

ORGANIZADORAS

Cristine Maria Warmling | Fabiana Schneider Pires



REDES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE BUCAL

ANÁLISES SOBRE CUIDADO, GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R314

Redes de integração ensino-saúde bucal: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho / Organizadoras Cristine Maria Warmling, Fabiana Schneider Pires. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-768-6

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.97686

1. Medicina e saúde. 2. Odontologia. 3. Educação. I. Warmling, Cristine Maria (Organizadora). II. Pires, Fabiana Schneider (Organizadora). III. Título.

CDD 610

Índice para catálogo sistemático:

I. Medicina e saúde.

Jéssica Oliveira – Bibliotecária – CRB-034/2023

4

*Caroline Konzgen Barwaldt
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA REGIÃO NORTE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

INTRODUÇÃO

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

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

A trajetória da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é marcada pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada pelo Ministério da Saúde, em 2003 (BRASIL, 2004). A PNSB possui o objetivo central de reorientar o modelo de atenção em saúde bucal. Assumiu o compromisso de qualificação da APS, e instituiu diretrizes programáticas para ampliar o acesso aos serviços odontológicos e qualificar o cuidado acolhedor, integral e centrado nas necessidades das pessoas (SCHERER; SCHERER, 2015). A implantação das equipes de saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família (ESF), e a ampliação e qualificação da atenção especializada (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) foram suas principais linhas de ação (BRASIL, 2004). A inclusão do cirurgião-dentista na ESF qualificou a integralidade das

S U M Á R I O



SUMÁRIO

práticas de saúde. Entretanto, são observadas limitações no perfil do cirurgião-dentista, que permanece centrado na lógica de trabalho liberal privatista (SCHERER; SCHERER, 2015; ZILBOVICIUS, 2011; WARMLING, 2017). Para a atuação profissional em redes, a competência profissional biomédica é tão importante quanto a capacidade de trabalho em equipe, o desenvolvimento do pensamento crítico e de qualidades humanistas (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011; MOYSÉS, 2003).

Os desafios impostos para redes de saúde no SUS impõem mudanças nos modelos de formação, bem como investimentos nos processos de educação permanente dos profissionais (LEÃO; CALDEIRA, 2011). Para o fortalecimento das RAS, o espaço de trabalho deve ser de aprendizagem constante, inovação, comunicação e humanização. Propostas de EPS, que implicam no trabalho articulado entre serviços de saúde e instituições formadoras, atuam também como uma estratégia de governança da RAS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; LEMOS, 2016).

A reestruturação dos currículos nos cursos da saúde tem proposto que a formação seja exercida no trabalho vivo (MERHY, 2014), aperfeiçoando competências profissionais para a intervenção nos problemas de saúde (TOASSI *et al.*, 2013). O conceito de competência emerge como eixo central para organizar o ensino odontológico (LIMA, 2005; WARMLING *et al.*, 2015). A competência remete àquilo que a pessoa coloca em ação, em uma situação inusitada de trabalho, não se restringindo apenas à execução do que é protocolar e prescrito. O “agir em competência” supera as dificuldades inerentes ao processo de trabalho (SCHWARTZ, 2007, p. 2009).

O termo Integração Ensino-Serviço pode ser compreendido como uma experiência de aprendizado estruturado que combina serviço comunitário com preparação e reflexão. Ou seja, os estudantes ofertam trabalho à comunidade na medida em que aprendem sobre o contexto em que esses serviços são ofertados (WARMLING *et al.*, 2015). A Integração Ensino-Serviço é uma ação estratégica para integrar os modelos de formação, aos de EPS e de gestão (ELLERY; BOSI;

SUMÁRIO

LOIOLA, 2013; GARBIN *et al.*, 2006). As reformas curriculares no ensino da odontologia priorizam a Integração Ensino-Serviço, e estudos têm demonstrado experiências exitosas (BULGARELLI *et al.*, 2014; MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011; WARMLING *et al.*, 2011; 2015). A participação dos cursos de odontologia, na consolidação do SUS, possui o desafio de integrar o papel da prestação de ações/serviços com a formação profissional nas RAS (MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011).

Este capítulo apresenta avanços nas experiências da Integração Ensino-Serviço na saúde bucal, que vêm ocorrendo no município de Porto Alegre/RS. Trazemos reflexões sobre como a Integração Ensino-Serviço apoia a RASB, quais as tecnologias ou estratégias que promovem articulações entre ensino e o serviço e como a Integração Ensino-Serviço provoca ações de EPS e mudanças no agir dos profissionais. As falas e análises trazidas, neste capítulo, são resultados da pesquisa (BARWALDT, 2019) integrante do Projeto Universal “Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde do Sistema Único de Saúde”, que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq, nº 01/2016 (termo de concessão nº 42430/2016-3).

Redes de Atenção à Saúde Bucal como produtoras do Cuidado

A fragmentação da atenção em saúde tem sido apontada como responsável pela baixa qualidade e dificuldade de acesso. Para o sistema de saúde ser integral, é preciso que os serviços atuem no cuidado por meio de redes assistenciais, em uma gestão responsável pelos recursos coletivos, e que responda às necessidades de saúde da população (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). As RAS constituem-se como um modelo potencial para a ruptura da fragmentação do cuidado. São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si com missão e objetivos comuns,

SUMÁRIO

ação cooperativa e interdependente. Coordenadas pela APS, se prestadas no tempo certo, com qualidade, de forma humanizada e com responsabilidade econômica, permitem prestar uma atenção contínua e integral à população. As RAS constituem-se de três dimensões fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

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

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

A subjetividade, sempre presente nas relações entre os serviços componentes das RAS, produz valores e protagonismos que afetam suas conexões. Em uma concepção ampliada, são dimensões

SUMÁRIO

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

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

SUMÁRIO

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

A Integração Ensino-Serviço como Estratégia de Formação na Saúde

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

SUMÁRIO

Um acontecimento na história social do ensino na saúde foi a emergência do modelo flexneriano, consolidado pelo Relatório Flexner, publicado em 1910, que normatizou o ensino médico-odontológico em uma concepção mecanicista, com a redução da doença à dimensão biológica. A ênfase nas disciplinas do modelo biomédico gerou uma prática de alto custo, de baixa cobertura e com pouco impacto epidemiológico (MOYSÉS, 2003). Uma série de iniciativas voltou à atenção do mundo sobre o futuro da educação dos profissionais de saúde. As recomendações das reformas curriculares enfatizaram a centralização nas necessidades dos usuários e população, em um currículo baseado em competências, na educação interprofissional, no trabalho em equipe e nas habilidades de liderança em políticas e gerenciamento (FRENK *et al.*, 2010).

Com o objetivo de formar profissionais capazes de atuar na RAS, o Ministério da Saúde propôs iniciativas incentivando a integração entre as instituições de Ensino Superior e os serviços do SUS. Dentre elas, podem ser destacados: o Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRO-Saúde), o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), a ampliação das Residências Multiprofissionais, o Telessaúde, a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), dentre outros (GOMES *et al.*, 2016). O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é uma política recente, implementada com o objetivo de garantir que os estabelecimentos de saúde se tornem cenários de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde. Os contratos estabelecem atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da Integração Ensino-Serviço (BRASIL, 2015). O ideal é que produtos da integração gerem relações dialógicas em que os envolvidos se beneficiem: o estudante com uma formação contextualizada na realidade, o profissional de saúde pela possibilidade de se atualizar e a comunidade por receber uma atenção diferenciada (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

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

Educação Permanente em Saúde: desenvolvendo competências para o trabalho em redes

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

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

SUMÁRIO

(MERHY *et al.*, 2006). Para se alcançar os objetivos da EPS, aposta-se na articulação entre ensino, atenção, gestão e controle social, o quadrilátero da atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

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

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

O agir em competência se compõe de ingredientes que cada profissional lança mão ao trabalhar. O primeiro ingrediente é relativo

SUMÁRIO

ao domínio de protocolos, visto que é necessário certo domínio do conhecimento técnico adquirido previamente para que um profissional possa agir com competência. O segundo ingrediente diz respeito ao conhecimento da realidade, a capacidade de se deixar impregnar pela dimensão singular e histórica em cada situação de trabalho. O terceiro refere-se à capacidade de pôr em sinergia os dois primeiros ingredientes, ou seja, articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho. O quarto ingrediente trata do debate de valores e normas, as impostas e as instituídas na atividade. É possível que o trabalhador transforme o meio de trabalho em parte do seu meio. O quinto ingrediente é a ativação do potencial do trabalhador, pois, a partir do momento em que o meio tem valor para o profissional, todos os ingredientes podem ser potencializados. O sexto e último ingrediente corresponde ao denominado de entidades coletivas relativamente pertinentes, ou a capacidade do trabalho em equipe. Existe uma dimensão coletiva de toda atividade individual de trabalho, já que o coletivo autoriza e torna possível a atividade de cada membro da equipe (SCHWARTZ, 2007).

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

A aproximação do ensino aos serviços e a produção de ações de EPS permitem o desenvolvimento de competências para a produção de práticas inovadoras que a atuação em redes exige. Entretanto, observa-se fragilidade de uso da EPS enquanto tecnologia que amplia competências dos profissionais de saúde bucal. As atividades de qualificação profissional não são delineadas para produzir protagonismo na reorganização dos processos de trabalho, muito menos para atender às necessidades de saúde bucal da população, evidenciando-se a necessidade de aproximação entre a gestão, assistência, ensino e controle social (ROCHA, 2016).

S U M Á R I O

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e de abordagem qualitativa (YIN, 2010). O estudo contou com 137 participantes: trabalhadores, gestores, usuários, estagiários, residentes e docentes de odontologia.

Para a produção dos dados, entre os meses de março a julho de 2018, o estudo obteve a participação de 137 pessoas – trabalhadores, gestores, usuários, estagiários, residentes e docentes de odontologia. Para a elaboração da pesquisa, foram realizados dez grupos focais. Os grupos tiveram duração de aproximadamente uma hora, foram coordenados pela pesquisadora e contaram com um relator. Todos foram gravados, filmados e posteriormente transcritos para análise. A condução dos grupos foi apoiada por um roteiro de pesquisa elaborado, considerando-se as dimensões das RAS propostas por Mendes (2011) - população, APS, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde (Quadro 1 – Capítulo 1). Optou-se pela utilização de grupos focais por ser uma técnica que permite um diálogo em profundidade, com maior nível de trocas entre os participantes. Através dos grupos focais, foi possível

SUMÁRIO

compreender como são construídas as percepções e práticas cotidianas acerca de um determinado fenômeno, privilegiando a observação, o registro de experiências e reações dos indivíduos participantes.

Os grupos tiveram as seguintes caracterizações metodológicas:

Grupo Focal Tipo 1 (GF1): RASB de Porto Alegre: foram realizados quatro grupos focais, durante as reuniões administrativas mensais de saúde bucal, em quatro gerências distritais do município: Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas (NHNI), Partenon-Lomba do Pinheiro (PLP), Leste-Nordeste (LENO), Norte Eixo-Baltazar (NEB). Os grupos foram realizados entre os meses de março e abril de 2018, com, em média, dez participantes (cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde e Centro de Especialidades Odontológicas (CD APS e CD CEO), gestores, técnicos em saúde bucal (TSB), auxiliares de saúde bucal (ASB), estudantes e usuários) (Tabela 1).

Grupo Focal Tipo 2 (GF2): RASB de Porto Alegre: foram realizados quatro grupos focais, com média de vinte participantes, também durante as reuniões administrativas mensais de saúde bucal nas gerências distritais, entre os meses de março e abril de 2018 (Tabela 1).

Grupo Focal Tipo 3: Docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): realizado em junho de 2018, no Departamento de Odontologia Preventiva e Social, com seis docentes de saúde coletiva do curso de odontologia.

Grupo Focal Tipo 4: Oficina do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: realizado durante a oficina "Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde Bucal do SUS", oferecida no Pré-Congresso do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), em julho de 2018, no Rio de Janeiro. Composto por oito docentes de saúde coletiva de cursos de odontologia (Fundação Universidade de Blumenau, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Piauí, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Feira de Santana).

Os dados foram analisados com base nos fundamentos da análise textual do discurso (MORAES; GALIAZZI, 2006). Apoiou-se no referencial teórico de Schwartz (2007) sobre o conceito de agir em competência, relacionando-o com os elementos constitutivos de Mendes (2011) e as dimensões avaliativas subjetivas de Amaral & Bosi (2017) da RAS.

A pesquisa foi inscrita na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (sistema CEP/CONEP), através de cadastro na Plataforma Brasil (CAAE:79778217.8.3001.5338), e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A GERÊNCIA NOROESTE-HUMAITÁ- NAVEGANTES-ILHAS (NHNI)

Território e População

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

SUMÁRIO



SUMÁRIO

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

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

O referenciamento, para outros pontos de atenção da rede, ocorre através dos sistemas informatizados: o GERCON e o SISREG. Os encaminhamentos são norteados pelo uso de protocolos do município, que foram elaborados com o apoio de processos de Integração Ensino-Serviço. O uso de protocolos auxilia na organização do itinerário do cuidado, mas possui critérios por vezes rígidos ou distantes da realidade dos serviços da APS.

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

O Centro de Especialidades Odontológicas

O CEO é um serviço da Rede de Saúde Bucal que prioriza e organiza a atenção a partir do procedimento especializado. A presença de estagiários pode diminuir a produtividade de procedimentos clínicos e, com isso, causar impactos negativos na meta de avaliação.

SUMÁRIO

A comunicação da rede

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

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

Governança e Modelo de Atenção à Saúde

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

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

A GERÊNCIA PARTENON-LOMBA DO PINHEIRO PLP

Território e População

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

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

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

A coordenação do cuidado foi citada como um motivo de preocupação dos residentes e profissionais, que percebem os residentes e estagiários como responsáveis pelo itinerário do cuidado, sem que, muitas vezes, as equipes se apropriem desse processo. O fato de os residentes serem vistos pelas equipes como mão-de-obra preocupa, e acaba dificultando a efetivação da integração ensino-serviço.

S U M Á R I O

Fato esse que é evidenciado pela fala de uma usuária, que vê nos residentes uma forma de assistência importante na rede de saúde.

A comunicação da rede

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

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

Governança e o modelo de atenção à saúde

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

SUMÁRIO

A GERÊNCIA LESTE-NORDESTE LENO

Território e População

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

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

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

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

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

A comunicação da rede

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

SUMÁRIO

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

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

Governança e modelo de atenção à saúde

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

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

A GERÊNCIA NORTE EIXO-BALTAZAR NEB

Território e População

Território e populações com perfis distintos caracterizam a gerência NEB. A maioria das unidades refere áreas de invasão em seus

SUMÁRIO

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

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

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

A comunicação da rede

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

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

SUMÁRIO

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

Governança e o modelo de atenção à saúde

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

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

Ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e discussões de casos clínicos podem ser identificadas nas equipes e nos espaços de reuniões distritais, sendo essas últimas citadas uma importante ferramenta de aproximação da APS ao CEO. A presença do ensino nos serviços mostra-se como potente para ações de EPS.

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA VISÃO DE DOCENTES

Território e população

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

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

Coordenação do cuidado nos itinerários terapêuticos

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

A necessidade de formação de trabalhadores qualificados, para atuarem em campos da Atenção Primária à Saúde, faz com que os estágios estejam centralizados nesses serviços. Tendo em vista a

S U M Á R I O

realização exclusiva de atendimentos especializados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a inserção de estágios de graduação nesses serviços não é considerada prioritária.

Governança, controle social e o papel do preceptor

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

BARWALDT, C. K. A integração ensino-serviço na composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região norte do município de Porto Alegre/RS humanização **Trabalho de Conclusão de Curso** apresentado ao Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Orientadora: Cristine Maria Warmling, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/196679> Acesso em: 11 jun. 2023.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.966, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, 2ª série – n. 45, pp. 8174-8175, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1966_20_08_2007.html. Acesso em: 03 jan. 2019.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUMÁRIO

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

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

GARBIN, C. A. S. *et al.* O papel das Universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Revista da ABENO**, v. 1, p. 6–10, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUMÁRIO

MERHY, E. E. *et al.* Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, v. 22, p. 147–160, 2006.

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

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

MORAES R.; GALIAZZI M. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Cienc & Educ**, v. 12, n. 1, p. 117–128, 2006

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

NASCIMENTO, C. F. do *et al.* O modelo organizacional em rede e a educação permanente em saúde. *In*: Cristine Maria Warmling; Luciana Marques; Roger dos Santos Rosa (organizadores). **O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas**. Editora Prismas, Curitiba, p. 51-66, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/240689> Acesso em 11 jun 2023.

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

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

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

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

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

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

SUMÁRIO

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

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

SCHWARTZ, Y. **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2ª ed. Niterói, Editora EdUFF, 2010.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão, 2º quadrimestre**, 2017.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018.

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

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

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

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

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

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

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