino-saúde é produtora e produto de si, pois articula processos e nisso se (re)constrói.

Palavras-chave: saúde; educação; trabalho; processo de trabalho; formação; recursos humanos; tecnologias educacionais; força de trabalho; mercado de trabalho; produção do cuidado; educação permanente; gestão da saúde; subjetividade; sistema de saúde.

ABSTRACT

The organization of health services in networks of attention was assumed by the Brazilian health system as a political-organizational strategy in search of guarantee the integrality of health care. The present study aimed to understand the effects of teaching-health integration in the development of the oral health network in four districts in the central and southern regions of the city of Porto Alegre. A case study with participant intervention was carried out and, based on the data production, a qualitative analysis was carried out, based on the foundations of the Discourse Analysis to understand the meaning of the practices and to highlight how the daily production of subjectivities occurs: health practices inscribed in the characteristics of the territorial networks, the work processes of the health teams and the problems to be identified and objectified as capable of intervention in the perspective of permanent health education. The interfaces in the world of work between students and teachers of Dentistry courses and the workers and managers of the care network were approached. Data production was done through the field diary (DC) and focus groups (GF) - in order to address discussions, confrontations and disagreements among the participants, promote exchanges and broaden social interaction. The analysis of the results made it possible to envisage a double articulation: while its actors crossed the different domains, they promoted the problematization of care practices and movements of approximation between people, in a territory that is geographic in the organization of networks but is singularly affective. The most visible meeting points of this hinge were oral health meetings (collegiate, district and permanent education), which acted as catalysts for living work, creating time-spaces for both student training and reorganization of the work of the teams. From this dual function, the spaces of encounter produce new subjects of the and in the work, be they future professionals, managers or service workers. It is the movements in health, encompassing the ways of being and doing of their actors, which make alive the different nets of care in each territory, unique to each subject in this production, and, thus, the teaching-health integration is a producer and product of itself, because it articulates processes and (re) constructs itself.

Keywords: health; education; job; work process; formation; human Resources; educational technologies; workforce; job market; care production; permanent education; health management; subjectivity; health system.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Identificação dos participantes dos grupos focais.	99
Tabela 2 - Perfil de formação dos cirurgiões-dentistas participantes dos grupos focais.	100
Tabela 3 - Tipo de vínculo de trabalho dos participantes dos grupos focais.	100
Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre.	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

CD- Cirurgião-dentista

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CSVC- Centro de Saúde Vila dos Comercários

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

ESP- Escola de Saúde Pública

GCC- Glória/Cruzeiro/Cristal

GD- Gerência Distrital

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IES- Instituição de Ensino Superior

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

PACS- Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PET- Saúde- Programa de Educação Tutorial

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PRÓ-SAÚDE- Programa Nacional de Reorientação Profissional

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RASB- Rede de Atenção à Saúde Bucal

RES- Restinga/ Extremo Sul

RS- Rio Grande do Sul

SCS – Sul-Centro/Sul

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSB- Técnico em Saúde Bucal

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

US- Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. MARCO TEÓRICO	19
3.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	19
3.2. O TERRITÓRIO E A FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL DE REDES	21
3.3 A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL E A ORGANIZAÇÃO EM REDES	22
3.4 AS REDES E O TRABALHO EM SAÚDE: PRODUZINDO SERVIÇOS E PESSOAS	23
3.5 OS PROCESSOS DE TRABALHO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	27
3.6 A FORMAÇÃO E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE	28
4. PERCURSO METODOLÓGICO	32
5. RESULTADOS	35
5.1 O ESPAÇO-CENÁRIO DE ESTUDO	35
5.2 TERRITÓRIOS EM MOVIMENTO	36
5.3 OS ESTUDOS DE CASO: ORGANIZANDO IDEIAS E INTERPRETAÇÕES	45
5.3.1 GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO	46
5.3.2 GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL	48
5.3.3 GERÊNCIA DISTRITAL SUL/CENTRO SUL	51
5.3.4 GERÊNCIA DISTRITAL RESTINGA/EXTREMO-SUL	53
6. DISCUSSÃO:	55
7. PRODUTOS TÉCNICOS DIDÁTICOS: BOLETINS INFORMATIVOS	71
7.1 BOLETIM INFORMATIVO GD CENTRO	72
7.2 BOLETIM INFORMATIVO GD GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL	74
7.3 BOLETIM INFORMATIVO GD SUL-CENTRO/SUL	76
7.4 BOLETIM INFORMATIVO GD RESTINGA	78

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	92
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	95
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97
APÊNDICE D - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES	99
ANEXO 1 – PARECER PLATAFORMA BRASIL	102

1. INTRODUÇÃO

A organização de serviços de saúde em redes de atenção foi assumida pelo sistema de saúde brasileiro enquanto estratégia de reforma político-organizacional, no intuito de superar as fragmentações ainda persistentes nas ações e serviços do sistema e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde” (BRASIL, 2010).

A conformação de redes de serviços integradas e regionalizadas pressupõe o estabelecimento de relações mais horizontalizadas entre os pontos de atenção, a valorização da atenção primária, a centralidade nas necessidades de saúde da população, o cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos. Além dessas características, destaca-se o uso de protocolos e a valorização de processos de avaliação, assim como o papel da Educação Permanente em Saúde (EPS) (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; OPAS, 2010; MENDES, 2010; 2011; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi implantada como estratégia do Ministério da Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A EPS é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social (BRASIL, 2007).

A inserção da EPS nos espaços dos serviços de saúde enquanto ferramenta de mudanças no nível organizativo e gerencial, e no processo de trabalho das equipes, ocorre com protagonismo para o fortalecimento das RAS e da atenção primária como a porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado em saúde (HADDAD; CYRINO; BATISTA, 2018).

Além disso, a EPS opera enquanto estratégia de comunicação nas redes, na promoção da integração ensino-saúde, problematizando com os profissionais em cada nível de atenção seu papel na integração (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O processo de formação em serviço constitui-se como dispositivo pedagógico estruturante de aprendizagem nos serviços e como política. Nessa proposta, há entre “ensino” e “serviço” uma aliança forte, de estranhamento recíproco. O contato é, ele mesmo, capaz de mobilizar EPS, produzindo ou tornando significativo o conhecimento mobilizado e fortalecendo o trabalho de ensinar, de aprender, de cuidar, de gerir e de participar (FERLA, 2015).

Neste estudo utilizou-se um transconceito: *Integração ensino-saúde*. Compreendeu-se que a integração entre estudantes, docentes, trabalhadores de saúde, gestores e usuários em um território caracteriza uma prática que extrapola os limites de um domínio disciplinar específico. Em outras palavras, ultrapassa conceitos já definidos de integração ensino-serviço, pretende inscrever esta integração para além de um trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com trabalhadores e gestores que compõem as equipes dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008), ou mesmo sua compreensão como elemento constitutivo de uma nova maneira de pensar a formação e construir espaços de aprendizagem, com a incorporação de docentes e estudantes à produção de serviços em cenários reais (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

Este estudo propõe conhecer e analisar uma integração entre atores de processos que se dão em um espaço geográfico (o território), mas que vão além de encontros ou de tarefas pactuadas, pois pode ser vista como uma construção coletiva que acontece na dependência de seus atores e com relativos efeitos em diferentes campos. Assim, entende-se uma integração ensino-saúde ampla, imperfeita, em constante reconstrução, e desta forma será abordada ao longo do estudo, pois se acredita que o termo saúde traz em si outras formas para o ensino relacionar-se com o mundo do trabalho. Inscreve-se na ordem das políticas de formação e de saúde, das relações institucionais, dos percursos pedagógicos e dos itinerários de cuidado em saúde.

No âmbito das reformulações curriculares dos cursos da área da saúde, o desenvolvimento de processos de integração ensino-saúde deseja promover experiências produtoras das transformações profissionais exigidas pelos novos modos e modelos de formação e de atenção nas redes de saúde. A formação na área

da saúde baseada apenas nos métodos tradicionais de ensino não tem sido suficiente para formar profissionais para os novos modelos de saúde, por exigirem novos sujeitos sociais para mudar as formas de prestação de serviços direcionadas ao cuidado em saúde (FERREIRA; RAMOS, 2006).

O presente estudo procurou compreender os processos de trabalho e de produção do cuidado em saúde na rede de atenção em saúde bucal de Porto Alegre a partir do olhar dos trabalhadores e dos estudantes (de graduação e pós-graduação em Odontologia), na perspectiva de uma integração ensino-saúde. Neste sentido, a pesquisa realizada dedicou-se a analisar as experiências das equipes de saúde bucal e de estudantes em formação na constituição das redes de atenção.

Ao integrar os percursos dos cursos de graduação e/ou pós-graduação e projetos de extensão com atividades de educação permanente em saúde desenvolvidos nos distritos Restinga-Extremo Sul (RES), Sul-Centro-Sul (SCS), Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) e Centro (C), uma rede de integração entre os serviços (especializados, de urgência e da atenção básica) e os estudantes e docentes vai se organizando. É sobre a formação destas novas redes que são tecidas na rede estruturada pela gestão e pelas políticas que se debruça este estudo.

Partiu-se do pressuposto de que a integração ensino-saúde é potente para transformar tanto o trabalhador quanto o estudante, e que seus efeitos poderiam ser encontrados na organização e nos processos de trabalho na rede de atenção. O estudo procurou identificar as diferentes formas de funcionamento e operacionalização das redes de atenção à saúde bucal no cenário da pesquisa, a fim de analisar fatores que interferem nessas conformações, tais como características institucionais e de gestão, existência de protocolos, pactuações, forma de planejamento das ações, investimento de recursos e atuação da integração ensino-saúde.

Os processos de integração ensino-saúde podem contribuir no desenvolvimento das políticas municipais de saúde bucal, pois a análise da conformação das redes traz elementos para a redefinição de encaminhamentos e diretrizes de gestão. Deste modo, auxilia na gestão e consolidação das redes de atenção à saúde bucal no país. Nesta perspectiva, fortalece tanto uma gestão compartilhada e democrática, que englobe outros atores sociais, quanto uma prática em saúde orientada pela produção do cuidado com integralidade e universalidade das ações, bem como por novas articulações entre a universidade e os serviços de saúde.

A análise da conformação das redes, na perspectiva da contribuição dos processos de integração ensino-saúde no desenvolvimento das políticas municipais de saúde bucal, pode trazer elementos para a redefinição de encaminhamentos e diretrizes. de gestão da constituição das redes de atenção à saúde bucal no país, na perspectiva do fortalecimento, tanto de uma gestão compartilhada e democrática, que englobe outros atores sociais, quanto de uma prática em saúde orientada pela produção do cuidado, pela integralidade e universalidade das ações, bem como por novas articulações entre a universidade e os serviços de saúde.

Pretende-se que os resultados da pesquisa sejam divulgados amplamente às instituições de saúde e de ensino, e, de maneira especial, compromete-se com a divulgação científica dos resultados - por entender o potencial desta pesquisa na transformação da formação em saúde, no sentido de formar profissionais capazes de contribuir para o enfrentamento dos problemas das sociedades na contemporaneidade.

Desta forma, acredita-se no desenvolvimento de inovações tecnológicas na área da saúde coletiva, nos diferentes cenários de formação, buscando facilitar o diálogo do saber científico com o saber produzido nos cenários de prática e pelos sujeitos para potencializar as mudanças almejadas.

O projeto de pesquisa obedece às exigências bioéticas e foi submetido à análise ética pela Plataforma Brasil, tendo recebido parecer consubstanciado aprovado com o número CAAE 79778217.8.0000.5347 (anexo 1). Foram considerados participantes da pesquisa apenas os convidados que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

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).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender os efeitos da integração Ensino-Saúde na rede de atenção em saúde bucal (RASB) do Sistema Único de Saúde em quatro Gerências Distritais de Porto Alegre/RS.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Analisar como a integração ensino-saúde contribui para o desenvolvimento das redes de atenção em saúde bucal;
- b. Descrever as práticas de integração ensino-saúde e os processos de educação permanente no âmbito da rede de atenção em saúde bucal;
- c. Compreender de que modo a educação permanente e a integração ensino-saúde articulam-se na rede de atenção em saúde bucal;
- d. Produzir boletins informativos com os resultados da pesquisa para apoiar o processo de Integração Ensino - Saúde na rede de saúde bucal.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 As Redes de Atenção à Saúde

No campo da saúde, a atuação em rede tem o potencial de suscitar o desenvolvimento de estratégias favoráveis para a qualificação e a efetividade das ações gerenciais e assistenciais, e, assim, potencializar a integração dos serviços de saúde, aumentando a resolutividade da atenção. Além disso, no intuito de qualificar as ações em saúde, as redes configuram-se como espaços oportunos para a aprendizagem e propícios para estimular o desenvolvimento de parcerias entre os atores sociais e a corresponsabilização entre estes (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

Segundo Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são sistemas integrados de atenção à saúde que se organizam através de um conjunto coordenado de pontos de atenção para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento e sua razão de ser é a população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Para a implantação das RAS é preciso realizar a construção social de territórios/população (MENDES, 2011).

O segundo elemento, a estrutura operacional, consta de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Então, a estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e as ligações que comunicam esses diferentes nós (MENDES, 2011).

O terceiro elemento trata dos modelos de atenção à saúde, que são os sistemas lógicos de organização do funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, os percursos de cuidado da população (MENDES, 2011).

Os autores Amaral e Bosi (2017) ressaltaram cinco dimensões constitutivas das redes: unidades mínimas; conectividade; integração; normatividade e subjetividade. As unidades mínimas são os componentes da rede. Podem ser pessoas ou equipes, além de ações/intervenções e instituições/serviços.

A conectividade refere-se às diferentes formas de contato que as unidades mínimas podem estabelecer entre si. Descreve fluxos, conexões, vínculos, inter-relações, interfaces. Uma alta capacidade de conectividade é indicativa de boa qualidade das redes, com efeitos positivos (AMARAL; BOSI, 2017).

A integração atribui-se aos efeitos do conjunto das relações. Consta de três aspectos fundamentais: a coerência acerca do objeto da rede, a continuidade e a complementaridade das intervenções. Nesta perspectiva, a integração é um processo que cria e mantém uma governança comum de atores e organizações autônomas, para coordenar de forma interdependente a cooperação de um projeto coletivo (AMARAL; BOSI, 2017).

A normatividade está relacionada ao controle e autonomia na gestão da rede. Uma proposta de “sistema lógico” que organize as ações de saúde. Pode ser através de padronização do funcionamento dentro das redes, formalizadas em diretrizes de referência para situações típicas nos serviços, por exemplo, na forma de protocolos clínicos (AMARAL; BOSI, 2017).

De forma inovadora, os autores destacam a subjetividade, produção subjetiva das pessoas envolvidas com seus protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos que se estabelecem, ora se fortalecendo ou se fragilizando, no processo de operacionalização e constituição das redes de atenção (AMARAL; BOSI, 2017).

3.2. O território e a formação socioespacial de redes

Já na primeira metade da década de 1990, Milton Santos fala sobre o território usado pela sociedade e da organização social do espaço como uma produção histórica advinda das relações nele estabelecidas.

Vivemos com uma noção de território herdada da Modernidade incompleta e do seu legado de conceitos puros tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados. É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco de perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro (SANTOS, 1998, p. 15).

O conceito central “território em uso” envolve todos os atores e todos os aspectos, como espaço de todas as existências. Este entendimento traz o território usado como matriz da vida social. Portanto, enquanto quadro de vida, híbrido de materialidade e de vida social, sujeito a transformações sucessivas.

Silveira (2011) explica que o espaço é sempre histórico, porém vivo, refere-se, inclusive, a um território em contínua transformação. Sua historicidade resulta da junção entre as características da materialidade territorial e as características das ações. Assim, sua atualidade advém das ações realizadas sobre as condições materiais e imateriais historicamente estabelecidas.

“A divisão territorial do trabalho cria uma hierarquia entre lugares e redefine, a cada momento da formação socioespacial, a capacidade de agir das pessoas, das firmas e das instituições” (SILVEIRA, 2011, p. 155). A história se produz com todos, independentemente de sua força diferente e apesar de sua força desigual.

Quando consideramos o espaço onde as doenças e agravos à saúde são produzidos, compreendemos o impacto que as ações podem ocasionar nas condições de vida e na saúde da população. Dentre estes, podemos destacar a própria condição de saúde bucal, a localização de serviços de saúde e as formas de acesso a estes (locomoção e transporte), a localização de equipamentos sociais (escolas, centros comunitários e áreas de lazer), a infraestrutura local provedora de condições mínimas de bem-estar para a população (saneamento básico, energia elétrica, moradias adequadas e segurança pública) e toda a rede de suporte social (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

3.3 A política de saúde bucal e a organização em redes

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, lançada em 2004, faz parte do processo de consolidação do SUS e contempla os princípios de universalização e integralidade do cuidado em saúde. Suas diretrizes relacionam-se a uma concepção de saúde centrada na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, além da assistência para sua recuperação (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; BRASIL, 2004).

A PNSB propõe-se a reorientar a assistência pela promoção de saúde; universalizar o acesso aos serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; contemplar todos os níveis de atenção (integralidade) ao instalar os CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) e os LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária) (BRASIL, 2004).

O modelo de atenção proposto põe em evidência a necessidade de garantir uma rede de atenção primária articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; além de assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal (BRASIL, 2004).

Em 2006, o Caderno de Atenção Básica 17 reforçou a necessidade de reorganização da atenção básica em saúde bucal e propôs um processo de trabalho integrado por meio da organização de uma rede cuidados progressivos na área (BRASIL, 2008).

No ano de 2013, a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) promoveu um debate acerca dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal. Este processo tornou possível a implantação do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município (PORTO ALEGRE, 2014) e a reestruturação e ampliação das atividades de educação permanente para todos os profissionais das equipes de saúde bucal (ESB) — incluindo cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares. Devido ao número de profissionais atuantes nas ESB e à necessidade de aproximação da educação permanente com a realidade de cada território, esses encontros foram descentralizados e conduzidos mensalmente em cada Gerência Distrital de Saúde. As reuniões têm duração de quatro horas, divididas entre questões administrativas e de educação permanente. Este espaço suscita o desafio constante de dar corpo a uma proposta de educação permanente que

contemple as diferentes necessidades dos profissionais, de modo a provocar afetamentos e originar novos significados para suas práticas de cuidado (ROCHA; WARMLING, 2016).

O Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Porto Alegre, publicado no ano de 2014, destaca a centralidade dos conceitos de acesso, resolutividade e vínculo para a produção do cuidado. Este documento tem por principal objetivo propor a organização institucional do acesso aos serviços através de condutas baseadas em evidências e pactuadas em colegiado, formado por gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde. Com diretrizes e fluxos de acesso para organização da rede de atenção básica, de urgência e especializada no município, visa à melhoria e qualificação do acesso do usuário à rede básica, bem como o adequado encaminhamento deste aos serviços especializados (PORTO ALEGRE, 2014).

O Relatório de Gestão do 2º Quadrimestre de 2018 aponta que a cobertura populacional das equipes de saúde bucal na Atenção Primária de Porto Alegre corresponde a 35,75% da população e estabelece a meta de ampliar essa cobertura para 37% na programação anual em saúde (PORTO ALEGRE, 2018).

Destaca-se o projeto municipal “Programa de Saúde Noite e Dia”, regulamentado através do Decreto Municipal 17.194/2011, que dispõe sobre o funcionamento em turno estendido dos Serviços de Atenção Primária à Saúde com a implantação de equipe de saúde bucal nas US com turno estendido, e de construir um método de mensuração da resolutividade da Saúde Bucal na APS e monitorar nos relatórios e contratos de gestão da CGAPS (PORTO ALEGRE, 2018).

3.4 As redes e o trabalho em saúde: produzindo serviços e pessoas

O trabalho é atividade reguladora individual e coletiva que põe em marcha o sistema em seus acontecimentos aleatórios de todas as ordens, através das antecipações e gestões simultâneas de múltiplos horizontes temporais que se apresentam numa situação profissional (CUNHA; ALVES, 2012). Em seu curso, o trabalho mobiliza energias mecânicas e intelectuais de forma coordenada, conforme o fim buscado (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Vale destacar que o homem não existe, não vive, não trabalha, não se reproduz senão organizado em grupos de homens. Portanto, o processo depende das relações sociais de produção e distribuição - o “modo de produção” (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Os coletivos de trabalho transformam-se acompanhando as mudanças sociais, culturais, econômicas, tecnológicas, entre outras, reatualizando permanentemente o debate acerca do trabalho e da utilização da força coletiva; e é através da análise micro da atividade que se pode identificar as trocas e as ações que tecem a rede relacional do trabalho coletivo (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Essa dimensão do coletivo pode ser entendida como a dimensão das redes no contemporâneo, que comporta esperança e perigo ou, em outras palavras, comporta um funcionamento quente e um funcionamento frio. As redes frias atuam de modo a produzir efeitos de homogeneização e de equivalência, como um sistema de equalização da realidade. Contudo, as redes quentes caracterizam-se por um funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjunção é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogenética. Nessa perspectiva, a experiência do coletivo pode ser compreendida como plano de produção de novas formas de existência que resistem às formas de equalização ou de serialização (BARROS; PASSOS, 2004).

O trabalho em saúde acontece majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, mas geralmente por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica responsabiliza-se por uma parte da atividade. Por conseguinte, as principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado cria nestes um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A discussão do trabalho como produção humana e trabalho humano coloca-se no centro da relação homem-natureza em Marx, quando instrumentos de trabalho são

constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para conduzir sua atividade sobre esse objeto (MARX, 1994).

Em seus diálogos sobre a atividade humana, Yves Schwartz (2015) traz a noção de que a antropologia da atividade humana dialoga com campos da filosofia e dos saberes humanos, pois:

A vida propriamente humana pode ser definida como uma espécie de dramática permanente de negociação entre a exigência do fazer, na aderência do aqui e do agora, e um mundo de normas, provisoriamente estabilizadas, antecedentes e anônimas, profundamente ambíguas, valendo em desaderência em relação a esse momento do agir (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, pg. 6).

Para esta discussão, Schwartz aponta como problema os ajustes das pessoas às tarefas ou aos objetivos, e também quais procedimentos ou modelos de avaliação seriam adequados a essas competências, pois uma tarefa sempre é levada em conta, mas também conduzida a partir de uma história singular, com relação aos diferentes protagonistas (SCHWARTZ, 1998; DURRIVE, 2011).

Segundo Schwartz:

se por um lado a questão é legítima e se coloca além mesmo da conjuntura atual, por outro, essa busca de procedimentos ou grades descontextualizadas, codificáveis e homogêneas é incompatível com a pluralidade de registros ou elementos que toda atividade de trabalho tenta articular (SCHWARTZ, 1998, pg. 101).

Os meios de trabalho, regulados pelas normas técnicas, econômicas, gestoras, jurídicas, tendem a se caracterizar pela aplicação de normas antecedentes, mas as situações de atividade e, notadamente, a atividade de trabalho é, de alguma forma, a um só momento a imprevisível aplicação de um protocolo e experiência ou encontro (SCHWARTZ, 2010) .

Toda situação de atividade é aplicação de um protocolo: há normas a respeitar, um regulamento a aplicar, não somente por questões de responsabilidade jurídica, mas também porque essas normas são, em parte, experiência capitalizada, escolhas políticas, escolhas orçamentárias que devemos traduzir. E, ao mesmo tempo, toda situação de atividade é, sempre, numa proporção jamais antecipável, não somente encontro, mas encontro de encontros (SCHWARTZ, 2010, pg. 43).

Em contraponto, o autor desloca a discussão para a questão do *saber investido*, considerando uma especificidade da competência adquirida na experiência, nas atividades já desenvolvidas e que deve ser investida em outras situações. De certa

forma o saber reconhece uma atividade de trabalho pela experiência e assim não tem novamente a necessidade de gerir ou negociar esse encontro, pois o que está em foco é o apelo à pessoa, à sua memória, e aos hábitos quase domados em seu corpo (SCHWARTZ, 2010).

Este são saberes que:

ocorrem em aderência, em capilaridade com a gestão de todas as situações de trabalho, elas mesmas adquiridas nas trajetórias individuais e coletivas singulares, contrariamente aos saberes acadêmicos, formais que, são desinvestidos, ou seja, que podem ser definidos e relacionados com outros conceitos independentemente das situações particulares (SCHWARTZ, 2010, pg. 44).

Em diálogo sobre os encaminhamentos e perspectivas da ergologia no Brasil, a saúde no trabalho e as ciências da educação, Veríssimo (2015) afirma que o saber não pode ser transmitido nem transferido, é fruto de uma confrontação com o meio:

uma aprendizagem verdadeira não se pode concretizar senão num sistema educativo que recusa a simples transmissão de saberes e privilegia, ao contrário, a construção de saberes pelos atores diretamente interessados. A educação na perspectiva ergológica aparece como o ato de conhecer, de refletir e de analisar o meio com o qual se é confrontado, um ato de criação contínua. Essa confrontação, atravessada por valores, constrói saberes investidos (VERÍSSIMO In: SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, p. 296).

Assim, o conceito de agir em competência vai se constituindo e vem ao encontro das propostas de enfrentamento de dificuldades, buscando articular as dimensões pertinentes a qualquer processo de trabalho. A ideia de competência remete aos saberes investidos, ou seja, o trabalho não apenas como extensão protocolar do prescrito para cada situação, mas a atividade do trabalho em suas dimensões da experiência humana, também pessoais, históricas e subjetivas que, deste ponto, ainda não mensuráveis.

3.5 Os processos de trabalho e a Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde parte dos incômodos vivenciados com a realidade vivida em ato, e conta com os saberes prévios de cada sujeito, tornando possível e necessária uma aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos.

Para esta aprendizagem, é imperativo se produzir um olhar implicado não somente em reconhecer os problemas de saúde, mas também em produzir relações e construir uma cadeia de cuidados. Esta implicação desvela-se no conjunto de vínculos afetivos, históricos e profissionais entre indivíduos e grupos, da organização ou mesmo de todo o sistema institucional. Assim, um sujeito implicado, é aquele que busca a construção de um conhecer ativo dispondo-se à autoanálise, à resignificação de suas próprias intencionalidades e práticas (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

Na EPS, a aprendizagem significativa se dá na transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços, em um movimento no qual os trabalhadores percebam o quanto são aprendizes constantes (DAVINI, 1995).

A EPS visa transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, de modo que sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Desta forma, aparece como pedagogia eficaz para agregar experiências e saberes às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde (FRANCO, 2007).

Na EPS espera-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004).

A EPS destaca o caráter imanente entre produção de cuidado e produção pedagógica. Isto é, o trabalho está na pedagogia e está na atividade laboral, e eles só têm a potência de produzir educação permanente quando há essa imanência. A vivência, ou melhor, a experimentação que possibilita o afetamento dos sujeitos do processo educacional só ocorre se houver, ao mesmo tempo, trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS (FRANCO, 2007).

Os espaços de EPS são cruciais para que as redes de atenção efetivamente potencializem as trocas de experiências, discussão de casos, construção de saberes, atividades de educação à distância, entre outros. Ainda, nestes processos, realidades

locais dos territórios e regiões de saúde devem orientar as necessidades no rol de atividades a serem promovidas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Se no contexto macropolítico a EPS desponta como estratégia do Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos profissionais da saúde e para o fortalecimento do SUS, sua aplicação em coletivos de saúde e como instrumento articulador das relações entre ensino e serviço, apresenta-se como ferramenta pedagógica potente pois atua nos eixos de formação, gestão, e desenvolvimento do controle social. Nesse processo, criam-se espaços para que os trabalhadores se percebam como protagonistas da produção do cuidado em saúde, transformando contextos, construindo e desconstruindo saberes (FRANCO et al., 2012; SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

De acordo com Collar, Almeida Neto e Ferla (2016), a EPS como proposta pedagógica a ser instituída, prescinde de um movimento de problematização que, além de priorizar o protagonismo do trabalhador da saúde no processo de cuidado, desenvolve a capacidade de questionar e de produção de si (do sujeito sobre o seu processo de trabalho).

Assim, supõe-se que as ações em saúde sejam, ainda no plano dos protocolos e políticas de gestão, organizadas de acordo com as necessidades de saúde das populações nos territórios, que o trabalho do profissionais de saúde e de todos os atores deste processo estejam integrados ao cotidiano, com possibilidade de exercício crítico das suas liberdades, de forma a colocar em prática os saberes investidos.

3.6 A formação e a integração ensino-saúde

A formação e o trabalho dos profissionais de saúde vêm sendo diretamente afetados pela reorganização dos sistemas de saúde, pelas pressões para a reforma da universidade e pelo processo de descentralização político-administrativa do Estado. As iniciativas comprometidas com a relevância social da universidade e dos processos de formação no campo da saúde têm historicamente procurado articular os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Mudanças no olhar e no agir exigem uma formação profissional capaz de desenvolver competências para cuidar do outro. Cuidado este que requer uma compreensão ampla dos diferentes elementos articulados na vivência, no trabalho e na formação do profissional de saúde (ROCHA; WARMLING, 2016). Além disso, para melhor cuidar, tratar e acompanhar a saúde, é necessário alterar os modos de ensinar e aprender, rever as práticas educativas e seus reflexos nas ações e nos serviços (BALDOINO; VERAS, 2016). Neste sentido, torna-se fundamental a reorientação da relação academia e sociedade, aliada à ressignificação do papel da Educação Superior para a formação de profissionais vinculados ao sistema de saúde brasileiro (TOASSI et al., 2012).

Na área da saúde, com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), os cursos de graduação iniciaram um movimento de superação do modelo tradicional de organização pedagógica - marcada pela fragmentação de conteúdos -, para avançar por meio de propostas articuladas e orientadas pela prática profissional vinculada ao mundo do trabalho. Integrar atividades acadêmicas com o mundo do trabalho no SUS foi um dos principais eixos da mudança do currículo. Desta forma, incluiu-se nos currículos a concepção de espaços de aprendizagem enquanto locais que combinam, intencionalmente, processos de aprendizagem e de trabalho. Para mais, o comprometimento do ensino com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a integração ensino-saúde como uma ferramenta capaz de potencializar as atividades curriculares desenvolvidas no curso (LAMERS et al., 2016).

Para os cursos de graduação em Odontologia, as DCN foram implantadas em 2002 (CNE, 2002), a partir da necessidade apontada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB). Estas diretrizes definiram o objetivo do curso e o currículo de base nacional comum a ser complementado pelas instituições de ensino superior, com uma parte diversificada capaz de refletir a experiência de cada instituição e os condicionantes do quadro regional em que se situa (BRASIL, 1996).

Deste modo, são consideradas atividades promotoras da integração ensino-saúde: o estágio curricular supervisionado, Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), a Residência Multiprofissional em Saúde e programas de extensão (BALDOINO; VERAS, 2016).

Para tornar o SUS uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho, foi fundamental a implementação de estratégias como a Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (2004) e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes - que instituído pelo Ministério da Saúde em 2007, possibilitando o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no SUS, integrando EPS e apoio assistencial por meio de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação (TIC). É constituído por Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regionais, que desenvolvem e oferecem serviços específicos para profissionais e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2011).

No que compete ao eixo da Integração Ensino-Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem uma política consolidada, expressa na atuação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), na estrutura de Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) e na formalização, gestão e acompanhamento da parceria com as Instituições de Ensino, através dos Termos de Cooperação Técnica, e da inserção dos alunos e dos projetos de extensão nos cenários de prática, através dos Planos de Atividades. Por meio da CPES, é realizada a gestão da integração ensino-saúde, organizando e formalizando as ações, de modo a que sejam direcionadas para as prioridades de saúde do Município e garantir o monitoramento da alocação dos alunos e das atividades nos territórios, através dos Planos de Atividades de Ensino em Serviço e dos Termos de Compromisso.

Com exceção da GD Restinga/Extremo-Sul, todas as Gerências Distritais contam com Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) estruturados (PORTO ALEGRE, 2017). A região abordada neste estudo recebe alunos em estágio da graduação e da Residência Integrada em Saúde Bucal (RISB) da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Além disso, através do Projeto de Extensão “Educação permanente em saúde na produção do cuidado de saúde bucal” - (número 1836 -, a UFRGS tem apoiado e subsidiado o desenvolvimento dos trabalhadores e das redes de atenção à saúde, integrando estágios curriculares com processos de educação permanente e produzindo avaliações sobre a integração ensino-saúde.

Os serviços de saúde funcionam como locais de aprendizado para alunos, e a equipe da assistência atua na preceptoria das vivências, o que favorece a integração entre professores, discentes, profissionais, gestores e comunidade em geral. A universidade constitui-se como parceira do serviço público, ao favorecer o desenvolvimento de ações integradas, ao aplicar o conhecimento para intervir positivamente nos determinantes sociais da saúde, e isto contribui para o fortalecimento do SUS (MACIEL et al., 2016).

Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação que acontecem simultaneamente como expressão da realidade. Nesta lógica, os processos educacionais poderiam contribuir na produção de sujeitos e coletivos com capacidade de intervir na realidade e transformá-la, desde que a ação pedagógica dispare processos de subjetivação associados aos de cognição. Para isto, torna-se primordial desenvolver o protagonismo do sujeito e sua capacidade de autoanálise (FRANCO, 2007).

A integração ensino-saúde oferece uma travessia a ser percorrida durante o processo de formação no serviço, produzindo encontros entre diferentes sujeitos, em um ambiente de trabalho vivo. A complexidade do cotidiano da rede de atenção contrasta com as lógicas disciplinares que produzem identidades profissionais e os regimes de verdade que sustentam os discursos da técnica e do saber vigente. Deste modo, incentiva-se a articulação entre diferentes núcleos disciplinares e práticos para compreender os fenômenos da vida e da saúde. Esta importante tensão entre conhecimentos e práticas, renova o conhecimento e o aproxima do cotidiano - no sentido da capacidade de resolver os problemas que habitam o cotidiano - e são, ainda, questões que mobilizam os modos de aprender e de ensinar nos serviços (FERLA, 2015).

Estes motivos n levam a entender a formação no mundo do trabalho como “estratégia para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde”, constituindo fortemente a ideia de que a formação precisa conectar-se com a dinâmica do trabalho (FERLA, 2015).

Para a produção do cuidado, é fundamental que os envolvidos – sejam profissionais, usuários, docentes ou alunos – estejam abertos ao encontro, pois, sem um posicionamento para trocas, não há afetamento entre os pares ou abertura às várias formas de conexão que ali estão sendo produzidas, o que não resulta em um produto significativo (VASCONCELOS et al., 2016).

Formar alguém, prepará-lo para a vida profissional, é iniciá-lo na trama, mas também na corrente; na tarefa, mas também na situação; na ocasião tanto quanto na disposição; no debate a respeito dos valores do ofício como nos métodos para agir em conformidade (DURRIVE In SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, pg. 206).

Neste estudo foram percorridos caminhos teóricos que pudessem clarear o “como” se produz o fazer em saúde no trabalho, na integração ensino-saúde, como proposta de formação e nas redes dos territórios, com seus atores (ou parte deles) em um profuso e denso emaranhado de saberes.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem metodológica qualitativa. Esta análise se volta para a produção subjetiva das práticas em saúde inscritas nas características das redes dos territórios, dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal e dos problemas a serem identificados e objetivados como passíveis de intervenção na perspectiva da educação permanente em saúde, as quais transcendem indicadores e expressões numéricas comumente utilizados nos processos avaliativos (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Nas palavras de Echternacht (2015):

valorizar os saberes investidos na vida dos trabalhadores significa também valorizar os saberes investidos na compreensão da realidade social, a procura do sentido e das significações da experiência humana. Em razão da hegemonia dos modelos explicativos baseados na quantificação da vida social, faz-se necessário dar legitimidade a esses métodos de pesquisa mais qualitativos [...] a consciência de que os saberes instituídos trazem valores e poderes atravessa a prática dos pesquisadores nesses contextos, com suas possibilidades e impossibilidades (ECHTERNACHT, 2015, In: SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, pg. 286).

Partiu-se, portanto, de uma prática de pesquisa intervenção, tal como uma “experiência inovadora/instituinte” (PEZZATO; L’ABBATE, 2012), em que o processo de análise da pesquisa incidiu nos sujeitos produtores e no modo de produção do cuidado em Redes de Saúde no SUS. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da pesquisa ocorreu de modo participativo, em conjunto com os setores de planejamento dos cenários de estudos.

As estratégias metodológicas propostas para a produção de dados foram os grupos focais (GF) e o diário de campo (DC). Esta escolha teve a intenção de abordar discussões, confrontos e discordâncias entre os participantes (POPE e MAYS, 2009), promover trocas e ampliar a interação social. São estratégias metodológicas que

possibilitam o desdobramento de um contexto multidimensional para compreender o modo como macropolíticas sociais impulsionam as conversas. Neste sentido, define-se o caráter teórico da interação dos participantes no desenho dos grupos focais realizados como de perspectiva social construtivista (RYAN et al., 2014; HOLLANDER; GORDON, 2006).

Para compreender as práticas de saúde dos profissionais, estudantes, docentes e usuários que compõem as Redes de Integração Ensino-Saúde foram convidados a compor os grupos focais: cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal das equipes da atenção primária, das equipes dos centros de especialidades odontológicas e do pronto-atendimento, estudantes em percursos formativos nos cenários do estudo (estágios curriculares, residências em saúde), bem como professores vinculados às atividades de ensino, usuários e gestores da saúde, do ensino e da Integração Ensino-Saúde nas gerências distritais que compuseram o cenário desta pesquisa.

Os grupos focais (GF) foram conduzidos durante as reuniões administrativas e de educação permanente das gerências distritais, no período de março a abril de 2018 - em dias e horários adequados à participação dos convidados - priorizando diversidades e particularidades dos territórios, dos níveis de atenção da rede e dos cenários de estudo. Os participantes interagiram e conversaram por cerca de 60 minutos, a partir de um roteiro (apêndice A) sobre a rede de atenção em saúde bucal de sua gerência. Estes grupos foram filmados mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo (apêndice X).

Ocorreram quatro grupos focais, um em cada gerência distrital (Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Sul/Centro Sul, Restinga/Extremo Sul). Na gerência distrital GCC, o grupo focal contou com a participação de treze representantes da atenção primária, do CEO do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSV), do Pronto-atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), da gestão e dos estudantes. Já o grupo focal da GD SCS foi composto por onze participantes da atenção primária e dos estudantes. Na gerência distrital RES, o grupo focal foi composto por dez profissionais da atenção primária. Por fim, o grupo focal na gerência distrital Centro, contou com a participação de oito representantes da atenção primária, do CEO Santa Marta e dos estudantes.

Além destes, ocorreram duas rodas de conversa nas gerências distritais GCC e Centro. Os participantes igualmente concordaram em fazer parte da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice). Os áudios

destas conversas foram gravadas. A roda de conversa da gerência distrital GCC contou com dezoito participantes: nove dentistas, quatro ASB, três TSB e dois estudantes.

“A roda de conversa é uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo” (MOURA; LIMA, 2014, pg. 99).

Enquanto instrumento de pesquisa, as rodas de conversa abrigam um ambiente favorável para o diálogo, onde as pessoas possam se sentir à vontade para expressar e escutar. O diálogo é um momento singular de partilha e pressupõe um exercício de escuta e de fala entre vários interlocutores, com mais momentos de escuta do que de fala. As argumentações de cada participante são construídas mediante a interação com o outro, seja para complementar, discordar ou concordar com a fala imediatamente anterior. Conversar, nesse entendimento, consiste em compreender em profundidade, refletir mais e ponderar, no sentido de compartilhar (WARSCHAUER, 2001).

As questões apontadas disseram respeito aos componentes da RASB (a população e o processo de territorialização na rede; a atenção primária em saúde e o processo de coordenação do cuidado; os pontos de atenção secundária e terciária e os itinerários do cuidado; os sistemas de apoio ao processo de trabalho na clínica; os sistemas logísticos e a comunicação nas redes de saúde; o sistema de governança da rede; e o modelo de atenção à saúde) e às percepções dos profissionais das equipes de saúde bucal tanto da atenção primária (com ESF ou não), quanto da atenção especializada (CEO e PACS). Em consequência, criou-se um contexto que tornou possível uma compreensão ampla sobre as inter-relações da própria rede, dos pontos de atenção e dos trabalhadores e estudantes que perpassam e constituem o trabalho em saúde.

O DC foi utilizado com o objetivo de realizar uma descrição detalhada do trabalho realizado no campo e de como se deu o processo de inserção, observação e produção dos dados. Partiu-se da compreensão de que a utilização do diário permite a expressão de impressões, observações e avaliações e, por circular no tempo e no

espaço, auxilia na construção de ideias sobre a intervenção da pesquisa. Cabe destacar que o DC é um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir, que tem por base o exercício da observação direta de comportamentos, tanto do pesquisador quanto dos atores e dos cenários de pesquisa. O termo “diário” não implica, necessariamente, a realização de registros diários, mas sugere e requer periodicidade.

A partir da produção de dados, realizou-se a análise qualitativa, com base nos fundamentos da Análise do Discurso. Os dados de cada distrito foram organizados em estudos de caso, o que além de prover material descritivo e narrativo, tornou possível trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido, e articula o linguístico com o social e o histórico. As concepções dos participantes foram analisadas nos documentos com a finalidade de apreender o que elas revelam, em um diálogo constante que incluiu objetividades e subjetividades (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na análise do discurso (AD) a linguagem é analisada em sua complexidade, escapando do teor binário da linguística e compreendida como uma produção própria a determinadas conjunturas históricas e sociais, de contornos instáveis e que produz sentido para os sujeitos inscritos em estratégias de interlocução (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014).

compreender que nossas lutas (e pesquisas) sempre têm a ver com linguagem, já que estamos continuamente envolvidos com lutas discursivas; segunda atitude, atentar para a ideia de que palavras e coisas dizem respeito a fatos e enunciados que, a rigor, são “raros”, isto é, não são óbvios, estão para além das “coisas dadas”; terceira, que fatos e enunciados referem-se basicamente a práticas, discursivas e não discursivas, as quais constituem matéria-prima de nossas investigações, seja em que campo estas se concentrem, e dizem respeito sempre a relações de poder e a modos de constituição dos sujeitos individuais e sociais e finalmente, a atitude de entrega do pesquisador a modos de pensamento que aceitem o inesperado, especialmente aqueles que se diferenciam do que ele próprio pensa (FISCHER, 2003, pg. 372-73).

Alves e Pizzi (2014) explicam que o caminho da análise do discurso pressupõe que o campo dos enunciados não seja pensado como uma tradução de algo que ocorre no pensamento das pessoas, mas reconhecido como um local de relacionamentos e de transformações sistemáticas: não importa quem fala, mas o que ele diz, que não é dito de qualquer lugar. Desta forma, mais do que desvelar a verdade dos discursos, busca-se repensar seus efeitos na constituição dos sujeitos.

deve-se tomar os enunciados “pelos contatos de superfície que eles mantêm com aquilo que os cerca, de modo a conseguirmos mapear o regime de verdade que os acolhe e que, ao mesmo tempo, ele sustenta, reforça, justifica e dá vida” (VEIGA-NETO, 2003, p. 127 APUD ALVES e PIZZI, 2014).

No contexto das redes de atenção em saúde bucal, os enunciados operam como códigos de normalização que buscam orientar, regular e delimitar as práticas e processos de cuidado. Portanto, se procurou entender como os vários enunciados se fazem presentes, se relacionam e produzem subjetividades no cotidiano dos sujeitos que entrelaçam território, integração ensino-saúde, educação permanente e trabalho vivo na rede de atenção em saúde bucal.

5. RESULTADOS

5.1 O espaço-cenário de estudo

Além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que gera uma organicidade ao processo de constituição das redes de atenção, o espaço-cenário de estudo é um lugar de mudanças que vão ocorrendo ao longo dos meses e anos nos serviços, em uma profusa alteração nos quadros profissionais e também, de forma mais lenta, uma mudança nas características destes territórios.

Caracterizar o cenário do estudo está para além de uma etapa metodológica, já carrega consigo um recorte da pesquisadora e está no limite entre o que se poderia ver como resultados ou como dados secundários posto que não foram produzidos nesse estudo. Se estavam disponíveis em boletins epidemiológicos na forma de relatório de gestão municipal, aqui importam pela análise que se propôs neste estudo.

O saber instituído sobre este objeto de estudo pode ser facilmente acessado por meios digitais/eletrônicos, mas o efeito na vida das pessoas que produzem sua existência nestes territórios é experiência singular. Há que se dizer que não se furtam trabalhadores e estudantes de produzir seus percursos de formação e vida nos

territórios. Assim, a descrição que segue dos espaços-cenários estudados não é estéril ou neutra ou mero procedimento metodológico de pesquisa e tampouco é vazia de intencionalidades. Pode-se considerar como um recorte singular e pessoal da pesquisadora, que organiza dados populacionais, demográficos e epidemiológicos ao mesmo tempo que dá vida ao lugar, pois:

Enquanto uma dimensão da sociedade, o espaço é um produto (social) que ao mesmo tempo é capaz de condicionar a própria sociedade que o criou através das práticas sociais. É assim que, como produto, condição e meio, o espaço se torna um elemento fundamental para realização de toda a vida, cuja abrangência atravessa a concretização do sujeito em sociedade mediante as próprias interações físicas, mentais e sociais vivenciadas no cotidiano. Nesse sentido, pensar o espaço significa simultaneamente pensar a sociedade, o cotidiano e o sujeito no intuito de repensar suas existências de forma relacional e crítica (SANTANA, 2016, pg. 1).

Assim, a descrição em si é resultante do olhar para o lugar, para o espaço social, é uma narrativa composta pelo cuidadoso movimento de enunciar aquilo que foi encontrado e ressignificado pela lente da produção de si na pesquisa.

5.2 Territórios em movimento

A capital Porto Alegre – Rio Grande do Sul, possui aproximadamente 1.476.867 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2015). Na atenção primária, a RAS conta com 261 Equipes de Saúde da Família e 169 Equipes de Saúde Bucal distribuídas em 140 Unidades de Saúde (US) - 108 destas unidades com saúde bucal -. Além disso, há 6 CEO e 7 serviços de apoio diagnóstico em saúde bucal (PORTO ALEGRE, 2018).

Os serviços da atenção primária estão distribuídos em 18 Distritos Sanitários, com suas especificidades e vulnerabilidades. Por sua vez, os distritos encontram-se divididos em 8 Gerências Distritais (GD) - estruturas administrativas regionais e espaços de discussões e práticas, onde são operacionalizadas as ações tanto da Atenção Primária, como da Atenção Especializada e Ambulatorial na esfera do SUS. Como estrutura da gestão descentralizada da Secretaria Municipal de Saúde, as GD são responsáveis pelas Unidades de Saúde da atenção primária e outros serviços de saúde como Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos na sua área de abrangência e estão sob coordenação da SMS.

Este estudo abrangeu as quatro gerências distritais localizadas geograficamente na região central e sul da cidade: Restinga/Extremo-Sul (RES), Sul/Centro-Sul (SCS), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) e Centro (C).

A região do Distrito Sanitário Restinga é composta pelo bairro Restinga e tem 38,56 km² (8,10% da área do município). O território possui 59.786 habitantes. Representa 4,24% da população do município, com densidade demográfica de 1.574,92 habitantes por km². No quesito raça/cor, 38% se autodeclaram negros, acima da média de Porto Alegre (20,2%). Mais de 90% das moradias são tipo casa, sendo que em 22,13% moram 5 ou mais pessoas. Em 13,65% das residências o tratamento de esgoto é por fossa séptica. O IDH da Restinga é de 0,685, inferior ao de Porto Alegre (0,805). A taxa de analfabetismo é de 4,03% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,10 salários-mínimos, sendo que 58,6% das famílias recebem menos que um salário-mínimo. A Restinga possui todo território de solo urbano, com poucas oportunidades de emprego, tendo uma distância do centro da cidade de 21 km. A região apresenta alto índice de violência. Dos 419 óbitos ocorridos em 2015, 58 (13,8%) foram por homicídio. O número de usuários de álcool e drogas na região é crescente, sendo esta uma das principais causas de abandono de tratamento de doenças infectocontagiosas, como tuberculose e HIV (SMS, 2017).

O Distrito possui 07 Unidades de Saúde, sendo 05 Unidades com Saúde da Família, 01 Unidade de Saúde mista e 01 Unidade sem Saúde da Família. Destas, duas não possuem Equipes de Saúde Bucal. A cobertura da Atenção Básica é de 56,9% e de saúde bucal, 43,3%. O território conta com uma Equipe especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), uma Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA) e um Núcleo de Apoio Matricial. O Centro de Referência em Tuberculose (CRTB) da região foi fechado em 2014, o que gerou dificuldade de acesso ao tratamento. A área possui cobertura de atuação das equipes do Programa Melhor em Casa. Há também o Hospital da Restinga, o qual ainda não está com sua capacidade plena de atuação. Além destes serviços, a região conta com CREAS, Conselho Tutelar e Ação Rua. A taxa de mortalidade Infantil em 2014 foi de 11,71/1000 nascidos vivos, enquanto a de Porto Alegre foi de 9,71. A região apresenta grande número de casos de tuberculose (em 2014 foram 53, 05 a mais que o estimado), com uma taxa de abandono de tratamento de 37,7% (acima da média de Porto Alegre, de 28%). A taxa de incidência de gestantes com HIV também é considerada alta (3,14 em 2015),

acima da média do município (2,16). Assim como a taxa de incidência de sífilis congênita (55,21 em 2015), a maior em Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2017).

O Distrito Sanitário Extremo Sul é composto pelos bairros Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami e Ponta Grossa e integra a região 13 do Orçamento Participativo. É um extenso território de 116,01 km² (24,4% da área do município). De todos os domicílios abastecidos por poço ou nascente em Porto Alegre, 41,8% situam-se nesta região. Em 27% das residências o tratamento de esgoto é feito por fossa séptica. O território possui uma população de 33.798 habitantes, sendo 51,2% feminina. Representa 2,4% da população do município, com densidade demográfica de 300,60 habitantes por km². Dos 10.772 domicílios, 93,4% são tipo casa, sendo que em 16,34% moram 5 ou mais pessoas. O IDH do Extremo Sul é de 0,714, considerado médio, mas abaixo do de Porto Alegre (0,805). A região apresenta características distintas por ter áreas de grande vulnerabilidade socioeconômica, ao lado de áreas com elevado nível socioeconômico. Essas características são atribuídas à grande extensão do território, concentração e diversidade populacional. A taxa de analfabetismo é de 4,79% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,92 salários-mínimos, sendo que 49,6% das famílias recebem menos que um salário-mínimo. O número de usuários de álcool e drogas na região é crescente, sendo esta uma das principais causas de abandono de tratamento de doenças infectocontagiosas, como tuberculose e HIV. O Distrito possui praticamente todo território de solo rural, com poucas oportunidades de emprego. Além da grande distância ao centro da cidade (30 km), onde está localizada a maioria dos Serviços Especializados de referência, há a própria distância das moradias às Unidades de Saúde, o que resulta em dificuldades no tratamento. Em 2014, a taxa de abandono de tratamento da tuberculose foi de 55,6%, bem superior à de Porto Alegre (28%). Esta distância também influencia na permanência dos profissionais de saúde, que comumente solicitam remanejamento, o que interfere na criação de vínculos com a comunidade (PORTO ALEGRE, 2017).

O território possui 05 Unidades de Saúde, sendo 04 Unidades com Saúde da Família (SF) e 01 Unidade de Saúde mista. Não há Serviços de Atenção Especializada. A cobertura da Atenção Básica é de 112,4% e de Saúde Bucal, 48,5%. A região é coberta pela atuação das equipes do Programa Melhor em Casa. Além destes serviços, a região conta com o CRAS. A taxa de mortalidade Infantil em 2014 foi de 9,67/1000 nascidos vivos. No Distrito, as doenças mais prevalentes são a

tuberculose (18 casos em 2014) e ISTs, com uma incidência de AIDS de 41,04/100.000 hab. e de sífilis congênita de 17,13/1000 nascidos vivos (2015) (PORTO ALEGRE, 2017).

Distrito Centro-Sul é composto pelos bairros Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova. Apresenta 107.625 habitantes, sendo que 57.655 (53,6%) são mulheres, 49.970 (46,4%) são homens e 15.195 (14,11%) são idosos acima de 60 anos. Das mulheres residentes no território, 34.387 (59,6%), encontram-se em idade fértil, semelhante ao percentual do município, de 58.7%. As Crianças de 0 a 9 anos são 12.436 (11,56%). A densidade demográfica é de 3.847,64 habitantes por Km², superior à registrada no município, que apresenta 2.986,86 habitantes por Km². O território possui 99,4% de abastecimento de água nos domicílios, 81,76% de coleta de esgoto na rede geral e 99,73% de domicílios com coleta de lixo. O índice de carência em saúde desta região é de 59%, com um percentual de 7,94% de domicílios em área precária. No quesito raça/cor/etnia, a região apresenta 78% de pessoas autodeclaradas brancas, 20% pretas e pardas, o que representa uma porcentagem semelhante ao encontrado no município (20.2%). A taxa de analfabetismo é de 2,08%, a média de anos de estudo do responsável pelo domicílio é de 8,42 anos, o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 4,09 salários-mínimos, sendo que 16.22% dos responsáveis têm renda de até 1 salário-mínimo. O IDHM do território é de 0,797, inferior ao do município, o qual apresentou IDHM de 0,805 no ano de 2010. Esta região concentra diversos lares geriátricos, pelos dados de 2012, são 17 instituições, entre eles a SPAAN que demandam atendimento das unidades desta região. Dentre as principais causas de óbito neste distrito, aparecem as doenças do Aparelho Circulatório (28.03%), Neoplasias (24.49%) e doenças do Aparelho Respiratório (7.83%). Em relação à faixa etária, 85.48% dos óbitos ocorrem acima dos 50 anos, sendo que 63.76%, acima dos 65 anos (dados de 2015), o que demonstra uma tendência à maior longevidade desta população. Com relação às mulheres em geral, a prevalência continua sendo de doenças do aparelho circulatório (263 casos), porém nas mulheres em idade fértil a Neoplasia de Mama é prevalente (50 casos) e Neoplasia de Órgãos Genitais está em 2º lugar (31 casos). As Mortes por causas externas não são prevalentes no Distrito Centro Sul, porém existem regiões com violência localizada, como Morro dos Sargentos, Beco do Adelar, Monte Cristo e Cohab Cavalhada, o que também

demanda atenção das Equipes para estas questões. O coeficiente de mortalidade infantil do distrito centro sul em 2014 foi de 11,39 por mil nascidos vivos, superior à taxa do município que foi de 9,71 por mil nascidos vivos. Importante salientar que foi um ano atípico. No ano de 2014 o coeficiente foi de 11,39 por mil nascidos vivos. Como principal causa de óbito infantil na região estão as afecções congênicas, ao contrário das demais regiões da cidade cuja causa principal são as afecções perinatais. Quanto à taxa de transmissão vertical de HIV, o distrito apresentou taxa de 0% em 2014, número inferior ao do município de Porto Alegre, que ficou em 3%. No ano de 2015, o índice de transmissão de sífilis congênita foi 26,34 por 1000 nascidos vivos, o que, apesar de inferior ao do município (29.8), apresentou crescimento significativo nos últimos anos (10.9%) e se mostra alto quando comparado ao aumento médio da cidade. Em relação à tuberculose, o distrito Centro Sul apresentou 55 casos novos no ano de 2015, com uma taxa de cura de 55%, superior à de Porto Alegre que é de 52%. A taxa de abandono foi de 26%, também inferior à do município. (28%). Neste distrito no ano de 2016 ocorreram 83 casos de dengue autóctone, o que equivale a 27,5% do número de casos do município que foram 301 casos. O maior número de casos ocorreu nos bairros Vila Nova (75 casos) e Camaquã (5 casos) (PORTO ALEGRE, 2017).

O distrito Centro Sul conta com 11 unidades de atenção básica em seu território: Alto Erechim, Nonoai, São Vicente Mártir, Camaquã, Jardim das Palmeiras, Calábria, Campos do Cristal, Campo Novo, Monte Cristo, Cohab Cavallhada e Cidade de Deus, o que corresponde a uma cobertura de 63,4% de atenção primária, percentual bem inferior ao do município que é de 71,2%. O Distrito possui 24 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura populacional de ESF de 51,3%, inferior à do município, que está em 55.8%. É uma das mais baixas coberturas da cidade (cobertura de ACS de 32,6%), o que dificulta o acesso da população à rede de atenção. A região tem uma equipe de NASF composta por nutricionista, fisioterapeuta, psiquiatra, psicóloga, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, que realiza apoio matricial em 7 unidades de saúde dos distritos Sul e Centro Sul. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 31,3%. , à apresentada pelo município de Porto Alegre que é de 37%, apresentando uma alta taxa de absenteísmo nas consultas especializadas, possivelmente explicada por este atendimento ser realizado fora do território, nos CEO Santa Marta e Vila dos Comerciantes. A região

conta ainda com serviços especializados localizados no Centro de Saúde Camaquã, que atendem aos distritos centro sul e sul: Equipe de Saúde Mental Adulto (EESMA), Centro de Especialidades Camaquã, no momento contando somente com uma nutricionista, Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), CAPS AD e Farmácia Distrital. Quanto a serviços diagnósticos, a região conta somente com radiologia odontológica, sendo as demais demandas referenciadas a outras regiões, o que dificulta a resolutividade dos serviços. Os serviços de Saúde Mental da região apresentam grande demanda reprimida, em especial infantil. Nesta região estão localizados 11 abrigos e casas lares para crianças e adolescentes, conveniados à FASC, que abrigam menores oriundos de várias regiões da cidade, totalizando 174 pessoas e um NAR no bairro Ipanema com cerca de 80 abrigados, todos em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial. Estes usuários recebem atendimento nas unidades de saúde da região e demandam também atenção no EESCA SCS, especialmente na área de saúde mental, muitas vezes determinados por ação judicial, com uma demanda reprimida de 193 crianças. Considera-se, portanto, de extrema importância a ampliação da oferta de atendimentos de saúde mental neste distrito, principalmente infantil, para facilitar o acesso desta população. Demais serviços especializados são referenciados para outras regiões da cidade: CAPS II (GCC), CAPS infantil (Centro), Centro de referência em tuberculose (CSV), Centro de reabilitação (CSV), Serviço de Atenção Especializada DST/AIDS (CSV), Serviço de Ostomias, incontinência Urinárias e feridas (CSV), Serviço de Oxigenioterapia (CSV). Como referência obstétrica a região tem os hospitais: Santa Casa, Fêmea e Presidente Vargas. Referência de urgências: Hospital Vila Nova (no território), Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GCC) e Hospital da Restinga (Restinga). Pacientes domiciliados que necessitam atendimento especializado são atendidos pelo Programa Melhor em Casa composto por 02 equipes que atendem vários distritos da região (PORTO ALEGRE, 2017).

A Gerência GCC é composta por 3 três distritos sanitários: Glória, Cruzeiro e Cristal. O Distrito Glória é composto pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória; e apresenta em torno de 57.436 habitantes, sendo 27.241 (47,4%) homens, e 30.195 (52,5%) mulheres. O número de idosos do distrito é de 6.698 (11,6%), enquanto o número de crianças de 0 a 9 anos é de 8.139 (14,1%). Sua densidade demográfica é de 2.324,68 habitantes por km², inferior à registrada no município, que apresenta 2.837,52 habitantes por km², e pode ser explicada pelas diversas áreas rurais

existentes no bairro Belém Velho. A vasta oferta de terra, nesse caso, acaba sendo foco de invasões populares, como no entorno da Travessa Mariante, que cresceu consideravelmente nos últimos anos, criando a necessidade de mais uma unidade básica de saúde no local. No quesito raça/cor, a região apresenta 73% de pessoas autodeclaradas brancas, e 26% negros, o que representa uma porcentagem de negros superior ao encontrado no município de Porto Alegre, o qual apresenta 20,2% da população composta por negros. Destaca-se a existência de uma comunidade quilombola nos Altos do Morro Alpes, onde vivem 62 famílias. Em consequência da crescente visibilidade desse espaço, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) vem investindo em Projetos de Pesquisa e de Intervenção na região. O elevado número de população negra no distrito demonstra a necessidade de oferta de cuidado para este grupo, de monitoramento das doenças e agravos, assim como a capacitação dos profissionais para este atendimento. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,80 salários-mínimos, sendo que 43,5% das famílias têm renda de até 1 salário-mínimo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do território é de 0,733, inferior ao do município, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010 (PORTO ALEGRE, 2017).

O distrito conta com 10 unidades de atenção primária em seu território (US Alto Embratel, US Aparício Borges, US Belém Velho, US Estrada dos Alpes, US Glória, US Graciliano Ramos, US Jardim Cascata, US Nossa Senhora de Belém, US Primeiro de Maio, e US Rincão), o que corresponde a uma cobertura de 104,5% de Atenção Básica, e 96,1% em Saúde da Família. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 36%, cobertura esta semelhante à apresentada pelo município de Porto Alegre (36,8%). A região conta ainda com a Equipe de Saúde Mental e Matriciamento Adulto da Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal. No distrito Glória, também está presente uma unidade de saúde prisional, dentro da Penitenciária Feminina Madre Pelletier (PORTO ALEGRE, 2017).

O Distrito Cruzeiro é formado por um conglomerado de vilas populares, alberga os bairros Medianeira e Santa Tereza, e compõe a chamada “Grande Cruzeiro”. Na região, residem 61.450 habitantes, sendo 28.773 (46%) homens, e 32.677 (53,2%) mulheres. O número de idosos do distrito é de 8.435 (13,7%), similar ao número de crianças de 0 a 9 anos (8.445). Sua densidade demográfica é de 9.590,62 habitantes por km², aproximadamente quatro vezes superior à registrada no município (2.837,52). O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,83 salários mínimos, o que

mostra uma grande concentração de renda e não reflete a realidade da maioria das famílias, já que 40,7% das famílias recebe menos que um salário mínimo. O IDH do território é de 0,779, abaixo do município de Porto Alegre, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010 (PORTO ALEGRE, 2017).

O distrito conta com 10 unidades de saúde em seu território (US Cruzeiro do Sul, US Mato Grosso, US Nossa Senhora Medianeira, US Orfanotrófio, US Osmar Freitas, US Santa Anita, US Santa Tereza, US Tronco, US Vila dos Comerciantes e US Vila Gaúcha), o que corresponde a uma cobertura de 96% de Atenção Básica e 73% de Saúde da Família. Em relação à saúde bucal, somente duas das dez unidades possuem profissionais de saúde bucal, totalizando uma cobertura de 22,5%, configurando-se como a região de menor cobertura em saúde bucal do município, o qual apresenta uma cobertura de 36,8%. Os dados sinalizam a existência de uma grande demanda reprimida e a necessidade de ampliação da cobertura de saúde bucal nesse território. Quanto aos demais dispositivos de saúde, o território alberga ainda o Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes, o Ambulatório de Especialidades, o Laboratório Central, a Farmácia Distrital Vila dos Comerciantes, o Serviço de Estomatoterapia, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), o Centro de Referência em Tuberculose (CRTB), o Centro de Reabilitação (CR), o Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE), e o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, todos localizados no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (PORTO ALEGRE, 2017).

O Distrito Cristal é composto pelo bairro Cristal, e apresenta em torno de 30.282 habitantes, sendo 14.055 (46,4%) homens e 16.227 (53,6%) mulheres. O número de idosos do distrito é de 4.127 (13,6%), similar ao número de crianças de 0 a 9 anos (3.913), o que corresponde a uma proporção de 12,9%. Sua densidade demográfica é de 7.056,38 habitantes por km², superior à registrada no município, que apresenta 2.837,52 habitantes por km², que pode ser explicada pelos inúmeros prédios e condomínios crescentemente incorporados à região. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,26 salários-mínimos, sendo que 34,9% das famílias tem renda de até 1 salário-mínimo. O IDH do território é de 0,809, superior ao do município de Porto Alegre, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010 (PORTO ALEGRE, 2017).

O distrito conta com 5 unidades de saúde em seu território (US Divisa, US Cristal, US Nossa Senhora das Graças, US São Gabriel, e US Vila Cruzeiro), o que corresponde a uma cobertura de 74,3% de Atenção Básica e 57% em Saúde da Família. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 34,2%. Situa-se ainda na região Cristal, o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), o Centro de Atendimento Psicossocial Adulto (CAPS II) e o Residencial Terapêutico Nova Vida (SRT). A região também conta com seis equipes de saúde socioeducativas, pertencentes à FASE (Fundação de Atendimento Socioeducativo) (PORTO ALEGRE, 2017).

O Distrito Sanitário Centro é composto por 18 bairros e integra a região 16 do Orçamento participativo, Microrregião 8. A área é de aproximadamente 26,0 km² (5,46% da área do município) e a densidade demográfica é de 10.646,12 habitantes por km² (IBGE, 2010). A população é 277.426 habitantes, 19,68% da população do município. A população feminina é de 56,1%, a masculina é de 43,9%, tendo a maior área de concentração de idosos de Porto Alegre, com 21,74% da população residente. A taxa de analfabetismo é baixa, de 0,51% (Censo, 2010). O IDH da Região Centro é de 0,935, porém apresenta características particulares e distintas por ter áreas de grande vulnerabilidade socioeconômica. Destaca-se a concentração de idosos e de população em situação de rua, contrapondo áreas com elevado nível socioeconômico. Essas características são atribuídas à grande extensão do território, concentração e diversidade populacional. A Taxa de Mortalidade Infantil, em 2014, foi de 6,16, sendo menor que a Taxa de Porto Alegre (9,71). O Coeficiente de Mortalidade Geral foi 8,30, maior do que o coeficiente de Porto Alegre (8,15). O maior percentual de óbitos foi acima de 65 anos, vindo ao encontro da característica populacional da região. As três maiores causas de morte foram: 1^a Neoplasias, 2^a Doenças do Aparelho Circulatório e 3^a Doenças Respiratórias Crônicas. Além da população residente e da população de rua, a demanda por serviços de saúde é acrescida daquela proveniente da população flutuante (não residente: trabalhadores, estudantes), que recorrem aos serviços deste território. Há também grande número de usinas de reciclagens, abrigos e albergues que demandam ações intersetoriais. O número de usuários de álcool e drogas na região é crescente, sendo esta uma das principais causas de abandono de tratamento de doenças infectocontagiosas, como tuberculose e HIV (PORTO ALEGRE, 2017).

Este é o território que possui a menor concentração de serviços de Atenção Básica (cobertura de 21,6%), onde destacam-se duas unidades de saúde com abrangência populacional maior que 100 mil habitantes e uma equipe de Consultório na Rua, atendendo quase o triplo do que é preconizado. A cobertura de Saúde da Família é de 8,7% e de saúde bucal 8,1%. Há muitos serviços especializados e hospitalares situados na região, totalizando 15 serviços especializados, sendo alguns referência também para outros distritos ou para toda a cidade de Porto Alegre. Neste território há uma equipe do Programa Melhor em Casa que atende a população. Além dos serviços da atenção primária, o município dispõe de seis serviços de radiologia odontológica, seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dois serviços de atendimento de urgência odontológica e oito hospitais de referência para atendimento especializado. A gestão da política de saúde bucal é realizada de forma colegiada entre a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, os Dentistas representantes das oito Gerências Distritais de Saúde (Dentistas Distritais), um representante dos Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal, um representante do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e um representante dos Centros de Especialidades Odontológicas do município (PORTO ALEGRE, 2017).

5.3 Os estudos de caso: organizando ideias e interpretações

A apresentação está organizada por meio de estudos de caso de cada uma das quatro gerências distritais de saúde, na intenção de estabelecer um movimento teoria-prática, já iniciado na fase exploratória da pesquisa, e traz a leitura e interpretação dos dados produzidos nos GF, as impressões e narrativas que compuseram o DC e informações narrativas/descritivas dos territórios. Destaca-se que um estudo de caso resulta de uma flexibilidade inicial, projetada como itinerário no planejamento da pesquisa e que pretende dar ênfase a multiplicidade de dimensões de um problema. Não há simplicidade ou reduções, ao contrário, o estudo de caso permite uma análise em profundidade dos processos e das relações entre os dados produzidos. Para a divulgação das informações compreendidas nos estudos de

casos e de modo a integrar os dados de forma simples e concisa, foram elaborados Boletins Informativos. Estes boletins serão publicados de forma digital e hospedados no sítio da Secretaria Municipal de Saúde na *internet*. Além disso, atividades de EPS serão desenvolvidas nos distritos com a apresentação dos boletins.

5.3.1 Gerência Distrital Centro

A Rede de Saúde Bucal da GD Centro é composta por 20 profissionais atuantes na atenção primária (7 CD, 8 ASB e 5 TSB) e 11 profissionais que trabalham no CEO (6 CD e 5 ASB); é campo docente assistencial da UFRGS e recebe estudantes do curso de graduação em Odontologia e da residência integrada em saúde bucal (RISB), ambos da mesma universidade.

A grande densidade demográfica acaba dificultando o trabalho de territorialização das equipes da atenção primária. Nas unidades de saúde, o acolhimento e agendamento dos usuários é realizado com base em critérios de linhas de cuidado, com prioridade para os idosos - que podem realizar agendamentos através do telefone - e pessoas em situação de rua. Nas estratégias, essa prioridade se estende para gestantes, hipertensos, diabéticos e ao grupo de caminhada.

O CEO Santa Marta trabalha com território aberto para todas as unidades de saúde do município, devido à facilidade de transporte ao centro.

O elevado número de demandas e a falta de contato com os profissionais da atenção especializada prejudicam a coordenação do cuidado pela atenção primária. O sistema de referenciamento não promove a conexão entre os colegas dos diferentes níveis de atenção e, frequentemente, o dentista da atenção primária não consegue acompanhar os itinerários do cuidado dos usuários. Da mesma forma, os profissionais do CEO relatam não ter contato com o hospital.

De forma geral, os profissionais acreditam que a utilização de um sistema unificado de prontuário eletrônico poderia contribuir para a atuação da atenção primária na coordenação do cuidado.

Os trabalhadores da unidade de saúde situada no mesmo prédio do CEO afirmam que esse contato físico qualifica o trabalho e possibilita a prática de matriciamento, mesmo que no corredor. Os profissionais procuram estabelecer uma comunicação com os demais colegas através de telefone, e-mail, fotografia pois desta forma buscam o sucesso no tratamento.

Em geral, há queixa de falta de comprometimento com o autocuidado por parte do usuário. Os profissionais afirmam que é difícil o usuário aceitar aderir ao tratamento e se conscientizar de que há outras pessoas esperando para cuidar de sua saúde. Isto se reflete no elevado índice de absenteísmo, mas a equipe precisa lidar com a frustração e criar estratégias para que o usuário procure atendimento no espaço de acolhimento.

Os profissionais da região referem não se sentir amparados pelos sistemas de apoio ao processo de trabalho na clínica. Isto se deve, principalmente, à demora para a realização dos exames radiológicos e às limitações da assistência farmacêutica fornecida pela rede.

Outro ponto levantado é que os profissionais não possuem muita capacidade de governança por causa das mudanças de gestão. Cada gestão tem uma meta, uma prioridade, que muitas vezes nem é discutida com os profissionais das pontas da rede.

O modelo de atenção à saúde trabalhado na gerência é com foco na doença, uma abordagem mais curativa pois a demanda é muito grande. Entretanto, ainda se realizam algumas ações de prevenção nas consultas individuais, ou, no máximo, em atividade nas escolas. As atividades do programa da saúde na escola são conduzidas pelos profissionais técnicos, com o dentista no consultório para não interromper os atendimentos.

Sobre as inovações que os atores da integração ensino-saúde trazem para a rede, há divergência de opiniões. Há profissionais que acreditam que somente com a presença dos tutores poderia se levar alguma novidade ao campo. Nessa perspectiva, os profissionais acreditam resolver o problema de campo de estágio para universidade, porém não se resolve a demanda do serviço. Por outro lado, há profissionais que afirmam que os alunos trazem ideias novas, eles oxigenam a clínica. Porém, é necessário haver iniciativa por parte do estudante e do preceptor para que se crie um vínculo e funcione a sinergia.

5.3.2 Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

A Rede de Saúde Bucal da GD GCC é composta por 37 profissionais atuantes na atenção primária (16 CD, 14 ASB e 7 TSB) e 11 profissionais que trabalham no CEO (7 CD e 4 ASB). Além disso, é campo docente assistencial da UFRGS e recebe alunos do curso de graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

Os profissionais do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) trabalham sem definição territorial e atendem todas as pessoas que chegam com demanda de urgência.

Nas Unidades de Saúde, as equipes trabalham com território adscrito, definido no momento de sua constituição. Entretanto, para a atenção em saúde bucal houve uma reorganização do território. Foi estabelecido um sistema de referenciamento com base na densidade de população atendida por cada Unidade de Saúde, de modo a ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos e prestar atendimento aos usuários das áreas sem cobertura de saúde bucal.

O usuário referenciado por outra unidade de saúde enfrenta dificuldades, por mais que melhore sua condição de acesso à saúde bucal. O deslocamento a uma US distante de sua moradia gera custos, o que resulta em um maior número de faltas às consultas.

Este redimensionamento do território para o atendimento em saúde bucal por vezes gera obstáculos nos processos de trabalho das equipes. Questões como a limitação na continuidade do cuidado pela impossibilidade em discutir e trabalhar junto da equipe de saúde do usuário; dificuldade de estabelecer o vínculo, por desconhecer a realidade familiar e do território que essa pessoa vive, sua vulnerabilidade social e até seu percurso para chegar ao local de atendimento. Além disso, é uma demanda que chega para os profissionais da odontologia, que precisam dar conta da situação, muitas vezes, sem o apoio dos colegas da equipe de saúde.

São apontadas dificuldades de comunicação e desafios em organizar os fluxos na rede. Os profissionais da atenção primária, do CEO e do PACS afirmam não se conhecer. Além disso, foi indicado o elevado número de faltas às consultas especializadas, que os profissionais relacionam ao alto custo de deslocamento, pois o CEO também recebe usuários de outras Gerências.

O ponto de comunicação entre o Pronto Atendimento e as Unidades de Saúde é o boletim de atendimento impresso, entregue ao usuário. Este documento orienta a continuidade de cuidado na US de referência, com prioridade para a situação que o levou à urgência, porém não se solicita prioridade para o atendimento do usuário.

Os profissionais identificam a tentativa de “achar uma porta lateral”, isto é, conseguir encaminhamentos cortando filas, abrindo novo caminho. Esta possibilidade até acontece, porém somente no caso da especialidade de Estomatologia, pois o mesmo profissional atende no PACS e no CEO e, então, já se direciona o usuário no próprio prédio.

Há profissionais que tem a iniciativa de abrir vias de comunicação na rede e vão além do estabelecido no protocolo de Saúde Bucal da prefeitura. Fazem uso de e-mail, chamada telefônica ou até mensagem no celular particular através do aplicativo “*WhatsApp*” para trocar informações com os colegas e, inclusive, discutir casos clínicos. Os profissionais da rede almejam um prontuário único, que facilite a comunicação. Um ponto convergente entre os participantes foi a dificuldade de interligação da rede especializada com a atenção primária, visto que a atenção primária faz uso do e-SUS - que é o sistema de prontuário eletrônico onde são armazenadas as informações dos pacientes- e a atenção especializada (PACS, Hospital de Pronto Socorro e Hospital Presidente Vargas) utiliza o SIHO.

O agendamento de consultas especializadas acontece pela central de regulação com um novo sistema de gerenciamento de consultas - GERCON. Destaca-se que neste sistema existe a necessidade de confirmação da consulta através de chamada telefônica para os pacientes, o que ajuda na diminuição do número de faltas (absenteísmo). Além disso, a central de regulação trabalha com “*overbooking*”, isto é, um número de pacientes agendados maior do que o número de vagas disponíveis, visando diminuir as repercussões negativas do absenteísmo.

Aprofundando a discussão sobre a integração ensino-saúde, os participantes relatam que os estudantes chegam aos serviços sem saber o que fazer, mas com muita curiosidade, com a intenção de treinar suas habilidades e de ter uma visão do funcionamento de vários pontos da rede. Eles circulam por diferentes pontos da atenção primária e especializada, espaços onde emergem discussões a respeito da rede. Realizam atividades de territorialização, acompanham visitas e atendimentos domiciliares e ajudam na identificação de vulnerabilidades. Mais além, eles renovam a energia da equipe de saúde, fazem os preceptores pensar e refletir sobre questões

naturalizadas na prática diária e isto aumenta a produtividade, motivando e oxigenando os espaços.

A universidade propicia a inserção de ideias novas para qualificar o processo de trabalho das equipes. Isto acontece por intermédio dos estagiários e residentes que precisam realizar projetos para o serviço com uma matriz de intervenção e o planejamento de uma ação.

Os profissionais almejam uma maior aproximação entre os supervisores de estágio e a universidade, inclusive para melhor compreender o trabalho a ser desenvolvido com os estudantes, se as condutas adotadas estão conforme o esperado e os métodos de avaliação. Além disso, apontam a dificuldade de ter a universidade nos locais de estágio, afirmam que os tutores não visitam as Unidades de Saúde e desconhecem a realidade do campo. Neste processo, os estudantes se reconhecem como o elo entre a universidade e o serviço.

Ficou claro o quanto estas disciplinas (Práticas Integrativas e a Odontogeriatría) distinguem-se pela constante presença da universidade e dos profissionais no serviço, no entanto a integração ensino-serviço é percebida como professor-dependente. Houve destaque para as reuniões regulares entre os preceptores e a coordenação dos estágios curriculares da Odontologia e da Residência Integrada em Saúde Bucal da UFRGS, onde são trabalhadas as dificuldades. Alguns locais de estágio, ou seja, de integração ensino-saúde, são mais receptivos aos olhos dos alunos e outros menos.

O tema da Educação Permanente tem sido trabalhado nos espaços de encontro dos trabalhadores com o apoio da universidade e da gerência. Nas reuniões de nível central, estimulada por projeto de extensão entre a UFRGS e a Secretaria de Saúde, mas também nas reuniões das equipes de saúde bucal. As discussões acontecem inicialmente em um pequeno grupo que posteriormente promove a problematização nas gerências.

A Educação Permanente em Saúde oportuniza a criação de vínculo e melhora a comunicação. Porém nem todos os participantes conhecem ou já estiveram em ações de EPS no cotidiano de seu trabalho, e as ações passam despercebidas de seu intuito, tornando-se reuniões para cursos.

5.3.3 Gerência Distrital Sul/Centro Sul

A Rede de Saúde Bucal da GD SCS é composta por 43 profissionais atuantes na atenção primária (22 CD, 16 ASB e 5 TSB). Além disso, é campo docente assistencial da UFRGS e recebe alunos do curso de graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

Na atenção primária, as equipes utilizam o Protocolo de Saúde Bucal do município como orientador do processo de gestão da clínica, organização e distribuição das ações, acesso e agenda. Porém, com adequações para atender às demandas da equipe de saúde e do Conselho Local. Trabalham com identificação de vulnerabilidade social, apontada pela própria população ou pelos agentes comunitários ou de endemias.

Os profissionais desta rede realizam ações de saúde bucal no território em momentos pontuais e planejados. O atendimento domiciliar é reservado para casos específicos. Entretanto, os estagiários costumam participar de ações nos territórios, visitas domiciliares junto dos agentes de saúde; ou atendimentos domiciliares multidisciplinares com médico ou dentista.

Os profissionais desta rede referem estar satisfeitos com a coordenação do cuidado pela atenção primária. Por não haver tantas referências, conseguem acompanhar os usuários em seus itinerários de cuidado na rede e, quando necessário, realizar busca ativa. Além disso, ressaltam a boa comunicação com os profissionais do CEO, que se dá através da troca de e-mail, ou de carta escrita em papel, mensagens no celular ou telefonemas. Isto depende do perfil dos colegas e os profissionais se consideram acessíveis. A comunicação na rede vai além do que existe nos sistemas.

Entretanto, as equipes de saúde bucal que são referência para o atendimento de usuários de outras unidades de saúde mencionam dificuldade na coordenação do cuidado nesses casos, por problemas na comunicação. O diálogo com essas equipes de saúde se dá através de e-mail e *WhatsApp*, e há queixas da falta um fluxo estabelecido. Os profissionais destacam que ter uma boa relação e criar vínculo com a equipe de saúde, melhora o fluxo de atendimentos.

São realizadas capacitações com as equipes de saúde referenciadas para qualificar a identificação dos usuários com necessidades odontológicas. Além disso,

os alunos participam de ações de educação permanente e abordam temas de saúde bucal no espaço de acolhimento das unidades de saúde de referência e referenciadas.

As equipes de saúde bucal almejam melhorias nos sistemas logísticos que fomentem a comunicação na rede, um sistema de prontuário eletrônico unificado, para compartilhamento do acesso às informações e histórico dos atendimentos dos usuários. A atenção secundária não tem acesso ao *e-SUS*, onde a atenção primária evolui as informações dos atendimentos. Os profissionais do CEO escrevem sobre seu atendimento no sistema GERCON, porém essa informação só é utilizada de forma administrativa pela central de regulação de consultas.

Para aquecer essa rede e estabelecer comunicação, os profissionais investem na utilização de ferramentas informais, como o *WhatsApp*. Inclusive, para a relação com a comunidade, há unidades de saúde que possuem página na rede social *Facebook*.

A comunicação da atenção primária com a terciária se dá somente através do usuário, quando retorna à unidade. Muitas vezes o usuário não retorna e se faz necessária a busca ativa, que nem sempre é efetiva. Outras vezes, o usuário recebe somente parte do tratamento, tem um investimento na saúde dele, mas é perdido por essa falta de continuidade entre uma atenção e outra.

De forma geral, os trabalhadores demonstram desconhecer o funcionamento da rede. O dentista distrital tem o papel de orientar, rever e reforçar os fluxos, fazer educação permanente com os colegas. Por sua vez, a dentista distrital tem o apoio da secretaria de saúde e das outras dentistas distritais.

O modelo de atenção ainda é muito voltado para a doença, pois a população que tratam é muito doente e a produção das equipes é monitorada por índices de primeiras consultas e tratamentos concluídos. Como não há muita cobrança para se fazer prevenção e promoção de saúde, o trabalho permanece mais voltado para a assistência. A parte de prevenção e promoção é feita pelas técnicas de saúde bucal, principalmente o Programa de Saúde na Escola, em equipe multidisciplinar, junto dos agentes comunitários e dos técnicos de enfermagem.

Os estudantes destacam problemas como o subfinanciamento, a falta de acesso à informação e de estrutura para atender toda a demanda. Se percebem como pulverizadores do conhecimento que conseguem atender os pacientes. Os profissionais e os alunos percebem a necessidade de aprimorar a inserção dos alunos

nos espaços de gestão. A área de gestão está com muitas deficiências e o gestor acaba tendo um papel muito administrativo.

5.3.4 Gerência Distrital Restinga/Extremo-Sul

A Rede de Saúde Bucal da GD RES é composta por 37 profissionais atuantes na atenção primária, 28 nas Unidades de Saúde (13 CD, 9 ASB e 6 TSB) e 9 na Clínica de Saúde (4 CD, 3 ASB e 2 TSB). Além disso, recebe alunos do curso de graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

As equipes trabalham com território adscrito, definido no momento de sua constituição. Não obstante, no Extremo Sul está pendente a definição da responsabilidade de um território que, por enquanto, recebe atendimento de três Unidades. Na região há duas Unidades de Saúde sem equipe de saúde bucal, que referenciam seus usuários para atendimento odontológico na Clínica de Saúde da Restinga. É realizado o trabalho de territorialização com identificação de áreas de vulnerabilidade social, além da classificação de prioridade de atendimento por linhas de cuidado.

Foi destacada a necessidade de aprimorar a comunicação com a atenção especializada para realizar a coordenação do cuidado na atenção primária. Para isto, os profissionais fazem o esforço em dialogar com os colegas dos centros especializados, através de *e-mail* ou de contato telefônico.

Os itinerários do cuidado traçados no Protocolo de Saúde Bucal do município norteiam as ações e procedimentos da atenção primária para o encaminhamento dos usuários aos pontos especializados, através do sistema GERCON. Entretanto, os trabalhadores da região sentem falta de espaço para o diálogo com os profissionais da atenção especializada e levantam a necessidade de adequação e flexibilização do protocolo em algumas situações.

Por ser um território distante da região central, as equipes referem a dificuldade dos usuários em comparecer às consultas especializadas, tanto pelo tempo de deslocamento, quanto pelo custo do transporte. Além disso, muitos usuários são resistentes a participar e se responsabilizar pelo seu próprio cuidado.

Os trabalhadores salientam que o novo serviço de radiologia odontológica instalado na Restinga tem facilitado o acesso e diminuído o tempo de deslocamento para a realização dos exames radiológicos.

A GD recebe alunos de estágios da graduação em Odontologia da UFRGS e residentes da Residência Integrada em Saúde Bucal (RISB), da mesma instituição. Por ser o território mais distante do centro da cidade, não costuma ser a opção de campo preferida. Entretanto, o trabalho realizado pelos estudantes é valorizado pelas equipes. Os alunos realizam atividades de territorialização, visitas e atendimentos domiciliares, PSE, participam de grupos e possuem agenda de atendimento clínico.

Os trabalhadores falam com alegria sobre a presença de residentes e estagiários, que abrem as portas da universidade para o tratamento de alguns usuários e dão um retorno para as equipes quando atuam simultaneamente no CEO e na unidade de saúde.

As equipes de saúde bucal deste território percebem-se limitadas em relação à governança e à gestão da rede, que segue um modelo de trabalho rígido e protocolar, sem espaço para a resiliência e a escuta. Foram manifestados o descontentamento e a preocupação em relação à falta de comprometimento e desvalorização dos espaços de encontro entre os profissionais do núcleo, cada vez menos frequentados.

6. DISCUSSÃO:

Os resultados foram analisados de acordo com as dimensões do roteiro proposto aos grupos focais (apêndice A) por compreender que esta segmentação pode facilitar sua visualização, mas sem perder a noção da complexidade do tema em estudo. As dimensões da rede de atenção e suas interligações com o ensino e com as práticas estão em constante relação. São constituidoras dos fazeres em saúde no território, pois é neste espaço geopolítico que se expressam e se concretizam, com suas fragilidades e forças.

A ideia de desenvolvimento de redes de atenção como princípio norteador para a organização das ações e serviços do setor saúde tem sido tema de estudo no

Brasil desde a década de 2000. Entretanto, a ideia de redes para o cuidado em saúde está presente no país desde a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a discussão tomou força a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde (2006).

A organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2309).

Os autores trazem à discussão o relatório Dawson, ainda que na década de 1920 e no contexto britânico, para expor questões sobre a organização e gestão das redes de atenção do ainda vigente sistema brasileiro (SUS). Se àquela época era enfatizada a flexibilidade para a concepção das redes e se deveria levar em conta as condições locais, bem como a forma em que a população ocupava o território, também já se considerava a multiplicidade de relações estabelecidas entre os componentes da rede, inclusive com integração horizontal para sua operacionalização.

Entre a criação do SUS e a regulamentação de diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010), observa-se o “aparecimento intermitente da noção de rede sob diferentes justificativas, objetivando distintos efeitos junto ao sistema de saúde” (AMARAL; BOSI, 2016, pg. 51).

Nesta operacionalização, para além de quesitos técnicos e protocolos de funcionamento/atendimento, o trabalho vivo em saúde é força central na condução, tanto dos processos singulares ou coletivos de cuidado em saúde, quanto de constituição desta rede.

Por conseguinte, este estudo não partiu de uma perspectiva avaliativa onde interessaria a apreciação da estrutura, do processo (nas dimensões técnica, organizacional e das relações interpessoais) e dos resultados como descrito por Contandriopoulos et al. (1997); mas sim de uma matriz de análise que compreende as redes como efeitos da integração entre diferentes atores (trabalhadores, gestores, estudantes e usuários) em contextos territoriais e sociais diversos, com

particularidades quanto à sua composição e, não menos relevante, em constante reconstrução, dada a plasticidade destes elementos, principalmente quando apreciados em ato.

As relações entre cada homem e seu meio mobilizam um sistema complexo de valores que fundamenta sua atividade normativa. A Vida não é indiferente a suas próprias condições: ao contrário, “viver é tomar posição” -como posto por Canguilhem em 1966, em *O normal e o patológico* (ECHTERNACHT, In: SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, pg. 307).

Para analisar as RAS, há que debruçar-se sobre o entendimento de redes na contemporaneidade. Milton Santos, dedicado a analisar a sociedade globalizada, utiliza o conceito de rede para explicar uma nova constituição do espaço-tempo e suas relações com a vida, ligados por todas as formas e processos sociais (SANTOS, 1998; 2008). O autor discute as horizontalidades e as verticalidades que constituem as redes, em aspectos materiais, social e político, composto pelos valores, mensagens e pessoas que frequentam a rede.

É nesta perspectiva que a pesquisa traz as relações e costuras que vão tecendo as redes de atenção em saúde em um duplo movimento, de forma vertical com as estruturas e processos institucionalizados e através da horizontalidade das práticas nos territórios.

Os participantes da pesquisa trazem em suas narrativas tanto as marcas de uma verticalidade (os protocolos, os fluxos, encaminhamentos, provimento de dados para manutenção de sistemas de informação, entre outros), quanto as linhas da horizontalidade do processo de composição e concretização da rede. Pode-se dizer que são as ações não previstas ou pré-estabelecidas por estes fluxos - as denominadas “redes quentes” que se estabelecem no cotidiano do fazer em saúde, por meio dos atores do cuidado (trabalhadores das equipes de saúde, estudantes em estágio na rede) - que encontram suas formas e vão produzindo suas ações utilizando-se de redes sociais (*WhatsApp* principalmente), ou redes de relacionamentos (residentes e estudantes atuando em diferentes pontos de atenção da rede), e que criam atalhos para diminuir tempos e distâncias nos atendimentos de usuários.

Estas “redes quentes” garantem, muitas vezes, a operacionalização dos processos: atuam como catalisadoras do trabalho, pois trazem personalização àquilo que foi previsto e organizado como uma estrutura rígida e fria. Aproxima e dá significado ao fazer em saúde, demonstra o quanto de “humanidade” há nos serviços, o quanto de relações horizontais - na concepção de Milton Santos - existem para

colocar em operacionalização modelos e processos desenhados por políticas públicas ou por estratégias de gestão.

eu acho que a comunicação vai além do que já existe de sistema. A gente tem que ir atrás para fazer as coisas funcionarem. A gente busca se comunicar, tem o WhatsApp do colega (SB5003).

para alguns casos pontuais, a gente tem os WhatsApp dos enfermeiros, os e-mails. Mas eu sinto falta de um fluxo estabelecido mesmo. Colocar em um sistema que não dependesse da boa vontade do profissional (SB5006).

os profissionais não dominam o funcionamento da rede. O papel do dentista distrital é esse, de reforçar, orientar e rever os fluxos o tempo todo. Toda a hora a gente conversa e vem um WhatsApp de uma pessoa perguntando como fazer com um paciente, como encaminhar, se ele vem do CEO com dor... ele tem que ser atendido no CEO ou na atenção básica? (SB5010).

As gerências distritais estudadas disponibilizam ações e serviços em saúde bucal nos três níveis de atenção, organizados de modo a promover integração nas redes regionalizadas. A oferta de serviços organizados com a atenção primária pautada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com vistas a governar o cuidado em saúde bucal. Esta orientação das ações de saúde bucal por meio da ESF é um dos principais requisitos apontados pelo Ministério da Saúde para a estruturação das RAS, com a APS enquanto centro de comunicação e coordenadora do cuidado.

Na construção e operacionalização do trabalho em rede, uma fragmentação persiste, talvez como herança de uma formação tecnocrata que tem sido pouco multiprofissional e menos ainda interprofissional e que se reflete no fazer cotidiano das unidades de saúde. Processos de trabalho por linhas de cuidado como preconizado pela PNSB, e que poderiam estar fortalecidas pelo trabalho em redes, não encontram na estrutura a fluidez necessária. As equipes de saúde sentem-se, por vezes, desamparadas para as ações de cuidado em saúde bucal, tanto pela crescente demanda de atendimentos, quanto pelas barreiras na comunicação.

Não tem como a gente falar em coordenação do cuidado se não existe uma questão básica que é a comunicação entre os profissionais da atenção primária e da atenção especializada. A gente é refém de um sistema onde se faz um encaminhamento do paciente para a atenção secundária e ele retorna ou não sem que haja algum contato entre esses dois profissionais. Infelizmente o dentista da atenção primária não tem condições de verificar como ficou a situação do paciente (SB4008).

O profissional tem que lidar com uma frustração [...] dentro da especialidade em relação à atenção hospitalar. Nos casos mais graves o paciente vai para o hospital com quem a gente nem tem o contato. Então temos que ir lá e fazer

uma busca ativa dos pacientes. Mas na atenção básica com uma área adscrita de 100 mil pessoas, sem recursos humanos, sem estrutura física, sem respaldo... (SB4004)

Os resultados desta pesquisa possibilitam uma discussão sobre a integração ensino-saúde em algumas dimensões, principalmente quando se busca o todo, mas sem desconsiderar as partes deste complexo enredamento que é o trabalho em saúde no SUS e suas interfaces com o ensino, com o território, com a população e com os processos de gestão do município.

Ao abordar as questões de territorialização em saúde, os trabalhadores e estudantes referem questões sobre as dificuldades de se ter diagnóstico das condições de saúde bucal da população e por território para o planejamento das ações e serviços. Por não ser amplo e rotineiramente praticado, e por não realizar levantamentos epidemiológicos, surgem limitações no planejamento de base territorial. Essa dificuldade é considerada uma influência negativa para a organização da rede de atenção à saúde bucal.

A adoção de critérios de priorização sem justificativa epidemiológica e/ou social dificulta a mudança de práticas e distancia os serviços de um atendimento voltado à vigilância à saúde e ao princípio da equidade. Muitas equipes de saúde bucal planejam e realizam as ações de saúde sem o conhecimento prévio da realidade local, obedecendo protocolos rígidos e descolados das necessidades da população de cada território, cumprindo metas de gestão.

A prática de cuidado em saúde bucal no modelo de promoção à saúde destaca o foco de atuação no território-família-comunidade, a necessidade de ações intersetoriais (trabalho multiprofissional) e de vigilância em saúde (conhecer para acompanhar e agir). Esta lógica considera a dinamicidade existente no território em que as populações vivem - pois a pessoa precisa ser vista no seu contexto de vida - e requer a realização de um diagnóstico situacional para a abordagem comunitária, com base no controle social (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUZA, 2011).

o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUZA, 2011, pg. 56).

A compreensão do território de atuação como um espaço vivo é o primeiro passo para a construção do diagnóstico socioepidemiológico. O processo de territorialização envolve reconhecer os diversos equipamentos e analisar as relações de poder existentes (político, administrativo e técnico). Há que se obter um panorama que envolva dados contextuais do ambiente, das famílias e dos indivíduos que possibilite traçar um perfil de possibilidades para atuação junto da comunidade, com foco nas ações de promoção à saúde (GOES, 2014).

Pautar o processo de trabalho em saúde praticando equidade é fundamental, e para isso é necessário o uso de informações sobre as condições de vida da população. Estas informações devem servir de base para análise da situação de saúde-doença de cada coletividade, como também para programar as ações visando quem mais precisa [...] usar a informação para a ação (CARNUT et al., 2011, pg. 3084).

No contexto das redes de saúde, lacunas e insuficiências organizativas são referidas em grandes aglomerados urbanos - com aumento de problemas de integração entre os variados serviços devido ao acúmulo histórico de distintas culturas institucionais e complexas demandas populacionais (MELLO et al., 2014).

Apesar das dificuldades encontradas, todas as equipes das regiões pesquisadas responsabilizam-se pelas necessidades dos usuários de seu território. Trabalham com a identificação de vulnerabilidade social e classificação de riscos a partir de critérios como idade, linhas de cuidado e risco biológico, mesmo que com algumas adequações e particularidades.

Foram identificadas atividades de integração ensino-saúde realizadas junto dos estudantes nos territórios, de modo a contribuir no processo de identificação de vulnerabilidade social e promover ações em saúde bucal relacionadas ao PSE, ao câncer de boca (na programação do maio vermelho), cuidados com a boca e higiene, capacitação de equipes sem saúde bucal para o acolhimento dos usuários com necessidades odontológicas e uso de classificação de risco para agendamentos dos usuários referenciados para tratamento.

pela política a gente atende um território definido, mas na nossa gerência a gente está tendo que atender também algumas outras unidades porque algumas unidades não têm cobertura de saúde bucal... é uma coisa bem atual, acho que faz um ano mais ou menos (SB1003).

esse processo de redistribuir e de a gente atender outras unidades é bom para esses usuários que não têm dentista na sua unidade, mas para a gente às vezes causa algumas dificuldades. Por exemplo, para discutir o caso com um médico... se é do teu posto, tu bates na porta e perguntas o paciente tem isso, o que você acha?... se o usuário é de outra unidade dificulta um pouco,

mas ainda assim acredito que o ganho é superior por estar atendendo aquele usuário que não teria acesso (SB1006).

é um mesmo distrito, porém as realidades dos territórios são diferentes... a gente não conhece muito bem qual é o grau de vulnerabilidade social do território que essa pessoa vive, como é que ela faz pra chegar e ser atendida e também temos essa limitação de continuar a linha de cuidado (SB1014).

a questão da densidade populacional e a quantidade de profissionais. Se a gente tem isso de forma desequilibrada, a gente vai trabalhar mais apagando incêndios. Tu não vais conseguir planejar atendimento domiciliar, fazer uma intervenção bem pensada porque o paciente vai estar com dor e tu vais ter que resolver a dor do paciente. Na nossa unidade tem 100 mil pessoas querendo consultar e 5 profissionais para atender. Portanto, tu acabas tendo que atender mais urgências e outras questões acabam ficando para trás (SB4008).

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2011; 2017), participar do processo de territorialização e adscrição da clientela, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, como também realizar diagnóstico de modo a obter perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde, são atribuições dos membros das equipes de atenção primária, e, portanto, atribuições da equipe de saúde bucal.

As equipes da APS se responsabilizam pela coordenação dos itinerários do cuidado e trabalham no sentido de integrar e articular todo o cuidado que o cidadão recebe nos diferentes serviços da rede de atenção em saúde bucal. Para isso, proporcionam o seguimento do usuário no sistema através da referência aos níveis de atenção especializada. Além disso, operam no sentido de desenvolver a longitudinalidade do cuidado, mediante relações de confiança e vínculo com os usuários de sua área de abrangência. Embora seja feito um esforço nessa direção, há que se considerar as barreiras com que as equipes se deparam: limitações de comunicação na rede e a grande demanda assistencial dos territórios.

Consequentemente, é um desafio assegurar a continuidade do cuidado para as equipes de saúde da atenção primária, dado que nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos realizados em outros pontos de atenção. Para o exercício da coordenação é essencial a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados (BRASIL, 2010).

As equipes de saúde bucal da atenção primária realizam o processo de encaminhamento e contrarreferenciamento para os níveis secundário (CEO) e terciário (hospital) a partir das orientações e critérios de inclusão e exclusão descritos no protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre do ano de 2014. O sistema de

gerenciamento de consultas (GERCON) opera enquanto ferramenta de regulação e comunicação com os serviços da atenção especializada. A utilização desse sistema promove a confirmação das consultas agendadas (através de chamada telefônica para os usuários, no intuito de auxiliar na diminuição do absenteísmo), e permite o acompanhamento do avanço na lista de espera pelo próprio usuário através de um endereço eletrônico na *internet*. Entretanto, o GERCON não fornece uma via de comunicação direta entre os profissionais da atenção. Esta relação se dá por interlocução da central de regulação, a qual trabalha com *overbooking*, isto é, um maior número de usuários agendados do que número de vagas disponíveis, visando aumentar o aproveitamento das consultas.

Os participantes do estudo indicam que a comunicação nas redes encontra barreiras e destacam a necessidade de ampliar/intensificar o desenvolvimento de sistemas logísticos que conectem de modo simples e descomplicado os diferentes níveis de atenção. Esta dificuldade acaba atuando como fator limitante na integralidade do cuidado e produz lacunas nas redes, principalmente na interface entre a atenção primária e a atenção secundária.

eu acho que ultimamente está tendo menos falta porque a regulação está chamando os pacientes mais próximo da consulta...(SB1002).

a mudança de sistema para o GERCON levou à confirmação da consulta. Já no SISREG ficava lá e perdia a consulta (SB1004).

Nesta discussão, cabe destacar que conhecer o trabalho do outro é condição fundamental para que uma colaboração se desenvolva. Assim, a comunicação, a identificação da presença de diversas lógicas e esta compreensão pelos profissionais de ambas partes, podem contribuir na resolução das dificuldades de colaboração (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O Ministério da Saúde identifica os sistemas logísticos como soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Isto é, na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, porém complementar, de maneira a agregar resolutividade e qualidade neste processo. Então, com o objetivo de promover a integração dos pontos de atenção à saúde, os principais sistemas logísticos das redes são os sistemas de identificação e

acompanhamento dos usuários, as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (BRASIL, 2010).

Godoi, Mello e Caetano (2014) descrevem a situação de fragilidade dos sistemas logísticos em municípios de Santa Catarina. Em geral, mesmo havendo esforços para integrar os serviços de saúde, as ferramentas logísticas encontram-se em fase de implantação. Sua atuação está, basicamente, fundamentada em formulários de referência e contrarreferência e em manuscritos, os quais muitas vezes não conseguem efetivar a integração entre os pontos.

Diante desse problema, o trabalho humano, além das prescrições normativas, pode gerar uma variabilidade de situações produtivas. Graças à orientação do olhar sobre o trabalho, os profissionais das equipes de saúde bucal desenvolvem mediações singulares e coletivas através do uso das tecnologias de comunicação informais que estão ao seu alcance (principalmente *WhatsApp*, mas também *e-mail*, telefonemas).

quando o paciente acaba o tratamento no CEO e retorna para os profissionais da atenção básica não tem as informações do que foi feito, qual a atenção especial que ele deve receber. Quem recebe essa informação geralmente é o pessoal da regulação (SB5008).

Os sistemas de informações da rede deveriam dar condições melhores para todos os profissionais. Que a comunicação fosse rotina e não dependesse de perfil (SB5010).

Às vezes a gente tenta se comunicar por e-mail, por telefone. Mas, com certeza, seria oportuno ter espaços de reuniões conjunta e tal... até mesmo para discutir os protocolos, tem coisa que mudou (SB8002).

Nos territórios das GD Centro e Glória/Cruzeiro/Cristal estão localizados os CEO Santa Marta e Vila dos Comerciários, nesta ordem. Já nas GD Sul/Centro-Sul e Restinga/Extremo-Sul, as consultas especializadas são realizadas fora do território, nos CEO Santa Marta e Vila dos Comerciários. Possivelmente, este motivo contribui para as elevadas taxas de absenteísmo, como mencionam as equipes de saúde deste estudo.

Os estagiários e residentes, ao cumprirem suas etapas de estágio, circulam nos diferentes pontos da rede e podem ser considerados como articuladores da comunicação entre a atenção primária e a especializada.

o residente facilita o referenciamento do usuário para a faculdade. A gente não consegue fazer para todo mundo, mas para casos pontuais de maior vulnerabilidade (SB5003).

meu projeto de intervenção é sobre como intervir no fluxo de contrarreferência do serviço especializado para a unidade básica. Porque a gente percebeu que precisa disso (SB5007).

eu acho que depende do residente. Nós tínhamos um residente que também trabalhava no CEO. Ele sabia bem direitinho quando era um paciente que a nossa dentista encaminhava porque tinha ele lá e ele sabia o que tinha sido feito. Era bem legal para a gente porque tinha um retorno (SB8005).

Os estagiários facilitavam um pouco nas consultas para os pacientes. É boa essa troca com eles nos nossos serviços. Eles levavam os pacientes, tornavam essas coisas mais fáceis. Eles eram nosso contato com a UFRGS (SB8007).

As equipes de saúde bucal revelam certa fragilidade no uso dos sistemas de apoio da rede de saúde. Isto se deve, principalmente, às limitações da assistência farmacêutica e à demora para a realização dos exames radiográficos odontológicos fornecidos pela rede, mesmo com recentes expansões neste último caso. O aumento da oferta de radiografias intrabucais contribui na qualificação do cuidado dos usuários que aguardam exames (PORTO ALEGRE, 2018).

Os serviços de radiologia que atendem os usuários destas redes estão localizados no Centro de Saúde Santa Marta, no Ambulatório Odontológico do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), na US Núcleo Esperança, no Centro de Saúde Camaquã e na Faculdade de Odontologia da UFRGS. Todos estes são locais de fácil acesso para os usuários das gerências distritais estudadas.

Na parte da radiologia, muitas vezes a demora do exame acaba impactando no processo de trabalho. Tu estás na dependência daquilo. Embora tenha no prédio um serviço especializado, a via de acesso é a mesma para toda a rede. Por enquanto, a regulação se dá através do SISREG, que tem uma lista de espera com uma classificação de prioridade. A gente não tem um acesso, em nenhum momento, para demanda fora do sistema (SB4002).

Agora a gente tem aqui na Restinga, no Núcleo Esperança, o raio x que para nós é muito mais perto, tem um ônibus direto. A maioria dos pacientes prefere vir aqui para a Restinga. Até mesmo se tiver que pegar Uber é barato, então eles não faltam (SB8002).

Com o centro de radiologia no Núcleo Esperança aumentou o número de vagas para a região, mas não mudou a questão de acesso. Desde a nossa Unidade de Saúde não tem ônibus direto para Restinga, portanto os pacientes têm que se deslocar com dois ônibus. Às vezes até o centro é só um, demora mais, mas eles preferem (SB8003).

No que tange à assistência farmacêutica, a Secretaria Municipal de Saúde mantém em estoque os remédios da lista básica, definida na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), em acordo com as normas do Ministério da Saúde. Nas Farmácias Distritais, são fornecidos, inclusive, medicamentos de controle especial, medicamentos pertencentes aos protocolos ou que possuam alguma especificidade. Nas Unidades de Saúde existem dispensadores de remédios. Porém, os medicamentos controlados ou que detenham especificidades não fazem parte dos estoques dessas unidades. A distribuição dos remédios receitados em consultas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é gratuita, tanto nas Farmácias Distritais como nas UBS e USF (PORTO ALEGRE, 2019).

Para a assistência farmacêutica, a gente trabalha com a base no REMUME, que é o que a rede dispõe. Usamos determinados medicamentos que tem nas farmácias que fornecem para os usuários. Coisas além disso, que demandam um incremento de tecnologia, a gente tem que documentar para solicitar inserção nessa lista. Porque tu até podes prescrever coisas para o usuário que não estão naquela lista, mas depende da condição dele, do que ele pode adquirir ou não. Então a gente procura adequar e não onerar para ele (SB4004).

Godoi, Mello e Caetano (2014) verificaram que, mesmo que grande parte dos municípios disponibilize serviços de radiologia odontológica e assistência farmacêutica, a implantação dos sistemas de apoio pode ser considerada em estágio incipiente, pelo quantitativo na oferta de serviços de prótese dentária e patologia bucal.

O exercício de uma governança colaborativa implica compartilhar estruturas administrativas, recursos, sistema logístico e apoio, e um processo contínuo de monitoramento e avaliação da RAS. Além do enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização (BRASIL, 2010).

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, a gestão efetiva-se de forma descentralizada entre Gerências Distritais, coordenações de serviços e instâncias de controle social. A Coordenação Geral da Atenção Primária (CGAPS) realiza o suporte à rede por meio das áreas técnicas, entre elas a de saúde bucal. Cada gerência conta com equipes multidisciplinares responsáveis pelo gerenciamento, planejamento e condução dos processos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, seguindo a programação anual em saúde. Nesta organização, a área técnica de saúde bucal articula-se com a rede de forma colegiada, tendo na representação do Dentista Distrital a sua interlocução com as diversas regiões. As

estratégias de ação da CGAPS e das GD organizam-se em relação à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Política Municipal de Saúde e metas pactuadas na Programação Anual em Saúde (PORTO ALEGRE, 2017).

Nesse contexto, o colegiado de saúde bucal da SMS de Porto Alegre desempenha uma função relevante como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa. Seus objetivos gerais são: deliberar sobre aspectos estratégicos, organizacionais e logísticos das ações em saúde bucal da CGAPS/SMS e sobre o processo de trabalho nos serviços de atenção à saúde bucal; e promover a socialização das informações e a participação do conjunto dos atores da rede de atenção à saúde bucal (PORTO ALEGRE, 2017).

De modo geral, as equipes de saúde participantes deste estudo referem desconhecer o funcionamento do sistema de governança da RASB e se percebem limitados na participação da gestão da rede, sem espaço para a resiliência e o diálogo. Neste processo, o dentista distrital desempenha função chave ao oferecer apoio às equipes, orientando e reforçando os fluxos, e promovendo atividades de educação permanente.

A integração ensino-saúde participa na qualificação do sistema de governança da rede, na medida em que a área técnica de saúde bucal e as dentistas distritais recebem estagiários que desenvolvem matrizes de intervenção sob preceptoria destes núcleos de gestão. Assim, os alunos colaboram na realização de suas atividades e participam da elaboração de documentos, protocolos, apresentações, monitoramento das ações e educação permanente.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma dedicação especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas, em contraposição ao modelo centrado na doença. Aponta para a organização de um sistema que construa a intersetorialidade na promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010).

A mudança do modelo de atenção em saúde perpassa as ações desenvolvidas pelos profissionais em suas práticas. Rossi e Chaves (2017) apontam algumas questões críticas no fazer cotidiano do processo de trabalho da atenção primária como a prática clínica curativista hegemônica, a falta de acompanhamento e supervisão das

equipes, a ausência de integração entre a odontologia e demais áreas, as limitações estruturais, bem como as diferentes percepções sobre o processo saúde-doença.

Nas regiões estudadas, o modelo de atenção trabalhado ainda é com foco na doença e as ações e serviços seguem uma abordagem mais curativa por causa da grande demanda. Ações de prevenção e promoção à saúde são realizadas, porém com alcance limitado - no Programa de Saúde na Escola, pelas técnicas em saúde bucal, ou em consultas individuais.

Isso também impacta muito com cada mudança de gestão. Cada gestão tem uma visão, uma prioridade, uma meta que muitas vezes não é discutida com quem está na base, nas pontas de rede. Tem gestão que estimula mais a coordenação do cuidado e outras que, de certa forma, a parte mais curativa (SB4002).

A questão de quem faz, vai fazer. Acho que a gente ainda não é muito cobrado, depende de gostar para fazer. Penso que isso poderia melhorar muito. Depende muito de a gente se fazer mais presente, de participar mais com o usuário, de focar mais na prevenção. A gente ainda está muito na questão de apagar incêndio (SB5004).

a gente teria que fazer prevenção e promoção que não nos é cobrado. Além disso, tem que fazer o grupo, o PSE, tem que ter tantas primeiras consultas, quantas consultas agendadas, tantos tratamentos concluídos... é tanta coisa que fica difícil gerir. Por esse motivo, quando se tem a possibilidade, a prevenção e a promoção é mais focada na TSB, para não tirar o dentista da cadeira (SB5006).

Os atores da integração ensino-saúde têm contribuído para inovar nas ações de saúde e podem ser vistos como possíveis articuladores de ações de prevenção e promoção. Isto tem acontecido de forma ampla e clara nos territórios abrangidos neste estudo. Como mencionado pelos participantes dos grupos focais, os estudantes participam e conduzem ações de educação em saúde para a comunidade em geral, além de realizar atividades direcionadas aos escolares no PSE.

Para alcançar mudanças no modelo assistencial, há necessidade de construir um processo de pactuação e corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, incluindo a gestão e o controle social (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Morris e Burke (2001) apontam que a rede de saúde bucal com modelo integral de atenção deve apresentar três características-chave em suas interfaces: interdependência entre os profissionais da atenção primária e especializada; integração entre os serviços - boa comunicação, coordenação e cooperação -; e complexidade, pois os serviços estão sujeitos a várias influências.

Os dados deste estudo apontam que a integração entre a Universidade, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e as unidades de saúde que são campos para os estágios ou projetos de extensão, deve ser facilitada e efetivada para promover benefícios em ambas as partes.

Na articulação entre ensino-pesquisa-assistência e nos encontros entre discentes, docentes e trabalhadores, surgem possibilidades para a consolidação dos repertórios destes atores para o cuidado em saúde. Por meio da construção de metodologias de formação que dialogam com a prática do cuidado, este emerge como efeito, tanto para a Instituição de Ensino Superior (IES), quanto para os serviços (CONCEIÇÃO et al., 2015).

Nesta perspectiva, o cenário de ensino em serviço é potencializador da superação do modelo tradicional de educação, pelo despertar de reflexões das práticas, diálogo de saberes e educação transformadora; em uma perspectiva de formação que valoriza o trabalho em equipe, que busca transpor o paradigma de educação uniprofissional e estritamente biomédico (PEDUZZI, 2016).

Aliás, qualificar a formação em saúde por meio da integração ensino-saúde amplia as possibilidades de o estudante compreender e se implicar com a complexidade própria do Sistema Único de Saúde (SUS), aproximando-se dos cotidianos de trabalho e da experiência concreta dos sujeitos no território (CONCEIÇÃO et al., 2015).

A vivência nos cenários de integração ensino-saúde põe em jogo uma transformação do sujeito que se engaja nesse trabalho através do contato com os cuidados diversos - em momentos de atuação na clínica e ações integradas de saúde coletiva - e a cooperação multiprofissional com a equipe de saúde, na conexão do serviço com a comunidade. Deste modo, produz um impacto na vida acadêmica dos discentes: aprimora as habilidades individuais, aumenta a criticidade e agilidade nas tomadas de decisão, desenvolve a capacidade de trabalho em equipe, incentiva o exercício de seu papel social, a busca por entendimento das políticas públicas - seus programas e estratégias -, e amplia as possibilidades de prática profissional. Além disso, esta experiência favorece o desenvolvimento curricular e fortalece as relações de parceria entre a instituição formadora, profissionais, gestores e usuários, amplia as possibilidades de integração ensino-saúde, e abre espaço para a reflexão crítica e a

busca de solução para os problemas de saúde (BALDOINO; VERAS, 2016; CONCEIÇÃO et al., 2015; MACIEL et al., 2016).

A integração pretendida na formação em saúde com o mundo do trabalho no SUS depende de vários subsídios para de fato acontecer. Ainda existem dificuldades para a concretização destas atividades, apesar dos estágios estarem sendo cumpridos.

Baldoino e Veras (2016) apontam como principal entrave para desenvolver essa integração a receptividade dos alunos pelo serviço e pelos profissionais vinculados a este. Neste ponto, falta estrutura e capacitação para o recebimento - tanto aos profissionais atuantes, quanto às unidades de saúde. Entre os motivos estão a falta de investimento ou desinteresse próprio, a falta de incentivo financeiro, cultural e científico da instituição e/ou do serviço ao trabalhador e, muitas vezes, por este pensar que o estudante irá dificultar a rotina de trabalho. Ademais, deve haver uma estrutura física que comporte todos os sujeitos inseridos no cenário de prática, materiais e tecnologias disponíveis para sua utilização em favor do melhor atendimento.

Dentre as práticas dos participantes deste estudo, emergem questões sobre a relação dos trabalhadores com estagiários:

Acho que a principal contribuição é a motivação, porque normalmente eles estão no final da faculdade, muito motivados, e de certa forma isso contagia a equipe. Porém, eles vêm muito inseguros e demandam tempo. No primeiro mês é bem caótico, mais atrapalham que ajudam, no segundo mês não ajudam nem atrapalham e no terceiro mês ajudam e vão embora. A gente fica com essa sensação de que quando ficam bons, implantaram algumas coisas, chega o momento de eles saírem porque acaba o semestre (SB8004).

Eles chegam com gás, muito afoitos pra colocar em prática o que eles viram na faculdade. Mas, é um recurso humano que a gente não consegue gerenciar com a demanda do serviço e o que a sociedade está pedindo também. Eles vêm, agregam, conseguem ajudar a oferecer mais para a comunidade, mas depois que eles vão embora, a gente não consegue dar continuidade (SB8002).

nos lugares em que os estagiários já estão há mais tempo, a gente é recepcionada de uma maneira diferente. Então a gente se sente à vontade e nossa opinião é um pouco mais escutada. É muito importante ter essa conversa porque vocês não sabem muito bem o que nós estagiários estamos fazendo lá dentro, é muito novo (SB1009).

Neste encontro de saberes, articulam-se conexões entre as pessoas e se torna possível experimentar as ideias de território e singularidade como parte do processo

de aprendizagem, além de despertar movimentos de mudanças, com ressignificação das práticas de cuidado em saúde.

Os nossos estagiários foram maravilhosos, muito dedicados. Fizeram trabalho de grupo, territorialização, atividades do PSE, de forma totalmente diferenciada. Eles se integraram totalmente à equipe. Foi muito bom, tanto que as pessoas achavam que eles faziam parte do contexto da equipe. Isso nos motiva a continuar. O que a faz a diferença é fazer uma coisa diferente (SB8007).

funciona bem a gente sair do consultório para ver e entender como tudo funciona. As vezes que eu fui em atendimento domiciliar, foram com as dentistas, os agentes, o médico. Bem multidisciplinar. A gente dividia as tarefas (SB5008).

Depende muito do que o aluno quer trazer para a unidade. Às vezes eu me sinto sobrecarregada porque é uma equipe grande que tem algumas dificuldades no dia-a-dia e a universidade não está ali presente. Os professores querem que a gente faça uma matriz de intervenção, tu tens que mudar alguma coisa para melhor (SB4006).

A inovação não é só o artigo de ponta que está trazendo. Às vezes tu estás ali trabalhando a dois, três anos da mesma forma, aí vem um estagiário, olha como tu estás atuando e faz uma pergunta e tu te oxigenas. Eu acho que essa questão da inovação se abre com pequenas coisas, assim, por exemplo com uma pergunta. Entretanto, tem que ter uma abertura do preceptor também, para que o estagiário se sinta à vontade de perguntar, questionar (SB4008).

O espaço de integração ensino-saúde pode ser entendido como ambiente de compartilhamento da experiência, que passa necessariamente pela abertura de espaços de trocas e de diálogo nos ambientes de trabalho com construção coletiva de sentido das práticas. O poder de transformação deste encontro está em sua dinâmica de “oxigenar”, restaurar a vida.

Desta maneira, é possível afirmar que esta experiência permite redescobrir-se no trabalho, pois “há uma tensão entre a singularidade do que (eu) sei, do que (eu) vi e a universalidade que é visada pelo conhecimento do qual tenho necessidade para compreender e para agir” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, pg. 238). Assim, se estabelece um processo de ensino-aprendizagem contínuo, que favorece o andamento do serviço.

O encontro entre o ensino e o serviço leva a olhar para o saber de outro modo, a adotar uma nova posição na relação com o saber, ao compreender que “o saber não pertence a ninguém, mas que ele se constrói, se desconstrói e se reconstrói permanentemente por meio de trocas que o homem em atividade trava com o mundo e com os outros” (MAILLIOT, IN: SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, pg. 240).

Os roteiros utilizados para orientar as discussões durante os grupos focais foram elaborados com a intenção de responder questões sobre a conformação e o desenvolvimento das redes de saúde bucal, a partir de duas perspectivas: da rede de atenção e da integração ensino-saúde. O objetivo foi disparar reflexões sobre o modo em que as experiências de integração ensino-saúde contribuem para os processos. De modo geral, os participantes sentiram-se mais à vontade ao responder as questões relacionadas à rede de atenção. Quando questionados sobre a integração com as atividades do ensino as respostas para os diferentes domínios apresentaram-se curtas e semelhantes, sem muita variabilidade ou profundidade. Isto pode indicar que as reflexões sobre a integração com o ensino ainda são incipientes para estes atores, e a necessidade de promover espaços de diálogo e divulgação das ações e práticas desenvolvidas nesta interface.

7. PRODUTOS TÉCNICOS DIDÁTICOS: BOLETINS INFORMATIVOS

Boletim informativo (newsletter em inglês) é um tipo de distribuição regular e que aborda geralmente um determinado assunto e são usados fornecer novidades e informações. A ideia central da divulgação dos resultados e análises deste estudo por meio de Boletins Informativos é a de subsidiar discussões sobre a rede de atenção em saúde bucal e sobre a integração ensino-saúde no município de Porto Alegre. Por ser uma publicação de caráter técnico-científico, de acesso livre e em formato eletrônico, os boletins possibilitam a divulgação dos resultados desta pesquisa, cumprindo seu papel científico e social de amplo acesso aos resultados e fomentando discussões para além do universo acadêmico científico. A publicação receberá um número de ISSN (International Standard Serial Number), pois este código, aceito internacionalmente para individualizar o título de uma publicação seriada, possibilita rapidez, qualidade e precisão na identificação e controle da publicação. O boletim informativo se configura como instrumento para promover a disseminação de informações relevantes qualificadas, com potencial para contribuir com a orientação de ações em saúde. Nos Boletins por distrito estão publicadas características do

território e da rede de atenção em saúde bucal bem como a análise dos processos de trabalho e constituições das redes.

7.1 BOLETIM INFORMATIVO GD CENTRO



Março de 2019

Nesta edição

- 1 A população e o processo de territorialização
- 1 A atenção primária e o processo de coordenação do cuidado
- 1 A atenção especializada e os itinerários de cuidado
- 2 Os sistemas de apoio ao processo de trabalho na clínica
- 2 Os sistemas logísticos e a comunicação nas redes
- 2 Os sistemas de governança da rede
- 2 O modelo de atenção à saúde
- 2 As vivências da Integração Ensino-Serviço

Não tem como a gente falar em coordenação do cuidado se não existe uma questão básica que é a comunicação entre os profissionais da atenção primária e da atenção especializada. Infelizmente o dentista da atenção primária não tem condições de verificar como ficou a situação do paciente (SB4008).

A Rede de Saúde Bucal da GD Centro é composta por 20 profissionais atuantes na atenção primária (7 CD, 8 ASB e 5 TSB) e 11 profissionais que trabalham no CEO (6 CD e 5 ASB). Além disso, é campo docente assistencial da UFRGS e recebe alunos da graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

A população e o processo de territorialização

A grande densidade demográfica acaba dificultando o trabalho de territorialização das equipes da atenção primária. Nas unidades de saúde, o acolhimento e agendamento dos usuários é realizado com base em critérios de linhas de cuidado, com prioridade para os idosos - que podem realizar agendamentos através do telefone - e às pessoas em situação de rua. Nas estratégias, essa prioridade se estende para gestantes, hipertensos, diabéticos e ao grupo de caminhada.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Santa Marta trabalha com território aberto para todas as unidades de saúde do município, devido à facilidade de transporte ao centro.

A atenção primária e o processo de coordenação do cuidado

O elevado número de demandas e a falta de contato com os profissionais da atenção especializada prejudicam a coordenação do cuidado pela atenção primária.

A atenção especializada e os itinerários de cuidado

O sistema de referenciamento não promove a conexão entre os colegas dos diferentes níveis de atenção e, frequentemente, o dentista da atenção primária não consegue acompanhar os itinerários do cuidado dos usuários. Da mesma forma, os profissionais do CEO relatam não ter contato com o hospital, nem conseguir fazer busca ativa dos usuários.

Os sistemas de apoio ao processo de trabalho na clínica

Os profissionais da região referem que não se sentem resguardados pelos sistemas de apoio. Isto se deve, principalmente, à demora para realização dos exames radiológicos e às limitações da assistência farmacêutica fornecida pela rede.

A inovação não é só o artigo de ponta que está trazendo. Às vezes tu estás ali trabalhando a dois, três anos da mesma forma, aí vem um estagiário, olha como é que tu estás atuando e faz uma pergunta e tu te oxigenas. Eu acho que essa questão da inovação se abre com pequenas coisas, assim, por exemplo com uma pergunta. Entretanto, tem que ter uma abertura do preceptor também, para que o estagiário se sinta à vontade de perguntar, questionar (SB4008).

Depende muito do que o aluno quer trazer para a unidade. Às vezes eu me sinto sobrecarregada porque é uma equipe grande que tem algumas dificuldades no dia-a-dia e a universidade não está ali presente. Os professores querem que a gente faça uma matriz de intervenção, tu tens que mudar alguma coisa pra melhor (SB4006).

Os sistemas logísticos e a comunicação nas redes

De modo geral, os profissionais concordam que a utilização de um sistema unificado de prontuário eletrônico contribuirá para que a atenção primária consiga atuar na coordenação do cuidado.

Os trabalhadores da unidade de saúde situada no mesmo prédio que o CEO afirmam que esse contato físico qualifica o trabalho, pois possibilita a prática de matriciamento. Os profissionais procuram estabelecer uma comunicação com os demais colegas através de telefone, e-mail ou fotografia pois acreditam que esta seria uma forma de buscar o sucesso nos tratamentos.

Os sistemas de governança da rede

Outro ponto levantado é que os profissionais não possuem muita capacidade de governança por causa das mudanças de gestão. Cada gestão tem uma meta, uma prioridade, que muitas vezes nem é discutida com os profissionais das pontas da rede.

O modelo de atenção à saúde

O modelo de atenção à saúde trabalhado é com foco na doença; uma visão mais curativa pois a demanda é muito grande. Entretanto, ainda se realizam algumas ações de prevenção nas consultas individuais, ou, no máximo, em atividades nas escolas. As atividades do programa da saúde na escola são conduzidas pelos profissionais técnicos, com o dentista no consultório para não interromper os atendimentos.

As vivências da Integração Ensino-Serviço

Sobre as inovações que os atores da integração ensino-serviço trazem para a rede, há divergência de opiniões. Há profissionais que acreditam que somente a presença dos tutores poderia trazer alguma novidade ao serviço. Nessa perspectiva, os profissionais acreditam resolver o problema de campo de estágio para a universidade, porém não ser resolvida a demanda do serviço. Por outro lado, há profissionais que concordam que os alunos trazem ideias novas e revigoram a clínica. Porém, é necessário haver iniciativa por parte do estudante e do preceptor para que se crie um vínculo e haja sinergia.

7.2 BOLETIM INFORMATIVO GD GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL

VOLUME 1 EDIÇÃO 1

Boletim informativo GD GCC

Março de 2019

Nesta edição

- 1 A população e o processo de territorialização
- 1 A coordenação do cuidado, seus itinerários e a comunicação na rede
- 2 Sistemas logísticos
- 2 As vivências da Integração Ensino-Serviço

como as portas de entrada são restritas, as pessoas vêm aqui com um problema e elas pedem encaminhamento, mas não temos como fazer. Tem muita tentativa de achar uma porta lateral (SB1008).

A Rede de Saúde Bucal da GD GCC é composta por 37 profissionais atuantes na atenção primária (16 CD, 14 ASB e 7 TSB) e 11 profissionais que trabalham no CEO (7 CD e 4 ASB). Além disso, é campo docente assistencial da UFRGS e recebe alunos do curso de graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

A população e o processo de territorialização

Os profissionais do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) trabalham sem definição territorial e atendem todas as pessoas que chegam com demanda de urgência.

As equipes da atenção primária trabalham com território adscrito, definido no momento de sua constituição. Entretanto, houve uma reorganização do território para a atenção em saúde bucal: foi estabelecido um sistema de referenciamento com base na densidade demográfica de cada Unidade de Saúde, para ampliar o acesso e prestar atendimento aos usuários das áreas sem cobertura de saúde bucal.

O referenciamento gera obstáculos nos processos de trabalho das equipes e o usuário referenciado também enfrenta dificuldades, por mais que melhore sua condição de acesso à saúde bucal.

A coordenação do cuidado, seus itinerários e a comunicação na rede

São apontadas dificuldades de comunicação e desafios em organizar os fluxos na rede, além de que os profissionais dos serviços odontológicos da GD não se conhecem.

A comunicação entre o Pronto Atendimento e as Unidades de Saúde se dá através do boletim de atendimento entregue ao usuário.

Os profissionais identificam a tentativa de "achar uma porta lateral", isto é, conseguir encaminhamentos cortando filas, abrindo novo caminho.

Há profissionais que tem a iniciativa de abrir vias de comunicação na rede e fazem uso de *e-mail*, chamada telefônica ou até mensagem no *WhatsApp* para trocar informações com os colegas e, inclusive, discutir casos clínicos.

Sistemas logísticos

Os profissionais da rede almejam um prontuário eletrônico único, que facilite e promova a comunicação na rede.

Há dificuldade de interligação da rede especializada com a atenção primária, visto que a atenção primária faz uso do e-SUS - que é o sistema de prontuário eletrônico onde são armazenadas as informações dos pacientes- e a atenção especializada utiliza o SIHO.

O agendamento de consultas especializadas acontece pela central de regulação através do novo sistema de gerenciamento de consultas - GERCON. Destaca-se a necessidade de confirmação da consulta através de chamada telefônica para os pacientes, o que ajuda na diminuição do número de faltas (absenteísmo).

esse processo de redistribuir e de a gente atender outras unidades é bom para esses usuários que não tem dentista na sua unidade, mas para a gente às vezes causa algumas dificuldades. Ainda assim acredito que o ganho é também superior por estar atendendo aquele usuário que não teria acesso (SB1006).

As vivências da Integração Ensino-Serviço

Os participantes relatam que os estudantes chegam aos serviços com muita curiosidade, mas sem saber o que fazer, com a intenção de treinar suas habilidades e de ter uma visão do funcionamento de vários pontos da rede. Eles circulam por diferentes pontos da atenção, espaços onde emergem discussões a respeito da rede. Realizam atividades de territorialização, acompanham visitas e atendimentos domiciliares e ajudam na identificação de vulnerabilidades. Para além, eles revigoram a equipe de saúde, provocam pensamentos e reflexões sobre questões naturalizadas na prática diária - e isto aumenta a produtividade, motiva e oxigena os espaços.

A universidade propicia a inserção de ideias novas para qualificar o processo de trabalho das equipes. Isto acontece por intermédio dos estudantes que precisam realizar projetos para o serviço com uma matriz de intervenção e o planejamento de uma ação.

Os profissionais almejam uma maior aproximação com a universidade, para melhor compreender o trabalho a ser desenvolvido, se as condutas adotadas estão conforme o esperado e os métodos de avaliação. Além disso, apontam dificuldade de ter a universidade (tutores) nos locais de estágio, que desconhece a realidade do campo. Neste processo, os estudantes se reconhecem como o elo entre a universidade e o serviço, e a integração ensino-serviço é percebida como professor-dependente.

O tema da Educação Permanente tem sido trabalhado nos espaços de encontro dos trabalhadores com o apoio da universidade e da gerência. Nas reuniões de nível central, estimulada por projeto de extensão entre a UFRGS e a Secretaria de Saúde, mas também nas reuniões das equipes de saúde bucal. As discussões acontecem inicialmente em um pequeno grupo que posteriormente promove a problematização nas gerências.

A Educação Permanente em Saúde oportuniza a criação de vínculo e melhora a comunicação. Porém nem todos os participantes conhecem ou já estiveram em ações de EPS no cotidiano de seu trabalho, e as ações passam despercebidas de seu intuito, tornando-se reuniões para cursos.

7.3 BOLETIM INFORMATIVO GD SUL-CENTRO/SUL

VOLUME 1 EDIÇÃO 1

Boletim informativo GD SCS

Março de 2019

Nesta edição

- 1 A população e o processo de territorialização
- 1 A coordenação do cuidado e seus itinerários
- 2 Sistemas logísticos e a comunicação nas redes
- 2 Sistema de governança da rede
- 2 Modelo de atenção à saúde

A Rede de Saúde Bucal (RASB) da GD SCS é composta por 43 profissionais atuantes na atenção primária (22 CD, 16 ASB e 5 TSB). Além disso, é campo docente assistencial da UFRGS e recebe alunos do curso de graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

A população e o processo de territorialização

As equipes utilizam o Protocolo de Saúde Bucal do município como orientador do processo de gestão da clínica, organização e distribuição das ações, acesso e agenda. Porém, com adequações para atender às demandas da equipe de saúde e do Conselho Local. Trabalham com identificação de vulnerabilidade social, apontada pela própria população ou pelos agentes comunitários ou de endemias.

A coordenação do cuidado e seus itinerários

Os profissionais referem estar satisfeitos com a coordenação do cuidado pela atenção primária. Por não haver tantas referências, conseguem acompanhar o percurso dos usuários na rede e realizar busca ativa quando necessário. Além disso, ressaltam a boa comunicação com os profissionais do CEO, que se dá através da troca de e-mail, ou de carta escrita em papel, mensagens no celular ou telefonemas. A comunicação na rede vai além do que existe nos sistemas.

As equipes de saúde bucal que são referência para o atendimento de usuários de outras unidades de saúde mencionam dificuldade na coordenação do cuidado nesses casos por problemas na comunicação. O diálogo com essas equipes de saúde se dá através de e-mail e WhatsApp, e há queixas da falta um fluxo estabelecido. Os profissionais destacam que ter uma boa relação e criar vínculo com a equipe de saúde, melhora o fluxo de atendimentos.

São realizadas capacitações com as equipes de saúde referenciadas para qualificar a identificação dos usuários com necessidades odontológicas. Além disso, os alunos participam de ações de educação permanente e abordam temas de saúde bucal no espaço de acolhimento das equipes de saúde de referência e referenciadas.



Sistemas logísticos e comunicação nas redes

As equipes de saúde bucal desejam melhorias nos sistemas logísticos que fomentem a comunicação na rede, com um sistema de prontuário eletrônico unificado para compartilhamento do acesso às informações do histórico dos atendimentos.

Os profissionais do CEO escrevem sobre seu atendimento no sistema GERCON, porém essa informação só é utilizada de forma administrativa pela central de regulação de consultas.

Para aquecer essa rede e estabelecer a comunicação, os profissionais investem na utilização de ferramentas informais, como o uso de WhatsApp. Inclusive, para a relação com a comunidade, há unidades de saúde que possuem página no Facebook.

Os profissionais e os alunos referem a necessidade de aprimorar a inserção dos alunos nos espaços de gestão. A área de gestão está com muitas deficiências e o gestor acaba tendo um papel muito administrativo.

Os fluxos ideologicamente funcionam muito bem, são bem organizados. A gente dispõe de uma série de ferramentas para utilizá-los, mas tem um monte de entraves. A atenção especializada não consegue dar conta de toda a demanda. A atenção básica fica sobrecarregada e de mãos atadas, mesmo dispondo da boa vontade dos que estão lá, não dá para fazer qualquer coisa que exija uma tecnologia um pouco mais densa (SB5008).

Sistema de governança da rede

De forma geral, os trabalhadores demonstram desconhecer o funcionamento da rede. O dentista distrital tem o papel de orientar, rever e reforçar os fluxos, fazer educação permanente com os colegas. Por sua vez, a dentista distrital tem o apoio da secretaria de saúde e das outras dentistas distritais.

Modelo de atenção à saúde

O modelo de atenção ainda é muito voltado para a doença, pois a população que tratam é muito doente e a produção das equipes é monitorada por índices de primeiras consultas e tratamentos concluídos. Como não há muita cobrança para se fazer prevenção e promoção de saúde, o trabalho permanece mais voltado para a assistência.

A parte de prevenção e promoção é feita pelas técnicas de saúde bucal, principalmente o Programa de Saúde na Escola, em equipe multidisciplinar, junto dos agentes comunitários e da enfermagem.

7.4 BOLETIM INFORMATIVO GD RESTINGA

VOLUME 1 EDIÇÃO 1

Boletim informativo GD RES

Março de 2019

Nesta edição

- 1 A população e o processo de territorialização
- 1 A coordenação do cuidado, seus itinerários e a comunicação na rede
- 2 Sistema de apoio ao processo de trabalho na clínica
- 2 Sistema de governança da rede
- 2 As vivências da Integração Ensino-Serviço

Os nossos estagiários foram maravilhosos, fizeram trabalho de grupo, territorialização, atividades do PSE de forma diferenciada. Eles se integraram totalmente à equipe. Isso motiva uma equipe a continuar. O que a faz a diferença é fazer uma coisa diferente. O de todo dia, todo mundo faz (SB8007).

A Rede de Saúde Bucal é composta por 37 profissionais atuantes na atenção primária, 28 nas Unidades de Saúde (13 CD, 9 ASB e 6 TSB) e 9 na Clínica de Saúde (4 CD, 3 ASB e 2 TSB). É campo docente-assistencial da UFRGS e recebe alunos do curso de graduação e da residência integrada em saúde bucal (RISB).

A população e o processo de territorialização

As equipes trabalham com território adscrito, definido no momento de sua constituição. Embora no Extremo Sul está pendente a definição de um território que, por enquanto, está recebendo atendimento de três Unidades de Saúde. Nesta gerência distrital há duas Unidades de Saúde sem equipe de saúde bucal, que recebem atendimento odontológico pela equipe da Clínica de Saúde da Restinga. É realizado o trabalho de territorialização com identificação de áreas de vulnerabilidade social, além da classificação de prioridade de atendimento por linhas de cuidado.

A coordenação do cuidado, seus itinerários e a comunicação na rede

Foi destacada a necessidade de aprimorar a comunicação com a atenção especializada para realizar a coordenação do cuidado na atenção primária. Para isto, os profissionais fazem o esforço em dialogar com os colegas dos centros especializados, através de e-mail ou de contato telefônico.

Os itinerários do cuidado traçados no Protocolo de Saúde Bucal do município norteiam as ações e procedimentos da atenção primária para o encaminhamento dos usuários aos pontos especializados, através do sistema GERCON. Entretanto, os trabalhadores da região sentem falta de espaço para o diálogo com os profissionais da atenção especializada e levantam a necessidade de adequação e flexibilização do protocolo em algumas situações.

Por ser um território distante da região central, as equipes referem a dificuldade dos usuários em comparecer às consultas especializadas, tanto pelo tempo de deslocamento, quanto pelo custo do transporte.

Sistema de apoio ao processo de trabalho na clínica

Os trabalhadores salientam que o novo serviço de radiologia odontológica instalado na Restinga tem facilitado o acesso e diminuído o tempo de deslocamento para a realização dos exames radiológicos.

Com o centro de radiologia no Núcleo Esperança aumentou o número de vagas para a região. Tem ônibus direto e é muito mais perto. A maioria dos pacientes prefere vir aqui para a Restinga, então eles não faltam (SB8002).

Sistema de governança da rede

As equipes de saúde bucal deste território percebem-se limitadas em relação à governança e à gestão da rede, que segue um modelo de trabalho rígido e protocolar, sem espaço para a resiliência e a escuta. Foram manifestados o descontentamento e a preocupação em relação à falta de comprometimento e desvalorização dos espaços de encontro entre os profissionais do núcleo, cada vez menos frequentados.

As vivências da Integração Ensino-Serviço

O modelo de trabalho é rígido e protocolar. Mas não tem outro roteiro a não ser esse (SB8007).

A GD recebe alunos de estágios da graduação em Odontologia da UFRGS e residentes da Residência Integrada em Saúde Bucal (RISB), da mesma instituição. Por ser o território mais distante do centro da cidade, não costuma ser a opção de campo preferida. Entretanto, o trabalho realizado pelos estudantes é valorizado pelas equipes. Os alunos realizam atividades de territorialização, visitas e atendimentos domiciliares, PSE, participam de grupos e possuem agenda de atendimento clínico.

Os trabalhadores falam com alegria sobre a presença de residentes e estagiários, que abrem as portas da universidade para o tratamento de alguns usuários e dão um retorno para as equipes quando atuam simultaneamente no CEO e na unidade de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram percorridos caminhos buscando compreender o modo como a integração ensino-saúde tem acontecido, e de que forma produz efeitos e afetos no desenvolvimento da rede de saúde bucal da região central e sul do município de Porto Alegre. A análise realizada na pesquisa não procurou apenas desvelar o significado dos discursos que ali circulam, mas destacar seus efeitos na produção cotidiana de subjetividades, na construção do conhecimento (práticas de educação permanente), e no processo de ensino-aprendizagem (interface com o ensino). Cabe reconhecer que os fenômenos relativos à saúde engendram reflexões mais amplas sobre os processos sociais, políticos e econômicos, a cultura e a sociedade e assim, ao discutir sobre uma integração do ensino e da saúde, buscou-se ampliar não apenas o conceito mas o olhar para a prática em saúde, a estrutura e a dinâmica da sociedade capitalista e periférica, os reflexos das políticas de saúde no território, a determinação social do processo saúde-doença, os processos de trabalho e as instituições.

A integração ensino-saúde constitui-se como encontro de saberes, que articula conexões entre as pessoas, e torna possível experimentar as ideias de território e singularidade como parte do processo de ensino-aprendizagem. Além disso, contribui no desenvolvimento das redes de saúde, ao despertar inquietações e movimentos de mudanças, com ressignificação das práticas de cuidado em saúde. Desta forma, considera-se a integração ensino-saúde enquanto interferência criativa na produção da formação e do conhecimento como itinerário vivo.

A imersão nas experiências de integração e o acompanhamento dos itinerários de cuidado inserem os atores em um processo permanente de estudo e reflexão, tanto sobre a complexidade das condições da rede de atenção, quanto dos recursos do território e do processo de trabalho em saúde.

A educação permanente encontra-se em movimento dialético com a integração ensino-saúde e invoca um novo pensar em saúde. A perspectiva da EPS incita o raciocínio e opera como importante dispositivo transformador: remove os profissionais do papel de sujeitos e os coloca como protagonistas não somente dos processos de ensino-aprendizagem, mas também das suas práticas em saúde.

A integração ensino-saúde e a educação permanente articulam-se na rede: seus atores atravessam os diferentes domínios, promovem a problematização das

práticas de cuidado e movimentos de aproximação entre as pessoas. Os pontos de encontro de maior visibilidade desta dobradiça são as reuniões de saúde bucal (colegiado, distritais e de educação permanente), onde operam como catalisadoras do trabalho vivo.

A realização deste estudo estimulou reflexões e compreensões sobre a estrutura, a organização e os arranjos tecnológicos da RASB, permitiu novos olhares para os processos de trabalho em saúde bucal - processos estes que possam vir a se constituir na direção do contexto brasileiro de políticas públicas para a área de saúde e educação, com destaque para a Política Nacional de Saúde Bucal e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

As gerências distritais e equipes de saúde foram bastante receptivas à proposta da pesquisa, possivelmente por acreditarem em um fomento dos debates teóricos, que viriam como apoio e problematização da prática que a composição com a universidade permitiria. Nos grupos focais, as práticas sociais e de trabalho de uns e de outros se encontravam, e assim, novos olhares sobre a construção do cuidado puderam se produzir, sensibilizando os participantes para pensar sobre as articulações em rede e possíveis novos arranjos nos processos de trabalho. Além disso, destaca-se o estreitamento das relações entre profissionais e entre serviços nos distritos, potencializando o trabalho articulado na rede, e a maior compreensão da função do serviço como formador.

A escolha do cenário de estudo e do objeto da pesquisa levou a um produto colateral da pesquisa: fomentou a articulação entre os centros formadores e, principalmente, entre os serviços de saúde bucal, colaborando para avanços e estratégias futuras. Ademais, a pesquisa reforçou a importância e está em consonância com o investimento técnico, político e financeiro do Ministério da Saúde na reformulação curricular nos cursos de graduação da área da saúde, de modo a contribuir com o desenvolvimento do SUS.

Destaca-se como relevante a compreensão dos processos de integração ensino-saúde para consolidar o ensino da odontologia no SUS e promover avanços nas políticas de saúde bucal, por meio do apoio à qualificação do processo de trabalho na atenção primária e na especializada, com grande potencial inovador e pertinente aos atuais rumos e metas, tanto do SUS, quanto da formação universitária na área da saúde.

A integração ensino-saúde é uma relação que se constrói a partir da intenção de transformar os modos de pensar e fazer o cuidado, o trabalho e a formação dos profissionais de saúde. A formação de espaços de articulação e de sujeitos implicados precisa do desenvolvimento de recursos tecnológicos que operem o trabalho orientados pelas noções de aprendizagem significativa, de trabalho coletivo e de construção do cotidiano como objeto de aprendizagem.

Na rede de saúde bucal da região central e sul de Porto Alegre, a integração ensino-saúde tem produzido o trabalho vivo de forma criativa, promotora do entrelaçamento de novas conexões entre os atores das equipes da atenção primária e especializada, e entre as equipes e a comunidade, a quem direciona novos olhares. Os sujeitos desta integração promovem contatos, cooperação e complementaridade nos itinerários da atenção, aumentam a capacidade de intervenção na rede e ampliam as possibilidades de gerar espaços para a educação transformadora, dirigidas à atuação no território, ainda que de forma incipiente neste momento. Como plano de produção de novas formas de pensar e existir no trabalho, a integração ensino-saúde transforma as práticas de cuidado e ativa processos de subjetivação singulares e coletivos, que catalisam o modo de funcionamento da rede, contribuindo na qualificação do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Julia Mayra Duarte; PIZZI, Laura Cristina Vieira. Análise do discurso em Foucault e o papel dos enunciados: pesquisar subjetividades nas escolas. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.1, p. 81-94, 2014.

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, p.1-6, 2016.

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.2, p.424-434, 2017.

AQUILANTE, Aline Guerra; ACIOLE, Geovani Gurgel. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 3, p.356-362, set. 2008.

BALDOINO, Aline Silva; VERAS, Renata Meira. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev Esc Enferm USP**, [online], v. 50, p. 17-24 2016.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, [s.l.], v. 19, n. 20, p.159-171, 2004.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.150-153, fev. 2007.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 1996.

BRASIL. Portaria nº 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CONSELHO PLENO. Resolução CNE/CP 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui a duração e a carga horária dos cursos de licenciatura, de graduação plena, de formação de professores da Educação Básica em nível superior. **Diário Oficial da União**, 4 de março de 2002.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004.

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, 16 p.

BRASIL. Regulamento: Pactos pela Vida e de Gestão. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 2, Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS, 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**, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde Bucal, Série A. Normas e Manuais Técnicos: Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008, 92 p.

BRASIL. Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 88–93, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.546 GM/MS, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012, 110 p.

BRASIL. Portaria nº 2.436 GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

CANZIONERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 n. 4, p. 679-84, 2006.

CARNUT, Leonardo et al. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 16, n. 7, p. 3083-3091, 2011.

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**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. Contexto, 2014.

COLLAR, J. M.; ALMEIDA NETO, J. B.; FERLA, A. A. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. **Saúde em Redes** [s.l.], v. 1, n. 4, p. 53-64, 2016.

CONCEICAO, M. R. et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). **Interface**, [online], v.19, n.1, p. 845-855, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. p. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CUNHA, Daisy Moreira; ALVES, Wanderson Ferreira. Da atividade humana entre paideia e politeia: saberes, valores e trabalho docente. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.28, n. 2, p.17-34, jun. 2012.

DAVINI, D. M. C. **Educación permanente en salud**: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, n.38, 1995, 120 p.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. educ. saúde** [online], Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.47-67, 2011.

FERLA, A.I.A. et al. **Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho**: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, 257 p.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.3, n.19, p.328-331, 2006.

FINKLER, M; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.39, p.1053-1067, 2011.

FISCHER, R. M. B. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **Perspectiva**, [s.l.] v. 21, n. 2, p. 371-389, 2003.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.427-438, 2007.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, M. G.; MENDONÇA, P. E. X.; GUIDORENI, A. S.; CRUZ, K. T.; et al, orgs. Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS. São Paulo: **Hucitec**, p. 420-438, 2012.

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

GOES, P. S. A. **Gestão da prática em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas Conexões para a produção de saberes e práticas**. 1ª Edição ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

HADDAD, A. E.; CYRINO, E. G.; BATISTA, N. A. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na reorientação da formação profissional na Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [online] v. 22, n. 1, p. 1305-7, 2018.

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

HOLLANDER, J. A.; GORDON, H. R. The Processes of Social Construction in Talk. **Symbolic Interaction**, v.29, n.2, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060. Ago. 2013, 21 p.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LAMERS, J. M. S. et al. Mudanças curriculares na educação superior em Odontologia: inovações, resistências e avanços conquistados. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 4, p. 2-18, 2016.

LUCENA, E. H. G.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política, v. 1, livro 1. 14. ed. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil**, 1994.

MACIEL, J. A. C. et al. A integração ensino-serviço em odontologia: uma experiência na atenção primária à saúde no município de Sobral, Ceará. **Rev. APS**, v. 19, n. 4, p. 650-655, 2016.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde em Debate**: saúde, sociedade e história. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017, 439 p.

MOREIRA CUNHA, D.; FERREIRA ALVES, W. Da atividade humana entre paideia e politeia: saberes, valores e trabalho docente. **Educação em Revista**, v. 28, n. 2, p. 17–34, 2012.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 275-284, 2007.

MORRIS, A; BURKE, F. Primary and secondary dental care: The nature of the interface. **British Dental Journal**, [online], v. 191, n. 12, p. 660-664, 2001.

OPAS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: HSS/IHS/ OPS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 4, 2010, 96 p.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v. 19-20, p. 159-171, 2004.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, maio 2016.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 386-398, 2012.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Cien Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7, p. 2095–2104, 2013.

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto Nº 17.194**, de 11 de agosto de 2011. Institui e regulamenta o sistema de registro eletrônico de efetividade funcional dos servidores municipais das administrações direta, autárquica e fundacional. Porto Alegre: SMS, 2011.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. Área Técnica de Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre**: organização da rede e fluxos de atendimento. Porto Alegre: SMS, 2014, 78 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS 2017**. 2017. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programacao_anual_saude_pas2017.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2º quadrimestre** – Porto Alegre, 2018, 328 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência Farmacêutica**. 2019. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=819>. Acesso em: 28 fev. 2019.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Instituto Municipal Da Estratégia de Saúde da Família. **Capital zero fila para exames de radiografia intrabucal**. 2018. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?p_noticia=999195862&CAPITAL+ZERA+FILA+PARA+EXAMES+DE+RADIOGRAFIA+INTRABUCAL>. Acesso em: 28 fev. 2019.

ROCHA, E. T.; WARMLING, C. M. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saberes Plurais**, v. 1, n. 1, p. 113-131, 2016.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 188-201, 2017.

RYAN, E. K. et al. Focus Group Evidence: Implications for Design and Analysis. **American Journal of Evaluation**, [online], v. 35, n. 3, p. 328-345, 2014.

SANTANA, J. P. M. **Uma reflexão sobre o espaço, o cotidiano e o sujeito em sociedade**. 2016. Publicado nos anais do XVIII Encontro Nacional de Geógrafos. Disponível em: <http://www.eng2016.agb.org.br/resources/anais/7/1468209092_ARQUIVO_artigoJoaoPauloMontedeSantanaXVIIIEng2016.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2019.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). **Território: globalização e fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec: ANPUR, 1998. p. 15-20.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica, tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: EDUSP; 2008.

SCHERER, M. D. D. A.; 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, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998.

SCHWARTZ, Yves. A experiência é formadora? **Educação & Realidade**, [s.l.], v.35, n.1, p.35-48, 2010.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. Trabalho e ergologia II: Diálogos sobre a atividade humana. Belo Horizonte: **Fabrefactum**, 2015, 396 p.

SILVA, K. L.; MATO, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 4, 2017.

SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século 21 – a história de um livro. **Revista Acta Geográfica**, Roraima, p.151-163, 2011. Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira.

SILVEIRA, M.S.; CARNEIRO, M.L. F. Objetos de aprendizagem sob o ponto de vista dos alunos: um estudo de caso **Revista Novas Tecnologias na Educação**. PPGIE/UFRGS V.10 Nº 3, dezembro 2012.

SLOMP JUNIOR, Helvo; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.537-546, 2015.

TOASSI, R.F.C. et al. Integrated curriculum for teaching dentistry: new directions for training in the field of healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.529-42, 2012.

VASCONCELOS, M. F. F. et al. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em

Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: comunicação, saúde, educação**, [online], v. 20, n.59, p.981-91, 2016.

WARSCHAUER, C. Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2001.

APÊNDICE A- Roteiro do Grupo Focal

Domínio 1: POPULAÇÃO

Sobre o processo de territorialização na rede de saúde

Rede de Atenção: 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?

Trabalha-se com a identificação de vulnerabilidade social, idade, linha de cuidado ou risco biológico?

Integração Ensino-Saúde: De que modo as experiências de Integração Ensino-Saúde podem contribuir com os processos de definições territoriais em relação à estrutura operacional e às responsabilidades com as necessidades dos usuários?

Vocês identificam atividades/projetos de Integração Ensino-Saúde sobre temas de vulnerabilidade social, linha de cuidado ou risco biológico?

Domínio 2: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Sobre o processo de coordenação cuidado

Rede de Atenção: Como APS coordena/governa o cuidado em saúde (bucal)? Possui responsabilização por sua população adscrita?

Vamos falar sobre a APS como porta de entrada dos serviços de saúde?

Como funciona o trabalho coletivo ou EPS ou sessões clínicas conjuntas ou discutem-se protocolos de referência e contrarreferência entre a APS e a rede especializada/ hospitalar? Conte sobre a participação dos usuários na coordenação do cuidado?

Integração Ensino-Saúde Como é o trabalho coletivo entre as equipes de saúde e de ensino dos cenários para a construção da coordenação do cuidado? Como as experiências de Integração Ensino-Saúde colaboram para o trabalho coletivo/ eps nas equipes (APS/especializada/ hospitalar)? Produzem inovações relacionadas a responsabilização, acolhimento e vínculo?

Domínio 3: OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS

Sobre os itinerários do cuidado

Rede de Atenção: Como se dá o processo de referenciamento e contrarreferenciamento para os níveis secundários (CEO), terciários (hospitais e pronto atendimento)? Como ocorrem as definições das

ações/procedimentos/protocolos e das relações entre os serviços (aps/especializada/hospitalar)?

Integração Ensino-Saúde: De que modo ações de Integração Ensino-Saúde apoiam o caminhar do usuário na rede em busca do atendimento das suas necessidades? Ou em que medida podem apoiar as equipes de saúde na construção de itinerários singulares com os usuários? Como as clínicas e atendimentos no espaço das faculdades se relacionam com a rede de saúde? Existem pontos de conexão entre estes “serviços”?

Domínio 4: OS SISTEMAS DE APOIO

Sobre o apoio ao processo de trabalho na clínica

Rede de Atenção: Como ocorrem nas redes de saúde a definição dos protocolos clínicos e os fluxos dos exames de apoio diagnóstico (radiologia, imagiologia, histopatológico e análises clínicas) e com a assistência farmacêutica? Como é o sistema de manutenção de equipamentos? Como os Sistemas de Informação epidemiológicas e gerenciais estão organizados de modo a contribuir com os processos de trabalho na clínica da APS e na constituição de redes? (alimentação e *feedback* SIA/SUS e SISAB)

Integração Ensino-Saúde: De que modo as ações de Integração Ensino-Saúde apoiam ou alimentam discussões sobre os sistemas de apoio diagnóstico, trazendo novas propostas para estruturação ou redefinições nesta área (inclusive para manutenção de equipamentos e assistência farmacêutica)?

Domínio 5: OS SISTEMAS LOGÍSTICOS

Sobre a comunicação nas redes

Rede de Atenção: Como as informações de saúde circulam na rede? Vamos falar sobre o agendamento pela APS? Existem nós críticos neste processo? Fale sobre o sistema de deslocamento do usuário na rede em busca dos atendimentos necessários.

Integração Ensino-Saúde: As vivências dos atores da Integração Ensino-Saúde podem ser consideradas como articuladoras da comunicação nas redes? Podem ser consideradas ações integradoras e/ou problematizadoras destes processos?

Domínio 6: O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE

Sobre a governança

Rede de Atenção: Como funciona o sistema de gestão da rede? Vamos falar sobre os mecanismos de gestão da rede? Os trabalhadores da rede conhecem o sistema de gestão de rede?

Integração Ensino-Saúde: Em que medida a Integração Ensino-Serviço participa do sistema de gestão da rede? Pode-se pensar que a Integração Ensino-Serviço qualifica estes processos, ou causa desconforto e desacomodação dos envolvidos? Como os instrumentos pedagógicos de acompanhamento de projetos de Integração Ensino-Saúde na gestão contribuem para a governança? Quais os efeitos desta integração?

Domínio 7: “O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE”

Sobre o modelo de atenção à saúde

Rede de Atenção: Como é o modelo de saúde da rede? Quais suas principais características? Como tem acontecido a gestão da clínica (tem PTS)? Fale sobre ações de prevenção das doenças, promoção à saúde e ações intersetoriais da rede. Fale como são construídas as listas de espera para organizar a demanda de serviços. Como organizam riscos, transparência e evidências? Aponte deficiência de ofertas. Podem ser identificadas ações de educação permanente?

Integração Ensino-Saúde: Os atores da Integração Ensino-Saúde têm contribuído para inovar nas ações de saúde? Podem ser vistos como possíveis articuladores de ações de prevenção e promoção.

APÊNDICE B- Questionário de Identificação

Pesquisa: Avaliação das redes de atenção e ensino na saúde bucal do município de Porto Alegre - RS.

Data: ____/____/____ **Grupo Focal:** _____ **Questionário n°** _____

Prezado participante;

Este questionário tem por objetivo conhecer o seu percurso formativo e traçar um perfil profissional a qual você faz parte. É garantido o seu anonimato.

Bloco I	IDENTIFICAÇÃO
1. Sexo:	(1) masculino (2) feminino
2. Mês/Ano de nascimento:	____/____
4. Cidade de Origem	
5. Estado de Origem	
6. Profissão/Ocupação:	

Bloco II	PERCURSO FORMATIVO
Graduação:	Nome do curso:
	Ano de conclusão:
Especialização	Nome do curso:
	() Concluído () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
Residência	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
Mestrado	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
Doutorado	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
Outros cursos	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
Outros cursos	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.

Bloco II	PERCURSO PROFISSIONAL
1.Trabalho atual	
Local de trabalho/Cidade	
Ano de ingresso na instituição	
Forma de ingresso	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
Tipo de vínculo de trabalho	(1) Servidor público estatutário (2) Estagiário ou Residente (3) Empregado - CLT (4) Outro(s): _____
2.Experiências anteriores	
Local de trabalho	
Período do vínculo	_____ meses ou _____ anos
Forma de ingresso	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
Tipo de vínculo	(1) Servidor público estatutário (2) Cargo comissionado (3) Contrato temporário por prestação de serviço (4) Empregado público CLT (5) Outro(s): _____
3.Experiências anteriores	
Local de trabalho	
Período do vínculo	_____ meses ou _____ anos
Forma de ingresso	(1) Concurso público (2) Seleção pública (3) Outra forma: _____
Tipo de vínculo	(1) Servidor público estatutário (2) Cargo comissionado (3) Contrato temporário por prestação de serviço (4) Empregado público CLT (5) Outro(s): _____

APÊNDICE C- 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 a sua atenção, compreensão e apoio!

Eu, _____,
concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa **“A Integração Ensino-Serviço na constituição da Rede de Assistência à Saúde Bucal no 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-Saúde 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 Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz, 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 biancamenna@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

APÊNDICE D - Perfil sociodemográfico e de formação dos trabalhadores

Os dados quantitativos apontam que, dos 42 participantes deste estudo, a maioria é do sexo feminino (37 mulheres - 88,09%), sendo que a média de idade dos participantes foi de 35,2 anos. Os trabalhadores entrevistados têm uma média de ingresso na Prefeitura Municipal de 8,9 anos, sendo que 28 (79,4%) dos profissionais entrevistados são contratos através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 14 (20,6%) são estatutários.

Dentre os 26 profissionais cirurgiões-dentistas entrevistados, 11,4 é a média de anos de conclusão da graduação, no entanto, a maioria (16 participantes - 61,53%) graduou-se na década de 2010 (Tabela 1). O estudo demonstra que a rede de trabalhadores está qualificada em processos formais de estudo para além da graduação. A maioria dos entrevistados possui formação complementar nos níveis de especialização, residência, mestrado e/ou doutorado (Tabela 1).

Tabela 1 - Identificação dos participantes dos grupos focais.

Grupos Focais				
Sexo	SB1	SB4	SB5	SB8
Feminino	11	7	10	9
Masculino	2	1	1	1
Total	13	8	11	10
Profissão				
Dentista	10	6	4	5
TSB	1	2	2	0
ASB	1	0	3	5
Estudante	1	0	2	0
Total	13	8	11	10

*dados autodeclarados

Tabela 2 - Perfil de formação dos cirurgiões-dentistas participantes dos grupos focais.

Período de formação (graduação)	n (%)
--	--------------

Década de 1980	2 (7,69%)
Década de 1990	3 (11,53%)
Década de 2000	5 (19,23%)
Década de 2010	16 (61,53%)
Total	26 (100%)
Especialização	
Saúde Coletiva e da Família	4 (15,38%)
Saúde Bucal Coletiva	1(3,84%)
Saúde Pública	3(11,53%)
Ortodontia	3 (11,53%)
Estomatologia	1(3,84%)
Prótese Dentária	2(7,69%)
Total	14(53,84%)
Residência	
Saúde Coletiva e da Família	6 (23,07%)
Integrada em saúde	1 (3,84%)
Integrada em saúde bucal	1 (3,84%)
Cirurgia BMF	1 (3,84%)
Multiprofissional em saúde da criança	1 (3,84%)
Total	10(38,46 %)
Mestrado	
Cirurgia BMF	1(3,84%)
Saúde Coletiva	2(7,69%)
Saúde Pública	13,84(%)
Ensino na Saúde	13,84(%)
Patologia	1(3,84%)
Periodontia	1(3,84%)
Odontopediatria	1(3,84%)
Materiais dentários	
Total	8 (30,76%)
Doutorado	
Cariologia/Dentística	1(3,8%)
Saúde Bucal Coletiva	1(3,8%)
Cirurgia BMF	1(3,8%)
Total	3 (11,53%)

Tabela 3 - Tipo de vínculo de trabalho dos participantes dos grupos focais.

Vínculo de trabalho	Grupos Focais			
	SB1	SB4	SB5	SB8
Servidor público estatutário	3	3	0	1
Estagiário ou Residente	3	1	3	0
Empregado - CLT	7	4	8	9
Total	13	8	11	10

*dados autodeclarados



Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre.

ANEXO 1 – PARECER PLATAFORMA BRASIL



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