



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

Vanessa Nogueira Martino

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O DESENVOLVIMENTO DE REDES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA GERÊNCIA DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE/RS

Porto Alegre

2019

Vanessa Nogueira Martino

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O DESENVOLVIMENTO DE REDES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA GERÊNCIA DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: *Prof.^a Dr.^a Cristine Maria Warmling*

Linha de pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais deixo um agradecimento especial, por sempre me incentivarem e apoiarem nos meus estudos e conquistas, sempre com palavras de carinho.

Aos familiares e amigos, por respeitarem meu tempo e espaço para produzir.

À minha orientadora Prof.º Dr.º Cristine, pelas longas horas de estudo, paciência, parceria e apoio, com que muito aprendi. Obrigada pelos ensinamentos e pela impecável condução deste trabalho.

À Prof.º Dr.º Fabiana e aos colegas do grupo de pesquisa, pelas conversas e acolhimento. Vocês não foram somente colegas e professor, mas, em alguns momentos, conselheiros, confidentes e amigos. Obrigada por estarem ao meu lado.

Aos colegas de trabalho, à gestão do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família e aos estudantes que me despertaram o desejo de prosseguir com os estudos, muito obrigada pelo apoio e compreensão.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos partilhados, sem esmorecimento e a todos os professores que fizeram parte dessa construção.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Apesar dos avanços nas propostas da Integração Ensino-Serviço para formar profissionais que atendam aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), questiona-se efetivas transformações no agir profissional para produção de saúde em redes. Este estudo propõe-se a analisar a contribuição da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde na Gerência de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo de caso tipo único e integrado, de natureza qualitativa, com abordagem participativa do tipo pesquisa-intervenção. Os dados foram produzidos através da realização de quatro grupos focais em três equipes de saúde da família e um grupo de gestores da Atenção Secundária da gerência analisada. Foram ouvidos 48 trabalhadores (15 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 14 Técnicos de Enfermagem, 2 Cirurgiões-Dentistas, 8 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta, 3 Médicos, 2 Nutricionistas, 1 Pedagogo, 1 Psicólogo) e 10 estudantes. Os dados produzidos pelo estudo foram analisados com base no referencial teórico da Ergologia, de Redes de Atenção e nos fundamentos epistemológicos da Análise Textual Discursiva. As práticas analisadas pelo estudo indicam que os territórios sociais das Redes de Atenção Primária à Saúde constituem-se em cenários de Integração Ensino-Serviço que ampliam o agir profissional do trabalhador e do estudante para a produção do cuidado. A Integração Ensino-Serviço em Redes de Atenção Primária à Saúde gera reconhecimento das especificidades do trabalho em redes de atenção primária e do papel da coordenação do cuidado. O encontro produzido entre o ensino e as atividades em Redes de Atenção Primária à Saúde exercita renormalizações no uso de protocolos e gera competências para o trabalho interprofissional. A governança das atividades de Integração Ensino-Serviço distribui estudantes e estabelece planos mínimos de carga horária e trabalho, porém não dispara práticas de Educação Permanente em Saúde em um movimento para a constituição de uma Rede Integrada de Ensino e Atenção Primária à Saúde. O encontro entre o trabalho como atividade e o ensino como aprendizagem evidencia como espaço potencial de formação as Redes Integradas de Ensino e Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço. Rede de Atenção à Saúde. Processo de Trabalho em Saúde. Agir profissional. Competência.

SUMMARY

Despite advances in the proposals of the Teaching-Service Integration to train professionals that meet the principles and guidelines of the Sistema Único de Saúde (SUS), it is questioned if there is effective transformations in the act professional for the health production in healthcare networks. This study proposes to analyze the contribution of the Teaching-Service Integration in the development of Primary Healthcare Networks in the Health Management Glória/Cruzeiro/Cristal of the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This is a unique and integrated case study, of a qualitative nature, with a participatory research-intervention type approach. The data was produced by making four focal groups on three family health teams and a group of Secondary Care managers from the analyzed district. Were heard 48 workers (15 Community Health Agents, 1 Oral Health Assistant, 14 Nursing Technicians, 2 Dental Surgeons, 8 Nurses, 1 Physiotherapist, 3 Doctors, 2 Nutritionists, 1 Pedagogue, 1 Psychologist) and 10 students. The data produced by the study was analyzed based on the theoretical reference of Ergology, Attention Networks and on the epistemological foundations of Discursive Textual Analysis. The practices analyzed by the study indicate that the social territories of Primary Attention to Health Networks include scenarios of Teaching-Service Integration that extends the act professional of the worker and the student for the production of care. The Teaching-Service Integration in Primary Attention to Health Networks generates recognition of the specificities of work in primary care networks and the role of care coordination. The meeting between teaching and activities in Primary Attention to Health Networks exercises renormalizations in the use of protocols and generates competences for interprofessional work. The governance of the activities of Teaching-Service Integration distributes students and establishes minimum plans of working hours and workload, but does not trigger practices of Permanent Education in Health in a movement for the creation of an Integrated Teaching and Primary Health Attention Network. The meeting between the work as an activity and the teaching as learning evidences a potential space for the formation of Integrated Networks of Teaching and Primary Attention to Health.

Key words: Teaching-Service Integration. Health Care Network. Work Process in Healthcare. Act professional. Competency.

LISTA DE FIGURA E QUADROS

Figura 1 - Mapa dos Distritos Docentes-Assistenciais de Porto Alegre.....	22
Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde Unidade de Saúde Glória.....	45
Figura 3 - Rede de Atenção à Saúde Unidade de Saúde Graciliano Ramos.....	52
Figura 4 - Rede de Atenção à Saúde Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.....	59
Figura 5 - Rede de Atenção à Saúde Unidade de Saúde Santa Tereza.....	67
Quadro 1 - Roteiro grupos focal.....	27
Quadro 2 - Perfil sociodemográfico e de trabalho dos 58 participantes entrevistados pelo estudo.....	29
Quadro 3 - Ensino na Unidade de Saúde Glória.....	45
Quadro 4 - Ensino na Unidade de Saúde Graciliano Ramos.....	52
Quadro 5 - Ensino na Atenção Secundária da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.....	60
Quadro 6 - Ensino na Unidade de Saúde Santa Tereza.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ADOT - Assistência Domiciliar Terapêutica
APS - Atenção Primária à Saúde
ASSEP - Assessoria de Ensino e Pesquisa
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CGAB - Coordenação Geral da Atenção Básica - GAPS
CGAL - Comissão de Gestão e Acompanhamento Local
CMCE - Central de Marcação de Consultas Especializadas
COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COMESP - Comissão Multiprofissional de Ensino, Serviço e Pesquisa
CPES - Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CRAS - Centro Regional da Assistência Social
CSVV - Centro de Saúde Vila dos Comerciantes
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DDA - Distritos Docente Assistencial
EESCA - Equipe Especializada à Saúde da Criança e do Adolescente
EESMA - Equipe Especializada de Saúde Mental Adulto
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESP - Escola de Saúde Pública
ESUS - Sistema de Informação da Atenção Básica
ESUS-PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
FASE - Fundação de Atendimento Sócio-Educativo
FSPUSP - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo
GD - Gerências Distritais
GD-GCC - Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal
GT - Grupo de Trabalho
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBO - Instituto Brasileiro de Osteopatia

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo Apoio de Saúde da Família

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PET-GraduaSUS - Programa de Educação pelo Trabalho voltado para cursos na área da saúde

PIM - Primeira Infância Melhor

PPGENSAU - Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSE - Programa de Saúde na Escola

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SAF - Serviço de Atendimento Familiar

SAE - Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SES - Secretaria Estadual da Saúde

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

US - Unidade de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 GERAL.....	11
2.2 ESPECÍFICOS.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 TECENDO REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	12
3.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	13
3.3 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO QUE PRODUZ EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	15
3.4 O AGIR EM COMPETÊNCIA COMO ORDENADORA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	18
3.5 A REDE DE ATENÇÃO E DE ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE.....	20
4 RESULTADOS	23
4.1 PRODUTO.....	23
4.1.1 Artigo Científico	23
4.1.1.1 Redes Integradas de Ensino e de Atenção Primária: um estudo de caso da perspectiva das equipes de saúde.....	23
4.1.2 Produto Técnico: Boletim Informativo - Edição Suplementar da Revista Saberes Plurais	44
4.1.2.1 Rede de Atenção e de Ensino na Unidade de Saúde Glória.....	44
4.1.2.2 Rede de Atenção e de Ensino na Unidade de Saúde Graciliano Ramo.....	51
4.1.2.3 Rede de Atenção e Ensino na Equipe de Gestores dos Serviços de Atenção Secundária em Saúde da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal.....	58
4.1.2.4 Rede de Atenção e de Ensino na Unidade de Saúde Santa Tereza.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE 1 - Questionário de Identificação.....	82
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
ANEXO 1- Parecer de Aprovação do CEP.....	86

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como ponto de partida a reflexão-ação de uma profissional da saúde, enfermeira por formação, que atua na atenção primária e vivencia o processo de reorganização do trabalho nas microrredes do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). A formação em serviço de estudantes da graduação e pós-graduação propõe diálogos entre os campos da educação e da saúde no ir e vir nas Redes de Atenção Primária à Saúde. A convivência de experiências de ensino com o de assistência em serviços de saúde desencadeia debates e reflexões de profissionais e estudantes sobre relações entre o processo de trabalho, a organização do serviço e a produção do cuidado.

O trabalho em saúde encontra-se imerso no processo de constante transição tecnológica da produção de saúde. Em resposta a diversificação e complexificação do trabalho, o trabalhador da saúde reinventa o próprio modo de trabalhar (RAMOS, 2001; 2002). A disposição dos serviços de saúde no formato de RAS é também resultado das dinâmicas transformações tecnológicas mundiais que o campo está inserido. Nesse formato, o profissional da saúde assume papel protagonista na governança do cuidado, na interdependência entre os serviços e no trabalho articulado (MENDES, 2011). Conceitualmente as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, articulados entre si por ações cooperativas para ofertar atenção à saúde integral e contínua, coordenada pela atenção primária (BRASIL, 2005; MENDES, 2010; 2011).

Com a proposta de modelos de gestão em redes a Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se estratégia de governança e o espaço do trabalho um campo privilegiado de debates de normas (ARRUDA et al, 2008; MOREIRA, DIAS, 2015). A transformação das práticas pretendida pela EPS opera por meio da problematização das situações vivenciadas e dos desafios enfrentados. Ampara-se na ação formativa e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, ao mesmo tempo na organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Em um trabalho articulado, a integração das instituições formadoras, por meio da EPS, tem conduzido profissionais e estudantes a repensar em conjunto os processos de trabalho nos serviços, possibilitando e a re-experimentação dos sentidos do cuidado. Por meio da Integração Ensino-Serviço docentes, estudantes, profissionais, gestores e comunidade tornam-se protagonistas na construção e organização da gestão da educação na saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Assim, acredita-se que a prática produz serviços necessários à comunidade, ao mesmo que se constitui em cenário de aprendizagem (WARMLING et al., 2011; WARMLING et al., 2015).

O modelo de competências oriundo do mundo do trabalho foi contemplado no sistema educacional por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2001, 2004, 2014a). O conceito de competência profissional remete a mistura de saberes, comportamentos e objetivos definidos (RAMOS 2001; 2002). A Ergologia parte de uma visão diferenciada sobre a atividade de trabalho e competências profissionais que nos permite pensar os dispositivos de formação profissional.

A rede de serviços de Atenção Primária do município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), cenário do estudo, confere uma cobertura de atenção de 68% da população (SMS, 2018). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é modelo estratégico adotado pelo município para a qualificação do cuidado e acesso da população ao SUS. Organizado em oito Gerências de Saúde, esta pesquisa foi desenvolvida na Gerência Glória, Cruzeiro e Cristal, local em que os dados empíricos foram produzidos, localizado na região centro-sul da cidade possui população estimada de 150.000 habitantes (IBGE, 2010) com a maior cobertura de APS do município, 88,4% (SMS, 2017). Constitui-se como o Distrito Docente Assistencial (DDA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no escopo da regionalização da política de Integração Ensino-Serviço municipal desenvolve-se na região projetos e intervenções da UFRGS. O processo de Integração Ensino-Serviço vivenciado no cenário de estudo se constitui em uma experiência em que estudantes e profissionais produzem conhecimentos que investem nas práticas de saúde do SUS.

O estudo se desenvolve em busca de responder algumas questões, tais como: de que forma tem se desenvolvido relações entre experiências de Integração Ensino-Serviço e EPS como construtoras de competências para o agir profissional em Redes Integradas de Ensino e Atenção Primária à Saúde? Como atuam como instrumentos na gestão dos serviços e das redes? Como a Integração Ensino-Serviço gera e apoiam espaços de EPS? Produzem agir em competência para a produção do cuidado em redes?

Pretende-se, com a pesquisa, compreender como a EPS tem sido desenvolvida nos cenários do estudo articulada a Integração Ensino-Serviço para construir competências para o agir em RAS. O interesse é pensar a formação em serviço e a EPS de forma articulada ao debate sobre o papel da gestão e do gerenciamento articulado do ensino e da atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a contribuição da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde na Gerência de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre/RS.

2.1 ESPECÍFICOS

Descrever os processos de Integração Ensino-Serviço e de Educação Permanente em Saúde desenvolvidos na Rede de Atenção Primária à Saúde dos cenários do estudo.

Compreender o modo como processos de Integração Ensino-Serviço contribuem com Educação Permanente em Saúde para o desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde.

Compreender os efeitos da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento da Rede de Atenção Primária à Saúde a partir das dimensões propostas por Mendes (2011) - população, APS, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistemas de governança e do modelo de atenção à saúde.

Compreender de que modo os processos de planejamento utilizam a Integração Ensino-Serviço e de Educação Permanente em Saúde enquanto ferramenta de gestão das Redes de Atenção à Saúde dos cenários do estudo.

Compreender como a Integração Ensino-Serviço e a Educação Permanente em Saúde produz mudanças no agir profissional das equipes de saúde para o desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TECENDO REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de desenvolvimento e expansão do SUS culminou com a fragmentação dos serviços de saúde, retrocedendo para a consolidação do princípio constitucional do SUS da integralidade. Em resposta, o Ministério da Saúde (MS) adotou em 2010 a proposta de “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, buscavam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 4). Estudos nacionais e internacionais sobre RAS demonstram evidências da eficiência de sistemas em redes para a integralidade na saúde (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; ALMEIDA et al, 2010; GOULET, 2006; LAPÃO, 2008; KRIEGEL et al, 2016; LORANT, NAZROO, NICAISE, 2017; LORANT, NAZROO, NICAISE, 2017). No Estado do Rio Grande do Sul (RS) a implantação das redes foi organizada em linhas de cuidado, traçando a trajetória da pessoa usuária pelos níveis de atenção (SES, 2019). Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre a implantação de redes temáticas sugeridas pelo MS e pela Secretaria Estadual da Saúde (SES) organiza o fluxo de atendimento, mas não é suficiente para promover a integração dos pontos de atenção (SMS, 2017a).

A sintonia dos elementos que compõem as redes organiza o sistema e promove a integração da rede: população (análise do território), Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de comunicação (resolutividade e responsabilização); pontos de atenção secundário e terciário (protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); sistema de governança (gerenciamento e integração funcional) e o modelo de atenção à saúde (prevalência da saúde, situação demográfica, epidemiológica, fatores econômicos e culturais) (MENDES, 2010, 2011; BRASIL, 2010).

A pluralidade de desafios que emergem na implementação das RAS impõe a necessidade de processos avaliativos de elementos básicos de organização: capacitação das equipes e gestores, efetivação das regiões de saúde, governança no sistema entre outros. Mas, os processos de avaliação e monitoramento que pretendem transformar modos de gerir sistemas

organizados em redes não podem estar centrados apenas em instrumentos quantitativos geradores de informação (dados/indicadores). A produção de diagnósticos que auxiliem gestores e equipes de trabalhadores a aumentarem a capacidade de análise e intervenção é imprescindível na construção das matrizes teórico- lógicas para a avaliação em saúde (BRASIL, 2011).

O modelo analítico conceitual de avaliação de elementos subjetivos de constituição da RAS possui cinco dimensões: as unidades mínimas (forma de conexão, proposta de cuidado, escopo de ações, responsabilidades e forma de acesso); a conectividade (relação entre os pontos da rede, objetivo e critérios); a integração (articulações intersetoriais); a normatividade (protocolos clínicos e linhas de cuidado) e a subjetividade (estruturas flexíveis) (AMARAL, BOSI, 2017).

A introdução do funcionamento de redes de modo articulado entre os serviços de diferentes níveis de complexidade traz para o centro da discussão uma proposta de trabalho em saúde. A APS como centro de comunicação da rede coloca em evidência a necessidade de analisar e ampliar os processos de trabalho nos serviços de saúde e itinerários do cuidado.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza [...]. Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza [...]. Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana [...], (o homem) não transforma apenas o material que opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho (MARX, 1994, p. 202).

O processo de trabalho na saúde opera com elementos subjetivos, as necessidades de saúde, sentidas e trazidas pelos usuários e compreendidas e interpretadas pelos profissionais (PEDUZZI, 1998). Configura-se como uma atividade problematizadora em si, os trabalhadores produzem e reproduzem a existência enquanto seres sociais, membros de uma dada sociedade constituída por experiências e intencionalidade, ambos condicionam-se mutuamente (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 1998).

No processo de operacionalização do trabalho na saúde faz-se necessário clareza do

objeto de trabalho, a finalidade (produção do cuidado) e a identificação dos instrumentos de trabalho para a atividade fim (MARX, 1994; PEDUZZI, 1998). Objeto e instrumentos, inseridos entre e intermediados pelo profissionais e usuários que lhes imprimem finalidades próprias (PEDUZZI, 1998).

A condução da atividade ocorre por meio da mediação entre tecnologias duras, leve-duras e leves, que constituem o cuidado na saúde. As tecnologias duras dizem respeito aos instrumentos ou ferramentas, as tecnologias leve-duras são os saberes necessários à manipulação dos instrumentos, enquanto as tecnologias leves à dimensão relacional do trabalho em ato (MERHY, 1998).

Há, portanto, que considerar a possibilidade de diferentes processos de trabalho resultantes das possíveis conexões entre objeto e as tecnologias. Por exemplo, a predominância da dimensão intelectual ou relacional nas práticas de saúde dos trabalhadores transforma a produção do cuidado. Essa dinâmica no campo da saúde, só é possível pela ação coletiva dos profissionais, “[...] não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar o mundo das necessidades de saúde” (MERHY, FRANCO, 2006, p. 280).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui como objetivo principal responder às necessidades de saúde da população com uma assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade. Preconiza ações de caráter individual ou coletivo, da promoção à reabilitação, de forma que as práticas produzam saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2011). Transcorrido 20 anos desde a promulgação da Portaria nº 692, de 1994, é possível dizer, mesmo com dificuldades e lacunas, que foram as políticas direcionadas ao fortalecimento da APS as que mais possibilitaram a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). A proposta representa um desafio quanto às práticas de saúde, já que propõe uma nova organização dos serviços de saúde, em que o trabalho deve estar imerso no contexto territorial voltado para a identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades. Este desafio, ainda em curso, amplia-se em um contexto de funcionamento das RAS, seja na prática assistencial, seja na formação profissional.

O formato das equipes das ESF, as funções de cada profissional, o levantamento e discussão dos problemas e necessidades de saúde individuais e coletivos, o vínculo, o acionamento da rede, a responsabilização, o compartilhamento de decisões fazem parte da lista de atividades a serem realizadas pela equipe das ESF. Traduz uma produção do cuidado orientado para as necessidades de saúde do sujeito usuário, além de centrado na lógica das relações humanas. Para responder às complexidades envolvidas na determinação dos problemas

de saúde das coletividades, o trabalho das equipes da ESF em RAS pressupõe o estabelecimento de múltiplas redes de comunicação (interpessoal, interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial) no sentido da superação da lógica queixa-conduta (FRANCO, 2006). Nesse plano, a autonomia e criatividade dos trabalhadores ganha destaque, por haver um predomínio de manejo das tecnologias leves no comando dos processos de trabalho. Apesar de, organizados em linhas de cuidado, é na captura do trabalho vivo que se dá sentido ao que será ou não produzido na ação de saúde (MERHY, 2002).

As equipes multiprofissionais da APS representam um dos elos na complexidade de uma RAS e a prática interprofissional assume singular importância no contexto. Se o cuidado se produz em rede a premissa é a articulação dos protagonistas do cuidado, seus saberes e práticas, trabalhando de modo paralelo para produzir saúde (MENDES, 2011; PEDUZZI, 1998; FRANCO, 2006). Seja no “plano individual, onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual” ou no “plano sistêmico, onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços” (PINHEIRO, 2001, p. 65).

O profissional de saúde condutor do processo de trabalho, ao reproduzir em suas práticas a realidade dos sistemas normativos, que disciplinam condutas, rompem com as singularidades do cuidado. Ao organizar-se em conexões e fluxos contínuos, que apenas o trabalho vivo ou em ato, permite, a sua ação complementa a dos outros (FRANCO, 2006).

Colocando em foco a análise dos processos de trabalho em saúde das equipes das Redes de Ensino e APS alguns questionamentos se interpõem: Como os processos de Integração Ensino-Serviço constituem Redes de APS que integrem ensino e saúde? Como atuam como instrumentos na gestão dos serviços e das redes? Como geram e apoiam espaços de EPS?

3.3 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO QUE PRODUZ EDUCAÇÃO PERMANENTE

Profissionais e equipes de saúde constituem coletivos que vivenciam práticas cotidianas de trabalho repletas de complexidades. De um lado, a necessidade de reformulação dos processos de trabalho diante das proposições de modelos de gestão em redes e a autonomia e criatividade dos trabalhadores como recursos para os atos produtivos na saúde (MERHY, 1998). De outro, a formação dos profissionais e a configuração do mundo do trabalho, ainda marcadas pela fragmentação do conhecimento, pela hierarquização do poder e pelo corporativismo (FERIOTTI, 2009). A EPS e a Integração Ensino-Serviço perante os conflitos de interesses

inerentes aos sistemas policêntricos, assume papel de regulação da rede. Os trabalhadores podem se perceber enquanto aprendizes constantes e trabalhar o aperfeiçoamento continuado (WEBER, 2007).

A EPS é dispositivo estratégico para a qualificação do processo de trabalho por meio da problematização da realidade. Possibilita o desenho organizativo da rede de serviços e mobiliza o potencial transformador do agir em saúde. Amplia a caixa de ferramentas do trabalhador e promove arranjos que se conectem com o sujeito usuário e com o coletivo, com os profissionais e com outros serviços. Centra-se nas competências profissionais, ao desenvolver autonomia, criatividade e um itinerário de cuidado que reconhece a lógica administrativa que opera fluxos e protocolos organizativos. Possibilita a gestão cotidiana, de modo compartilhado, dos problemas, desenvolvendo as capacidades de negociar e pactuar decisões (BERTUSSI, 2010).

A EPS parte da premissa da aprendizagem significativa, aquela que promove e produz sentidos, faz interlocução com os problemas identificados no cotidiano, considerando-os conhecimentos e experiências individuais, com base na reflexão crítica sobre o trabalho realizado (ROSCHKE, 1997). Para que a aprendizagem se torne significativa, a elaboração do conhecimento passa pela problematização. Problematizar as situações vivenciadas nos serviços de saúde significa refletir os problemas enfrentados, dando sentido ao aprendido, pela aproximação crítica da realidade. Ao refletir, a problematização propõe novas compreensões do trabalhador em suas relações no mundo do trabalho (FREIRE, 1987; ROSCHKE, 1997).

Educação permanente é:

[...] processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação- em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005, p. 161).

Aliada a EPS, a Integração Ensino-Serviço pode ser considerada estratégica que potencializar o trabalho articulado entre os serviços de saúde e as instituições formadoras no desenvolvimento de competências para o agir profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A Integração Ensino-Serviço propõe um barramento de fronteiras dos espaços do ensino tradicionalmente definidos, ao envolver trabalhadores dos serviços, gestores, estudantes e sujeitos usuários na construção conjunta dos processos de trabalho e de formação (MEYER, FÉLIX, VASCONCELOS, 2013).

O ensino na saúde implica acolher as dificuldades do SUS ao experienciar possibilidades de produção do trabalho vivo em ato. É no fazer que o profissional se constitui,

por meio de experiências com outros conhecimentos, em um processo que envolve coletivos e indivíduos (TESTA, 1995; FEUERWERKER, 2002). Compreende-se por Integração Ensino-Serviço o trabalho articulado, entre docentes, estudantes, trabalhadores e gestores, para o desenvolvimento de ações e projetos de qualidade de atenção à saúde e satisfação dos profissionais dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Em meio a pluralidade de usos e concepções dos processos de Integração Ensino - Serviço (ensino-serviço, ensino-trabalho, ensino-serviço-comunidade, ensino-pesquisa-extensão, etc.), o termo é compreendido como uma experiência de aprendizado estruturada em que estudantes produzem serviços necessários à comunidade e aprendem sobre o contexto em que eles são ofertados. A atuação do serviço e do aprendizado é igualitária (WARMLING et al., 2011; WARMLING et al., 2015).

A inserção dos estudantes em cenários diversos de ensino e aprendizagem constitui o cerne das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde aprovadas entre 2001 e 2004. O objetivo das DCN é construir um perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades para atuação com qualidade e resolutividade no âmbito do SUS. Após a aprovação das DCN a formação em saúde passou a ser eixo específico de políticas públicas, relacionadas de forma explícita a mudanças no modelo de atenção à saúde (MOREIRA, DIAS, 2015).

As experiências disparadas pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foram um marco na produção de mudanças para a formação, especialmente, como mobilizador para a adoção da prática e da educação interprofissional (PINTO et al, 2013; CAMARA, GROSSEMAN, PINHO, 2015; CONCEIÇÃO et al, 2015). Não é possível pensar a transformação do modelo atual vigente e da mudança na formação dos profissionais da saúde sem considerar o espaço de produção do cuidado como espaço privilegiado de reflexão crítica da realidade (VASCONCELOS, STEDEFELDT, FRUTUOSO, 2016; BREHMER, RAMOS, 2014; COLLISELLI et al, 2009; RODRIGUES et al, 2014; ALBUQUERQUE et al, 2008).

Mas, entraves ainda são encontrados na implementação de experiências de Integração Ensino-Serviço: a percepção de docentes que não consideram ser tarefa da universidade a contribuição com o serviço (PEREIRA, FRACOLLI, 2009), a ausência de definições de responsabilidades e diferentes compreensões acerca da experiência (ANDRADE et al, 2014; FLORES et al, 2015), dificuldades nos processos de trabalho e incorporação baseada em interesses particulares (ALBUQUERQUE et al, 2008; HOLBROOK et al., 2008; SORDI et al., 2015).

Não basta estar no espaço micropolítico do ensino e do serviço. O processo não é simples. Tanto a EPS como a Interação Ensino-Serviço envolvem um “olhar-se” e “abrir-se” ao outro, ao novo. Passa pelo envolvimento dos implicados no processo de produção de saúde (FEUERWERKER, 2014). É uma atividade que precisa ser interativa para o desenvolvimento das propostas fins. Refere-se ao trabalho de colaboração entre os diferentes envolvidos (PEDUZZI, 1998; FEUERWERKER, 2014).

Seguindo o percurso do pensamento questiona-se: como a articulação da Integração Ensino-Serviço em processos de EPS produzem competências que constituem Redes de Saúde? De que modo atuam no agir profissional para a produção do cuidado em rede?

3.4 AGIR EM COMPETÊNCIA COMO ORDENADORA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Para abordar questões sobre processos e relações entre Integração Ensino-Serviço e EPS na produção de competências nas redes de saúde será usada a teoria da Ergologia. A Ergologia realiza análises de situações no mundo do trabalho e estabelece diálogo com os processos formativos. Propõe-se a conhecer sobre o trabalho por meio da problematização da atividade humana no trabalho (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). A abordagem ergológica propõe-se a acompanhar o processo de transformação dos saberes e valores e produz o encontro da norma e da renormalização na atividade humana do trabalho. As normas antecedentes estão no processo de trabalho e permitem compreender e planejar as atividades, mas sempre estarão presentes também as normas individualizadas, efeito da dimensão singular, a dramática do uso de si, que renormaliza diante do inédito da atividade. Os saberes e valores estão em constante processo e configurarem-se em competências (SCHWARTZ, 1998).

O modelo de competência, presente na década de 1980 foi impulsionado pelas mudanças tecnológicas e de reorganização do mundo do trabalho, esgotados da ótica taylorista e fordista (DELUIZ, 2001). O conceito de competência passou a ser difundido e estabelecer-se no mundo do trabalho e da formação como uma necessidade, uma característica indispensável, como forma de identificar atributos desejáveis para uma determinada atividade (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). No campo do ensino na saúde, foi incorporada nas DCN para os cursos da área da saúde, entre 2001 e 2004, com desenvolvimento do perfil profissional por competências e habilidades gerais e específicas. O ensino por competência implica uma mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes para situações e dilemas inéditos do trabalho

(PERRENOUD,1999).

A competência profissional é uma maneira de definir as qualificações esperadas para enfrentar situações de trabalho, entretanto esta situação é difícil de ser completamente pré-determinada. É difícil definir listas de competências profissionais, mas:

[...] é legítimo examinar a questão da competência, porque nenhuma atividade humana pode deixar de lado a possibilidade de pessoas engajadas numa operação responderem positivamente e operarem com eficácia tendo em vista o objetivo comum” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 208).

De modo didático, nos parâmetros teóricos da Ergologia, o conceito de agir em competência foi descrito pela combinatória de seis ingredientes heterogêneos, tendo em vista que as situações de trabalho são parcialmente previsíveis, mas também parcialmente inéditas. O primeiro ingrediente seria aquele referente à apropriação de normas antecedentes, relativos aos saberes que podem ser sistematizados e passíveis de transmissão. O segundo ingrediente é aquele adquirido de forma singular e histórica, o contingente que atravessa toda situação de trabalho. O terceiro ingrediente da competência é a capacidade de articular à experiência da situação às normas no ato de trabalho. O quarto ingrediente decorre do sentido atribuído ao trabalho, determinado pelo debate de normas instituídas e valores perpassados pelo ato. Quanto ao quinto ingrediente refere-se ao uso de si por si, ancorado na motivação para o saber. O sexto e último ingrediente corresponde ao estabelecimento de sinergia entre o individual e o coletivo (SCHWARTZ, 1998),

A descrição didática de como a competência profissional funciona, demonstra que o trabalhador gerencia o que a atividade demanda em torno das suas próprias normas. A situação real é sempre diferente do prescrito pelo trabalho (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Nos serviços de saúde da APS, o profissional utiliza-se dos saberes acadêmicos-disciplinares/protocolares, mas suas histórias e seus valores, gerados na atividade - improvisam - renormalizações das atividades do trabalho. As experiências de Integração Ensino-Serviço demandam modelos lógicos com indicadores de avaliação da contribuição da experiência nos serviços de saúde de Atenção Primária: ampliação do acesso, resolubilidade, motivação para trabalho em equipe, aperfeiçoamento profissional, frequência a atividades coletivas, satisfação do usuário, fortalecimento do controle social, ampliação do conceito de saúde, ampliação do conhecimento sobre o SUS e adequações curriculares (ALBIERO, FREITAS, 2017). Os indicadores podem traduzir-se em competências profissionais a serem desenvolvidas por processos a Integração Ensino-Serviço na Atenção Primária.

Com base na perspectiva ergológica, compreende-se que a Inserção Ensino-Serviço constrói competências para o trabalhar na saúde. Dentro do panorama de complexificação do trabalho na saúde com a introdução de fazeres os espaços do ensino e dos serviços de saúde produzem-se implicados um no outro. Constitui-se o desafio dos tempos atuais tomar consciência de como as práticas de saúde e de ensino se implicam e as instituições formadoras e serviços de saúde na produção do cuidado.

3.5 A REDE DE ATENÇÃO E DE ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE

O município de Porto Alegre está organizado em 17 distritos de saúde administrada por 8 Gerências Distritais (GD). Os pontos de atenção da rede estão organizados por proximidade e tem a Atenção Primária como porta prioritária de acesso. A Rede de APS dispõe de 140 Unidades de Saúde (US), sendo 112 com Saúde da Família – 261 equipes, representando uma cobertura populacional estimada no segundo quadrimestre de 2018 da Atenção Primária de 68%. A Rede de APS conta ainda com 8 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 13 equipes do Programa Melhor em Casa (SMS, 2018).

Para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico o município utiliza o sistema de regulação via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para alguns exames de imagem como radiografias, ecografias e audiometrias. As coletas de exames laboratoriais não são reguladas, o acesso é direto do usuário ao serviço. Quando necessário o encaminhamento do usuário para serviços de atenção secundário e terciário o primeiro acesso aos serviços ocorre por processo de regulação realizada por uma Central de Regulação (CMCE) gerenciada pelo próprio município. Os encaminhamentos realizados por serviços de saúde da Atenção Primária correspondem, em média, a 18,5% do total de consultas especializadas realizadas na rede de saúde. Os procedimentos eletivos, as consultas de retorno e os exames complementares à terapêutica do usuário não são analisadas e/ ou discutidas em outro nível, tampouco, retornam ao serviço de origem (SMS, 2017a). A própria secretária municipal assume fragilidades no processo terapêutico dentro da Rede de Atenção à Saúde, inviabilizando a integração entre os serviços de saúde. Ademais, o cuidado produzido a partir do encontro com o usuário implica comprometer-se com o outro por entre as conexões, um redirecionamento permanente ao longo do percurso terapêutico (MERHY, 2002; CECCIM, 2004). Outrossim, existem poucos

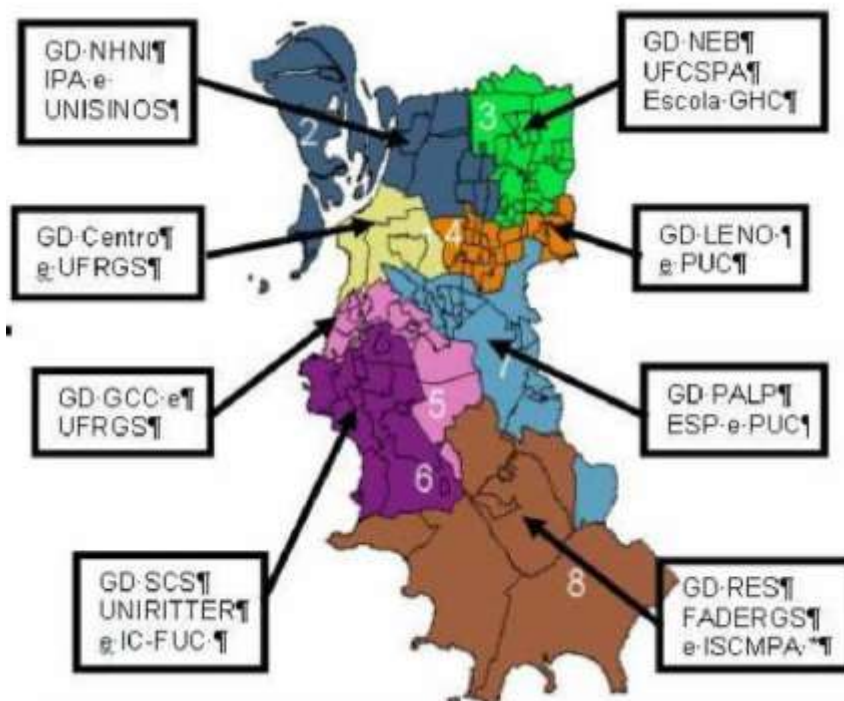
protocolos clínicos estabelecidos, o processo regulatório utiliza parâmetros assistenciais conforme características clínicas e recursos disponíveis para gerenciar o ordenamento da fila de espera (SMS, 2017a). Atualmente, o município dispõe de quatro protocolos clínicos na Rede de APS: detecção precoce e prevenção ao câncer de colo do útero; rastreamento e detecção precoce do câncer de mama; saúde bucal; e urgência em odontologia (SMS, 2017a).

No campo da educação, a SMS está organizada em eixos temáticos – Qualificação Profissional e Integração Ensino e Serviço – articuladas por um processo de aproximação no desenvolvimento da Política de Educação Permanente da SMS. Para tal, são realizadas discussões pela Comissão Permanente de Ensino e Grupos de Trabalho da Educação Permanente organizados em quatro núcleos: Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP), Comissão Multiprofissional de Ensino, Serviço e Pesquisa (COMESP), Vigilância em Saúde e SAMU (SMS, 2017a).

O Eixo Qualificação Profissional tem como desafios a elaboração de atividades para o desenvolvimento e qualificação dos servidores, assim como, a elaboração de estratégias de visibilidade aos espaços de EPS, de modo a incentivar estes espaços e a participação de trabalhadores, além de promover parcerias com Instituições de Ensino (SMS, 2017a). O Eixo Integração Ensino-Serviço com atuação mais avançada, com a Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), promove espaços de discussão, através dos Distritos Docente-Assistenciais (DDA), na busca do aperfeiçoamento da Política de Integração Ensino e Serviço na SMS e para formalização, gestão e acompanhamento das parcerias com as Instituições de Ensino e inserção dos alunos e dos projetos de extensão nos campos de prática. Assim, a SMS conduz as atividades para as prioridades de saúde do Município, através dos Planos de Atividades de Ensino e Serviço e dos Termos de Compromisso (SMS, 2017a).

Cada GD está organizada em um Distrito Docente-Assistencial (DDA) (Figura 1), estruturado por uma Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), compostas pelas Instituições de Ensino que atuam no território, a gestão e o controle social, com exceção da GD Restinga/ Extremo Sul, que se encontra em fase de pactuações (SMS, 2017a).

Figura 1 - Mapa dos Distritos Docentes-Assistenciais de Porto Alegre.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Plano Municipal de Saúde 2018-2021).

Dentro da Política de Integração Ensino-Serviço uma das prioridades é transformação da rede assistencial em uma efetiva “rede escola”. No entanto, as condições inadequadas de muitos serviços, como a falta de espaços para reuniões e atividades de grupos, falta de consultórios, e muitos serviços não apresentar um dimensionamento de pessoal adequado para dar conta das questões educacionais e da ausência de algumas profissões em serviço, como nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia, impossibilitando a inserção de alunos dessas áreas em campo, tornam-se obstáculos na efetivação da “rede escola”.

Atualmente, os serviços de saúde além de serem campo de prática das instituições de ensino, também são protagonistas de quatro projetos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): Pró-Saúde UFRGS, na GD Glória/Cruzeiro/Cristal e GD Centro; Pró-Saúde PUC, na GD Leste/ Nordeste e GD Partenon/Lomba do Pinheiro; Pró-Saúde IPA, na GD Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas; e Pró-Saúde UFCSPA, na GD Norte/Eixo Baltazar.

4 RESULTADOS

4.1 PRODUTO

Este trabalho apresentará como proposta de produto o artigo científico desenvolvido com os estudos integrados produzidos ao longo da pesquisa, apresentado conforme as instruções para publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva; e a seguir, os boletins informativos dos casos individuais.

4.1.1 Artigo Científico

4.1.1.1 Redes Integradas de Ensino e Atenção Primária: um estudo de caso da perspectiva das equipes de saúde

Integrated Networks of Teaching and Primary Attention: a case study from the perspective of the health teams

RESUMO

O objetivo principal do trabalho é analisar como a Integração Ensino-Serviço constitui competências para o agir profissional em Redes de Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de caso do tipo único e integrado, de natureza qualitativa, com abordagem participativa do tipo pesquisa-intervenção. Foram realizados quatro grupos focais com três equipes de saúde da família e uma equipe gestora distrital de Porto Alegre/RS no ano de 2018. Tendo sido ouvidos um total de 48 trabalhadores, sendo 13 gestores de serviços de saúde, e 10 estudantes. A análise textual discursiva foi realizada com base no referencial teórico da Ergologia e das Redes de Atenção em Saúde. Os territórios sociais das Redes de Atenção Primária à Saúde constituem-se em cenários de Integração Ensino-Serviço que ampliam o agir profissional do trabalhador e do estudante para a produção do cuidado. A Integração Ensino-Serviço em Redes de Atenção Primária à Saúde gera reconhecimento das especificidades do trabalho em redes de atenção primária e do papel da coordenação do cuidado. O encontro produzido entre o ensino

e as atividades em Rede de Atenção Primária à Saúde exercita renormalizações no uso de protocolos e gera competências para o trabalho interprofissional. A governança das atividades de Integração Ensino-Serviço distribui estudantes e estabelece planos mínimos de carga horário e trabalho, porém não dispara práticas de Educação Permanente em Saúde em um movimento para a constituição de uma Rede Integrada de Ensino e Atenção Primária à Saúde. O encontro entre o trabalho como atividade e o ensino como aprendizagem evidencia como espaço potencial de formação as Redes Integradas de Ensino e Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço. Rede de Atenção à Saúde. Processo de Trabalho em Saúde. Agir profissional. Competência.

SUMMARY

The main objective of the work is to analyze how the Teaching-Service Integration builds competences for the professional act in Networks of Primary Attention to Health. This is a unique and integrated case study, of a qualitative nature, with a participatory research-intervention type approach. Were created four focal groups with three family health teams and a district management team from Porto Alegre / RS. Were heard a total of 48 workers, being 13 health service managers and 10 students. The Discursive textual analysis was carried out based on the theoretical reference of Ergology and Health Care Networks. The social territories of the Primary Attention to Health Networks include scenarios of Teaching-Service Integration that extend the act professional of the worker and the student for the production of care. The Teaching-Service Integration in Primary Attention to Health Networks generates recognition of the specificities of work in primary care networks and the role of care coordination. The meeting between teaching and activities in Primary Attention to Health Networks exercises renormalizations in the use of protocols and generates competences for interprofessional work. The governance of the activities of Teaching-Service Integration distributes students and establishes minimum plans of working hours and workload, but does not trigger practices of Permanent Education in Health in a movement for the creation of an Integrated Teaching and Primary Health Attention Network. The meeting between the work as an activity and the teaching as learning evidences a potential space for the formation of Integrated Networks of Teaching and Primary Attention to Health.

Key words: Teaching-Service Integration. Health Care Network. Work Process in Healthcare. Act professional. Competency.

INTRODUÇÃO

A reformulação dos processos de trabalho ganha destaque perante as novas exigências dos cenários das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Integração Ensino-Serviço assume papel de destaque nesse sentido ao atuar como disparadora de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), que produzem ressignificação das práticas na saúde. Problematisa-se sobre o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ensino na saúde e em especial no que se refere a coordenação do cuidado.

No campo do ensino na saúde, o conceito de competência profissional foi incorporado às transformações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, tendo em vista as mudanças tecnológicas e de reorganização do mundo do trabalho, esgotados da ótica taylorista e fordista¹. O conceito de competência profissional baseia-se na mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes para situações e dilemas inéditos do trabalho².

A Ergologia, que se propõe a estudar o trabalho compreendendo-o como atividade humana, apresenta uma noção singular de competência profissional e que se distancia da ideia de definição de listas de qualificações a serem esperadas dos trabalhadores³.

A Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre/RS, cenário do estudo, está organizada administrativamente em oito Gerências de Saúde. Dentre eles a Gerência Glória, Cruzeiro e Cristal (GCC), local em que os dados empíricos foram produzidos, constitui-se como o Distrito Docente Assistencial (DDA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No escopo da regionalização da política de Integração Ensino-Serviço municipal desenvolve-se na Gerência GCC os projetos e intervenções da UFRGS. O processo de Integração Ensino-Serviço vivenciado no cenário de estudo se constitui em uma experiência em que estudantes e profissionais produzem conhecimentos que investem nas práticas de saúde

do SUS.

Frente ao exposto uma problematização principal guia o estudo: de que modo tem se desenvolvido relações entre experiências de Integração Ensino-Serviço e EPS como construtoras de competências para o agir profissional em Rede de Atenção Primária à Saúde?

O presente estudo propõe-se a analisar a contribuição da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso tipo único e integrado, de natureza qualitativa, com abordagem participativa do tipo pesquisa-intervenção. O estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos⁴.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro unidades de saúde: três de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Centro de Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão das equipes foram constituírem-se como espaços de Integração Ensino-Serviço na formação de profissionais da saúde.

Foram realizados quatro grupos focais (filmados e transcritos) com uma média de 14 participantes por grupo, realizados em 2018. Foram ouvidos um total de 48 trabalhadores (1 psicólogo, 1 pedagogo, 1 fisioterapeuta, 2 nutricionistas, 2 dentistas, 3 médicos, 8 enfermeiros, 1 auxiliar de saúde bucal, 14 técnicos de enfermagem, 15 agentes comunitários de saúde), sendo destes 13 gestores de serviços de saúde e 10 estudantes (4 de cursos de graduação e 6 da residência multiprofissional).

Para identificação do perfil de formação e o ponto da rede de atenção que os participantes atuavam foi utilizado um questionário de identificação aplicado anterior ao início dos grupos. No sentido de facilitar a condução dos grupos focais foi construído um roteiro norteador (Quadro 1) para ensejar uma discussão participativa e animada, produtora de conhecimento e significados. O roteiro foi montado por blocos com base nos elementos constitutivos da RAS, propostos por Mendes⁵, sendo população, APS como coordenadora do cuidado, pontos de atenção à saúde secundário e terciário no itinerário, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistemas de governança e do modelo de atenção à saúde.

Os dados gerados pelos grupos focais foram analisados com base nos fundamentos da análise textual de discurso⁶ e apoiado no referencial teórico de Schwartz³ sobre o conceito de agir em competência, nos elementos constitutivos de Mendes⁵ e nas dimensões avaliativas de Amaral & Bosi⁷ das RAS. Da análise empreendida emergiram três categorias centrais a temática: o território e a coordenação do cuidado, entre o ensino e o serviço e a governança da rede de ensino e serviço.

A pesquisa respeitou as exigências éticas e foi submetido a análise na Plataforma Brasil com aprovação na Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre sob o parecer de n.º CAAE 79778217.8.3001.5338. Os participantes foram inseridos na pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o direito de anonimato dos participantes e das equipes.

Quadro 1 - Roteiro grupo focal.

A POPULAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Como acontece na rede de saúde os processos de definições e responsabilização territoriais das necessidades dos usuários? • De que modo as experiências de integração ensino-saúde contribuem com os processos de definições territoriais?
A COORDENAÇÃO DO CUIDADO
<ul style="list-style-type: none"> • Como acontece o processo de responsabilização da APS pela coordenação dos itinerários do cuidado? • Como é o trabalho coletivo entre as equipes de saúde e de ensino nos cenários para a construção da coordenação do

cuidado? Produzem inovações relacionadas a responsabilização, acolhimento e vínculo?
O ITINERÁRIOS DO CUIDADO
<ul style="list-style-type: none"> • Como ocorrem nas redes de saúde os processos de referenciamento e contrarreferenciamento para os níveis secundários, terciários (hospitais e pronto atendimento)? • De que modo ações de integração ensino-saúde apoiam o caminhar do usuário na rede em busca do atendimento das suas necessidades?
OS SISTEMAS DE APOIO
<ul style="list-style-type: none"> • Como os sistemas de apoio (diagnóstico, radiologia, imunologia, histopatológico e análises clínicas) e assistência farmacêutica) apoiam as redes de 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)?
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Como as informações de saúde circulam na rede? • As vivências dos atores da integração ensino-serviço podem ser consideradas ações integradoras e/ou problematizadoras destes processos?
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE
<ul style="list-style-type: none"> • Vamos falar sobre os mecanismos de gestão da rede, como funciona o sistema de gestão da rede? • Como os instrumentos pedagógicos de acompanhamento de projetos de integração ensino-saúde na gestão contribuem para a governança? Quais os efeitos desta integração?
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Como é o modelo de saúde da rede? Quais suas principais características? Como tem acontecido a gestão da clínica? Tem PTS? Fale sobre as ações de prevenção de doenças, promoção à saúde e ações intersetoriais. • Os atores da integração ensino-serviço têm contribuído para inovar nas ações de saúde? Podem ser vistos como possíveis articuladores de ações de promoção e prevenção?

RESULTADOS

O território e a coordenação do cuidado: a Atenção Primária à Saúde como Integração Ensino-Serviço

A territorialização e a coordenação do cuidado são pressupostos básicos do trabalho na APS. A APS vislumbra as relações que se estabelecem no interior das famílias e viabiliza a comunicação interpessoal, interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial para a produção do cuidado que emerge na microrrede. A microrrede da APS localiza-se no território que a pessoa usuária está inserida e reconhece o meio social e a equipe de saúde que está vinculada⁸. O perfil

sociodemográfico, de trabalho e de educação dos participantes da pesquisa permite visualizar os cenários em que os participantes do estudo estão vinculados (Quadro 2).

Quadro 2 - Perfil sociodemográfico e de trabalho dos 58 participantes entrevistados pelo estudo.

Pontos de atenção	Atenção Primária 74,2 %
Sexo	Feminino 81 %
Faixa etária	31-40 anos 27,5 % 41-50 anos 25,8 %
Vínculo	Celetista 77,5 %
Cargo	Nível Superior 41,6 % Gestores 18,9 % Nível Fundamental 31,2 %
Tempo de atuação	> ou = 5 anos 68,7 %
Tempo de formação nível superior	> ou = 10 anos 60 %
Formação complementar	Nível superior 75 % Nível fundamental e técnico 25 %
Modalidade estudante	Residência Multiprofissional 60 %

No estudo realizado, as práticas de Integração Ensino-Serviço desenvolvidas no território possibilitaram a ampliação da oferta de atividades realizadas pelas equipes dos serviços de saúde. Envolve atividades de grupos, realização de procedimentos, visitas domiciliares, etc.

“Fazem a parte educativa [no PSE], fazendo palestras nas escolas. Teve um grupo de estudantes, que foram no abrigo que tínhamos. Fizeram todo um trabalho odontológico dentro do abrigo. Também fizeram uma campanha de testes rápidos” (APS1 45).

“[...] essas gurias [residentes] que vem todo ano, vão lá e fazem teste rápido, fazem curativo. Elas ajudam muito. Se não fossem elas. Porque nem sempre o doutor pode subir [...] (APS2 25)”.

Na Rede de APS, a coordenação do cuidado é competência profissional para o cuidado integrado. Entre os desafios para que a APS assuma o papel de coordenadora de uma RAS está sua capacidade de resolutividade⁹. A presença dos estudantes nos serviços de saúde estudados

contribuiu para a ampliação da resolatividade da equipe de APS.

“As gurias [residentes] conseguem programar um atendimento mais regular com os usuários. Isso evita que a gente precise encaminhar muitas pessoas [...] (APS2 21)”.

“Tenho uma paciente que estava domiciliada e depois acamada. Ela não tinha condições de sair de dentro de casa, onde tinha uma escada longa. Com o apoio dos estudantes, conseguimos resolver. Agora ela está numa clínica. Eles foram bem resolutivos” (APS4 88).

No papel de coordenação do cuidado desenvolvida pela APS, a referência e contrarreferência constituem um importante elemento para a integração dos níveis de atenção⁵. No entanto, parece ser um problema histórico e de difícil resolução^{10,11}. Nas práticas dos serviços analisados pelo estudo, o fluxo de encaminhamentos para serviços de saúde em outros níveis de atenção é realizado por sistema informatizado de regulação e marcação de consultas especializadas. Em alguns serviços da rede estudada o encaminhamento ocorre por meio do formulário impresso. O preenchimento insuficiente é identificado nas duas modalidades de encaminhamentos. Em outras capitais brasileiras, o percentual de profissionais médicos que receberam contrarreferência também é baixo¹⁰.

— *“O Gercon [sistema de regulação] eu uso. É muito bom, porque você consegue identificar todo o paciente, tem toda a história clínica, a anamnese do profissional que atendeu o paciente, classificação de risco, CID, exames. Está tudo ali e dá para evoluir “paciente foi atendido; não veio; tava com a pressão alta e não foi atendido” (APS3 78).*

— *“Nem todos preenchem como você” (APS3 81).*

— *“E será que a Atenção Básica faz isso de olhar?” (APS3 75).*

— *“Quando muito vem o nome. [...]” (APS3 80).*

“[...] às vezes recebo um paciente com a referência, mas a referência é muito incompleta, por exemplo, paciente foi internado por um “x” médico, retorna para encaminhar para tal especialidade sem eu saber para quê e por quê [...]” (APS4 92).

Mecanismos de coordenação do cuidado são incapazes de promover a atenção integral à saúde diante de uma oferta insuficiente de serviços em outros níveis de atenção. A oferta de

atenção especializada e de uma rede de apoio diagnóstico potencializam a resolubilidade da APS⁵. Estudos realizados em capitais do país, o acesso a exames e a consultas especializadas é satisfatório na opinião de trabalhadores e pessoas usuárias¹⁰. A oferta menor que a demanda nos níveis de atenção especializada compromete a atenção integral à saúde nos serviços analisados.

“Nos apoiam para ajudar no diagnóstico, mas a demanda é muito maior do que o ofertado” (APS4 91).

“[...] muda-se muito a referência de serviço [...], hoje estamos com a empresa tal, amanhã ela não vai trabalhar. Depois volta para ela [...]” (APS2 24).

Por meio da Integração Ensino-Serviço, o trabalho articulado entre estudantes e trabalhadores possibilitam o desenvolvimento de ações e projetos de atenção à saúde capazes de desenvolver o agir profissional nas RAS. No estudo realizado, as práticas de Integração Ensino-Serviço, dentre os elementos constitutivos da RAS, foram desenvolvidas no território. Envolve atividades de grupos, realização de procedimentos, visitas domiciliares, escuta qualificada, etc.

O encontro estabelecido entre o ensino e o trabalho na APS estabelece indutância entre informações e problematizações. A presença do ensino no serviço expõe o trabalhador a reavaliar a própria atividade e ao estudante a própria competência. Repensar a atividade em relação a produção do conhecimento: conhecimento que retransforma a atividade no agir profissional de trabalhadores e estudantes. Nas práticas observadas no estudo, a experiência do ensino proporciona a qualificação profissional e induz a mudança no modelo de atenção à saúde, com a oferta de uma escuta qualificada e continuada, com a construção de um vínculo diferenciado. Contudo, salientam dificuldade em dar continuidade nas propostas desenvolvidas pelos estudantes.

“É isso, eles [estudantes] trazem um gás para equipe. [...] eles nos mobilizam. Não te deixam acomodado. [...] desacomoda. Temos que correr atrás para dar conta das necessidades deles, nossas, do usuário [...]” (APS3 75).

“Tivemos uma pesquisa que a estudante fez sobre mobilidade social que foi maravilhoso. É uma pena que não podemos dar continuidade porque não tínhamos formação para isso” (APS3 70).

A APS como coordenadora do cuidado busca a integração e articulação entre os níveis de atenção e são elementos prioritários na consolidação das RAS. O território dos serviços de saúde constitui-se em espaços ricos de ensino-aprendizagem. A Integração Ensino-Serviço possibilitou a ampliação da resolutividade das equipes de saúde e induz o desenvolvimento profissional do trabalhador, de modo a promover mudanças no modelo de atenção à saúde. Quanto a Rede de APS estudada, apresenta fragilidades que comprometem o papel da APS como coordenação do cuidado. O sistema de referência e contrarreferência ainda é frágil. A oferta de atenção especializada e a rede de apoio diagnóstico constituem entraves para continuidade do cuidado.

Entre o protocolo e o real, entre o ensino e o serviço, ou entre as competências que queremos e as que formamos

Os conceitos da teoria da Ergologia apoiam a compreensão do modo como processos formativos vivenciados na Integração Ensino-Serviço atuam na produção do agir em competência para o cuidado na Rede de APS. A Ergologia realiza análises de situações no mundo do trabalho e estabelece diálogo com os processos formativos. Propõe-se a conhecer sobre o trabalho por meio da problematização da atividade humana no trabalho³. A abordagem ergológica acompanha na atividade humana do trabalho o processo de transformação dos saberes e valores e o encontro da norma e da renormalização¹².

O uso de protocolos e normas modela as linhas temáticas de cuidado das Redes de Saúde de APS. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são utilizados como fio condutor na prática clínica para orientar o acesso aos pontos de atenção à saúde, dando forma ao caminho terapêutico que o usuário percorre dentro da RAS⁵. A dimensão protocolar orienta a ação e assegura parâmetros na atividade de trabalho. Improvável projetar qualquer atividade sem normas antecedentes³. As normas do trabalho em Redes de APS referem-se não apenas às formas de organização dos serviços, mas ao cuidado produzido com base no estabelecimento de conexões, a ação de uns complementa a ação de outros. “A formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização”⁸.

Nos serviços avaliados, a Integração Ensino-Serviço possibilitou articular junto ao laboratório de análises clínicas as cotas de exames laboratoriais para a equipe de saúde. O campo de prática se torna uma experiência fértil, que demanda análise crítico-reflexiva e desenvolve autonomia e relação de cooperação entre os envolvidos. É um cenário que constitui pessoas capazes de transformar realidades em busca do cuidado integrado do usuário.

“[...] Como temos esse link com as unidades de saúde [APS], principalmente os nossos da gerência, me passam o nome e mandou vir aqui primeiro. Aí eu faço essa interlocução com o laboratório. A minha rede eu fui criando” (APS3 75).

“Na ocasião, tinha uma biomédica que fazia residência aqui na unidade que nos auxiliou na contemplação dessas cotas para a unidade. Já tivemos esse auxílio, sim. Hoje temos 1000 cotas de exames laboratoriais para o Laboratório Central. Foi a rende quente” (APS4 91).

A atividade de trabalhar concebida como o “encontro de encontros” incorpora a historicidade presente nas situações de trabalho. É experienciar e reconhecer as variabilidades presentes nas situações reais de trabalho. É o “corpo-si”, aquele que incorpora um complexo de valores no corpo do trabalhador, dos aspectos biológicos aos históricos e sociais^{3,13}. A atividade do trabalho em rede perpassa protocolos e diretrizes clínicas da linha do cuidado permitindo

que o trabalho seja um encontro contingencial. O trabalhador da saúde articula para além do previsto nos protocolos e improvisa na ausência deles, partindo das referências do seu saber experienciado. O processo de renormalização é constituído com base em fracassos e sucessos de experiências anteriores. Nas experiências de Integração Ensino-Serviço analisadas, os estudantes exercitam o confronto entre os saberes científicos de sala de aula aos experienciados nos serviços de saúde, em um debate de valores entre normas e valores. No confronto, mobilizam saberes renormalizando-os diante do real.

“Recebemos tanto alunos da graduação, como também, alunos da residência. Para eles no início é um choque, porque eles de certa forma conosco têm a visão do todo. A visão da realidade quando eles vêm de fora é diferente de quando chega aqui. As questões de território, as demandas e principalmente nas reuniões de equipe, das situações que surgem. No início, tem alguns estudantes que ficam naquela incerteza se vão continuar ou não, mas aí a gente senta e conversa com eles (APS3 77).

“[...] Recebemos uma assistente social, que batia de frente com várias questões como trabalhamos direto com várias questões sociais, o tempo inteiro. Daí tivemos que ir mostrando que as coisas não eram como estavam escritos lá no livrinho, na teoria. Mas, a experiência, mesmo que por um momento foi um pouco difícil, foi maravilhosa no final, foi fantástico” (APS3 75).

Políticas públicas de EPS consideram reducionistas treinamentos formais e teóricos, propondo estratégias em que o aprender e o ensinar se incorporam ao trabalho como instrumentos pedagógicos¹⁴. Na Integração Ensino-Serviço a incorporação no ensino do que há de histórico e real nas situações de trabalho dos serviços de saúde envolve processos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Mas, as práticas de EPS problematizadoras dos processos de trabalho, ou enquanto espaços de debate de valores, ainda são raras. As demandas clínicas e as pautas administrativas obstaculizam atividades de EPS¹⁵. Persistente entre os trabalhadores a valorização de atividades de qualificação como instrumento de desenvolvimento profissional.

“Temos que correr atrás para dar conta das necessidades deles [estudantes], nossas, do usuário” (APS3 75).

“Sabe o que vejo, que a proposta do ensino dentro da nossa unidade, ela ainda é individualizada. Essa informação ela é passada em uma consulta individualizada no acolhimento que o aluno recebe ou conosco” (APSI 44).

Compõe a competência profissional a motivação para a busca de conhecimento. E é na medida que o trabalhador se implica com o seu fazer que favorece a busca por conhecimento, ao procurar lidar com as diferentes situações de trabalho^{3,13}. As articulações entre as padronizações gerenciais e as realidades dadas na situação de trabalho que produzem a motivação. Não se pode padronizar a dedicação e o sentido que o trabalho exerce em cada trabalhador. São manifestações construídas pelas experiências de vida e de trabalho¹⁶. A Integração Ensino-Serviço mobiliza a motivação para o saber do trabalhador que busca conhecimento para debater informações que o estudante fornece. A reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde mostra a disposição em proporcionar experiências produtivas para o estudante.

“Geralmente para mim é bom. A partir do momento que tu vais ter uma direção com o estudante precisa explicar alguma coisa, uma informação reforçada. Se tu não consegues lembrar de toda a informação se obriga a pesquisar e investigar para debater com as informações que eles trazem para nós” (APS2 64).

“Para isso já foi criada uma escala, porque antes a gente definia na hora o que cada estudante faria. Agora tem uma escala. Eles já vêm sabendo que sim, eles precisam estar com todos dentro da equipe e a própria escala ajudou muito no serviço” (APS2 66).

O trabalho coletivo e a capacidade de trabalhar em equipe referem-se à construção de relações sinérgicas que garantam conexões dos ingredientes da competência profissional^{3,13}. O trabalho em equipe desafia a repensar a formação nas instituições de ensino superior que persistem na lógica do trabalho uniprofissional. Na vivência na APS, o estudante compartilha espaços e saberes comuns com outras profissões. Um ambiente que propicia conflitos e disputas entre trabalhadores por diferentes interesses e exige habilidade para negociações¹⁷. A Integração Ensino-Serviço possibilitou reflexão e compartilhamento de saberes na busca de

resolução das dificuldades encontradas.

“Num setor que só cuida de um problema de saúde específico, recebemos uma bióloga, uma assistente social e uma biomédica. O que essa gente vai fazer? O que eu vou fazer com uma biomédica e uma bióloga aqui dentro. Então, isso também despertou na equipe e nelas, tivemos que descobrir isso juntos” (APS3 75).

O encontro produzido entre o ensino e o trabalho, entre o científico e o real é gerador de processos de renormalização das experiências vivenciadas por trabalhadores e estudantes, mas não mobilizou práticas de EPS problematizadoras dos processos de trabalho. No estudante, promoveu autonomia para o trabalho integrado em redes. No trabalhador, a motivação para busca do saber, geradora de processos de ressignificação das práticas profissionais. Desafia trabalhadores e estudantes ao trabalho interprofissional.

A governança da rede integrada de ensino e serviço e o papel da Educação Permanente em Saúde

A governança das RAS realiza a gestão dos componentes da rede de forma a aumentar a sua interdependência. Pactua objetivos e metas por meio da gestão compartilhada e insere os serviços nos processos de gestão⁵. Uma das formas de qualificação da gestão ocorre pela constituição de processos de cogestão⁵, estratégicos como disparadores de mudanças no trabalho apoiados pelas ferramentas da EPS¹⁸.

Na gestão municipal em que se realizou o estudo existem espaços de pactuação reservados aos coordenadores dos serviços de saúde. O colegiado de gestão constitui-se em um espaço de diálogo e reflexão entre os coordenadores dos serviços de saúde e outras instâncias de gestão e apoio do distrito de saúde para compartilhar decisões e ações com as equipes de

saúde por meio dos coordenadores. Torna-se um espaço estruturado para debates burocráticos e administrativos¹⁸. No estudo também não se identificou práticas de EPS desenvolvidas nos espaços de colegiado de gestão.

“A reunião de colegiado é uma reunião que acontece quinzenalmente na gerência distrital. É uma reunião que todos os coordenadores participam, eventualmente os residentes e acadêmicos também participam. São discutidos assuntos burocráticos de toda a rede. De toda as questões que envolvem” (APS2 66).

“No início do ano a gente fez um planejamento e a tendência de transformar esse espaço também em educação permanente, porque muitas vezes vem os residentes, os estudantes que participam, mas não deu” (APS3 77).

A governança é um elemento na rede em que a informação e a comunicação atuam como pressupostos na gestão. Os trabalhadores nos serviços de saúde das RAS informam ações estratégicas para responder às demandas da rede e dos serviços de saúde¹⁹. Com relação a governança dos processos de Integração Ensino-Serviço no distrito docente assistencial estudado, a instituição de ensino criou em âmbito próprio o órgão da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) para atuar no planejamento de propostas de ensino dos cursos da área da saúde e aproximar as relações com os serviços de saúde. A CoorSaúde realiza a gestão de modo integrado ao Comitê Gestor Local da política municipal que conta com a participação de representantes de docentes, trabalhadores, gestores e do controle social. Realiza reuniões periódicas no distrito para organização das demandas originárias dos projetos desenvolvidos na região: Pró-Saúde II e III, PET-Saúde, PET-Vigilância, PET-Redes de Atenção, Horto Ecológico, Pediatria na Atenção Básica e Disciplina Integradora²⁰.

A gestão do ensino, nos cenários de prática, evidencia-se como um processo complexo diante da disparidade de modos e dinâmicas de funcionamento dos processos de ensino nos serviços analisados. A lógica da gestão está centrada mais rotineiramente na transmissão de informações básicas (número de estudantes, turnos e horários, etc.) para o coordenador do

serviço. Os espaços de discussão existentes nos serviços seguem a dinâmica dos espaços de colegiado, com ênfase em demandas administrativas e não como ferramenta de gestão do ensino.

— “[...] porque quando vem o aluno, o professor, ele tem o diálogo com quem? Com o coordenador e o supervisor, os demais da equipe, simplesmente vamos conhecer os acadêmicos, interagindo com eles” (APS1 44).

— “Eles acabam entrando na nossa rotina e por ali ficam” (APS1 51).

“Nós sempre fomos acostumados a receber acadêmicos, de repente vem o residente. Não sabíamos o que o residente fazia ou poderia fazer [...]” (APS3 75).

“[...] quando assinamos aquele termo que o estudante vai vir, está escrito de uma maneira muito sucinta, em 3 ou 4 linhas, o que é a Atenção Primária à Saúde, resumido [...] Sem eu saber o que eu poderia trabalhar com a aluna, foi a aluna que foi me dizendo tudo e eu fui confiando (APS1 45).

“Para isso já foi criado [pela equipe] uma escala, porque antes definimos na hora o que cada um faria. Agora tem uma escala. Eles já vêm sabendo que sim, eles precisam estar com todos dentro da equipe e a própria escala ajudou muito no serviço” (APS2 65).

Nas experiências de Integração Ensino-Serviço verifica-se uma maior valorização das atividades assistenciais em relação aos processos de aprendizagem sobre a gestão²¹. O fluxo de inserção dos estudantes nos espaços dos serviços deve fornecer subsídios para a reflexão da gestão na saúde²². Nas realidades estudadas, enfatiza-se ainda de modo incipiente a gestão do cuidado, mas não de gestão dos serviços. As atividades assistenciais ainda são as que predominam. O trabalho na saúde passa pelas transformações que afetam o mundo do trabalho: aumento da carga horária, redução de pessoal, novos imperativos de desempenho e produtividade²³. Um processo que se reflete com intensidade nas instituições de ensino superior²⁴. Nas experiências de ensino em que não há produção de procedimento de saúde não são valorizadas pelos trabalhadores e pelos estudantes. Quando o estudante é inserido no serviço de saúde em fase inicial do curso considera-se que diminui a produtividade do serviço, devido a destreza incipiente do estudante em manejar a complexidade de procedimentos de atenção

que envolve o nível de atenção da APS.

“Eles ficam parados olhando. Eles se matriculam numa semana e vem na outra. O objetivo é só conhecer. Isso não tinha antes no currículo [...], eles colocaram agora com a intenção de fazer com que os estudantes de medicina se voltem mais para a atenção primária, porque na maioria das vezes os médicos não querem a atenção primária.[...] Só que eles estão no primeiro semestre, acabam que eles não sabem nem o que vêm fazer aqui. Eles vêm conhecem e acabam achando, não gostando, gostando menos ainda se viessem um pouco mais tarde” (APS1 46).

“Eles não podem fazer nada além de observar. Inclusive a gente já teve algumas discussões em equipe sobre isso, porque achamos muito prematuro os estudantes estarem em uma Unidade de Saúde no primeiro semestre. Eles têm um mês de aula, vão para campo e nunca mais voltam. Eles vêm ali com uma visão muito restrita, de alunos de um mês de curso, para estarem observando um trabalho da Atenção Primária” (APS2 66).

O desenvolvimento do agir em competência para o ensino do cuidado em saúde em Redes de APS passa pela renormalização de práticas e processos desenvolvidos nos serviços de saúde. A Integração Ensino-Serviço dispara processos de EPS ao confrontar saberes científicos das práticas cotidianas. “Produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor de cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isso não é nada óbvio ou transparente”²⁵. Nesse processo uma das questões a serem analisadas é as relações que se estabelecem entre trabalhadores/preceptores e docentes/tutores. Os trabalhadores requisitam maior aproximação dos docentes nos cenários de práticas.

“Os professores não vêm aqui. Eles mandam um email, solicitando as frequências e as avaliações” (APS1 49).

“O professor nunca colocou os pés aqui eu já briguei muito com ele, porque só sabe mandar um email quando está acabando. Manda assim “Está próximo de você me enviar a frequência e a avaliação dos alunos” (APS1 45).

Expectativas formuladas durante as práticas de Integração Ensino-Serviço podem comprometer o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem²⁶. A motivação para o saber pode ser despertada por práticas de EPS problematizadoras do processo da governança

do ensino e do serviço. Ao compreender o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem, o trabalhador se reconhece como cogestor desse processo¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os territórios sociais das Redes de APS constituem-se em cenários de Integração Ensino-Serviço que ampliam o agir profissional do trabalhador e do estudante para a coordenação do cuidado.

O encontro produzido entre o ensino e a atividade em Redes de APS exercita renormalizações no uso de protocolos e gera competências para o trabalho interprofissional.

A governança das atividades de Integração Ensino-Serviço distribui estudantes e estabelece planos mínimos de carga horário e trabalho, porém não dispara práticas de EPS em um movimento para a constituição de uma Rede Integrada de Ensino e APS.

A Integração Ensino-Serviço gera avanços na Rede de APS e reconhecimento das redes integradas. O encontro entre o trabalho como atividade e o ensino como aprendizagem evidencia como espaço potencial de formação as Redes Integradas de Ensino e APS.

O estudo realizado apresentou limitação quanto ao tamanho da amostra, que ao se apresentar em número reduzido de grupos focais, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão.

FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte de uma pesquisa aprovada no Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq n° 01/2016 e se propõe a seguir investigando a construção de competências para o trabalho articulado em rede a partir das experiências da Integração Ensino-Serviço.

REFERÊNCIAS

1. Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Tec Senac* [boletim na Internet] 2001 Mar [acessado 2018 set 6]; 27 (3): 13-25. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/bts/273/boltbec273b.htm>
2. Perrenoud P. Construir competências é virar as costas aos saberes? *Patio Rev Pedag* [periódico na Internet] 1999 [acessado 2017 out 3]; 11: 15-19. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/29108-29126-1-PB.pdf>
3. Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho e ergologia : conversas sobre a atividade humana*. 2ª edição. Niterói: EdUFF; 2010.
4. Yin RK. *Pesquisa estudo de caso: desenho e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 1994.
5. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
6. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Cienc Educ* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2019 fev 15]; 20 (1): 117-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v12n1/08.pdf>
7. Amaral CEM, Bosi MLM. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2017 set 2]; 50 (51). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006306.pdf
8. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos RA. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 459-473.

9. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2017 out 29]; 19 (2): 343-352. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>
10. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saude Debat* [periódico na Internet] 2012 Jun-Set [acessado 2017 nov 4]; 36 (94): 375-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>
11. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saude* [periódico na Internet] 2018 Jan-Abr [acessado 2019 fev 3]; 16 (1): 163-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00086.pdf>
12. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc* [periódico na Internet] 1999 Dec [acessado 2018 set 8]; 19 (65). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
13. Warmling CM, Rosa EK, Pezzato LM, Toassi RFC. Competências de auxiliares e técnicos de saúde bucal e o vínculo com o Sistema de Saúde Único. *Trab Educ Saude* [periódico na Internet] Abr 2016 [acessado 2018 ago 17]; 14 (2): 575-592. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00116.pdf>
14. Cunha DM. O agir em competência: notas sobre a abordagem ergológica. *Educ Tecnol* 2007; 12 (3): 39-41.
15. Lemos CLS. Educação permanente em saúde: educação ou gerenciamento permanente? *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2017 set 15]; 21(3): 913-922. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>
16. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saude Colet* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2017 ago 29]; 14 (1): 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
17. Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Termo de contrato organizativo de ação pública ensino-saúde que entre si celebram as instituições de ensino, a(s) Secretaria(s) Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde para os fins que se especifica. Porto Alegre, RS; 2015.
18. Cecilio LCO. Colegiado de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad Saude Pub* [periódico na Internet] 2010 Mar [acessado 2018 jun 17]; 26 (3): 557-566. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/13.pdf>

19. Nardi ACF, Soares RAS, Mendonça AVM, Souza MF. Comunicação em saúde: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2014-2015. *Epidemiol Serv Saude* [periódico na Internet] 2018 [acessado 2019 fev 22]; 27 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017409.pdf>
20. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *Coordenadoria de saúde*. Comitê gestor. 2019 [acessado 2019 fev 18]. Disponível em: www.ufrgs.br/coorsaude/comite-gestor>
21. Massote AW, Belisário SA, Gontijo ED. Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2019 fev 3]; 35 (4): 445-453. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a02v35n4.pdf>
22. Carvalho SR, Campos GWS, Oliveira GN. Reflexões sobre o ensino de gestão no internato de medicina da faculdade de ciências médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. *Interface Comunic Saude Educ* [periódico na Internet] 2009 Abr-Jun [acessado 2019 fev 23]; 13 (29): 455-465. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2009.v13n29/455-465/pt>
23. Filho LCG, Navarro VL. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. In: Filho LCG, Navarro VL, organizadores. *Avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. 13ª edição. São Paulo: Outras Expressões; 2012. p. 91-106.
24. Castiel LD, Xavier C, Moraes DR. *À procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2016.
25. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunic Saude Educ* [periódico na Internet] 2004 Set - 2005 Fev [acessado 2017 nov 8]; 9 (16): p. 161-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>
26. Cunha AJLA. O lugar da preceptoria no processo de trabalho e gestão institucional em saúde: parênteses, premissas e desafios. In: Brant V. *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: UFJF; 2011.

4.1.2 Produto Técnico: Boletim Informativo - Edição Suplementar da Revista Saberes Plurais

O Boletim Informativo é uma forma de disponibilizar os dados obtidos na pesquisa em um número suplementar da Revista Saberes Plurais. Na sua origem, os boletins informativos surgem como alternativa aos meios conservadores de comunicação, com propostas diferenciadas no seu conteúdo, pela abordagem político-ideológica, nos modos de organização coletiva e popular e, do uso de estratégias diferenciadas de produção (PERUZZO, 2009). O boletim informativo é uma publicação técnica que se define como um veículo de divulgação de atividades e de difusão e debates de ideias. É também um espaço aberto à comunidade para manifestar-se sobre temas diversos. Serve como veículo de divulgação de documentos, estudos e dados relacionados a temas de interesse da comunidade a que se destina (INFOCAPS, 1997).

4.1.2.1 Rede de Atenção e Ensino da Unidade de Saúde Glória

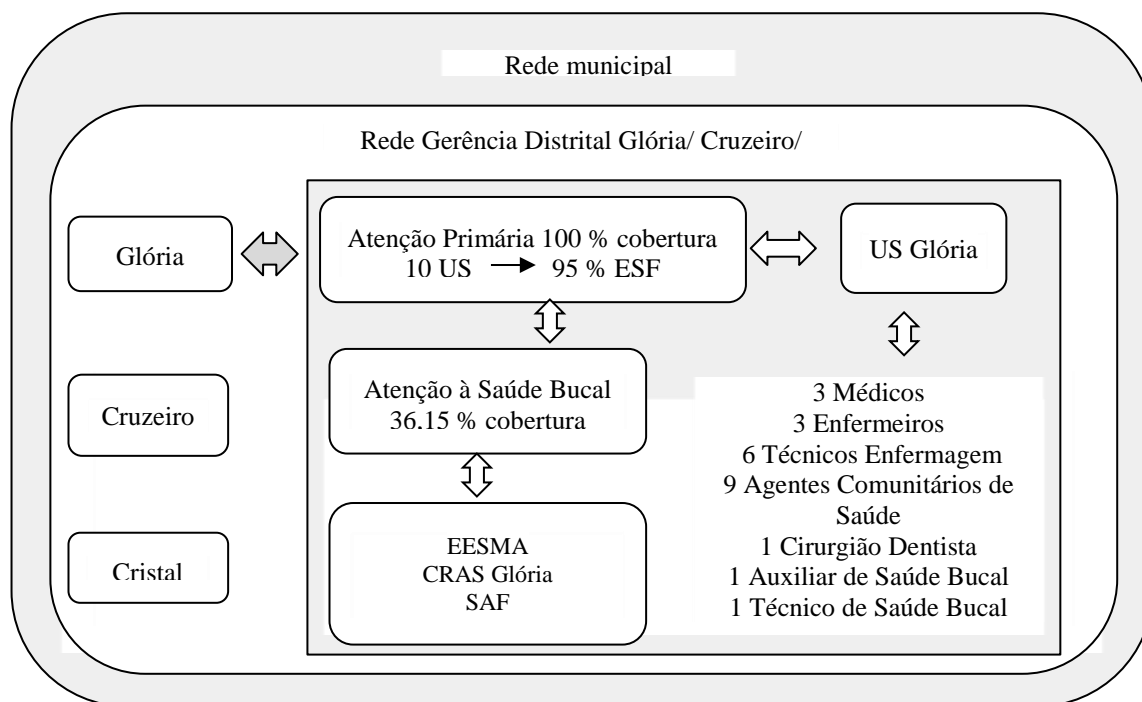
APRESENTAÇÃO

O Boletim Informativo é um produto da pesquisa Integração Ensino-Serviço e o Desenvolvimento de Redes na Atenção Primária à Saúde desenvolvida para o mestrado profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Considerando o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2010, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, articulados entre si por uma ação cooperativa para ofertar atenção à saúde integral e contínua, coordenada pela Atenção Primária, coloca em evidência o profissional de saúde. Prioriza a autonomia dos profissionais na transformação dos processos de trabalho mais livres, porém interligados. Diante da mudança na organização dos serviços de saúde em rede e na atuação dos profissionais de saúde, a educação permanente se torna eixo norteador dos processos de avaliação (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A pesquisa objetivou compreender a contribuição das experiências da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de redes de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Os

dados foram produzidos através da realização de um grupo focal realizado com 16 profissionais e 2 estudantes de graduação na Unidade de Saúde Glória no município de Porto Alegre/ RS.

Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde Unidade de Saúde Glória.



US - Unidade de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; EESMA - Equipe Especializada em Saúde Mental; CRAS - Centro Regional da Assistência Social; SAF - Serviço de Atendimento Familiar.

A US Glória (Figura 2) é uma Estratégia de Saúde da Família composta por 4 equipes, responsável pela atenção à saúde de 10.479 habitantes (IBGE, 2010); e compõe a rede de ensino do Distrito, recebendo estudantes de duas Instituições de Ensino (Quadro 3).

Quadro 3 - Ensino na Unidade de Saúde Glória.

UFRGS	Estágio Curricular Atenção Básica	Bacharelado em Enfermagem	9º semestre	418 horas
	Cuidado em Enfermagem na Saúde Coletiva II e III	Bacharelado em Enfermagem	3º/7º semestre	30/ 120 horas
	Introdução na Atenção Primária	Bacharelado em Medicina	1º semestre	15 horas
FACTUM	Estágio Curricular Supervisionado I	Bacharelado em Enfermagem	9º semestre	400 horas

Território

No território de responsabilidade da equipe de saúde as particularidades de cada microárea são balizadoras do processo de trabalho e é nesse componente da rede que se identifica mais ações dos estudantes. Na descrição dessas atividades, realizadas de forma isoladas, que a presença do ensino no serviço é reconhecida.

“Tem a peculiaridade de cada área dentro desse território. Acho que repercute nas atividades diárias. As equipes 1,2 e 3 talvez tenha um maior número de visita domiciliares [VD] por causa dos acamados. A equipe 4 não tem acamados, não tenho VD. A característica é muito pré-natal, muita puericultura. Então, isso repercute na nossa prática diária” (APS1 44).

“Também fazem [os estudantes] a parte educativa [no Programa Saúde na Escola], fazendo palestras nas escolas. Teve um grupo de estudantes da UFRGS da odontologia, que foram no abrigo que nós tínhamos, que não tem mais. Fizeram todo um trabalho odontológico dentro do abrigo. As alunas da enfermagem também fizeram uma campanha de testes rápidos” (APS1 45).

O itinerário do cuidado nos pontos de atenção à saúde

A totalidade dos pontos de atenção secundário e terciário são desconhecidos pelos profissionais, assim como, os protocolos não são de domínio em algumas situações. Conforma-se uma desarticulação das intervenções de saúde, que compromete a integralidade do cuidado.

“Desconheço [os pontos de atenção secundário e terciário]. O ensino que vem para nós na maior parte é acadêmico, que desconhece menos ainda que nós. Nós como profissionais, [...] eu não conheço toda rede. Cada dia vem uma funcionária dizer “tem que fazer tal exame. Tu sabe como tenho que fazer?” Aí tenho que recorrer a outras pessoas. A rede é muito bonita quando tu estuda ela, que nem o SUS, mas na prática a nossa rede é muito falha [...]” (APS1 45).

“Os profissionais na rede estão muito amarrados a protocolos. Tem vários protocolos de todo tipo de encaminhamentos e referenciamentos de paciente, mas tem a dificuldade, de não conhecermos todos esses protocolos. Não temos acesso a todos os protocolos e quando temos esses protocolos para seguir e fazer esses encaminhamentos, fazer esse itinerário do paciente dentro da rede, temos o apoio de um sistema logístico que está em construção, que está precário” (APS1 53).

A comunicação na rede

Ainda permanece deficitário o fluxo e contrafluxo de informações entre os diferentes pontos da rede (RIQUINHO et al, 2018). As informações de retorno são trazidas pela própria pessoa usuária, criando constrangimento técnico para a equipe de saúde.

“Às vezes recebemos a informação do paciente. Como houve agora com as mamografias pelos SESC, eles que trouxeram que o resultado da mamografia viria para cá. Tem serviços que entram em funcionamento e que às vezes a gente sabe pelo paciente. Parece [para a pessoa usuária] que não estamos dando um bom atendimento” (APS1 58).

O modelo de atenção à saúde

A experiência da Integração Ensino-Serviço na Atenção Primária defronta-se com o modelo de formação hospitalocêntrico empregado nas instituições ensino superior. Para os profissionais, esse modelo de ensino que ainda permeia a formação, acarreta distanciamento da identificação com a Atenção Primária.

“Acho que o currículo da academia, mesmo tendo todo esse discurso de mudança, da atenção primária, ainda é muito médico centrado e hospitalocêntrico. Não me lembro de ter recebido um aluno aqui que tenha me dito ‘sempre quis trabalhar no posto de saúde’”. (APS1 45).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde preconizam a aquisição, durante a graduação, de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o exercício profissional em todas as áreas de atuação profissional (BRASIL, 2001; 2002; 2014a). Isso evidencia as dificuldades das instituições formadoras na implementação das DCN.

A experiência do ensino na US Glória

As ações de planejamento e discussão dos processos de ensino que acontecem nos espaços do serviço, de modo a definir objetivos e metas articulados com as propostas da

experiência da Integração Ensino-Serviço, não são realizadas.

“Sabe o que vejo, que ainda a proposta do ensino dentro da nossa unidade, ela ainda é individualizada.[...] A sensação que eu tenho é que se leva do serviço, mas pouco se deixa. Isso não é na figura de um ou de outro, de quem passou por aqui, isso é na figura da instituição de ensino, porque quando vem o aluno, o professor, ele tem o diálogo com quem, com o coordenador e o supervisor, os demais da equipe, simplesmente vamos conhecer os acadêmicos, interagir com eles” (APS1 44).

A experiência com os estudantes do Curso de Graduação em Medicina é trazida como pouco produtiva e acreditam que a aproximação em fase inicial do curso possa ser responsável pela vacância médica na Atenção Primária.

“Eles ficam parados olhando. Eles se matriculam numa semana e vem na outra. O objetivo é só conhecer. Isso não tinha antes no currículo da UFRGS, eles colocaram agora com a intenção de fazer com que os estudantes de medicina se voltem mais para a atenção primária, porque na maioria das vezes os médicos não querem a atenção primária.[...] Só que eles estão no primeiro semestre, acabam que eles não sabem nem o que vêm fazer aqui. Eles vêm conhecem e acabam achando, não gostando, gostando menos ainda se viessem um pouco mais tarde” (APS1 46).

A inexistência de espaços de articulação entre o ensino e o serviço na equipe é justificado pela equipe como consequência do distanciamento do professor, como instituição de ensino, e da gestão central do município que não promovem discussão conjunta com o serviço de saúde.

“Não existia [espaço] até este ano, mas esse ano foi instituído na nossa gerência o GT [Grupo de Trabalho] de EPS [Educação Permanente em Saúde], o GT de Ensino” (APS1 45).

“O professor nunca colocou os pés aqui e eu já briguei muito com eles, porque eles só sabem mandar um email quando está acabando. Manda assim “Está próximo de você me enviar a frequência e a avaliação dos alunos”. Aí eu respondo “Quem é você?” É importante. “Eu sou professor fulano, nós já nos falamos no semestre anterior” (APS1 45).

Há também nos relatos a valorização e reconhecimento do discurso de produção de novos conhecimentos produzidos no cotidiano do trabalho com as experiências oportunizadas pela presença dos estudantes, desafiando os profissionais na busca e recuperação da dimensão cuidadora e da integralidade da atenção.

“[...] Tanto nós profissionais, fazemos aquele modelo de educação em saúde, aquele modelo curativo, culpabilizando o paciente “tu é diabético, tu não pode isso, tudo não pode aquilo e se tu não fazer isso que estou te dizendo, tu vai adoecer e a culpa é tua”. Trazemos esse ensino mais rígido, punitivo. São esses alunos que vem de fora, que dão uma nova visão para nós [...]” (APS1 45).

CONCLUSÃO

A Integração Ensino-Serviço é estratégia fundamental na formação para o SUS para promover mudanças do modelo de atenção à saúde e na formação profissional. A estrutura operacional da Rede de APS apresenta fragilidades que comprometem o papel da APS de coordenação do cuidado. Dificuldades são identificadas na utilização dos protocolos de referência e contrarreferência. A governança do ensino no cenário de prática apresenta fragilidades nos planejamentos das ações. Os trabalhadores demandam maior aproximação com as instituições de ensino superior. A Integração Ensino-Serviço contribui para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Espera-se que as informações apresentadas sejam disparadoras de processos de Educação Permanente em Saúde e possa servir de subsídio para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.º 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 02 set. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo demográfico 2010** [online]. Disponível em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados.shtm>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

RIQUINHO, D. L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182, jan./abr., 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00086.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

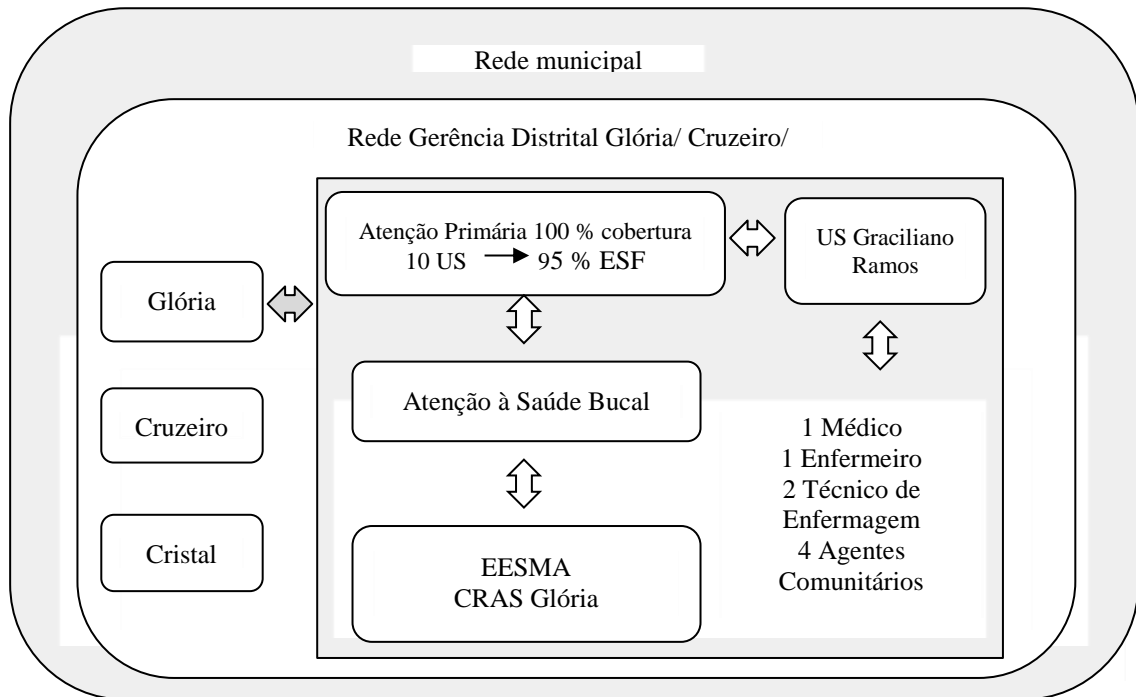
4.1.2.2 Rede de Atenção e Ensino na Unidade de Saúde Graciliano Ramos

APRESENTAÇÃO

O Boletim Informativo é um produto da pesquisa Integração Ensino-Serviço e o Desenvolvimento de Redes na Atenção Primária à Saúde desenvolvida para o mestrado profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Considerando o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2010, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, articulados entre si por uma ação cooperativa para ofertar atenção à saúde integral e contínua, coordenada pela Atenção Primária, coloca-se em evidência o profissional da saúde. Prioriza a autonomia dos profissionais na transformação dos processos de trabalho mais livres, porém interligados. Diante da mudança na organização dos serviços de saúde em rede e na atuação dos profissionais de saúde, a educação permanente se torna eixo norteador dos processos de avaliação (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A pesquisa objetivou compreender a contribuição das experiências da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de redes de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram produzidos através da realização de um grupo focal realizado com 6 profissionais e 2 estudantes da residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Unidade de Saúde (US) Graciliano Ramos no município de Porto Alegre/RS.

Figura 3 - Rede de Atenção à Saúde Unidade de Saúde Graciliano Ramos.



US - Unidade de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; EESMA - Equipe Especializada em Saúde Mental; CRAS - Centro Regional da Assistência Social; SAF - Serviço de Atendimento Familiar.

A US Graciliano Ramos (Figura 3) é uma Estratégia de Saúde da Família responsável pela atenção à saúde de 2.601 habitantes (IBGE, 2010), sem equipe de saúde bucal. O atendimento odontológico demandado pela população é referenciado para US Cascata. Em relação ao ensino, a unidade é espaço para formação para estudantes provenientes da UFRGS (Quadro 4).

Quadro 4 - Ensino na Unidade de Saúde Graciliano Ramos.

UFRGS	Estágio Curricular Atenção Básica	Bacharelado em Enfermagem	9º semestre	418 horas
	Práticas Integradas I	14 cursos da área da saúde	1 ao 9º semestre	30 horas
	Introdução na Atenção Primária	Bacharelado em Medicina	1º semestre	15 horas
	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva			

Atenção Primária como coordenadora do cuidado

Nas experiências com os estudantes sobre o protagonismo do cuidado pela equipe, os profissionais destacam a diferença da contribuição dos estudantes de cursos da graduação e da modalidade da residência.

“Geralmente quando as residentes de saúde coletiva estão aqui, isso acontece, porque elas já são formadas. Mas com os alunos de medicina, que estão no primeiro semestre, é complicado exercer a coordenação” (APS2 22).

O itinerário do cuidado nos pontos de atenção à saúde

Os encaminhamentos das demandas por atendimento à especialidade quando necessário o acesso aos serviços ocorre por processo de regulação realizada por uma Central de Regulação (CMCE) gerenciada pelo próprio município. Fora desse fluxo, o ambulatório de Pediatria na Atenção Básica é uma experiência da Integração Ensino-Serviço que vem sendo desenvolvida na Rede da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal em parceria com o município. A equipe encaminha através de referência impressa, assim como, outras US pertencentes a essa região de saúde, onde o atendimento é realizado pelos residentes desta especialidade pertencentes ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

“[...] cada unidade tem vaga para atendimento com a residência da pediatria, algumas unidades têm muitas vagas outras tem poucas, em função de algumas questões, por exemplo, aquela unidade tinha pediatra e não tem mais, tem mais vagas, está sem médico. A gente já encaminhou várias crianças” (APS2 21).

O acesso aos pontos da rede de serviços especializados se dá exclusivamente através de encaminhamentos realizados pela atenção primária do município. No caso das demandas de saúde mental da unidade, os encaminhamentos ocorrem por meio da prática de matriciamento com a Equipe Especializada em Saúde Mental (EESMA). A presença de residentes na equipe contribuiu para a construção de estratégias de ampliação da resolutividade do serviço de saúde mental, para o enfrentamento da necessidade de escuta qualificada, em alguns casos mantendo o atendimento na própria unidade de saúde.

“[...] Uma das coisas da residência que é muito positiva para gente é, essa parte da saúde mental. Que as gurias conseguem programar um atendimento mais regular com os usuários. Isso evita que a gente precise encaminhar muitas pessoas para especialização, encaminhar para a EESMA. [...] Alguns casos, se for necessário, alguns casos elas vão passar para a equipe e outros casos a equipe de saúde mental vai retornar para unidade com orientação. Então, vai orientar a equipe que aquele usuário não precisa mais seguir, fazendo um atendimento lá” (APS2 21).

Corroborando tais achados com a ideia de que a Integração Ensino-Serviço possibilita melhoria na qualidade do cuidado ofertado ao provocar no profissional um estranhamento de suas práticas, ressignificando a prática do cuidado em saúde (MARIN et al, 2014; SCHWARTZ, 2010).

A governança da rede

Em relação ao sistema de governança, os coordenadores dos serviços de saúde constituem o espaço das reuniões de Colegiado de Gestão do Distrito de Saúde, realizada a cada quinze dias. São discutidos diversos assuntos, a exceção do ensino que não possui espaço. Contudo, os profissionais aproveitam este espaço para deliberar sobre o ensino.

“[...] Acho que a gente pode citar as reuniões que tem com a CGAB [Coordenação Geral da Atenção Básica] [...]. A gente coordenador participa. Está muito mais próximo da gestão do que o resto da equipe. Acho que os médicos também têm os seus encontros que ocorrem muito frequente e a gente, como coordenador, também tem muitas coisas assim que envolvem a gestão [...]. Em relação a rede sim, mas ao ensino, não. [...]. Tem o espaço da reunião de colegiado, que foi um espaço que já se colocou anteriormente que não se concordava com essa forma de estágio” [...]. (APS2 21).

A experiência do ensino na US Graciliano Ramos

A contribuição dos estudantes da disciplina Práticas Integradas I nas atividades desenvolvidas junto à comunidade trouxe maior resolutividade nas ações cotidianas de saúde voltadas para o território, como as atividades de grupo.

“Eles participam de um grupo que eu tenho de idosos. Eles têm [estudantes] fisioterapia, nutrição. Cada um vai ajudar com uma coisa” (APS2 25).

“Têm um projeto de deixar algo aqui, que ajudaram a construir, por exemplo, as primeiras equipes que vieram participaram assiduamente do programa saúde nas escolas. Faziam conosco o próprio PSE [Programa de Saúde na Escola]. Depois eles começaram com contação de histórias. Depois fizeram o mapa do território. Eles sempre deixam algo aqui e constroem junto conosco, para que fique na unidade algo que trabalharam aqui [...]” (APS2 24).

A atuação do estudante junto com o profissional de saúde fomenta a necessidade de qualificação do profissional trabalhador para articular aprendizagens vivenciadas em serviço pelo estudante.

“Geralmente para mim é bom. A partir de que tu vai precisar conduzir [o atendimento] com ele [estudante] precisa [estudar] para poder comunicar-se com ele, explicar alguma coisa, uma informação reforçada. Se tu não consegue lembrar de toda a informação, se obriga a pesquisar e investigar para debater com as informações que eles trazem para nós” (APS2 22).

A aproximação dos estudantes do primeiro semestre da graduação em medicina com a equipe é indicada como um aspecto negativo da integração. Justificam as dificuldades que apresentam a experiência pelo fato de ser uma disciplina do primeiro semestre do curso e compreendendo como precoce a inserção de estudantes do primeiro semestre no espaço da atenção primária. Acreditam que essas dificuldades podem contribuir para a visão negativa da atuação no SUS, na Atenção Primária.

“Esse estágio da medicina é somente observatório. Eles não executam nenhum procedimento. Eles não podem fazer nada além de observar. Inclusive já tivemos algumas discussões em equipe sobre isso, porque achamos muito prematuros alunos da medicina estarem em uma Unidade de Saúde no primeiro semestre. Eles têm um mês de aula, eles vão para campo e nunca mais voltam. [...] Eles estão muito crus para estarem observando e terem um olhar que possa realmente dar para eles um suporte de como à Atenção Primária funciona [...]” (APS2 21).

Tal relato contrapõe-se às orientações das Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina, construído pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), ao destacar a importância da inserção precoce dos estudantes nos cenários de práticas para conhecimento das necessidades de saúde da população (DEMARZO et al, 2011). Considerado uma experiência positiva por estudantes e docentes (MARIN et al, 2014).

CONCLUSÃO

A Integração Ensino-Serviço é estratégia fundamental na formação para o SUS para promover mudanças do modelo de atenção à saúde e na formação profissional. A parceria estabelecida entre gerência e instituição de ensino superior amplia a oferta e acesso da população às ações e serviços de pediatria. A Integração Ensino-Serviço contribui para o aumento da resolutividade do serviço e promove mudança no modelo de atenção à saúde. Fragilidades na comunicação entre os envolvidos com a prática do ensino dificulta a governança da Integração Ensino-Serviço.

Espera-se que as informações apresentadas sejam disparadoras de processos de Educação Permanente em Saúde e possa servir de subsídio para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>.

Acesso em: 30 ago. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>.

Acesso em: 04 nov. 2017.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Família e Comunidade**: RBMFC, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011. Disponível em:

<<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/116/316>>. Acesso em: 15 out. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo demográfico 2010** [online]. Disponível em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados.shtm>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

MARIN, M. J. S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00967.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 205-221.

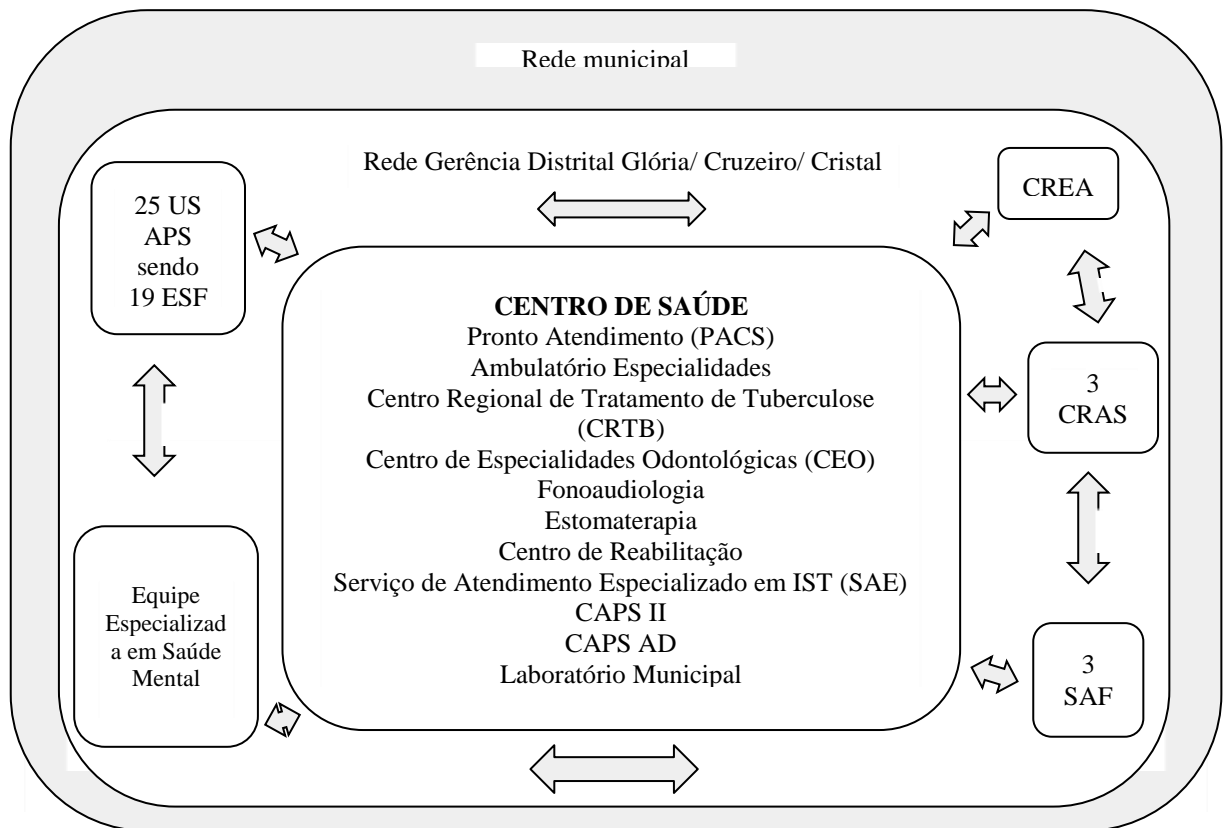
4.1.2.3 Rede de Atenção e Ensino na Equipe de Gestores dos Serviços de Atenção Secundária em Saúde do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal

APRESENTAÇÃO

O Boletim Informativo é um produto da pesquisa Integração Ensino-Serviço e o Desenvolvimento de Redes na Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvida para o mestrado profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Considerando o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2010, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, articulados entre si por uma ação cooperativa para ofertar atenção à saúde integral e contínua, coordenada pela Atenção Primária, coloca-se em evidência o profissional da saúde. Prioriza a autonomia dos profissionais na transformação dos processos de trabalho mais livres, porém interligados. Diante da mudança na organização dos serviços de saúde em rede e na atuação dos profissionais de saúde, a educação permanente se torna eixo norteador dos processos de avaliação (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A pesquisa objetivou compreender a contribuição das experiências da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de redes de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram produzidos através da realização de um grupo focal realizado com 13 profissionais, coordenadores de serviços, e 2 estudantes da residência Multiprofissional em Saúde Coletiva dos serviços de Atenção Secundária em Saúde da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD GCC) do município de Porto Alegre/RS. Os profissionais participantes possuem tempo de atuação que varia de 5 a 26 anos.

Figura 4 - Rede de Atenção à Saúde Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.



US - Unidade de Saúde; APS - Atenção Primária à Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social; CRAS - Centro Regional da Assistência Social; SAF - Serviço de Atendimento Familiar.

Os encaminhamentos para esses serviços acontecem de formas variadas, alguns serviços estão regulados pelo sistema de regulação (GERCON e SISREG), como o Ambulatório Especializado e de Odontologia, neste caso, respeita-se o critério de regionalização; outros através da prática do matriciamento, como para o Equipe Especializada em Saúde Mental (ESMA) e para o Serviço de Fonoaudiologia, com oferta restrita a Rede de Atenção Primária da GD GCC (Figura 4); e tem serviços em que o usuário tem acesso de forma direta e espontânea, como o PACS, CAPS e CRAS.

Em relação ao ensino, o Centro de Saúde Vila dos Comerciários é campo de formação para estudantes de diversos níveis de formação e de Instituições diversificadas, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Ensino na Atenção Secundária da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) UNIRITTER Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (FADERGS)	Bacharelados da área da saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Saúde Mental e Integrada em Saúde Bucal Residência Multiprofissional em Saúde Pública Residência Médica
Instituto Brasileiro de Osteopatia (IBO)	Especialização

Atenção Primária como coordenadora do cuidado

A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida pelos serviços de atenção secundária nas situações em que ocorrem compartilhamento do cuidado, reconhecimento dos problemas, seguimento constante e pela função de centro de comunicação da RAS (MENDES, 2011). A coordenação do cuidado pela APS é reconhecida por trabalhadores da Atenção Secundária.

“A minha experiência com isso e acho que a é a que mais trabalha dessa forma, muito próxima da atenção básica. Tenho acessado ao ESUS [prontuário eletrônico]. Então, consigo visualizar se a equipe já sabe se o paciente tem esse problema de saúde. Consigo saber se ele está fazendo o tratamento na unidade de saúde. [...] Tenho muito contato direto com as equipes. Ligo, falo no whats. Temos esse compartilhamento do usuário. Ele é meu, mas é deles. Ele é deles, mas é meu também. [...] Não é porque ele vem aqui que ele deixa de ser de vocês. Eles moram no território, ele é de vocês, ele é meu, ele é nosso. Isso já tem arraigado. A equipe já trabalha com isso o tempo inteiro e nós reforçamos isso muito. Temos esse link muito próximo e mesmo assim, tem vezes que não conseguimos. Tem equipes e equipes. Mas a grande maioria consegue compartilhar o usuário bem tranquilo. Às vezes o paciente é nosso e faz o tratamento na unidade. Existe esse compartilhamento” (APS3 75).

O reconhecimento pelos serviços de Atenção Secundária da importância e do papel da APS na coordenação do cuidado constitui cerne para a integração da rede. Além disso, essa percepção na perspectiva dos serviços da Atenção Secundária traduz a relação harmônica entre os níveis de atenção (ALMEIDA, GIOVANELLI, NUNAN, 2010; ALMEIDA et al, 2010).

O itinerário do cuidado nos pontos de atenção à saúde

O ponto de atenção secundário segue a forma convencional de operação em centro ambulatorial de especialidades médicas, onde chega-se por uma referência realizada via sistemas de informação regulado por uma central acionada por uma equipe, no caso a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) ou impressa, ambas pela APS, muitas vezes sem a história pregressa da pessoa.

“Quando muito vem o nome. Como trabalhamos com o matriciamento, estamos sempre trabalhando com isso, mas ainda acontece de alguns profissionais terem que voltar para completar o que falta [no encaminhamento]”(APS3 80).

Dificuldade assemelham-se aos relatos de outras capitais brasileiras, onde o percentual variou de 5 a 11,5 o número de profissionais médicos que receberam contrarreferência (ALMEIDA, GIOVANELLI, NUNAN, 2010).

Os serviços que prestam apoio diagnóstico e terapêutico estão localizados na mesma estrutura física que os serviços da atenção especializada, a exceção do EESMA que localiza-se no Distrito Glória. Essa aproximação permite uma comunicação mais fluida entre os serviços.

“Eu tenho um caminho direto com a radiologia do PACS [Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul]. Tenho acesso ao sistema, cadastro o paciente que queremos o raio-x. O paciente desce, faz o raio-x e sobe. Às vezes já sobe com o laudo. Se o radiologista não está lá, podemos acessar o laudo posteriormente. [...] O nosso laboratório também, funciona super bem. Mando whats para a biomédica, ‘estou mandando paciente sem documento, é morador de rua’ e já resolvem [...]” (APS3 75).

A comunicação na rede

Entre os principais sistemas logísticos de uma RAS, o prontuário clínico ESUS-PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão - utilizado nas unidades de saúde da APS, não tem acesso compartilhado com os serviços de saúde da atenção especializada, interrompendo o fluxo de informações ao longo dos pontos de atenção e sistemas de apoio. A comunicação efetiva-se por diferentes modalidades de trocas e interações, que se constitui por meio das relações entre os próprios profissionais dos serviços, as redes quentes.

“[...] Eu consigo olhar o ESUS e [o sistema de registro] no PACS. Se o paciente passou e foi diagnosticado no PACS com o problema de saúde, tenho como olhar e saber. Faço o meio de campo para Atenção Básica, às vezes a Atenção Básica está lá com o paciente, precisando de um exame “raio-x” e não consegue porque não tem documento. Como temos esse link com as unidades de saúde, principalmente os nossos da gerência, me passam o nome e mandou vir aqui primeiro. Faço essa interlocução com o laboratório. A minha rede eu fui criando” (APS3 75).

A governança da rede

Segundo relato dos profissionais, o ponto de atenção às pessoas com transtornos mentais apresenta um sistema de governança articulado em encontros periódicos, que não acontece com os demais pontos de atenção.

“Temos a RAPS [Rede de Atenção Psicossocial]. É um espaço que se percebe bem como é a rede, como funciona. Os residentes participam, às vezes eles ficam impactados. Como as coisas trancam, coisas mínimas às vezes, percebem que não flui” (APS3 73).

A experiência do ensino

A experiência do estudante da residência foi destacada pelo profissional no desenvolvimento de uma ferramenta eletrônica que permitiu o gerenciamento das informações das pessoas usuárias daquele serviço de saúde, facilitando o processo de trabalho.

“Não estávamos conseguindo acompanhar se estava tendo adesão, quantas perdas, quantos paciente tínhamos de fato. Como não estávamos conseguindo acompanhar eles em relação ao tratamento, coleta de exames. Então, ano passado teve um residente que montou um programa de monitoramento perfeito, excelente, que vem melhorando e hoje nós usamos muito. Está funcionando [...]” (APS3 81).

Percebe-se não haver espaços de planejamento das atividades de ensino. Profissionais e estudantes aprendem no cotidiano dos serviços.

“Sempre fomos acostumados a receber acadêmicos, de repente vem o residente. Não sabíamos o que o residente fazia ou poderia fazer. Num setor que só cuida de um problema de saúde específico, recebemos uma bióloga, uma assistente social e uma biomédica. O que essa gente vai fazer? O que eu vou fazer com uma biomédica e uma bióloga aqui dentro. Então, isso também despertou na equipe e nelas [residente], tivemos que descobrir isso juntos. A equipe, no início, tratavam elas como se fossem acadêmicas. Precisei parar e dizer: “perai gente, elas são formadas, temos que ter outra visão da coisa”. Os primeiros momentos que recebemos os residentes, foram difíceis, bem tensos” (APS3 75).

As vivências do ensino no cotidiano têm produzido movimentos de desacomodação dos profissionais trabalhadores para que se estabeleça um modo de produzir conhecimento para os estudantes, constituindo-se também em produção de conhecimento para os profissionais.

“É isso, eles [estudantes] trazem um gás para equipe. Não consigo hoje trabalhar sem ter um estagiário, um residente, enfim, porque eles nos mobilizam. Não te deixa acomodado. Acho que o papel deles na equipe é super importante por isso, desacomoda. Temos que correr atrás para dar conta das necessidades deles, nossas, do usuário. Enfim, acho o papel deles importantíssimo (APS3 75).

“Acho que é bem isso, muitas vezes na na equipe tem essa questão forte da acomodação, está muitos anos naquela equipe, muitos anos trabalhando com aquelas questões. Algumas coisas acabam ficando mais automáticas. Enfim, muitas vezes algumas coisas mudam, a teoria muda também e às vezes tu acaba exercendo da mesma forma. Acho interessante dos acadêmicos, da residência, estar levando o novo, mostrando algumas questões. Poder somar” (APS3 68).

Tais achados acrescentam-se a dados que indicam que a Integração Ensino-Serviço contribui para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de práticas de saúde (CAMPOS, FORSTER, 20018; MARIN et al, 2014). No entanto, não identificou-se experiências que favoreça a problematização dos processos de trabalho. Também percebe-se descontinuidade entre teoria/prática (ou ensino/ trabalho).

“Recebemos tanto alunos da graduação, como também alunos da residência. Para eles no início é um choque, porque eles de certa forma conosco têm a visão do todo. A visão da realidade quando eles vêm de fora é diferente de quando chega aqui. As questões de território, as demandas e principalmente nas reuniões de equipe, das situações que surgem. No início, tem alguns [estudantes] que ficam naquela incerteza se vão continuar ou não, mas aí a gente senta e conversa com eles” (APS3 77).

A dificuldade se encontra na transmissão de um conceito pensado no “não contextualizado” e para se fazer emergir a compreensão necessária, é preciso “contextualizar o não contextualizado” (SCHWARTZ, 2005).

CONCLUSÃO

A Integração Ensino-Serviço é estratégia fundamental na formação para o SUS para promover mudanças do modelo de atenção à saúde e na formação profissional. Limitações são identificadas nos elementos constitutivos da rede, especialmente em relacionados ao sistema de referência e contrarreferência e a governança da atenção, que dificultam a continuidade do cuidado. A Integração Ensino-Serviço contribui para a ressignificação das práticas profissionais.

Espera-se que as informações apresentadas sejam disparadoras de processos de Educação Permanente em Saúde e possa servir de subsídio para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <<https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/49661/IDL-49661.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341762010.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

CAMPOS, M. A. F., FORSTER, A. C. Percepção e Avaliação dos Alunos do Curso de Medicina de uma Escola Médica Pública sobre a Importância do Estágio em Saúde da Família na sua Formação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/11.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo demográfico 2010** [online]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados.shtm>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

MARIN, M. J. S. et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Cienc Saude Colet.**, v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00967.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

SCHWARTZ, Y. Transmissão e ensino do mecânico ao pedagógico. **Pró-Posições**, v. 16, n. 3, p. 229-244, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/2336/48_artigos_schwartzzy.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

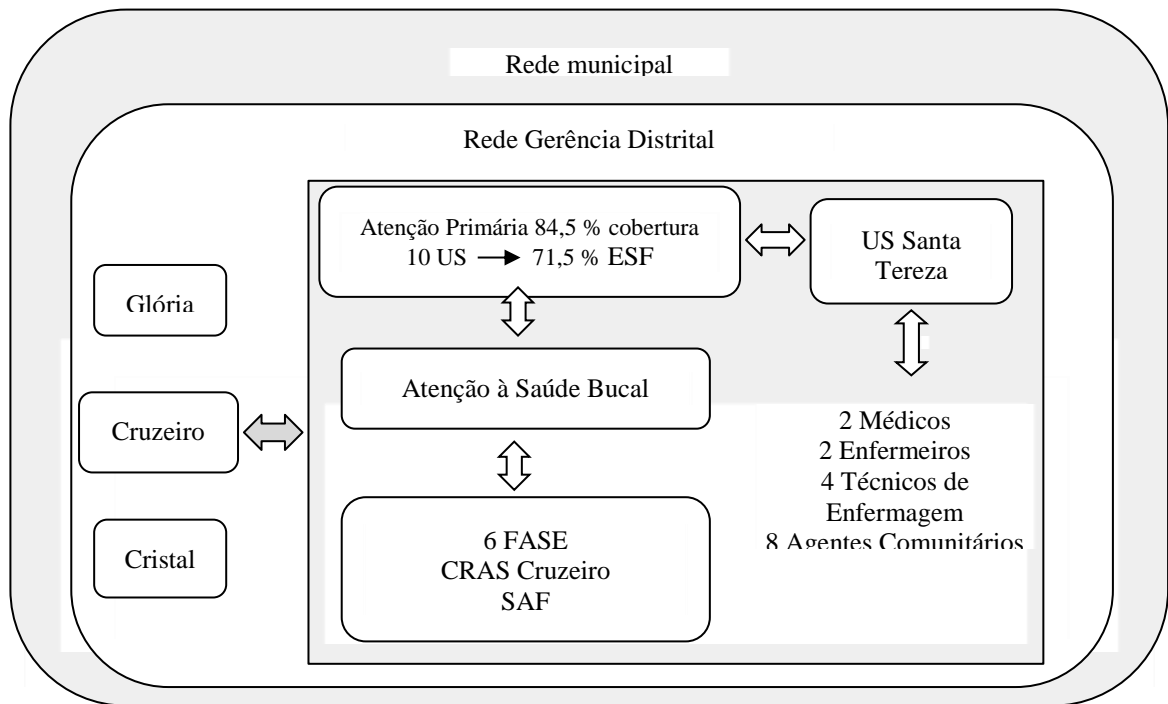
4.1.2.4 Rede de Atenção e Ensino na Unidade de Saúde Santa Tereza

APRESENTAÇÃO

O Boletim Informativo é um produto da pesquisa Integração Ensino-Serviço e o Desenvolvimento de Redes na Atenção Primária à Saúde desenvolvida para o mestrado profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Considerando o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2010, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, articulados entre si por uma ação cooperativa para ofertar atenção à saúde integral e contínua, coordenada pela Atenção Primária, coloca-se em evidência o profissional da saúde. Prioriza a autonomia dos profissionais na transformação dos processos de trabalho mais livres, porém interligados. Diante da mudança na organização dos serviços de saúde em rede e na atuação dos profissionais de saúde, a educação permanente se torna eixo norteador dos processos de avaliação (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A pesquisa objetivou compreender a contribuição das experiências da Integração Ensino-Serviço no desenvolvimento de redes de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram produzidos através da realização de um grupo focal realizado com 13 profissionais e 4 estudantes de graduação e da residência na Unidade de Saúde Santa Tereza no município de Porto Alegre/RS.

Figura 5 - Rede de Atenção à Saúde Unidade de Saúde Santa Tereza.



US - Unidade de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; FASE - Fundação de Assistência Sócio-Educativo; CRAS - Centro Regional da Assistência Social; SAF - Serviço de Atendimento Familiar; PACS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul.

A US Santa Tereza (Figura 5) é uma Estratégia de Saúde da Família com 2 equipes, responsável pela atenção à saúde de 4.331 habitantes (IBGE, 2010), de saúde bucal. O atendimento odontológico demandado pela população é referenciado para US Vila dos Comerciários. Em relação ao ensino, a unidade é espaço para formação para alunos provenientes da UFRGS (Quadro 6).

Quadro 6 - Ensino na Unidade de Saúde Santa Tereza.

UFRGS	Estágio Curricular Atenção Básica	Bacharelado em Enfermagem	9º semestre	418 horas
	Práticas Integradas I	14 cursos da área da saúde	1 ao 9º semestre	30 horas
	Introdução na Atenção Primária	Bacharelado em Medicina	1º semestre	15 horas
	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva			

Atenção Primária como coordenadora do cuidado

A equipe da US Santa Tereza tem claro seu papel como coordenadora do cuidado ao articular-se com outros pontos de atenção da rede, mantendo a responsabilidade pela atenção à saúde e o vínculo com a população.

“Atendemos o usuário na unidade de saúde, quando ele é atendido em um outro ponto da rede, quando precisamos de um apoio, entramos em contato com esse outro ponto da rede e esse ponto da rede nos mantém informado em relação ao usuário. Aquele usuário é atendido no outro ponto da rede e concomitantemente aqui na unidade de saúde. Quando, por exemplo, encaminhamos o usuário para a emergência ou não conseguimos conversar com esse usuário que está sendo encaminhado ou consegue falar com a família, sempre solicitamos que essa família ou esse usuário dê retorno em relação a sua saúde. Estávamos falando sobre isso a uns minutos atrás na reunião de equipe, da lógica de corresponsabilização. Nos responsabilizamos pelo cuidado do usuário, o usuário se responsabiliza pelo cuidado dele e assim trabalhamos nessa lógica de coordenação do cuidado” (APS4 91).

O itinerário do cuidado nos pontos de Atenção à Saúde

Considerando que qualquer mecanismo de coordenação dos cuidados seria incapaz de promover a oferta de atenção integral à saúde diante da indefinição de fluxos e ausência de informações (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; ALMEIDA et al, 2010). O sistema logístico apresenta fragilidades, dessa forma as informações transitam por linhas produzidas no cotidiano dos serviços, nesse caso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exercem papel fundamental.

“O que percebemos um pouco nesta troca de referência e contrarreferência. Às vezes recebemos um paciente com a referência, mas que a referência está muito incompleta, por exemplo, paciente foi internado por um “x” médico, encaminhado para tal especialista sem eu saber para quê e por quê. Nem o usuário sabe. Trazem uma nota de alta descrita “encaminhar para tal coisa”. Não posso inventar um encaminhamento. O que eu vou dizer? Não sei. O paciente esteve internado, teve água no pulmão? Alguma coisa assim. O familiar vem pedir um encaminhamento. Eu não sei, porque eles não escrevem nada. Na prática só o Instituto de Cardiologia [contrarreferência]. Agora mais recentemente com o ESUS [prontuário eletrônico] alguma coisa da equipe secundária, mas o percentual está muito baixo. Um dos que menos fazem contrarreferência é o Clínicas [Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA], praticamente nunca” (APS4 92).

“Nessa questão da comunicação do cuidado das instituições quando se precisa encaminhar para outros lugares, acho que o ACS tem um papel muito importante, justamente porque está na área, por conhecer a população a mais tempo. Muitas vezes ele que traz o retorno do que aconteceu com essa paciente, porque se depender da instituição não ficamos sabendo [...] (APS4 98).

A articulação do ensino no espaço do serviço permitiu pensar o mundo do trabalho a partir dos nós identificados naquele momento. No entanto, não é apenas a construção de dispositivos facilitadores, mas também de continuidade.

“No último PET-GraduaSUS [Programa de Educação pelo Trabalho], não de agora, mas no edital anterior, estávamos trabalhando com essa melhoria de referência e contrarreferência do HCPA [Hospital de Clínicas de Porto Alegre], da emergência para a unidade de saúde. Acho que acabou se perdendo. Os alunos estavam fazendo uma planilha, uma planilha de excel mesmo, filtrando quem eram os usuários de saúde da gerência para identificar qual foi o desfecho após atendimento na emergência. Acabou se perdendo. Existem esses projetos, as pessoas pensam nisso, observam que tem essa lacuna, mas não se dá seguimento. O edital termina e ninguém deu seguimento” (APS4 91).

O apoio ao processo de trabalho

A participação dos estudantes da residência possibilitou abrir linhas de fuga em que ele, o estudante, pode articular as redes quentes, mostrando seu potencial resolutivo em relação aos sistemas de apoio.

“Teve um dado momento, que comentei na reunião de coordenadores que a unidade não tinha cotas de exames laboratoriais para a Vila dos Comerciários [Centro de Saúde], para o Laboratório Central. Na ocasião, tinha uma biomédica que fazia residência aqui na unidade que nos auxiliou na contemplação dessas cotas para a unidade. Já tivemos esse auxílio, sim. Hoje temos 1000 cotas de exames laboratoriais para o Laboratório Central. Foi a rede quente. A gente conhece as pessoas e as pessoas nos ajudam” (APS4 91).

O modelo de atenção à saúde

O modelo assistencial preventivo e de promoção da saúde é realizado pelos profissionais, apesar de não ser reconhecida por alguns membros da equipe. As ações de saúde são encorajadas pela presença dos estudantes em serviço.

“Eu poderia dizer que estamos fazendo um pouco de tudo. Só que não temos os grupos específicos. Quando temos uma paciente com hipertensão e diabetes, não tem como não fazer um trabalho de prevenção e promoção. [...] Também temos percebido pela vulnerabilidade do paciente, muitos não tem boa vontade de fazer, parecem que estão querendo ficar neste tipo de condição para ter algum benefício e tem outros grupos que parecem ter vontade, manifesta uma vontade, mas não tem feito nada para isto. [...] Não acho que a gente está perdendo na questão de promoção e prevenção. [...] Temos trabalhado tanto. Estamos trabalhando todos os outros, de uma forma não tão formal, mas não acho que se perdeu tanto. Sempre que tem alunos aqui, vejo que eles sempre agregam nossa produtividade. Às vezes tinha passado na nossa cabeça, mas não tínhamos a oportunidade, ou faltava mão para levar esse tipo de coisa adiante. Sempre agregam valores” (APS4 92).

CONCLUSÃO

A Integração Ensino-Serviço é estratégia fundamental na formação para o SUS para promover mudanças do modelo de atenção à saúde e na formação profissional. Limitações são identificadas nos elementos constitutivos da rede, especialmente relacionados ao sistema de referência e contrarreferência e ao sistema de apoio. A Integração Ensino-Serviço foi responsável pela produção de linhas informais, contribuindo no protagonismo da APS na coordenação do cuidado.

Espera-se que as informações apresentadas sejam disparadoras de processos de Educação Permanente em Saúde e possa servir de subsídio para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <<https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/49661/IDL-49661.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341762010.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo demográfico 2010** [online]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados.shtm>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões geradas durante o percurso formativo do Mestrado, possibilitaram o debate de normas, valores e sentidos para a ressignificação da minha prática, enquanto trabalhadora e preceptora na Atenção Primária de Porto Alegre.

Reconhecer as potencialidades e desafios na formação para o SUS é indispensável para promover mudanças do modelo de atenção à saúde e na formação profissional. As práticas de ensino analisadas indicam manutenção de uma Rede de APS fragmentada, no entanto a inserção do ensino na rede tem mobilizado saberes de trabalhadores e estudantes para o agir em competência em Redes de APS.

Percebo que o desenvolvimento do estudo permitiu a aproximação de trabalhadores e estudantes com a temática de Redes e reflexão dos processos de trabalho dos serviços de saúde desenvolvidas na Rede de APS do distrito estudado. As reflexões permitiram identificar de que forma as atividades de ensino estão sendo planejadas e realizadas. A Interação Ensino-Serviço é muito mais complexa do que se consegue desenvolver nos resultados do estudo. Espera-se com o estudo fornecer subsídios que colaboram para o fortalecimento da integração e ensejar discussões para qualificação dos processos de ensino como ferramenta de gestão da Rede de APS estudada.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em unidades docentes assistenciais na atenção básica. **Saúde Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 753-767, jul./set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0753.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v. 32, n. 3, p. 336-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <<https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/49661/IDL-49661.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341762010.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2017.

AMARAL, C. E. M., BOSI, M. L. M. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Rev. Saúde Pública**, 50:51, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126619>>. Acesso em: 20 set. 2017.

ANDRADE, S. R. et al. Cooperação e relacionamento entre instituições de ensino e serviço de saúde: o Pró-Saúde Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 160-166, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00160.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ARRUDA, M. P. et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores de saúde. **Rev. Bras. Educação Médica**, n. 32, v. 4, p. 518-542, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a15.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2018.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** Tese (Doutorado em Clínica Médica). Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2010, 234 f. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/teses-e-dissertacoes/tese-o-apoio-matricial-rizomatico-e-a-producao-de-coletivos-na-gestao-municipal-em-saude/view>>. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entre na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.654 de 19 de julho de 2011.** Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2017.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

_____. _____. _____. **Resolução n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

_____. _____. _____. **Resolução n.º 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 02 set. 2018.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 1, p. 119-126, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033335015.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação Interprofissional no programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 817-829, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180142195013.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 259-278, 2004. Acesso em: 04 nov. 2017. Disponível em <<http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Equipe%20de%20Sa%FAde%20Cecim.pdf>>.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

COLLICELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 6, nov.-dez., p. 932-937, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019596022.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

CONCEIÇÃO, M. R. et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). **Interface** (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 845-855, 2015. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/icse/2015.v19suppl1/845-855/pt>>. Acesso em: 17 set. 2017.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 13-25, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/bts/273/boltbec273b.htm>>. Acesso em: 06 set. 2018

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo Revista do NESME**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 113-219, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n2/v2n6a07.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174 p. Disponível em: <<http://lfc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Livro%20%20laura%20feuerwerker-%202014.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FLORES, L. M. et al. Avaliação do programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde/ Vigilância em saúde pelos seus atores. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 923-930, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0923.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2019.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987, p. 254.

GOULET, L. et al. **Évaluation dun système de gestion de la continuité des soins**. Groupe de Recherche Interdisciplinaire em Santé. Secteur Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal. 2006. Disponível em: <<http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/GRIS/2921954931.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

HOLBROOK, W. P. et al. Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care: including care for underserved areas. **European Journal of Dental Education**, Copenhagen, v. 1, n. 12, p. 161-166, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18289278>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo demográfico 2010** [online]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados.shtm>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

INFOCAPS. **Boletim Informativo do CAPES**. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, v. 5, n. 2, Brasília: CAPES, 1997.

KRIEGEL, J. et al. Primary health care in osterreich – Tu felix Austria nube – Konzept der vernetzung in der primären gesundheitsversorgung von oberösterreich. **Wien. Med. Wochenschr**, v. 167, n. 13-14, p. 293-305, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-016-0531-5>>. Acesso em: 02 nov. 2017

LAPÃO, L. V. The role of complexity dynamics in the innovation process within the new primary-care governance model in portugal. **The Innovation Journal**, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <https://www.innovation.cc/scholarly-style/lapao1dec2008jag8rev_v13i8.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

LORANT, V.; NAZROO, J.; NICAISE, P. Optimal network for patients with severe mental illness: a social network analysis. **Adm. Policy Ment Health**, p. 877-887, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28341927>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

MARX, K. **O capital**. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 23 abr. 2017.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. (Dissertação) São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1979. 209 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPO, C. R. et al (Org.). **O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Trabalho em saúde. In: EPSJV. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, 308 p. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 47, p. 859-871, out./dez., 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop4513.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. diretrizes curriculares na saúde e as mudanças no modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n 3, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/vanessa.martino/Downloads/811-1678-2-PB.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional em saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas: UEP, 1998. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Marina_Peduzzi/publication/47868233_Equipe_multiprofissional_de_saude_a_interface_entre_trabalho_e_interacao/links/5780461b08ae01f736e4a569/Equipe-multiprofissional-de-saude-a-interface-entre-trabalho-e-interacao.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 17, n. 2, mar./abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_05.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PERUZZO, C. M. K. Aproximações entre a comunicação popular e comunitária e a imprensa alternativa no Brasil na era do ciberespaço. **Revista Galáxia**, São Paulo, n. 17, p. 131-146, 2009.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção ao Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112. Disponível em: <https://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/outros/artigo_roseni1.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

PERRENOUD, P. Construir competências é virar as costas aos saberes? **Pátio. Rev Pedagógica**. v. 11, p 15-19, 1999. Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/29108-29126-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

PINTO, A. C. M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o programa de educação pelo trabalho para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2201-13, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/04.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

RAMOS, M. N. **A Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001. 320 p.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educ. Saúde**, Campinas, v. 23, n. 80, set., p. 401-422, 2002. Disponível em: <escoladegestores.mec.gov.br/site/8-biblioteca/pdf/mn_ramos.pdf>. Acesso em: 09 out. 2018.

RODRIGUES, A. M. M. et al. Preceptorial na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, jun., p. 106-112, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43946/29936>>. Acesso em: 27 out. 2017.

ROSCHKE, M. A. **Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de saúde**. Tradução livre do original publicado no livro de EPS de Honduras. OPAS/OMS: Honduras, 1997. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/aprendizagemeconhecimentosignificativonosservicosdesaude.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.** [online], v. 19, n. 65, dec., 1998. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2018.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) **Trabalho e ergologia** : conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 309 p.

SES. Secretaria Estadual da Saúde. Redes de Serviços de Saúde [online]. s.d. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/rede>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SMS. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Locais de Atendimento**. 2017. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=843>. Acesso em: 09 set. 2017.

_____. _____. _____. **Relatório de Gestão 3º Quadrimestre 2017**. 2017a. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao3quadrimestre2017.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

_____. _____. _____. **Relatório de Gestão 2º Quadrimestre 2018**. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rg_2quadrimestre2018_sitesms_03out18.pdf>C:\Users\Vanessa\Documents\PPG Ensino na Saúde\DISSERTAÇÃO\VERSÃO FINAL\<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao3quadrimestre2017.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

SORDI, M. R. L. et al. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 19, supl. 1, p. 731-742, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0731.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

VASCONCELOS, A. C. F., STEDEFELDT, E., FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais os profissionais da saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 56, p. 147-58, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1801/180142937013.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

WARMLING, C. M. et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 63-70, 2011. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/66/66>>. Acesso em: 03 set. 2018.

_____. et al. O Agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 1-16, 2015. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/142/131>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

WEBER, S. M. The Intrapreneur and the mother: strategies of fostering and developing the entrepreneur of the self in organizational development and affirmative action. In: PETERS, M. A. et al. **Why Foucault?**: new directions in educational research. New York: Peter Lang, Counterpoints, v. 292. 2007.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/2018

Grupo Focal:

Questionário:

Orientação:

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
1. Graduação:	Nome do curso:
	Ano de conclusão:
2. Especialização	Nome do curso:
	() Concluído () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
3. Residência	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
4. Mestrado	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
5. Doutorado	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
6. Outros cursos	Nome do curso:
	() Concluído. () Não concluído. () Em andamento. () Não se aplica.
7. 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 2 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GRUPO FOCAL: RELAÇÕES INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE E ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa 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 não se apresse em decidir. Se você concordar em participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa. Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio.

Eu _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa “**Integração Ensino-serviço e o Desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde em um Distrito de Saúde de Porto Alegre/RS**” e, conforme segue:

1. Fui informado(a), de forma clara e objetiva, que a pesquisa anteriormente citada possui o objetivo de Analisar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração Ensino-Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. 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);
2. Sei que a minha participação é voluntária e que a não participação ou desistência não resultará em nenhum prejuízo para mim ou para minha equipe de trabalho;
3. Fui esclarecido(a) de que minha participação na pesquisa é isenta de despesas;
4. Sei que nesta pesquisa serão realizadas entrevistas em grupo com a equipe de saúde e questionário individual de identificação para coleta de informações. Tenho conhecimento que os grupos serão realizados com meus colegas de equipe de saúde no próprio ambiente onde trabalho. Fui informado que as entrevistas em grupo s serão filmadas, gravadas e terão a duração aproximada de 1h (uma hora);
5. Fui esclarecido(a) sobre a possibilidade de desconforto psicológico (timidez, ansiedade, entre outros) pela participação na discussão do grupo focal em equipe e, caso julgue necessário, posso me manifestar a respeito a qualquer momento, e até mesmo informar minha desistência;
6. Fui informado(a) que este estudo poderá resultar em benefícios, mesmo que indiretamente a mim, tais como, avanço da compreensão científica do processo de trabalho em equipes de saúde e auxiliar no desenvolvimento de ações para aprimoramento do trabalho em equipe. Sei que os resultados poderão ser divulgados e repassados à sociedade de maneira científica, como artigos publicáveis, capacitações, apresentações em eventos científicos, materiais de apoio, entre

outros, e que minha identidade será mantida em sigilo;

7. Tenho conhecimento que as informações produzidas serão analisadas por meio de programas computadorizados. As gravações e filmagens dos grupos focais serão transcritas para texto e estes materiais serão estudados por profissionais submetidos às normas de sigilo e ética, não comprometendo minha privacidade e garantindo meu anonimato;

8. Tenho conhecimento de que esta pesquisa está 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 à pesquisadora pelos respectivos telefones (51) 996738048, (51) 991994058 e (51) 991157777 ou e-mails vanessanmartino@hotmail.com, crismwarm@gmail.com e fabianaspire@gmail.com;

9. Caso sinta necessidade, posso também solicitar informações ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 3308 3738 ou no Comitê de Ética em Pesquisa SMS, telefone (51) 3289 5517 – e-mail cep_sms@hotmail.com.br e cepsms@sms.prefpoa.com.br;

10. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS e Comitê de Ética em Pesquisa SMS/POA com o número na Plataforma Brasil 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, de de 2018.

Abaixo assinam:

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

ANEXO 1 - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79778217.8.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.644.589

Apresentação do Projeto:

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

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 2.644.589

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

Objetivo da Pesquisa:

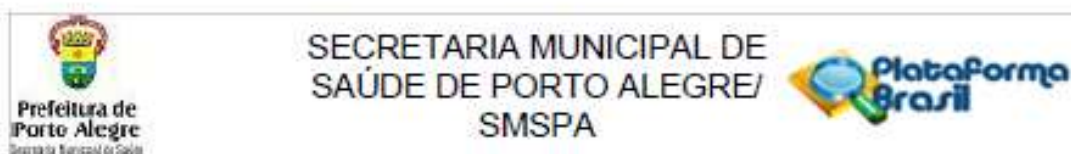
OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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



Continuação do Parecer: 2.644.580

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores da pesquisa:

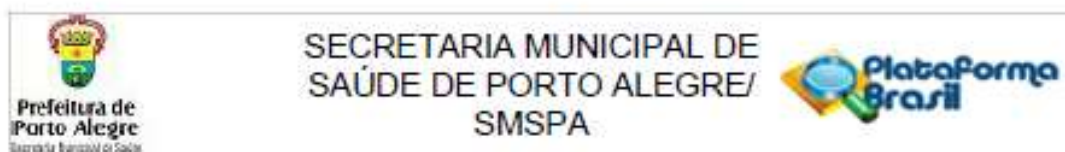
Riscos:

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

Benefícios:

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

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



Continuação do Parecer: 2.644.589

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Cristine Maria Warmling

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

Tipo de estudo: mestrado profissional

Instituição Proponente: UFRGS

Local de realização: o: Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária

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

Número de Participantes: 320

TCLE: sim

Data de término do estudo: 05/10/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios solicitados pelo CEP SMSPA estão presentes.

Recomendações:

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

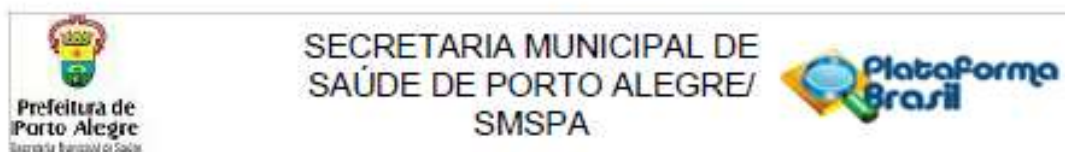
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética não foram verificadas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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



Continuação do Parecer: 2.644.589

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Cristine Maria Warmling

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

Tipo de estudo: mestrado profissional

Instituição Proponente: UFRGS

Local de realização: o: Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária

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

Número de Participantes: 320

TCLE: sim

Data de término do estudo: 05/10/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios solicitados pelo CEP SMSPA estão presentes.

Recomendações:

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

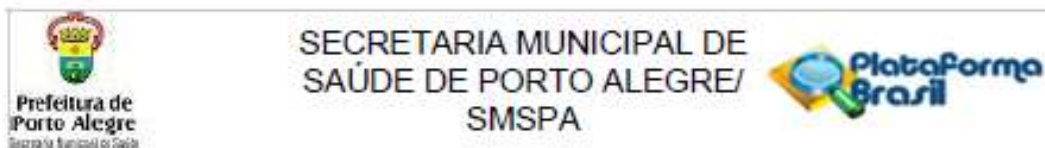
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética não foram verificadas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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



Continuação do Processo: 2.644.589

PORTO ALEGRE, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

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