

ORGANIZADORAS

Cristine Maria Warmling | Fabiana Schneider Pires



REDES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE BUCAL

ANÁLISES SOBRE CUIDADO, GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO

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

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2023 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2023 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Biegging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Biegging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Bianca Biegging
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Editoração eletrônica	Andressa Karina Voltolini Potira Manoela de Moraes
Bibliotecária	Jéssica Castro Alves de Oliveira
Imagens da capa	Harryarts, Freepik - Freepik.com
Tipografias	Swiss 721, Acumin
Revisão	Bruna Canteto
Organizadores	Cristine Maria Warmling Fabiana Schneider Pires

PIMENTA CULTURAL
São Paulo · SP
Telefone: +55 (11) 96766 2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt
Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosângela Colares Lavand
Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadette Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos
Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva
Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fábrica Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Moraes Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taíza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil



PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton <i>Universidade Luterana do Brasil, Brasil</i>	Jacqueline de Castro Rimá <i>Universidade Federal da Paraíba, Brasil</i>
Alexandre João Appio <i>Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil</i>	Lucimar Romeu Fernandes <i>Instituto Politécnico de Bragança, Brasil</i>
Bianka de Abreu Severo <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>	Marcos de Souza Machado <i>Universidade Federal da Bahia, Brasil</i>
Carlos Eduardo Damian Leite <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>	Michele de Oliveira Sampaio <i>Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil</i>
Catarina Prestes de Carvalho <i>Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil</i>	Pedro Augusto Paula do Carmo <i>Universidade Paulista, Brasil</i>
Elisiene Borges Leal <i>Universidade Federal do Piauí, Brasil</i>	Samara Castro da Silva <i>Universidade de Caxias do Sul, Brasil</i>
Elizabete de Paula Pacheco <i>Universidade Federal de Uberlândia, Brasil</i>	Thais Karina Souza do Nascimento <i>Instituto de Ciências das Artes, Brasil</i>
Elton Simomukay <i>Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil</i>	Viviane Gil da Silva Oliveira <i>Universidade Federal do Amazonas, Brasil</i>
Francisco Geová Goveia Silva Júnior <i>Universidade Potiguar, Brasil</i>	Weyber Rodrigues de Souza <i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil</i>
Indiamaris Pereira <i>Universidade do Vale do Itajaí, Brasil</i>	William Roslindo Paranhos <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.



SUMÁRIO

Prefácio	12
Apresentação.....	14
Apresentação dos Capítulos.....	17

Parte I

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A CONSTITUIÇÃO DAS REDES DE SAÚDE BUCAL EM PORTO ALEGRE/RS

Capítulo 1

Avaliação integrada de redes de atenção e ensino no Sistema Único de Saúde	21
---	-----------

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling

Capítulo 2

A rede de ensino, pesquisa e atenção de Porto Alegre/RS	33
--	-----------

Vanessa Nogueira Martino

Fabiana Schneider

Cristine Maria Warmling



Capítulo 3

A integração ensino-saúde:

um olhar sobre a rede de atenção
em saúde bucal das regiões central
e sul de Porto Alegre/RS..... 44

Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz

Cristine Maria Warmling

Fabiana Schneider Pires

Capítulo 4

**A Integração Ensino-Serviço
na composição da Rede de Atenção
à Saúde Bucal na região norte
do município de Porto Alegre/RS 70**

Caroline Konzgen Barwaldt

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling

Capítulo 5

**Cogestão da Educação
Permanente em Saúde Bucal:**

uma experiência de extensão 99

Karen Laís Prediger

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling

Capítulo 6

**Análise do modelo de atenção
da Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre/RS 122**

Angélica Teixeira dos Santos

Daniel Feijolo Marconi

Cristine Maria Warmling

Fabiana Schneider Pires



Parte II

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA

Capítulo 7

**O estágio curricular supervisionado
e as competências profissionais
para atuação nos centros de atenção
odontológica especializada 150**

Camilla Ferreira do Nascimento

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling

Capítulo 8

**O ensino da gestão no estágio
curricular supervisionado 168**

Vitória Gonçalves Gomes

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling

Capítulo 9

**O uso do projeto terapêutico
singular como ferramenta Pedagógica 193**

Lucimar Aparecida Rekowski

Cristine Maria Warmling

Fabiana Schneider Pires

Capítulo 10

Bioética no Ensino na Saúde 217

Luísa Lapenta da Cunha

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling



Capítulo 11

Cuidado do paciente com câncer bucal no ensino odontológico e as competências de humanização	234
---	------------

Thayse Landvoigt Savedra

Fabiana Schneider Pires

Cristine Maria Warmling

Sobre as autoras e os autores	256
--	------------

Índice Remissivo	259
-------------------------------	------------



PREFÁCIO

No seu livro intitulado, “Redes de integração ensino-saúde: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho”, as autoras Cristine Maria Warmling e Fabiana Schneider Pires, nos apresentam de forma bastante pedagógica, simples e com a desejada densidade teórico epistemológica, a questão que se coloca sobre a formação de profissionais do ensino superior, neste caso de cirurgiões dentistas, os quais segundo a legislação vigente devem ter uma formação ordenada pelo Sistema Único de Saúde, e ter suas práticas no contexto das Redes de Serviços proporcionados por este sistema com ênfase na atenção primária, mas também na atenção especializada dos serviços odontológicos.

O livro surge como relatório de extenso processo de investigação sobre a percepção dos trabalhadores, gestores, docentes, estudantes e usuários construindo uma ampla visão acerca do processo de trabalho que estão implicados e busca desvendar como cada um dos atores envolvidos nesse processo contribui para melhoria da atenção a saúde bucal dentro do território referenciado, o município de Porto Alegre/RS.

Apesar de uma visão que se triangula, se faz necessário observar o papel das Instituições de Ensino Superior como instâncias nascedouras da necessidade de formar seus estudantes e do processo de estágio obrigatório realizado no Sistema Único de Saúde. Estamos convencidos de que um dos grandes desafios impostos às universidades públicas brasileiras pela reforma universitária levada a efeito há mais de 50 anos, foi a sua compartimentalização em departamentos e centros acadêmicos; e a separação da formação em ciclos básicos e profissionais. Ao ratificar essa estrutura em seus respectivos regimentos e estatutos, as universidades públicas travaram as necessárias mudanças e inovações que precisariam ser colocadas em prática no final o século passado e no início do atual. Isso porque as estruturas administrativas e de poder estavam igualmente atomizadas para dar as

SUMÁRIO



SUMÁRIO

soluções que precisavam ser ágeis; e tornar a educação superior mais atrativa para os jovens de uma nova geração. Conseqüentemente tornando muitas vezes essa prática com excesso de aspectos normativos para sua execução, um elemento que desconsidera como elemento formador, o mundo real onde seus formandos levarão adiante suas práticas profissionais, o mundo do trabalho e da sociedade.

Logo, este livro traz um importante relato de como a integração com o mundo do trabalho pode induzir resultados importantes para os atores envolvidos nesse processo, convergindo com um modelo que temos advogado para nos ajudar a refletir sobre a formação acadêmica, ao qual denominamos de modelo dos três Is. O modelo ancora-se nos princípios da interdisciplinaridade como chave para a inovação; da integração com o mundo do trabalho e a sociedade e da internacionalização dos cursos de graduação.

Cabe ainda destacar a reflexão da formação e prática da Saúde Bucal Coletiva, geralmente área disciplinar que protagoniza os estágios obrigatórios nos cursos de graduação em odontologia. Apon-tando questões importantes que por vezes são negligenciadas como conhecimento de planejamento, gestão e avaliação que requer aprofundamento teórico metodológico por parte de docentes e estudantes; sendo um importante fulcro para atuação de Educação Permanente para os outros atores.

Por último, o livro se constitui num registro importante pois antecede a pandemia da COVID-19 (C-19), e será uma obra obrigatória a ser tomada para análises semelhantes, no período trans pandêmico e pós pandêmico. Sendo um imperativo que ele possa servir de roteiro por docentes que lidam nos seus fazeres docentes com o estágio como estratégia de formação. A Pandemia da C-19 nos obriga a refletir sobre o nosso papel como profissional de saúde, pois colocou nossos saberes em desafio público com conseqüente desmobilização dos vários atores para práticas de atenção a saúde fossem elas preventivas ou assistenciais.

Paulo Sávio Angeiras Góes

APRESENTAÇÃO

Estimados leitores,

Recebi com alegria o convite para apresentar este livro intitulado “Redes de integração ensino-saúde: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho”, organizado pelas professoras Fabiana Schneider Pires e Cristine Maria Warmling. O livro é permeado pelo olhar atento das docentes, que são profundas conhecedoras do tema em sua dimensão teórica, bem como em sua dimensão prática, pela vivência cotidiana do ensino na saúde integrado aos serviços e à comunidade.

A experiência acumulada em suas trajetórias como docentes no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e no Programa de Pós-Graduação Modalidade Mestrado Profissional Ensino na Saúde (PPGENSAU), da Faculdade de Medicina da UFRGS, confere ao livro um texto fluido e uma perspectiva crítica capaz de provocar inúmeras reflexões.

No livro estão registrados os trabalhos de pesquisa desenvolvidos pelas autoras em parceria com estudantes, entre os anos de 2016 a 2019, no campo da saúde coletiva, com ênfase na temática das Redes de Atenção e de Ensino na Saúde Bucal. A editora Pimenta Cultural, em seus dez anos de existência tem publicado inúmeras produções no campo da saúde e é responsável por materializar este projeto cuja contribuição é relevante, atual e fundamental para a oferta do ensino de qualidade na área da saúde/odontologia.

O conteúdo expressa especial relevância para o ensino odontológico, cujas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2021) reforçam a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como campo prioritário para a formação do futuro cirurgião-dentista. As pesquisas

S U M Á R I O



S U M Á R I O

desenvolvidas são estratégicas e destacam a importância da integração do ensino da saúde/odontologia em suas diferentes vertentes: a integração entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, a integração entre a graduação e a pós-graduação, a integração da atenção primária com a atenção especializada, a interprofissionalidade, a integração com o território e a comunidade.

A metodologia qualitativa é outra riqueza compartilhada nesta obra! O zelo para com o método proporciona um mergulho nas narrativas e nos leva aos diferentes rincões de Porto Alegre e do SUS. Rincões que podem ser também a nossa terra, a nossa Unidade Básica de Saúde, a nossa área de abrangência, o Centro de Especialidades, o hospital ou outro ponto da rede de atenção à saúde bucal.

Acredito que, como eu, você irá se identificar com algumas passagens, compreender e valorizar ainda mais o aprendizado no nosso SUS!

Como um dia escreveu o poeta Mário Quintana em “O Mapa”:

*Olho o mapa da cidade
Como quem examinasse
A anatomia de um corpo...
(É nem que fosse o meu corpo!)
Sinto uma dor infinita
Das ruas de Porto Alegre
Onde jamais passarei...
Há tanta esquina esquisita,
Tanta nuança de paredes,
Há tanta moça bonita
Nas ruas que não andei
(E há uma rua encantada
Que nem em sonhos sonhei...)..."*

Desejo ótima leitura e reflexões!

Florianópolis, junho de 2023.

Daniela Lemos Carcereri

Professora Titular do Departamento de Odontologia.

Universidade Federal de Santa Catarina.

Presidente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ Gestão 2022-2026

S U M Á R I O



APRESENTAÇÃO DOS CAPÍTULOS

Os capítulos apresentados neste livro envolvem pesquisas com a temática da Saúde Bucal Coletiva, realizadas, entre os anos de 2016 e 2019, por estudantes da Pós-graduação e da Graduação, e representam a produção de novos conhecimentos acerca das Redes de Atenção e de Ensino na Saúde Bucal, em suas interfaces, com as estratégias de Integração Ensino-Serviço.

O livro está organizado em duas partes, a Parte I - *Integração Ensino-Serviço e as Redes de Saúde Bucal em Porto Alegre/RS*, composta pelo Capítulo 1 ao 6, que refletem sobre a contribuição de processos de Integração Ensino-Serviço na constituição das Redes de Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS.

No Capítulo 1, *Avaliação Integrada de Redes de Atenção e Ensino no Sistema Único de Saúde*, apresentamos detalhadamente o projeto de pesquisa, que serviu como eixo condutor teórico e metodológico das experiências de pesquisa apresentadas no livro. O projeto obteve parecer positivo, e sua pesquisa foi financiada por meio da Chamada Universal MCTI/CNPq Nº 01/2016, com as seguintes metas: 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 presentes nas experiências de Integração Ensino-Serviço, para a composição das redes de saúde bucal; 4) Promover a interação entre docentes, pesquisadores, estudantes de iniciação científica, mestrado e doutorado com os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde.

O projeto apresenta metodologia inovadora e coerente com os objetivos propostos do ponto de vista da abordagem que integra a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde com as estratégias de Integração Ensino-Serviço vigentes nas políticas de saúde e de ensino do Brasil.

SUMÁRIO

O Capítulo 2, *A Rede de Ensino, Pesquisa e Atenção de Porto Alegre/RS*, descreve detalhadamente o cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), em que as experiências se desenrolam, bem como a rede de serviços de Saúde e, de modo mais singular, a de saúde bucal do município de Porto Alegre/RS.

Os Capítulos 3 e 4 apresentam análises sobre a Integração Ensino-Serviço e a Constituição de Redes de Saúde Bucal, com dados coletados nas duas partes territoriais de Porto Alegre, havendo, no Capítulo 3, uma ênfase para a Região Central e Sul, ao passo que, no Capítulo 4, o foco é a Região Norte.

O Capítulo 5 – *Cogestão da Educação Permanente em Saúde Bucal: Uma Experiência de Extensão*, buscou apresentar um estudo que se dedicou a avaliar um processo de Educação Permanente em Saúde, realizado a partir de um projeto de extensão.

O Capítulo 6 - *Análise do Modelo de Atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal de Porto Alegre/RS*, produz um diagnóstico situacional do modelo de atenção da Rede de Saúde Bucal (RASB) do município de Porto Alegre, utilizando-se de um instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da RASB.

A Parte II - *Saúde Bucal Coletiva na Graduação de Odontologia*, reúne, do Capítulo 7 ao 11, estudos que investigaram e problematizaram o ensino da Saúde Bucal Coletiva na graduação em Odontologia.

Os Capítulos 7, 8 e 9 são estudos que apresentam análises de experiências pedagógicas, desenvolvidas no Estágio Curricular Supervisionado II, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O Capítulo 7 - *O Estágio Curricular Supervisionado e as competências profissionais para atuação nos Centros de Atenção Odontológica Especializada*, dedica-se a realizar uma avaliação do estágio curricular e a sua contribuição na formação para a atenção especializada. O Capítulo 8 - *O Ensino da Gestão no Estágio Curricular Supervisionado* abrange análises sobre o ensino da gestão por

S U M Á R I O

meio de projetos elaborados pelos estudantes do estágio no SUS e o Capítulo 9 - *O Uso do Projeto Terapêutico Singular como ferramenta pedagógica*, busca compreender os potenciais pedagógicos do uso de Projetos Terapêuticos Singulares nas práticas de estágio curricular também nas redes dos SUS.

Os Capítulos 10 e 11 representam experiências de pesquisas que problematizam a formação de competências subjetivas dos cirurgiões-dentistas nos cursos de odontologia. O Capítulo 10 - *Bioética na Clínica de Ensino de Odontologia*, apresenta análises qualitativas de falas de usuários da clínica de ensino sobre competências éticas dos estudantes nos processos de cuidado. E, o Capítulo 11 - *Cuidado do Paciente com Câncer Bucal no Ensino Odontológico e as Competências de Humanização*, dedica-se a problematizar o papel no currículo odontológico do cuidado do câncer bucal na formação do cirurgião dentista.

As Autoras

Parte



**A INTEGRAÇÃO
ENSINO-SERVIÇO
E A CONSTITUIÇÃO
DAS REDES DE SAÚDE BUCAL
EM PORTO ALEGRE/RS**

1

*Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

**AVALIAÇÃO INTEGRADA
DE REDES DE ATENÇÃO
E ENSINO NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

INTRODUÇÃO

No Brasil, as recentes políticas da área da saúde revelam tendências de redefinição no campo da gestão e do planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Consta-se a necessidade de reafirmação de compromissos, princípios e diretrizes constitucionais que embasam o sistema público de saúde. Embora os avanços alcançados pelo SUS, nos últimos anos, sejam inegáveis e representativos, tornam-se cada vez mais evidentes as dificuldades em superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, e qualificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2010).

O modelo que preconiza a disposição de serviços de saúde, em redes de atenção, foi assumido pelo sistema de saúde brasileiro enquanto estratégia de reforma político-organizacional, visando superar as fragmentações persistentes do sistema (BRASIL, 2010). Do ponto de vista conceitual, caracteriza-se, dentre outras coisas, pela integração entre os serviços de atenção, coordenação do cuidado, situada no nível primário da atenção, uso de protocolos e valorização de processos de avaliação, assim como o de Educação Permanente em Saúde (EPS) (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; OPAS, 2010; MENDES, 2010; 2011).

Parte-se do pressuposto de que gerir uma rede de atenção à saúde e seus elementos essenciais — “população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde”, exige necessariamente avaliar quais são os serviços que compõem a rede, como esses pontos de atenção à saúde estabelecem relações, as posições que ocupam e de que forma se conectam para criar um objetivo comum na rede em questão. Para isso, tem-se em vista que redes de saúde são consideradas “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns e ações cooperativas, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral” (MENDES, 2010, p. 2300).

SUMÁRIO



SUMÁRIO

As transformações que devem ser realizadas nas ações de planejamento e gestão, para adequar modelos de saúde a atuarem como redes integradas, resultam da indução dos serviços de saúde ao monitoramento e avaliação de seus processos e resultados. O propósito principal dos procedimentos avaliativos deve ser o de produzir responsabilização das esferas de gestão da saúde, reforçando o caráter educativo, e não o punitivo e/ou burocrático das políticas (BRASIL, 2005). O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que situa a avaliação como estratégia para a tomada de decisão, é uma das iniciativas neste sentido. Suas diretrizes são mobilizar e responsabilizar os atores sociais, visando mudar a cultura de gestão, incentivar a EPS e desenvolver os trabalhadores e serviços para que se pensem como integrantes de redes de saúde centradas nas necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

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 suas capacidades analíticas e de intervenção, é uma característica a ser perseguida na construção das matrizes teórico-lógicas, e incorporada aos modelos de avaliação em saúde. Recursos pedagógicos, analíticos e políticos precisam ser desenvolvidos a partir dos processos de avaliação (BRASIL, 2011).

Diante das necessidades pautadas no âmbito de organizar os serviços de saúde para atuarem enquanto redes integradas, e ainda acentuadas pela ampliação recente dos serviços de saúde, a política nacional de saúde vê-se desafiada a aperfeiçoar os modelos municipais de práticas e modos de governar. Pretende-se destacar, da problemática da pesquisa, que um dos aspectos muito presentes nas reformas organizacionais de sistemas de saúde é a necessidade de reformulação dos processos de trabalho e da forma de atuar dos

SUMÁRIO

trabalhadores de saúde (HARRISON, 2002; NETTLETON; BURROWS; WATT, 2008; COHEN, 2011).

E, com relação às redes de saúde, isto não é diferente. Nas novas proposições de modelos de gestão em redes (de um padrão centralizado de organização institucional para um padrão policêntrico), a autonomia dos trabalhadores e dos sistemas é um princípio a ser perseguido. Apesar de interligadas, as partes do sistema funcionam mais livres, menos por meio de regras e mais por meio de processos. A educação permanente, perante a vulnerabilidade que emerge dos conflitos de interesses inerentes aos sistemas policêntricos, assume papel de regulação da rede. Os trabalhadores devem se perceber enquanto aprendizes constantes, e trabalhar o aperfeiçoamento continuado (WEBER, 2007).

Verifica-se certa centralidade da dimensão profissional na gestão das redes de cuidado, diante da necessidade de mobilizar saberes para as novas atribuições que exigem os sistemas (PIERANTONI *et al.*, 2008). Quanto a isso, por exemplo, constata-se que o período de investimento da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) foi igualmente acompanhado da necessidade de sedimentação das novas políticas na formação do cirurgião-dentista (BRASIL, 2002), no Ensino na Saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2008) e na EPS (BRASIL, 2007b).

A EPS atua com papel central nos processos de avaliação e gestão das redes de saúde. Deve ser planejada de forma ascendente, e a partir dos nós críticos identificados nas análises coletivas, nos territórios dos serviços das equipes de saúde. Pode ser compreendida enquanto proposta estratégica, para potencializar o trabalho articulado entre os serviços de saúde e as instituições formadoras – a Integração Ensino-Serviço (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O termo “Integração Ensino-Serviço” é compreendido como uma experiência de aprendizagem estruturada, em que estudantes de graduação produzem serviços necessários à comunidade, e aprendem sobre o contexto em que eles são ofertados. A ênfase de atuação deve ser igualitária no serviço e no aprendizado (WARMLING *et al.*, 2011; WARMLING *et al.*, 2015).

SUMÁRIO

Diante disso, nos interrogamos, como Contandriopoulos *et al.* (2005), sobre os sinergismos e/ou os antagonismos possíveis entre os contextos de integração ensino-serviço e a organização de redes integradas de saúde. Parte-se do pressuposto de que o desenvolvimento de Integração Ensino-Serviço está interferindo na constituição das redes de saúde bucal e, conseqüentemente, nos estados de saúde bucal das populações.

A contextualização exposta originou o projeto de pesquisa apresentado neste capítulo, que possuiu, como objetivo principal, analisar os efeitos da Integração Ensino-Serviço nas Redes de Ações e de Serviços de realidades loco-regionais do SUS, no município de Porto Alegre/RS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de caso (YIN, 2010) com uma abordagem qualitativa. O delineamento metodológico se justificou para possibilitar a descrição e compreensão de forma rica e densa do fenômeno estudado, com variáveis distintas, mas inseparáveis do seu contexto (CANZIONERI, 2010; MINAYO, 2008). A diversidade de dimensões do processo avaliativo desenvolvido transcendeu indicadores e expressões numéricas, comumente utilizados isoladamente (BOSI, 2007; ESTEBAN, 2010).

Foram utilizadas práticas da pesquisa ação-intervenção, tal como uma “experiência inovadora/instituinte”, em que o processo da pesquisa de avaliação fosse constituído também para incidir nos sujeitos produtores e no modo de produção do cuidado em redes de saúde bucal no SUS (PEZZATO; L’ABBATE, 2012). Nesta perspectiva, a pesquisa foi concebida em conjunto com a área técnica de planejamento do SUS municipal.

Cenário e Participantes da pesquisa

O cenário escolhido para a pesquisa foi o município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (Ver Capítulo 2).

Buscou-se compreender as perspectivas sobre as redes de atenção e de ensino na saúde bucal por meio dos interlocutores privilegiados por essas políticas públicas no município de Porto Alegre. Assim, foram considerados potenciais participantes do estudo:

1. Equipes 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 estavam desenvolvendo percursos formativos nos cenários do estudo;
6. Professores vinculados às atividades de ensino;
7. Usuários;
8. Gestores da saúde, do ensino e da Integração Ensino-Serviço.

Estratégias de produção de dados

Grupos Focais

A estratégia de pesquisa do grupo focal foi usada por estimular diálogos coletivos e em profundidade entre os participantes do estudo, que atuavam nos serviços de saúde e de ensino. Promoveram-se trocas entre os participantes, de modo que as discussões, confrontos e discordâncias pudessem ser respeitadas (POPE; MAYS, 2009). Os grupos focais se compuseram de, no máximo, dez (10) participantes, e duraram em torno de uma hora, sempre conduzidos por um coordenador/pesquisador responsável acompanhado de um relator. De modo concomitante aos grupos focais, foram realizadas atividades de EPS, previstas e organizadas em conjunto, com uma equipe de execução da pesquisa e com a coordenação de saúde bucal. Os grupos focais foram filmados, transcritos e analisados.

A definição do modelo teórico-lógico de análise foi fundamentada em Mendes (2010), e o instrumento para a produção dos dados do estudo possuiu sete dimensões das redes de saúde, adaptando-se como uma matriz de avaliação da Integração Ensino-Serviço nas Redes de Saúde do SUS, tendo sido usado como roteiro dos grupos focais da pesquisa (QUADRO 1).

S U M Á R I O

Quadro 1 – Modelo teórico-lógico proposto, fundamentado nas dimensões das redes de saúde de Mendes (2010) e no papel da Integração Ensino-Serviço, funcionando como roteiro dos grupos focais

A POPULAÇÃO
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
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 à responsabilização, acolhimento e vínculo?
OS ITINERÁRIOS DO CUIDADO
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
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 a estruturação ou redefinições nesta área (inclusive para a manutenção de equipamentos e assistência farmacêutica)?
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS
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
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
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?

Fonte: Autoras.

ANÁLISES DOS DADOS

Foram realizadas análises das informações produzidas, de interior (interpretados e analisados os dados de cada caso) e análises articuladas dos casos (realizadas após o término das análises interiores, gerando resultados que retratam os consensos e dissensos), permitindo reunir os níveis de explicação, aumentando o entendimento das formas de funcionamento e operacionalização das redes de atenção à saúde (YIN, 2010).

Contribuições do projeto na área do conhecimento e na formação de trabalhadores do SUS

Destaca-se a relevância da abordagem qualitativa para aprofundar a análise das dimensões das redes de saúde e para conhecer, por meio dos interlocutores privilegiados, suas falas e práticas sociais, as nuances e características que compõem as redes de atenção e ensino na saúde.

O impacto da proposta para o avanço do estado da arte aponta para o desafio de repensar o cuidado em saúde como possibilidade da integração entre a atenção e o ensino como mais um dos componentes da expressão ampliada da saúde.

Há que se notar os movimentos de constituição de uma rede de atenção viva, formada pelos esforços não apenas de trabalhadores, gestores e usuários, mas de estudantes e docentes que continuamente redimensionam as práticas de saúde.

Algumas considerações finais sobre análises alcançadas do projeto indicam que a integração do ensino, na rede de atenção em saúde, permitiu uma aproximação entre estudantes, docentes, trabalhadores e a gestão municipal. A inclusão desses atores do ensino

fortaleceu a comunicação entre os pontos da rede, pois aproximou trabalhadores que antes apenas se relacionavam por meio de encaminhamentos entre os serviços de saúde ou pelo setor de regulação. Assim, o projeto funcionou como um catalisador dos processos na rede de saúde, propondo outros arranjos, tanto para os serviços de saúde quanto para os estudantes em formação.

Um vídeo curto de divulgação (com duração de até 10 minutos) com a explicação do projeto, destinado ao público não especialista, pode ser acessado por meio do link: <https://www.youtube.com/watch?v=a7uN58Qd9JE>

SUMÁRIO

REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M. (org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018.

BRASIL. 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.pdf. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://www.prosaude.org>. Acesso em: 12 jul. 2011.

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1996/ GM/MS, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial Nº 1.802, 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º. 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ/AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 jul. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 12 jul. 2015.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COHEN, R. L. Time, space and touch at work: bodywork and labour process (re) organization. **Sociol. health illn.**, Henley on Thames, v. 33, n. 2, p. 189-205, 2011.

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

ESTEBAN, M. P. S. **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições.** Porto Alegre: AMGH Editora, 2010.

HARRISON, S. New labour, modernisation and the medical labour process. **J. Soc. Policy**, Cambridge, v. 31, n. 3, p. 465-485, 2002.

SUMÁRIO

HARTZ, Z. M. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

NETTLETON, S.; BURROWS, R.; WATT, I. Regulating medical bodies? The consequences of the “modernization” of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge. **Sociol. health illn.**, Henley on Thames, v. 30, n. 3, p. 333-348, 2008.

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

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

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

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.

WARMLING, C. M. *et al.* O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 1-16, 2015.

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.

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

2

*Vanessa Nogueira Martino
Fabiana Schneider
Cristine Maria Warmling*

A REDE DE ENSINO, PESQUISA E ATENÇÃO DE PORTO ALEGRE/RS

INTRODUÇÃO

A capital do estado do Rio Grande do Sul é a cidade de Porto Alegre, e este foi o cenário das experiências e pesquisas descritas nos capítulos apresentados por este livro. O município possui aproximadamente 1.492.530 habitantes, no ano de 2021 (IBGE, 2023).

As pesquisas desenvolvidas e apresentadas, nos capítulos do livro, retratam a realidade da Rede de Saúde Bucal (RASB) no município de Porto Alegre, no período de 2017 a 2019. Cabe ressaltar que, em 2019, como resultado de uma longa batalha judicial, a Lei que criou o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), órgão que operava a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município, foi definida como inconstitucional, e, com isso, o instituto foi extinto, ocasionando a demissão de mais de 1800 trabalhadores e trabalhadoras da APS. O IMESF foi criado em 2011, com o objetivo de ser responsável pela contratação, implantação e qualificação das Equipes de Saúde da Família. A finalidade foi a de ampliar o acesso aos serviços de saúde e prestar atendimento à população de forma humanizada, integral e contínua, de acordo com o preconizado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Desde então, a APS, no município, vem sendo operacionalizada por meio de processos licitatórios que envolvem Organizações Sociais, contratadas. Dentre as importantes mudanças que perpetuam essa nova organização, destaca-se também a alteração na forma de gestão da RAS, através do Decreto Municipal Nº 21.315, de 29/12/2021, que dispõe sobre uma nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, instituindo as Coordenadorias de Saúde, regionalizando a coordenação em Norte, Sul, Leste e Oeste, em substituição aos distritos regionais que constituíam a estrutura organizativa das regiões de saúde no momento do estudo (SMS/ PMPA, 2021).

No período de realização das experiências, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Porto Alegre, estavam distribuídos em 17 Distritos Sanitários administrativos, que compunham

SUMÁRIO

a estrutura de gestão descentralizada da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os Distritos, por sua vez, estavam organizados por meio de 8 Gerências Distritais (GD). Cada uma delas, de modo regional e descentralizado, operacionalizava ações de saúde (estratégias de planejamento, atenção e vigilância) em dois ou mais distritos, caracterizando-se do seguinte modo as GDs: 1) Norte/Eixo Baltazar (NEB), 2) Centro, 3) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI), 4) Leste/Nordeste (LENO), 5) Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), 6) Sul/Centro Sul (SCS), 7) Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) e 8) Restinga/Extremo Sul (RES) (FIGURA 1) (SMS/PMPA, 2018).

No segundo quadrimestre de 2018, o município de Porto Alegre apresentava cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde (APS) estimada em 68% da população municipal. A Rede de APS contava ainda com 8 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com 13 equipes do Programa Melhor em Casa (SMS/PMPA, 2018).

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de Porto Alegre eram regulados por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), mas apenas para alguns exames de imagem, como radiografias, ecografias e audiometrias. Quando necessário o encaminhamento do usuário para serviços de atenção secundários e terciários, o primeiro acesso aos serviços ocorria por processo de regulação realizada por uma Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) gerenciada no município. Os encaminhamentos, realizados por serviços de saúde da APS, correspondiam, em média, a 18,5% do total de consultas especializadas realizadas na rede de saúde. O município dispunha 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/PMPA, 2017).

No campo da política e ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), a SMS de Porto Alegre organizou ações em dois eixos temáticos: Qualificação Profissional e Integração Ensino-Serviço. Para tal, instituiu-se a Comissão Permanente de Ensino e Grupos de Trabalho

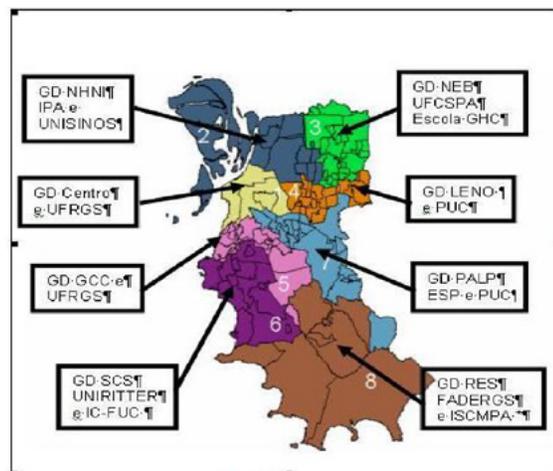
SUMÁRIO

da Educação Permanente, que se organizaram em quatro núcleos: Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP), Comissão Multiprofissional de Ensino, Serviço e Pesquisa (COMESP), Vigilância em Saúde e SAMU (SMS/PMA, 2017).

O Eixo de Qualificação Profissional possuía como desafio o desenvolvimento e a qualificação dos servidores, assim como a elaboração de estratégias de visibilidade dos espaços de EPS, de modo a incentivar a participação de trabalhadores, além de promover parcerias com Instituições de Ensino (SMS/PMPA, 2017a). O Eixo de Integração Ensino-Serviço, com atuação mais avançada, juntamente com a Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), promovia espaços de discussão, através dos Distritos Docente-Assistenciais (DDA), na busca do aperfeiçoamento da Política de Integração de Ensino e Serviço na SMS, e para a 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/PMPA, 2017).

Em cada GD, organizou-se um Distrito Docente-Assistencial (DDA) (FIGURA 1), estruturado por uma Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), composta pelas Instituições de Ensino que atuavam no território, quanto à gestão e o controle social, com exceção da GD Restinga/ Extremo Sul, que se encontrava-se em fase de pactuações (SMS/PMPA, 2017).

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



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

A ideia da concretização de uma Rede de Ensino-Saúde apresenta dificuldades na sua viabilização, dentre outras coisas, diante de condições estruturais inadequadas de serviços, tais como espaços para reuniões e atividades de grupos, ou um dimensionamento de pessoal para dar conta das questões educacionais e da ausência de algumas profissões em serviço, tais como nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia, impossibilitando a inserção de alunos dessas áreas em campo, tornando-se obstáculos na viabilização da Rede de Atenção e Ensino.

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

SUMÁRIO

A Integração Ensino-Saúde nos territórios do estudo

A SMS possuía uma política consolidada com o tema da Integração Ensino-Saúde, expresso na atuação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), na estrutura de DDAs e na formalização, gestão e acompanhamento da parceria com as Instituições de Ensino, através dos Termos de Cooperação Técnica, e da inserção dos alunos e dos projetos de extensão nos cenários de prática, através dos Planos de Atividades. Por meio da CPES, era realizada a gestão da Integração Ensino-Saúde, organizando e formalizando as ações, de modo a que fossem direcionadas para as prioridades de saúde do município, e para se garantir o monitoramento da alocação dos alunos e das atividades nos territórios, através dos Planos de Atividades de Ensino em Serviço e dos Termos de Compromisso.

Os serviços de saúde funcionavam como locais de aprendizado para estudantes, e as equipes de saúde atuavam na preceptoria, o que favorecia a integração entre professores, discentes, profissionais, gestores e comunidade em geral. A universidade constituiu-se como parceira, ao favorecer o desenvolvimento de ações integradas, ao aplicar o conhecimento para intervir positivamente nas determinações sociais da saúde, e isto contribuiu para o fortalecimento do SUS (MACIEL *et al.*, 2016).

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

SUMÁRIO

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

A rede de atenção à saúde bucal no município de Porto Alegre/RS

No ano de 2017, os Distritos Sanitários de Porto Alegre dispunham, na APS, de 140 Unidades de Saúde (US), sendo que 107 US ofereciam serviços de atenção à saúde bucal, representando 76,4% das US da APS com atenção à saúde bucal. Havia 109 Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuando na ESF e 47 ESB atuando nas US, totalizando 156 ESB. A cobertura populacional de saúde bucal, no ano de 2017, atingiu o índice de 38,2%. A expansão das redes de atenção à saúde, no município, acentuou-se a partir do ano de 2010, especialmente na APS. Os usuários que não tinham suas necessidades de saúde bucal resolvidas na APS eram encaminhados para a atenção secundária. O município contava com 6 CEOs, e a regionalização da demanda realizada nos distritos sanitários está organizada conforme demonstrado no Quadro 1 (SMS/PMPA, 2017). As especialidades oferecidas eram: endodontia, periodontia, cirurgia oral, estomatologia, pacientes com necessidades especiais e prótese dentária. As condições

de saúde bucal, que demandavam o nível terciário de atenção eram referenciadas para oito diferentes hospitais no município.

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

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

Fonte: SMS/ PMPA, 2017.

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

A gestão dos serviços da Rede de Atenção de Saúde Bucal no município era feita por meio do Colegiado de Saúde Bucal, que se constituía em um espaço de deliberação dos aspectos estratégicos,

SUMÁRIO

SUMÁRIO

organizacionais e logísticos das ações em saúde. Promovia a socialização das informações e a participação do conjunto dos atores da rede de atenção à saúde bucal. Nesse espaço, estavam presentes cirurgiões-dentistas representantes das oito GD, representantes do CEO, profissionais auxiliares e técnicos em saúde bucal. Cada gerência distrital possuía quatro horas mensais para se reunir com todos os profissionais de saúde bucal (SMS/PMPA, 2017a).

Os protocolos possuem o objetivo de organizar os recursos existentes e o funcionamento dos serviços, orientando as decisões de prevenção, promoção e atenção à saúde, e, também, almejam viabilizar a comunicação entre as equipes (BRASIL, 2010).

No ano de 2012, foi construído, pela equipe técnica da SMS/PMPA, um documento intitulado “Acolhimento com identificação de necessidades: guia de orientação para as unidades de saúde”, com o objetivo de ampliar e reorientar o acesso aos serviços (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

No ano de 2014, profissionais integrantes das Áreas Técnicas de Atenção Primária e da Saúde Bucal da SMS criaram o “Protocolo de atenção em saúde de Porto Alegre: organização da rede e de fluxos de atendimento”, cujo objetivo principal é propor diretrizes ao acolhimento e estabelecimento de fluxos, conforme a necessidade do usuário. Além disso, o protocolo traz a definição de atores, posições e responsabilidades em todos os níveis de atenção, tendo por base os princípios organizativos da APS. Com o intuito de orientar as atividades assistenciais dos serviços de urgências em saúde bucal, foi publicado também, em 2014, o “Protocolo de Urgências em Odontologia”, que serve de suporte para toda a rede de atenção primária nos atendimentos de urgência em saúde bucal (SMS/PMPA, 2017).

REFERÊNCIAS

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

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

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.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2023. Disponível em: de: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em 04 jan. 2023.

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

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Decreto nº 21.315, de 29 de dezembro de 2021**. Consolida a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos termos das Leis Municipais nº 2.662, de 18 de dezembro de 1963, e no 7.414, de 14 de abril de 1994, e revoga o Decreto nº 21.157, de 8 de setembro de 2021 e o art. 1º do Decreto nº 13.820, de 25 de julho de 2002. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2131/21315/decreto-n-21315-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sms-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7-414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-21-157-de-8-de-setembro-de-2021-e-o-art-1-do-decreto-n-13-820-de-25-de-julho-de-2002> Acesso em: 04 mar. 2023.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Programação Anual de Saúde – 2017**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programacao_anual_saude_pas2017.pdf. Acesso em: 28 fev. 2019.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão - 3º Quadrimestre 2017**. 2017a. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao3quadrimestre_2017.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão - 2º Quadrimestre 2018**. 2018. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao3quadrimestre_2017.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180398, 2019.

S U M Á R I O



3

*Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz
Cristine Maria Warmling
Fabiana Schneider Pires*

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE:

**UM OLHAR SOBRE A REDE DE ATENÇÃO
EM SAÚDE BUCAL DAS REGIÕES CENTRAL
E SUL DE PORTO ALEGRE/RS**

"[...] quaisquer que sejam as situações - desde que o homem produz, e isso remonta à pré-história -, há sempre qualquer coisa em relação a esse desvio entre o que é antecipado, inclusive por nós mesmos, e o que é produzido quando alguém se põe a fazer o que decidiu fazer. O trabalho não é jamais pura execução, e isso é fundamentalmente universal" (SCHWARTZ, 2015).

INTRODUÇÃO

Este texto inspira-se num "transconceito", na *Integração Ensino-saúde*, que se caracteriza por uma prática que extrapola os limites de um domínio disciplinar específico, e ocorre entre estudantes, docentes, trabalhadores de saúde, gestores e usuários em um território. Em outras palavras, ultrapassa conceitos anteriormente definidos como integração ensino-serviço, e pretende inscrever esta articulação para além de um trabalho coletivo, pactuado e integrado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). É compreendido como elemento constitutivo de uma nova maneira de pensar a formação e construir espaços de aprendizagem, com a incorporação de docentes e estudantes à produção de serviços em cenários reais (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

O capítulo propõe a analisar a *Integração Ensino-saúde*, enquanto construção coletiva, que acontece na dependência dos atores deste processo em um espaço geográfico - o território -, e que vai além de encontros ou de tarefas pactuadas, com relativos efeitos em diferentes campos. Ou seja, entende-se uma *Integração Ensino-saúde* ampla, imperfeita e em constante reconstrução. O termo *saúde* traz em si outras formas para o ensino relacionar-se com o mundo do trabalho, e se inscreve na ordem das políticas de formação e de saúde, das relações institucionais, dos percursos pedagógicos e dos itinerários de cuidado em saúde (DIAZ, 2019).

Ao integrar os percursos dos estudantes e docentes, profissionais e gestores dos serviços de saúde, novas redes vão acontecendo e

SUMÁRIO



SUMÁRIO

sendo organizadas. Estes encontros acontecem entre estudantes dos cursos de graduação, pós-graduação, projetos de extensão e trabalhadores nas atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos serviços (especializados, de urgência e da atenção básica) dos distritos Restinga-Extremo Sul (RES), Sul-Centro-Sul (SCS), Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) e Centro (C). É sobre a formação destas novas redes que são tecidas, na rede estruturada pela gestão e pelas políticas, que se debruça este capítulo.

Partiu-se do pressuposto de que a *Integração Ensino-Saúde* é potente para transformar tanto o trabalhador quanto o estudante, e que seus efeitos podem ser encontrados na organização e nos processos de trabalho na rede de atenção. Os processos de *Integração Ensino-Saúde* são capazes de contribuir no desenvolvimento das políticas municipais de saúde bucal, pois a análise da conformação das redes traz elementos para a redefinição de encaminhamentos e diretrizes de gestão. Deste modo, auxiliam na gestão e consolidação das redes de atenção à saúde bucal no país. Nesta perspectiva, fortalecem tanto uma gestão compartilhada e democrática, que englobe outros atores sociais, quanto uma prática em saúde orientada pela produção do cuidado com integralidade e universalidade das ações, bem como por novas articulações entre a universidade e os serviços de saúde.

Os resultados permitiram identificar as diferentes formas de funcionamento e operacionalização das redes de atenção à saúde bucal no cenário da pesquisa. A metodologia oportunizou a análise de fatores que interferem nessas conformações, tais como características institucionais e de gestão, existência de protocolos, pactuações, forma de planejamento das ações, investimento de recursos e atuação da *Integração Ensino-saúde*.

A análise das redes, na perspectiva da contribuição dos processos de *Integração Ensino-saúde*, no desenvolvimento das políticas municipais de saúde bucal, trouxe elementos para a redefinição de encaminhamentos e diretrizes de gestão. Ensejou o fortalecimento de

uma gestão compartilhada e democrática, que englobe outros atores sociais, tanto de uma prática em saúde orientada pela produção do cuidado, com integralidade e universalidade das ações, bem como novas articulações entre a universidade e os serviços de saúde.

Como o estudo compreendeu as Redes de Atenção à Saúde

No campo da saúde, a atuação em rede pode suscitar o desenvolvimento de estratégias favoráveis para a qualificação e a efetividade das ações gerenciais e assistenciais, potencializando a integração dos serviços de saúde e aumentando a resolutividade da atenção. As redes configuram-se como espaços oportunos para a aprendizagem e estímulo ao desenvolvimento de parcerias entre os atores sociais (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

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

Amaral e Bosi (2017) ressaltaram cinco dimensões constituintes das redes: unidades mínimas; conectividade; integração; normatividade e subjetividade. De forma inovadora, os autores destacam a subjetividade, a produção subjetiva das pessoas envolvidas com seus protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos que se estabelecem, ora se fortalecendo ou se fragilizando, no processo de operacionalização e constituição das redes de atenção.

SUMÁRIO

O território e a formação socioespacial de redes

Na década de 1990, o geógrafo e pesquisador Milton Santos fala sobre o território usado pela sociedade e da organização social do espaço como uma produção histórica advinda das relações nele estabelecidas. Vivemos com uma noção de território herdada da Modernidade incompleta e do seu legado de conceitos puros, tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados. É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser o nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco de perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro (SANTOS, 1998, p. 15).

O conceito central de “território em uso” envolve todos os atores e todos os aspectos, como espaço de todas as existências. Este entendimento traz o território usado como matriz da vida social. Portanto, é quadro de vida, híbrido de materialidade e de vida social, sujeito a transformações sucessivas. O espaço é sempre histórico, porém vivo, em contínua transformação. Sua historicidade resulta da junção entre as características da materialidade territorial e as características das ações. Assim, a sua atualidade advém das ações realizadas sobre as condições materiais e imateriais historicamente estabelecidas. A história se produz com todos, independentemente de sua força diferente, e apesar de sua força desigual (SILVEIRA, 2011).

Ao considerar o espaço onde as doenças e agravos à saúde são produzidos, compreende-se o impacto que as ações podem ocasionar nas condições de vida e na saúde da população. Dentre estes, pode-se destacar a própria condição de saúde bucal, a localização de serviços de saúde e as formas de acesso a estes (locomoção e transporte), a localização de equipamentos sociais (escolas, centros

comunitários e áreas de lazer), a infraestrutura local provedora de condições mínimas de bem-estar para a população (saneamento básico, energia elétrica, moradias adequadas e segurança pública) e toda a rede de suporte social (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

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

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

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

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

SUMÁRIO

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

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

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

A Integração Ensino-Saúde

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

SUMÁRIO

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

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

A vivência nos cenários de *Integração Ensino-Saúde* põe em jogo uma transformação do sujeito, que se engaja nesse trabalho através do contato com os cuidados diversos - em momentos de atuação na clínica e ações integradas de saúde coletiva - e a cooperação multiprofissional com a equipe de saúde, na conexão do serviço com a comunidade. Deste modo, produz um impacto na vida acadêmica dos discentes: aprimora as habilidades individuais, aumenta a criticidade e agilidade nas tomadas de decisão, desenvolve a capacidade de trabalho em equipe, incentiva o exercício de seu papel social, a busca por entendimento das políticas públicas - seus programas e estratégias -, e amplia as possibilidades de prática profissional. Além disso, esta experiência favorece o desenvolvimento curricular, e fortalece as relações de parceria entre a instituição formadora, profissionais, gestores e usuários, ampliando as possibilidades de *Integração Ensino-Saúde*, e abrindo espaço para a reflexão crítica e a busca de solução para os problemas de saúde (BALDOINO; VERAS, 2016; CONCEIÇÃO *et al.*, 2015; MACIEL *et al.*, 2016).

METODOLOGIA

A produção dos dados: uma incursão metodológica aos cenários de prática

O estudo de caso se voltou para a produção subjetiva das práticas em saúde - inscritas nas características das redes dos territórios, dos processos de trabalho das ESB e dos problemas passíveis de intervenção, na perspectiva da educação permanente em saúde - as quais transcendem indicadores e expressões numéricas comumente utilizados nos processos avaliativos (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A produção de dados ocorreu por meio de Grupos Focais e pelo Diário de Campo da pesquisadora. Esta escolha teve a intenção de promover trocas e ampliar a interação social. São estratégias metodológicas que possibilitam o desdobramento de um contexto multidimensional para compreender o modo como as macropolíticas sociais impulsionam as conversas.

Os Grupos Focais foram compostos por cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal das equipes da atenção primária, das equipes dos centros de especialidades odontológicas e do pronto atendimento, estudantes em percursos formativos nos cenários do estudo (estágios curriculares, residências em saúde), bem como professores vinculados às atividades de ensino e gestores da saúde, do ensino e da *Integração Ensino-Saúde* nas gerências distritais. Foram conduzidos no período de março a abril de 2018, priorizando diversidades e particularidades dos territórios, dos níveis de atenção da rede e dos cenários de estudo. Os participantes interagiram e conversaram por cerca de 60 minutos, a partir de um roteiro sobre a rede de atenção em saúde bucal de sua gerência. Estes grupos foram filmados, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

SUMÁRIO

Ocorreram quatro grupos focais, com um total de 42 participantes. Na gerência distrital GCC, o grupo focal contou com a participação de treze representantes da atenção primária, do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSV), do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), da gestão e dos estudantes. Já o grupo focal da GD SCS foi composto por onze participantes da atenção primária e dos estudantes. Na gerência distrital RES, o grupo focal foi composto por dez profissionais da atenção primária. Por fim, o grupo focal, na gerência distrital Centro, contou com a participação de oito representantes da atenção primária, do CEO Santa Marta e dos estudantes.

O Diário de Campo foi utilizado com o objetivo de realizar uma descrição detalhada do trabalho realizado no campo e de como se deu o processo de inserção, observação e produção dos dados. Partiu-se da compreensão de que a utilização do diário permite a expressão de impressões, observações, e, por circular no tempo e no espaço, auxilia na construção de ideias sobre a intervenção da pesquisa. É um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir, que tem por base o exercício da observação direta de comportamentos, tanto de si quanto dos atores e dos cenários de pesquisa. O termo “diário” não implica, necessariamente, a realização de registros diários, mas sugere e requer periodicidade.

O processo de análise da pesquisa incidiu nos sujeitos produtores e no modo de produção do cuidado em Redes de Saúde no SUS. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da pesquisa ocorreu de modo participativo, em conjunto com os setores de planejamento dos cenários de estudos.

A partir da produção de dados, realizou-se a análise qualitativa, com base nos fundamentos da Análise do Discurso, em que a linguagem é analisada em sua complexidade, escapando do teor binário da linguística, e compreendida como uma produção própria a determinadas conjunturas históricas e sociais, de contornos instáveis, e que

produz sentido para os sujeitos inscritos em estratégias de interlocução (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014).

Deste modo, os dados de cada distrito foram organizados em estudos de caso, o que, além de prover material descritivo e narrativo, tornou possível trabalhar o sentido, e não apenas o conteúdo do texto. Sentido este que não é traduzido, mas produzido, que articula o linguístico com o social e o histórico. As concepções dos participantes foram analisadas nos documentos com a finalidade de apreender o que elas revelam, em um diálogo constante que incluiu objetividades e subjetividades (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

S U M Á R I O

RESULTADOS

Gerência Distrital Centro

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

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

SUMÁRIO

O CEO Santa Marta trabalha com território aberto para todas as unidades de saúde do município, devido à facilidade de transporte ao centro. O elevado número de demandas e a falta de contato com os profissionais da atenção especializada prejudicam a coordenação do cuidado pela atenção básica. O sistema de referenciamento não promove a conexão entre os colegas dos diferentes níveis de atenção, e, frequentemente, o dentista da atenção básica não consegue acompanhar os itinerários do cuidado dos usuários. Da mesma forma, os profissionais do CEO relatam não ter contato com o hospital. De modo geral, os profissionais acreditam que a utilização de um sistema unificado de prontuário eletrônico poderia contribuir para a atuação da atenção primária na coordenação do cuidado.

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

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

Outro ponto levantado é que os profissionais não possuem capacidade de governança, por causa das mudanças de gestão. O modelo de atenção à saúde trabalhado é com foco na doença - uma abordagem mais curativa devido à elevada demanda. Entretanto, ainda se realizam algumas ações de prevenção nas consultas individuais, ou, apenas, em atividade nas escolas. As atividades do programa da saúde na escola são conduzidas pelos profissionais técnicos, com o dentista no consultório, para não interromper os atendimentos.

SUMÁRIO

Sobre a percepção da integração ensino-saúde, alguns profissionais afirmam que os alunos trazem ideias novas, que eles oxigenam a clínica. Porém, é necessário que haja iniciativa por parte do estudante e do preceptor para que se crie um vínculo e funcione a sinergia.

Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

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

Os profissionais do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) trabalham sem definição territorial, e atendem todas as pessoas que chegam com demanda de urgência. Nas unidades de saúde, as equipes trabalham com território adscrito, definido no momento de sua constituição. Entretanto, para a atenção em saúde bucal, houve uma reorganização do território. Foi estabelecido um sistema de referenciamento com base na densidade de população atendida por cada Unidade de Saúde, de modo a ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos, e para prestar atendimento aos usuários das áreas sem cobertura de saúde bucal.

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

Este redimensionamento do território para o atendimento em saúde bucal por vezes gera obstáculos nos processos de trabalho das equipes. Há questões como a limitação na continuidade do cuidado pela impossibilidade de discutir e trabalhar junto da equipe de saúde do usuário; dificuldade de estabelecer o vínculo, por se desconhecer

SUMÁRIO

a realidade familiar e o território em que essa pessoa vive, e até seu percurso para chegar ao local de atendimento. Além disso, é uma demanda que chega para os profissionais da odontologia, que precisam dar conta da situação, muitas vezes sem o apoio dos colegas da equipe de saúde.

São apontadas dificuldades de comunicação e desafios ao se organizar os fluxos na rede. Os profissionais da atenção primária, do CEO e do PACS, afirmam não se conhecerem. Outro fator relevante é o elevado número de faltas às consultas especializadas, que os profissionais relacionam ao alto custo de deslocamento, pois o CEO também recebe usuários de outras Gerências Distritais.

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

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

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

SUMÁRIO

O agendamento de consultas especializadas acontece através da central de regulação, que utiliza o GERCON. Este sistema exige a confirmação da consulta através de chamada telefônica ou visita aos pacientes, o que tem ajudado a diminuir o número de faltas (absenteísmo). Além disso, a central de regulação trabalha com um número de pacientes agendados maior do que o número de vagas disponíveis, visando diminuir as repercussões negativas do absenteísmo.

Aprofundando a discussão sobre a integração ensino-saúde, os participantes relatam que os estudantes chegam aos serviços sem saber o que fazer, mas com curiosidade e intenção de treinar suas habilidades, de ter uma visão do funcionamento das redes. Eles circulam por diferentes pontos da atenção primária e especializada, espaços onde emergem discussões a respeito das redes. Realizam atividades de territorialização, acompanham visitas e atendimentos domiciliares, ajudam na identificação de vulnerabilidades. Para mais, eles renovam a energia da equipe de saúde, provocam os preceptores a pensar sobre questões naturalizadas na prática diária, e isto aumenta a produtividade, motiva e oxigena os espaços. Também, os estagiários e residentes realizam projetos para o serviço com uma matriz de intervenção e o planejamento de uma ação. Deste modo, a universidade propicia a inserção de ideias novas para qualificar o processo de trabalho das equipes.

Os profissionais almejam uma maior aproximação entre os supervisores de estágio e a universidade, para melhor compreender o trabalho a ser desenvolvido e os métodos de avaliação, para se ter um retorno sobre as condutas adotadas, com o intuito de se verificar se estão conforme o esperado. Além disso, apontam que os tutores não visitam as unidades de saúde, e, assim, desconhecem a realidade do campo. Neste processo, os estudantes se reconhecem como elo entre a universidade e o serviço, embora haja alguns locais de estágio que são mais receptivos aos olhos dos alunos e outros menos. Houve ainda destaque para as reuniões regulares entre os preceptores e a coordenação dos estágios curriculares da graduação em Odontologia

SUMÁRIO

e da Residência Integrada em Saúde Bucal da UFRGS, onde são trabalhadas as dificuldades. No entanto, a integração ensino-saúde é percebida como professor-dependente.

O tema da Educação Permanente tem sido trabalhado nos espaços de encontro dos trabalhadores com o apoio da universidade e da gerência. Nas reuniões de nível central, estimuladas por um projeto de extensão entre a UFRGS e a Secretaria de Saúde, mas também nas reuniões das equipes de saúde bucal - as discussões acontecem, inicialmente, em um pequeno grupo que posteriormente promove a problematização nas gerências. A Educação Permanente em Saúde oportuniza a criação de vínculo e melhora a comunicação na rede. Porém, nem todos os participantes conhecem ou já estiveram em ações de EPS no cotidiano de seu trabalho, e as ações passam despercebidas de seu intuito, tornando-se reuniões para cursos.

Gerência Distrital Sul/Centro Sul

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

Na atenção básica, as equipes utilizam o Protocolo de Saúde Bucal do município como um orientador do processo de gestão da clínica, organização e distribuição das ações, acesso e agenda, porém, com adequações para atender às demandas das equipes de saúde e do Conselho Local.

Os profissionais desta rede reservam as ações de saúde bucal no território para momentos pontuais e planejados em casos específicos. Entretanto, os estagiários costumam participar de visitas ou atendimentos domiciliares multidisciplinares com um agente de saúde, médico ou dentista.

SUMÁRIO

Os profissionais desta rede referem estar satisfeitos com a coordenação do cuidado pela atenção básica. Por não haver tantas referências, as equipes conseguem acompanhar os usuários em seus itinerários de cuidado na rede e, quando necessário, estão aptas a realizar busca ativa. Além disso, ressaltam o bom diálogo com os profissionais do CEO, que se dá através de e-mail, carta escrita, mensagens no celular ou telefonemas.

Entretanto, as equipes de saúde bucal mencionam certa dificuldade na coordenação do cuidado nos casos em que são uma referência para o atendimento de usuários de outras unidades de saúde, por problemas na comunicação e por falta de um fluxo estabelecido. Os profissionais destacam que ter uma boa relação e criar vínculo com a equipe de saúde melhoram o curso dos atendimentos.

São realizadas capacitações com as equipes de saúde referenciadas para qualificar a identificação dos usuários com necessidades odontológicas. Além disso, os estagiários participam de ações de educação permanente, e abordam temas de saúde bucal nos espaços de acolhimento das unidades de saúde de referência e referenciadas.

A comunicação na rede vai além do que existe nos sistemas. Ainda assim, as equipes almejam melhorias na logística, um sistema de prontuário eletrônico unificado para o compartilhamento do acesso às informações e um histórico dos atendimentos dos usuários. A atenção secundária não tem acesso ao e-SUS - onde a atenção básica evolui as informações dos atendimentos - e os dados sobre o seu atendimento são registrados no GERCON, porém com a finalidade de uso administrativo pela central de regulação de consultas. Para aquecer essa rede e estabelecer a comunicação, os profissionais investem na utilização de ferramentas informais (*WhatsApp*). Inclusive, para a relação com a comunidade, há unidades de saúde que possuem página na rede social *Facebook*.

A comunicação da atenção básica com a terciária se dá somente através do usuário, quando retorna à unidade. Muitas vezes o usuário

SUMÁRIO

não regressa, e se faz necessária a busca ativa, que nem sempre é efetiva. Outras vezes, o usuário recebe somente parte do tratamento, havendo um investimento na saúde dele, mas esse cuidado é perdido por essa falta de continuidade entre uma atenção e outra.

De forma geral, os trabalhadores demonstram desconhecer o funcionamento da rede. A dentista distrital tem o papel de orientar, rever e reforçar os fluxos, educar permanentemente os colegas. Por sua vez, ela tem o apoio do colegiado de saúde bucal e da coordenação de Saúde Bucal da SMS.

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

Os estudantes destacam problemas como o subfinanciamento, o acesso à informação e estrutura para atender a demanda. Percebem-se como pulverizadores do conhecimento, e junto com os profissionais, compreendem a necessidade de aprimorar a inserção do ensino nos espaços de gestão. A área de gestão possui deficiências, e o gestor acaba com papel extremamente administrativo.

Gerência Distrital Restinga/Extremo-Sul

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

SUMÁRIO

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

Foi destacada a necessidade de aprimorar a comunicação com a atenção especializada para realizar a coordenação do cuidado na atenção básica. Para isto, os profissionais procuram o diálogo com os colegas dos CEOs através de *e-mail* ou de contato telefônico.

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

Por ser um território distante da região central, as equipes referem a dificuldade dos usuários em comparecer às consultas especializadas, tanto pelo tempo de deslocamento quanto pelo custo do transporte. Os trabalhadores salientam que o novo serviço de radiologia odontológica, instalado na Restinga, tem facilitado o acesso e diminuído o tempo de locomoção para a realização dos exames.

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

SUMÁRIO

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

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

DISCUSSÃO

Este estudo não partiu de uma perspectiva avaliativa, onde interessaria a apreciação da estrutura, do processo (nas dimensões técnica, organizacional e das relações interpessoais) e dos resultados, como descrito por Contandriopoulos *et al.* (1997), mas sim de uma matriz de análise que compreende as redes como efeitos da integração entre diferentes atores (trabalhadores, gestores, estudantes, docentes e usuários) em contextos territoriais e sociais diversos, com particularidades quanto à sua composição, e, não menos relevante, em constante reconstrução, dada a plasticidade destes elementos, principalmente quando apreciados em ato.

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

SUMÁRIO

de cuidado, pautada no modelo de promoção à saúde, processa-se na atuação no território, na família e na comunidade, com ações inter-setoriais, trabalho multiprofissional e vigilância em saúde. Deste modo, busca-se considerar a dinamicidade existente no território em que as populações vivem - a pessoa precisa ser vista no seu contexto de vida - e realizar um diagnóstico situacional para a abordagem comunitária, com base no controle social (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUZA, 2011).

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

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

Foram identificadas atividades de *Integração Ensino-Saúde* nos territórios, que contribuíram no processo de identificação de vulnerabilidade social e promoção de ações em saúde bucal, relacionadas ao PSE, à prevenção do câncer de boca (na programação do maio vermelho), cuidados com a higiene e saúde oral, capacitação de equipes para o acolhimento dos usuários com necessidades odontológicas - e uso de classificação de risco para agendamentos dos usuários referenciados para tratamento.

SUMÁRIO

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

A comunicação nas redes encontra barreiras, e se faz necessário ampliar e intensificar o desenvolvimento de sistemas logísticos que conectem, de modo simples e descomplicado, os diferentes níveis de atenção. Esta dificuldade acaba atuando como fator limitante na integralidade do cuidado, e produz lacunas nas redes, principalmente na interface entre a atenção básica e a atenção secundária.

Os estudantes, ao cumprirem suas etapas de estágio e inserção nos serviços de saúde, também desenham singulares percursos itinerantes pelos pontos da rede, e podem ser considerados como articuladores da comunicação entre a atenção básica e a especializada.

O colegiado de saúde bucal da SMS de Porto Alegre desempenha função relevante como espaço permanente de pactuação e gestão. A Integração Ensino-Saúde participa na qualificação do sistema de governança da rede, na medida em que a área técnica de saúde bucal e as dentistas distritais recebem estagiários que desenvolvem matrizes de intervenção sob a preceptoria destes núcleos de gestão. Os alunos colaboram na realização de suas atividades e participam da elaboração de documentos, protocolos, apresentações, monitoramento das ações e educação permanente.

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

SUMÁRIO

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

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

O espaço de *Integração Ensino-Saúde* é entendido como ambiente de compartilhamento da experiência, que passa necessariamente pela abertura de espaços de trocas e de diálogo nos ambientes de trabalho, com construção coletiva de sentido das práticas. O poder de transformação deste encontro está em sua dinâmica de “oxigenar”, restaurar a vida. O encontro entre o ensino e o serviço leva a olhar para o saber de outro modo, a adotar uma nova posição na relação com o saber, ao compreender que “o saber não pertence a ninguém, mas que ele se constrói, se desconstrói e se reconstrói permanentemente por meio de trocas que o homem em atividade trava com o mundo e com os outros” (MAILLIOT apud SCHWARTZ; DURRIVE, 2015, p. 240).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

SUMÁRIO

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

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008.
- BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [on-line], v. 50, p. 17-24, 2016.
- BARROS, R. B. de; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, [s.l.], v. 19, n. 20, p.159-171, 2004.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.150-153, fev. 2007.
- BRASIL. Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 88-93, 2010.

SUMÁRIO

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

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

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

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 - Comunic., Saúde, Educ.**, [online], v. 19, n. 1, p. 845-855, 2015.

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

CUNHA, D. M.; ALVES, W. F. Da atividade humana entre Paideia e politeia: saberes, valores e trabalho docente. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 17-34, jun. 2012.

DIAZ, B. G. M. R. **A integração ensino-saúde e o desenvolvimento da rede de atenção em saúde bucal da região central e sul de Porto Alegre/RS**. Orientador: PIRES, F. S. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/202562>. Acesso em: 27 set. 2020.

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

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

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

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

SUMÁRIO

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

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

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

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

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

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

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

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

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015, 396 p.

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

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.

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

SUMÁRIO

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 evidencição 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/prt1996_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.

5

*Karen Laís Prediger
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

**COGESTÃO DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE BUCAL:
UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO**

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2002a, 2021), que definem a organização dos cursos de graduação em odontologia, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004a), que propõem a reorganização do modelo de cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), orientam, enquanto políticas maiores, necessidades de qualificações nos processos de formação das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Princípios que delineiam as duas políticas se aproximam, e pressupõem a humanização nas práticas de saúde, para superarmos modelos biomédicos em que a reprodução tácita e acrítica de técnicas odontológicas impeçam o cuidado centrado na pessoa (NARVAI; FRAZÃO, 2008; PIRES; BOTAZZO, 2015).

Na Integração Ensino-Serviço, os espaços de trabalho no SUS, como cenários de ensino-aprendizagens por meio de compartilhamentos de saberes e práticas entre instituições de ensino e de saúde, fortalecem a Educação Permanente em Saúde (EPS), produzindo ganhos mútuos na formação e no trabalho. A EPS, como pactuações e negociações permanentes entre trabalhadores, gestores, docentes, estudantes e usuários, produz mudanças estratégicas no SUS (ALBIERO; FREITAS, 2017; ALBUQUERQUE, 2008; FONSÊCA *et al.*, 2014; GUSMÃO *et al.*, 2015; MIRA *et al.*, 2018).

A experiência de EPS, analisada pelo estudo, foi desenvolvida por meio de uma atividade de Extensão Universitária, protagonizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS) e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre/RS, entre os anos de 2014 a 2017. Ocorreu por meio de uma ação de extensão intitulada *Educação Permanente em Saúde na Produção do Cuidado em Saúde Bucal*, e direcionada para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) de serviços do SUS municipal. A ação de extensão fundamenta-se no escopo dos desafios permanentes de ampliar

SUMÁRIO

SUMÁRIO

e organizar o acesso à atenção da saúde bucal, bem como na qualificação do cuidado, pertencente à Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), no município de Porto Alegre/RS (SMS/PMPA, 2018).

Realizaram-se atividades de EPS nas 8 Gerências Distritais (GDs) administrativas da gestão municipal da saúde, que compreendem os 17 distritos sanitários de Porto Alegre, bem como na instituição de ensino. Um Coletivo CoGestor do processo de EPS foi criado para desenvolver ações de EPS, apoiando-se na metodologia pedagógica da problematização e no Arco de Maguerez (BERBEL, 1995; BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

Esta foi a problematização que guiou o estudo: como uma experiência de EPS desenvolvida por meio de um processo de Integração Ensino-Serviço e ao nível de uma ação de extensão contribui na produção de competências para os trabalhadores do SUS?

Considerando o cenário descrito, o estudo realizado possuiu o objetivo principal de avaliar o perfil de formação e as práticas de EPS de ESB do município de Porto Alegre/RS (PREDIGER, 2018).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso do tipo único ou holístico, com uma única unidade de análise, que procura compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade (YIN, 2010). O estudo articula o campo da saúde com o campo da educação, orientado pelos princípios da pesquisa-ação-intervenção, considerando a indissociabilidade da ação e da intervenção na produção de conhecimento (PEZZATO; L'ABATE, 2012).

Os cenários do estudo constituíram-se em serviços de saúde que compunham a RASB no Município de Porto Alegre/RS, que possuía

SUMÁRIO

em torno de 166 ESB na APS, 6 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 2 serviços de pronto atendimento odontológico vinte e quatro horas, 8 pontos de atenção especializada na rede hospitalar e 7 serviços de apoio diagnóstico. Atuam vinculados ao SUS, no município, em torno de 429 trabalhadores de saúde bucal (SMS/PMPA, 2018).

Participou do estudo um total de 127 trabalhadores de saúde bucal, sendo 71 Cirurgiões-dentistas (CD), 12 Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e 44 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Os trabalhadores participantes do estudo atuaram nas atividades de EPS propostas no projeto de extensão *Educação Permanente em Saúde na Produção do Cuidado em Saúde Bucal*.

Os dados foram produzidos por meio de um questionário aplicado durante as reuniões mensais de EPS e de planejamento, nos Distritos de Saúde, para ser respondido de forma escrita, presencial e autônoma. A estrutura do questionário foi organizada com questões fechadas e abertas, e apresentando-se dois blocos temáticos. Bloco 1 - Sobre formação e trabalho e Bloco 2 - Avaliação de Processos de EPS.

Os dados produzidos foram digitados em planilha do Microsoft Office Excel, e foi realizada a análise descritiva da frequência de respostas quantitativas. Para os dados qualitativos, privilegiou-se a análise discursiva, que objetiva trabalhar o sentido histórico e social, além do conteúdo do texto (CAREGNATO, 2006).

O estudo foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia/UFRGS, no Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Plataforma Brasil, com parecer consubstanciado no número 29626.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil de Formação e Atuação no Ensino das Equipes de Saúde Bucal

A primeira parte de resultados do estudo permite compreender sobre o perfil de formação e trabalho dos trabalhadores que compõem as ESB participantes do estudo.

Dos CD entrevistados, 69% graduaram-se entre os anos de 2000 e 2010, sendo a UFRGS a principal instituição formadora (54,9%). Quanto aos profissionais TSBs e ASBs, 100% e 81,7%, respectivamente, se formaram entre os anos de 2000 e 2010 (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil de formação no nível de graduação dos profissionais participantes do estudo

Período de Formação	CD n (%)	TSB n (%)	ASB n (%)
Década 1980	12 (16,9)	0	0
Década 1990	10 (14,0)	0	8 (18,1)
Década 2000	24 (33,8)	8 (66,6)	17 (38,6)
Década 2010	25 (35,2)	4 (44,4)	19 (43,1)
Total	71 (100)	12 (100)	44 (100)
Instituição de Formação			
UFRGS	39 (54,9)	0	10 (22,7)
PUCRS	14 (19,7)	0	0
UFSC	5 (7,0)	0	0
UFPEL	4 (5,6)	0	0
Escola KLYMUS	0	7 (58,3)	25 (56,8)
Outros	9 (12,6)	5 (41,6)	6 (13,6)
Total	71 (100)	12 (100)	44 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa

O estudo aponta para uma rede qualificada de trabalhadores, com 87,3% dos CD participantes com curso de pós-graduação concluído. Dentre as especializações realizadas pelos CD, destaca-se a especialização em Saúde Coletiva (39,4%). As Residências Profissionais e o Mestrado também têm contribuído para a qualificação dos profissionais da rede, com destaque para a Residência em Saúde Coletiva e da Família (25,3%) e o Mestrado em Saúde Coletiva (7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil da formação dos participantes no nível de Pós-Graduação

Amostra CD	N (%)
	71 (100)
Especialização	
Saúde Coletiva	28 (39,4)
Especialidades Clínicas	12 (16,9)
Gestão em Saúde	2 (2,8)
Total	42 (59,1)
Residência	
Saúde Coletiva e da Família	18 (25,3)
Saúde da Criança	1 (1,4)
Não concluída	3 (4,2)
Total	22 (30,9)
Mestrado	
Ensino na Saúde	3 (4,2)
Saúde Coletiva	5 (7,0)
Cariologia	3 (4,2)
Odontopediatria	1 (1,4)
Total	12 (16,9)
Doutorado	
Saúde Coletiva	1 (1,4)

Fonte: Dados da Pesquisa.

SUMÁRIO



SUMÁRIO

A formação de TSBs e ASBs caracteriza-se por ser predominantemente em escolas privadas (77%), e apenas 21,4% referiram ter realizado algum tipo de formação complementar. Um estudo sobre o perfil de trabalhadores técnicos do SUS, no Rio Grande do Sul, realizado em 2016, apontou que 36,4% dos ASBs e TSBs assinalaram não encontrar dificuldades para se qualificar, e que apenas 24,7% destes profissionais referiram ter acesso à qualificação complementar através de reuniões no local de trabalho (WARMLING *et al.*, 2016).

Os encontros de EPS, analisados pelo estudo, foram realizados com grupos de CDs, TSBs e ASBs reunidos. A integração das ESB, nos espaços de EPS, suscitou a necessidade de se organizar também encontros separados para as categorias de trabalhadores técnicos de nível médio, com o objetivo de trabalhar competências específicas destes trabalhadores para atuação no SUS, ampliando o acesso destes profissionais à qualificação complementar e educação permanente.

Em relação à abrangência da Integração Ensino e Saúde, o número de trabalhadores preceptores, apontados pelo estudo, permite visualizar uma rede de atenção perpassada pela rede de ensino e envolvida ativamente com a formação em saúde, por meio de preceptorias. Dos CD entrevistados, 61,9% atuam como preceptores de estágios curriculares de cursos de graduação das instituições de ensino UFRGS, PUCRS e UFCSPA, e 23,9% atuam como preceptores de residência em odontologia.

Quanto ao tempo de preceptoria, os maiores conjuntos de trabalhadores estão situados entre os que possuem um tempo de experiência em preceptoria dos CDs: 23% relatam entre 2 e 4 anos, e 22,5% estão iniciando experiências em preceptoria (até 1 ano) (Tabela 3). Em relação a estes últimos, destaca-se que a implementação da Residência Integrada em Saúde Bucal da UFRGS, em 2016, tem contribuído para a inserção de novos CD na função de preceptoria.

SUMÁRIO

Tabela 3 - Descrição das características das experiências de preceptoría dos participantes

CD Preceptores de Estágio	n (%)
UFRGS	33 (46,4)
PUCRS	8 (11,2)
Seminário Integrador PET da UFCSPA	3 (4,2)
Total	44(61,9)
Tempo de atuação como Preceptores do Estágio	
Até 1 ano	16 (22,5)
Entre 1 e 2 anos	7 (9,8)
Entre 2 a 4 anos	17 (23,9)
Entre 4 e 5 anos	2 (2,8)
Não responderam	2 (2,8)
Total	44(61,9)
CD Preceptores da Residência	
UFRGS	10 (14,0)
GHC	5 (7,0)
Escola de Saúde Pública	1 (1,4)
Sem resposta	1 (1,4)
Total	17 (23,9)
Tempo de atuação como Preceptores da Residência	
Até 1 ano	9 (12,6)
Entre 1 e 2 anos	2 (2,8)
Entre 2 e 4 anos	6 (8,4)
Entre 4 e 5 anos	0 (0,0)
Total	17 (23,9)

Fonte: Dados da Pesquisa.

A inserção de estudantes, nos serviços do SUS, viabiliza a compreensão dos processos de organização da RASB e das dinâmicas da Política Nacional de Saúde Bucal (PINHEIRO, *et al.*, 2009). A participação da Instituição de Ensino, nas discussões de casos clínicos e de projetos de gestão, para o enfrentamento de problemas da rede de

SUMÁRIO

atenção à saúde bucal, enriquece e fundamenta o percurso de estudantes, de tutores e de preceptores-trabalhadores (WARMLING *et al.*, 2011). Produz inovação no trabalho em saúde, e desperta no trabalhador a necessidade de EPS para a qualificação do cuidado em saúde (FORTE *et al.*, 2015).

A formação de profissionais para o SUS deve produzir sujeitos autônomos que integrem, nas próprias competências técnicas, subjetividades, criatividade e comunicação, que mobilizem conhecimentos e capacidades diante de situações novas, adversas e imprevisíveis do cotidiano dos serviços de saúde. Ou seja, um agir em competência ampliado e integrado: saber-saber, saber-fazer e saber-ser (COSTA; ARAÚJO, 2011). Processos de educação na saúde cumprem um papel transformador na realidade social quando aprofundam a discussão do envolvimento do trabalhador no fortalecimento do controle social, na gestão dos serviços e na perspectiva da clínica ampliada (NORO; TORQUATO, 2010).

Integração Ensino–Gestão–Extensão–Atenção na produção do cuidado de saúde bucal

Na segunda parte do estudo, os dados qualitativos nos demonstram sobre políticas de Integração Ensino-Saúde, e como esses trabalhadores participantes vivenciam e avaliam práticas de EPS articuladas a elas?

Um estudo realizado em 2014, em Porto Alegre, identificou certo distanciamento entre as ações de gestão, de EPS e das práticas clínicas das ESB. Como tecnologia de EPS, há a necessidade da problematização dos processos de trabalho, colocando em diálogo as necessidades das partes envolvidas: trabalhadores, estudantes, serviços, instituições de ensino, gestão, usuários e controle social (WARMLING, *et al.*, 2019).

SUMÁRIO

As atividades de EPS das ESB, até então planejadas e realizadas pela Área Técnica de Saúde Bucal da SMS, passaram, a partir da ação de extensão de EPS aqui analisada, a serem protagonizadas por um Coletivo CoGestor, constituído por trabalhadores de todos as GDs: gestores, docentes, pesquisadores, estudantes, estagiários e trabalhadores do SUS. O Coletivo CoGestor responsabilizou-se por assessorar e realizar ações de EPS nos diferentes distritos sanitários de saúde. Um dos objetivos principais foi alinhar o processo de planejamento da gestão da saúde bucal do município às práticas de EPS, centradas nas realidades dos diferentes distritos sanitários municipais.

Neste processo, o Coletivo CoGestor conduziu o diagnóstico situacional e a identificação de problemas de desempenho das ESB nas GDs, utilizando-se da matriz de planejamento denominada FOFA (Força, Oportunidade, Fraquezas e Ameaças). Oriunda do campo da administração, esta ferramenta de planejamento estratégico vem sendo utilizada no campo do planejamento em saúde, e sua escolha, como ferramenta metodológica, se deu a partir da necessidade de sistematização e da visualização dos pontos fortes e das fragilidades deste coletivo social, permitindo a avaliação de sua estrutura, desempenhos e/ou contextos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Assim, a partir do diagnóstico situacional de cada distrito sanitário, coletivamente, as ESB em cada território elencaram pontos-chaves dos seus problemas de desempenho, elencados na matriz FOFA para serem trabalhados nos encontros de EPS.

No planejamento dos encontros de EPS, optou-se como base metodológica a teoria pedagógica da problematização, com o uso do Arco de Maguerez (BERBEL, 1995; BORDENAVE; PEREIRA, 1982). A partir da observação da realidade, identificação do problema e dos seus pontos-chaves, cada distrito de saúde desenvolveu a sua teorização, suas hipóteses de solução e a aplicação destas à sua realidade. A EPS produziu-se em atividades, discussões, dinâmicas, teorizações, leituras e atividades de educação a distância (Quadro 1). As hipóteses

de solução para os problemas eleitos foram construídas pelos trabalhadores, gestores, docentes e estudantes nos encontros de EPS, a partir de estratégias passíveis de serem aplicadas na realidade dos serviços. Seminários amplos de compartilhamento, discussão e avaliação das experiências distritais foram realizados pelo Coletivo Co-Gestor.

Quadro 1 - Projetos desenvolvidos pelos distritos sanitários de saúde, vinculados ao projeto de extensão 'Educação permanente em saúde na produção do cuidado de saúde bucal'

Gerência Distrital	Temáticas
CENTRO	Fluxos para atenção especializada, problemas de referência e contrarreferência entre os serviços, dificuldades em relação aos fluxos de atendimento para pessoas em situação de rua e atualização sobre calendário vacinal para equipes de saúde bucal.
GCC	Preenchimento e utilização do SISAB/e-SUS AB, organização de materiais e biossegurança nas unidades de saúde e referências para atendimento odontológico na Atenção Primária.
LENO	Programa saúde na escola
NEB	Acolhimento e indicador de primeira consulta odontológica programática
NHNI	Reestruturação das reuniões mensais de equipes de saúde bucal na gerência, visando maior integração e participação dos profissionais através de discussão de casos-problema.
PLP	Altas taxas de absenteísmo na atenção especializada - Centros de Especialidades Odontológicas.
RES	Discussão conceitual sobre EPS com as Equipes de saúde bucal e dificuldades em relação aos fluxos para atenção especializada, envolvendo a referência e contrarreferência entre os serviços e o absenteísmo nas especialidades.
SCS	Discussão de casos-problema com as equipes de saúde bucal e questões relacionadas à falta de materiais.

Fonte: SMS/PMPA, 2017, p. 355.

Neste processo, a concepção da EPS foi uma escolha política que transcendeu um caráter puramente pedagógico para colocá-la no centro de uma proposta de mudanças de práticas de trabalho, no próprio espaço de trabalho. Contudo, esta escolha não se fundamentou em uma perspectiva reducionista, com ênfase apenas na gestão do

SUMÁRIO

trabalho e na resolutividade dos serviços. Buscou-se promover também uma melhor compreensão do trabalho, das suas contradições e das suas potencialidades neste momento histórico (LEMOS, 2016; LOPES *et al.*, 2007).

Teve como objetivo resgatar o potencial educativo dos serviços de saúde, a partir da problematização coletiva do cotidiano do trabalho, reconhecendo a possibilidade da participação de vários sujeitos sociais no processo educativo (LOPES *et al.*, 2007). As atividades desenvolvidas, no decorrer do projeto de extensão, surgiram do cotidiano do trabalho, partiram da problematização e da inversão de problemas (CECCIM, 2004), à medida que problemas, antes entendidos como exclusivos da gestão municipal, passaram a ser compreendidos e enfrentados também pelos trabalhadores, estudantes e docentes da Instituição de Ensino.

O Coletivo CoGestor se constituiu como produtor de diálogo e ampliação das concepções de problematização e de EPS articulada à gestão, ao responsabilizar-se pelo planejamento de espaços tradicionais de qualificação oferecidos aos trabalhadores da RASB e pelas semanas municipais de saúde bucal e/ou campanhas de saúde bucal (SMS/PMPA, 2017). Articulou setores de planejamento da própria rede, entidades de classe de odontologia e instituições de ensino, com o objetivo de que estes espaços não estivessem desarticulados da realidade do processo de trabalho das equipes de saúde.

Avaliação de Educação Permanente em Saúde

Nos encontros mensais das ESB, realizados nos distritos sanitários, permitiu-se o compartilhar entre equipes com as diferentes realidades do município. A expressão “nosso momento”, utilizada por um trabalhador, pode ser relacionada ao sentido de pertencimento a um coletivo de trabalhadores inseridos em um sistema de saúde,

SUMÁRIO

o SUS. Dentro deste coletivo, há o pertencimento a uma área de conhecimento, a odontologia, que se apoia e se fortalece com objetivos em comum dentro de um sistema de saúde, o SUS. Criar o sentimento de pertencimento e o debate de valores entre trabalhadores e coletivos é condição para constituir dimensões subjetivas das competências profissionais (SCHWARTZ, 2010; KAPPAUN, 2018).

“São reuniões das quais gosto muito de participar, pois é o “nosso momento”, onde temos oportunidade de colocar as nossas dificuldades, problemas, e procurar olhar as soluções, contando com a ajuda e experiência de vários profissionais da nossa área. O grupo de EPS ampliou e reforçou estas possibilidades (E 92)”.

“As reuniões aproximam as equipes, trazem oportunidades de partilhar as dificuldades e as conquistas. Dá um conforto de se sentir que não se está sozinho, mas estamos juntos para enfrentar tudo (E52)”.

A criação de vínculo da RASB é relatada como ponto forte dos encontros de EPS. A EPS cria algo novo quando fortalece a equipe de saúde bucal, quando estabelece pontos de conexão entre os níveis de atenção dentro da rede de atenção e ensino na saúde. A rediscussão dos protocolos de encaminhamento de casos clínicos, a necessidade de aprender sobre Projeto Terapêutico Singular e complexidades dos casos e do olhar clínico ampliado integram um *pot-pourri*-EPS que conecta a rede. A potência da EPS na integração dos pontos da RASB, especialmente entre APS e CEO, gera momentos únicos, em que as dificuldades podem adquirir outros sentidos de enfrentamento, onde as equipes passam a ser também gestoras das próprias dificuldades. O compartilhamento de experiências propicia a formação de uma rede mais solidária, colaborativa e humana. A interação profissional, com cada um tomando mais consciência do exercício do seu papel no seu nível de atenção, reconfigura a rede.

“Há uma troca de experiência, de conhecimento, é o ponto de ligação entre os dentistas da GD, ajuda a desenvolver uma integração entre os profissionais e colaboração entre equipes (E133)”.

“O contato com os diversos profissionais da rede nos traz e nos permite a troca de ideias e experiências. Nos resulta em uma nova prática, mais ampla e diferenciada (E 1)”.

A dificuldade das ESB de compreenderem a problematização dos seus processos de trabalho, como momentos de EPS, usualmente leva ao entendimento dos encontros distritais como espaços apenas normativos (ROCHA; WARMLING, 2016). Mas, como no projeto de extensão, “Educação permanente em saúde na produção do cuidado de saúde bucal”, as reuniões distritais passam a ter o enfoque metodológico de EPS? Para onde vai o caráter administrativo, e onde fica o caráter educativo?

Instrumento de aproximação de ideias, de repasse de informações, de encontros e desencontros de diferentes modos de trabalho (protocolos, condutas, rotinas de trabalho), as reuniões distritais se constituíram em espaços privilegiados de aprendizagens, conhecimentos e realidades do município, das equipes e das comunidades. As atividades de EPS atuam na prática profissional ao permitirem compartilhar experiências e conhecimentos da realidade, sendo reconhecidas como uma estratégia de reorganização do processo de trabalho e de desenvolvimento do SUS.

“Um espaço muito importante para troca de experiências e conhecimentos. Também nos trouxe um novo olhar para a resolução dos “problemas” cotidianos do nosso trabalho, com o uso da problematização, como forma de discussão da realidade (E 1)”.

“Muitas vezes, a realidade de outras equipes é semelhante à de minha equipe, e na troca de saberes se pode fazer alterações importantes e positivas no processo de trabalho (E 103)”.

Processos de qualificação dos profissionais precisam emergir da problematização das práticas e das necessidades das pessoas. Que as atividades se estruturam a partir da problematização da atuação profissional e da gestão em saúde. Dessa forma, o aprender e o ensinar devem ser incorporados ao cotidiano das organizações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004c).

S U M Á R I O



SUMÁRIO

“Aprendi muito sobre gestão de materiais, processos de trabalho, para reduzir o absenteísmo em geral e nos CEOs, e compartilhei conhecimento e detalhes específicos de algumas unidades para aplicar na minha unidade, através de relatos dos colegas e também através do estudo do protocolo de saúde da mulher. Desenvolvimento do trabalho, aprimoramento do profissional (E 105)”.

“O estímulo e a concretização do ato de transformar a rotina! A prática do trabalho em constante fonte de reflexão e aprimoramento (E67)”.

Resistências na participação e na reconstrução de processos de trabalho foram identificadas. Mas até que ponto isso é negativo? Compreendendo o poder como em Foucault (2004), ou como uma rede de relações em que estamos todos envolvidos, somos todos geradores ou receptores dando vida e movimento a essas relações. Em espaços de EPS, espera-se que o poder esteja menos centralizado, mas sempre presente, havendo, portanto, uma relação de forças. A democratização dos espaços de trabalho/EPS traz à tona a tensão real da roda viva, pois o discurso da igualdade não suprime a desigualdade real que existe nas relações de poder entre trabalhadores, gestores, usuários, docentes e estudantes (LE MOS, 2016).

“Acho que as reuniões distritais têm sido espaços de conexão com e entre os colegas para criarmos vínculos, trocar experiências, problematizar a realidade. Acredito que há um espaço muito promissor, mas que ainda poderia ser melhor aproveitado. Há algumas resistências à participação no grupo, agora há um espaço para qualificá-lo. Falta motivação (E 129)”.

Nas relações de poder e resistência, emerge a singularidade de cada equipe que atua em um determinado território / unidade de saúde. Os processos de trabalho das equipes de saúde bucal são distintos, e a predisposição para modificar questões desafiadoras e problemáticas se dá por cada indivíduo/equipe em seu tempo.

“Tenho dificuldade de motivar minha ESB para as reuniões. Talvez, se fossem compulsórias, inicialmente, a ESB tomasse um gosto maior pela amplitude de ações que trabalhar no SUS”.

S U M Á R I O

oferece aos profissionais e comunidade. É claro para todos que eventualmente as equipes têm resistência à saída do consultório, do ambiente clínico. Acredito que não por comodismo, mais por desconhecimento (E 75)".

"Acredito que sim, de forma lenta, mas sim. Acho que o assunto tem que ser continuamente abordado/estimulado, e cada um de acordo com sua realidade e predisposição (E47)".

Uma metodologia incentivada no projeto de extensão de EPS foi a de colocar-se em roda, com o objetivo de instigar a fala e a problematização do trabalho pelo próprio trabalhador. Na descentralização da gestão da EPS, as rodas estimulam o pensar permanente e a busca de soluções criativas para a ineficiência dos serviços quando baseados em um processo vertical de gestão do trabalho (LEMOS, 2016).

"Acho que, nos últimos anos, tivemos um aumento no número de profissionais participantes e maior interesse dos componentes nas reuniões. Houve uma maior preocupação/interesse em ouvir e ser ouvido. Cada profissional pôde e quis contribuir nas pautas das reuniões (E 47)".

O Coletivo CoGestor coordenou colaborativamente as atividades desenvolvidas com e pelos participantes, que se tornam atores e sujeitos das ações, em um movimento de coprodução. Os encontros foram planejados como espaços para o estabelecimento de diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras, onde os gestores passaram a ser os trabalhadores do SUS, gestores municipais, estudantes e universidades (BRASIL, 2004c).

"Conduzidos por um grupo responsável pela atividade, aconteceram, em formato de trabalho contínuo (não foi em encontros isolados), baseado em fragilidades do processo de trabalho. O tema foi decidido em conjunto, e foi priorizada a troca experiências e informações sobre cada realidade (E 67)".

"Este ano de 2016, com a nova "formatação" do grupo, percebi que o aprendizado foi mais interessante, pois foi vinculado, aos nossos interesses, problemas e assuntos escolhidos pela nossa gerência (E 97)".

SUMÁRIO

A integração das instituições de ensino na rede, por meio de estágios curriculares, promove qualificação e atualização profissional em relação às recentes mudanças científicas e tecnológicas. Este é um aspecto valorizado pelos trabalhadores que desejam sempre maior contato com as instituições. Contudo, é preciso articular às estratégias de qualificação a construção de significados e práticas com orientação social (OLIVEIRA, 2011), uma equação nem sempre fácil de se alcançar.

“Creio que houve uma mudança nas reuniões, visando problematizar e trabalhar em cima das demandas da região. Porém, creio que precisamos pensar em problemas mais pertinentes e de maior amplitude, principalmente para nossa população, por exemplo: violência, drogas, DST, saúde mental... Ainda acho que precisamos de uma presença mais ativa da academia em nossa região, até por meio de estágios, o que viria a enriquecer nossa discussão. Sugiro também espaços para discussão de casos clínicos (E 121)”.

“Menos idealismo, mais pragmatismo. Mais discussão de protocolos, artigos científicos, dados epidemiológicos e informações dessa natureza (E 121)”.

“Qualificação profissional que deve se incorporar no conhecimento profissional e gestor do funcionário que atua no serviço. Espaço para discussão do conhecimento científico, da odontologia baseada em evidência de como isso se relaciona com a atuação profissional na atenção básica na ponta, no serviço (E 7)”.

A EPS se caracteriza como aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, que realiza o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho (BRASIL, 2004b). Pode ser um instrumento potencializador de perspectivas do trabalhador sobre o próprio trabalho. Quando o aprendizado é gerado não em atividades de capacitações pontuais, mas pela integração entre saberes emanados dos serviços, no cotidiano, onde há imprevistos e emergem criatividade. O saber que implica atores na construção do SUS (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013; CASTRO *et al.*, 2012).

“É a inter-relação entre ensino, qualificação e trabalho, que busca, através das experiências clínicas, das vivências, melhorar e

achar soluções para os problemas que ocorrem no dia a dia do SUS, colocando o agente (CD, ASB e TSB) também como responsável pelas soluções (E92)".

"Reinventar (E 14)".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão 'Educação permanente em saúde na produção do cuidado de saúde bucal', organizado pela parceria institucional da UFRGS e da SMS, fortaleceram a integração da Rede de Atenção e de Ensino na Saúde Bucal no município estudado.

Protagonizadas pelos trabalhadores do SUS, professores e estudantes da UFRGS, propiciaram uma relação de proximidade entre a universidade e a realidade dos serviços no mundo do trabalho do SUS. Discutir conjuntamente o saber-fazer promove mudanças nos processos de trabalho das equipes, e, em mão dupla, as experiências do trabalho geram aprendizagens para a docência e a formação profissional.

A criação de vínculo entre os trabalhadores do SUS permitiu a exposição de problemas aos coletivos, a troca de experiências, mas, principalmente, o sentir-se acolhido nas dificuldades do trabalho. Os encontros mensais, as conversas, o dispor-se em roda e expor, mesmo com resistência, o mesmo problema que outros colegas enfrentam pode ser algo percebido como um apoio para o trabalhador continuar realizando o trabalho.

Discutir os protocolos instituídos pela gestão da SMS destacou-se como um dos principais resultados observados. Renormalizar, modificar e adequar os protocolos à prática, bem como pensar e discutir os processos de trabalho em equipe, fez parte do objetivo da EPS, e foi alcançado no grupo. A renormalização tornou-se um importante instrumento de EPS e, concomitantemente, de gestão do próprio trabalho.

SUMÁRIO

As ações de EPS aperfeiçoam a comunicação nas redes de ensino e saúde, estabelecendo espaços de negociações e consensos, assim como promovendo transformação do trabalho, frente às necessidades do trabalhador, do gestor, do estudante, do docente e, principalmente, da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 03, p. 356 – 362. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>. Acesso em: 25 mai. 2018.

ALBIERO José Francisco G.F., TORRES Sérgio Fernando. **Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, v. 41, n. 114, p. 753-767, jul.-set. 2017.

BERBEL, Neusa A. N. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. **Semina: Cio Soc./Hum.**, Londrina, v.16. n. 2, Ed. Especial, p. 9-19, out. 1995.

BORDENAVE, Juan D.; PEREIRA, Adair M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 4ª. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 04 mar. 2002a. Seção 1, p. 10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ed.115, p. 77, 2021 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299> Acesso em 11 mar. 2023.

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília. 2002b, p. 140-157. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=195-politica-recursos-humanos-em-saude-seminario-internacional-2002-5&category_slug=politica-recursos-humanos-em-saude-960&Itemid=965. Acesso em: 28 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004c.

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, 2004a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 18 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília. 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018.

CAREGNATO, Rita C. A.; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006; v. 15, n. 4, p. 679-684.

CASTRO, F. C. A. Q. *et al.* Educação permanente em saúde: os desafios perduram. *In*: SODRÉ, Francis *et al.* Formação em Saúde: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva. **EDUFES**, Vitória, 306 p., 2016.

CASTRO, R. D.; BRAGA, C. C.; FREIRES, I. A. Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 235-238, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1):41- 65, 2004.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1181-1189, 2011.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica. **Revista da Abeno**, Londrina, v. 15, n. 2, p. 2-11, 2015.

FORTE, F. D. S. *et al.* Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 831-43, 2015.

SUMÁRIO

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. 23 ed. São Paulo: Graal, 2004.

KAPPAUN, N. R. C. *et al.* "Agir em competência" e cuidados paliativos: uma reflexão sobre o cuidar de pacientes terminais. **Ergologia**, nº 18, p. 147-172, dez., 2017. Disponível em: <http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/18article6.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

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

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J., & DE VASCONCELOS, M. D. F. F. (2013). Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface - Communication, Health, Education**, v.17, n. 47, p. 859–871. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000033>. Acesso em: 04 mar. 2023

MIRA, Q. L. M. *et al.* O Pró-Saúde e o PET-Saúde como ferramentas transformadoras do ensino em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Espaço para a Saúde**. 2018 dez.;19 n. 2, pp. 97-107, 2018.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, Paulo. **Saúde Bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. 21ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concluintes de curso de odontologia. **Trabalho Educação e Saúde (On-line)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 439-447, nov. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 de maio de 2018.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N. *et al.* Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48-65, Chía, Colômbia, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 386–398, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a12v21n2.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PINHEIRO, F. M. C. *et al.* A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 99-106, jan./mar. 2009.

SUMÁRIO

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0273.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

PREDIGER, K. L. **Perfil de formação e processos de educação permanente em equipes de saúde bucal no SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/235479> Acesso em: 11 jun. 2023

SMS/PMPA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório anual de gestão - 2016**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf. Acesso em: 19 maio 2018.

SMS/PMPA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de gestão, 1º quadrimestre - 2018**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rgtquad2018_sms_11junho.pdf. Acesso em: 21 jul. 2018.

ROCHA, E. T.; WARMLING, C. M. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Saberes Plurais**: Educação na Saúde, Porto Alegre, v. 1, 2016.

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

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 23, e180398, 2019.

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

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

WARMLING C. M., *et al.* Competências de auxiliares e técnicos de saúde bucal e o vínculo com o sistema único de saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 575-92, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Pan American Health Organization, United Nations Environment Programme. **GEO Health**: methodology for integrated environment and Health Assessment: a focus on Latin America and the Caribbean [Internet]. Ciudad del Saber: UNEP; 2009. Disponível em: <http://www.pnuma.org/deat1/pdf/GEO%20Salud%20INGLES%20final.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.

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

SUMÁRIO



6

*Angélica Teixeira dos Santos
Daniel Feijolo Marconi
Cristine Maria Warmling
Fabiana Schneider Pires*

ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE/RS

INTRODUÇÃO

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, organizou tecnologicamente o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos conceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com as diretrizes desta política, os conceitos de universalidade e integralidade estão em destaque, pois a atenção básica - primeiro nível de complexidade do sistema de saúde – tem a responsabilidade de integrar o cuidado em saúde por meio da coordenação entre os serviços, estruturados pelos sistemas de referências e de contrarreferências, e também através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2006).

A reedição da PNAB, no ano de 2011, aponta em suas diretrizes uma definição muito próxima aos conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS): o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a APS como a porta de entrada preferencial da *rede de atenção*. Esta *rede de atenção* deverá acolher usuários, e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

A PNAB reitera como estratégia um cuidado integral e direcionado às necessidades da população, principal e preferencial porta de entrada, centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado, ordenadora de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, além de ordenar as ações disponibilizadas na rede, destacando o papel de todas as esferas de governo: apoiar e estimular a adoção da ESF como prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2017). Desde 2006, a ESF é a principal proposta governamental/política de reorganização do modelo de atenção à saúde, com apoio político, institucional e econômico do Estado, e instituída como alternativa de consolidação dos princípios do SUS.

S U M Á R I O

SUMÁRIO

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde, conformado em redes, e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, permitindo conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Ao considerar-se as redes de atenção como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns e ações cooperativas, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral (MENDES, 2010, p. 230)”, entende-se que transformações devam ser realizadas nas ações de planejamento e gestão na direção e na dimensão das redes integradas, que resultem também do monitoramento e avaliação dos processos de trabalho e de resultados nos serviços de saúde. O propósito principal dos procedimentos avaliativos deve ser produzir corresponsabilização das esferas de gestão, reforçando o caráter educativo das políticas (BRASIL, 2005). Assim, acredita-se que o sistema seja capaz de responder às necessidades da população, encaminhando-a aos serviços especializados quando houver necessidade (MENDES, 2010).

Ao estudar a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), cabe destacar que a Política Nacional de Saúde Bucal, (PNSB), (BRASIL, 2004) define as diretrizes para a saúde bucal na ESF na perspectiva de criar fluxos para ações mais resolutivas, além de abranger as ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação, buscando uma transformação do modelo de atenção em saúde em todo o país, por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, e com ações para a estruturação da atenção especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (PUCCA JUNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010).

Estas diretrizes propõem ampliação e qualificação das ações da APS recomendando, para este nível de atenção, o desenvolvimento

SUMÁRIO

de ações de prevenção e controle do câncer bucal, a implantação e o aumento da resolutividade do pronto atendimento, a implantação de procedimentos mais complexos (como pulpotomias e fase clínica de implantação de próteses dentárias), a ampliação do acesso através de intervenções organizadas por linhas de cuidado e por condições de vida (PIRES; BOTAZZO, 2015).

O redirecionamento no modelo de atenção à saúde bucal incorpora uma nova abordagem para os problemas, de modo a enfrentar um modelo hegemônico (odontológico) que, ao longo dos anos, produziu obstáculos na direção do cuidado integral do paciente/ usuário por fundamentar-se em uma organização do trabalho que distanciou a equipe de saúde bucal de práticas coletivas, as quais poderiam, em sua função essencial – o coletivo – responder à integralidade (BOTAZZO, 2005).

Ao compreender que o modelo que preconiza a disposição de serviços de saúde em redes de atenção foi assumido pelo SUS, enquanto estratégia de reforma político-organizacional, visando superar as fragmentações do sistema (BRASIL, 2010), parte-se do pressuposto de que gerir uma rede de atenção à saúde e seus elementos essenciais - população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde - exige avaliar os serviços que compõem a rede, suas relações, as posições que ocupam e de que forma conectam-se para criar um objetivo comum (HARTZ 2004; OPAS, 2010; MENDES, 2010; 2011).

Diante das necessidades de reorganização dos serviços de saúde, para atuarem enquanto redes integradas, acentuadas pela ampliação dos serviços de saúde bucal, a PNSB viu-se desafiada a aperfeiçoar os modelos municipais de práticas e os modos de governar, organizando os processos de trabalho cada vez mais na perspectiva de uma rede articulada, plástica e adequada às necessidades da população. Desde então, está proposto pela PNSB um deslocamento das práticas em saúde bucal, buscando a reorganização do modelo de atenção em direção à Promoção da Saúde (PIRES, 2013).

SUMÁRIO

A Promoção da Saúde tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propôs ações intersetoriais de emprego, renda, saneamento, habitação, educação, transporte, lazer e saúde; mas também de mobilização social na busca da melhoria da qualidade de vida da população. Ainda que a avaliação de serviços e programas de saúde possua considerável acúmulo na literatura nacional, a avaliação de redes se apresenta como tema incipiente no campo da saúde coletiva (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Avaliações na área da saúde geralmente se situam em nível de políticas, programas, serviços (entendidos como instituições) ou intervenções. Investimentos nas redes, enquanto objeto de pesquisa, e avaliação são ainda raros na literatura especializada, em especial nas propostas de modelos de avaliação, ainda que sejam contemplados variados aspectos importantes à organização das redes de saúde, como o papel da atenção primária, a integração entre serviços, a interfederatividade e a inteligência epidemiológica. Ou seja, a tradução desses elementos em ferramentas que auxiliem efetivamente análises e processos avaliativos persiste como uma importante lacuna (AMARAL; BOSI, 2017).

Desta forma, compreende-se que identificar o estágio de desenvolvimento da RASB pode elucidar muitos aspectos relacionados ao processo de trabalho em saúde no SUS, trazendo para a discussão tanto as dificuldades quanto as forças que a organização do modelo de atenção em redes pode ter. Neste sentido, esta pesquisa parte da necessidade de se produzir um diagnóstico situacional do modelo de atenção da Rede de Saúde Bucal do município de Porto Alegre, utilizando-se de um instrumento de avaliação do estágio de desenvolvimento da Rede de Saúde Bucal produzido e publicado por Leal *et al.* (2014) como ferramenta para a construção deste diagnóstico.

A produção de diagnósticos auxilia gestores e equipes de trabalhadores a aumentarem a capacidade de análise e intervenção, e é imprescindível na construção das matrizes teórico-lógicas para a

SUMÁRIO

avaliação em saúde. Da mesma forma, recursos pedagógicos, analíticos e políticos precisam ser desenvolvidos a partir dos processos de avaliação (BRASIL, 2011).

Espera-se identificar e avaliar o modelo de atenção em saúde bucal na RAS de Porto Alegre, discutindo-se os fatores que interferem nas práticas em saúde, os protocolos, fluxos e encaminhamentos. Estas características indicam o formato desta rede, mas ainda de um lugar instituinte. Acredita-se que o modelo de atenção, proposto pela gestão para a RASB de Porto Alegre, constrói-se mesmo é no cotidiano do serviço, em cada ponto da rede, e se encontra permeado por diferentes conformações. E a construção deste diagnóstico é o desafio ao qual se propõe este trabalho.

Com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805, Porto Alegre ocupa o vigésimo oitavo lugar entre as cidades brasileiras, sendo o IDH um indicador comparativo usado para segmentar países segundo os graus de desenvolvido (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). Esse grau de desenvolvimento é calculado a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, assim como pela educação e produto interno bruto (PIB) per capita. Esse índice foi criado no início da década de 1990, diferentemente do PIB per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Atualmente, ainda é a medida de desenvolvimento humano mais conhecida e utilizada em todo o mundo (TORRES *et al.* 2003).

No ano de 2019, em que foi realizado o estudo, os serviços do SUS em Porto Alegre ainda estavam distribuídos nos territórios em 17 Distritos Sanitários (DS), que formavam 8 Gerências Distritais (GD) - área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde responsáveis pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco, que poderá ser feito segundo diferentes modalidades. Em Porto Alegre, no ano do presente estudo,

SUMÁRIO

estavam assim distribuídas: 1) Centro, 2) Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas, 3) Norte / Eixo Baltazar, 4) Leste / Nordeste, 5) Glória / Cruzeiro / Cristal, 6) Sul / Centro-Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga / Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados (Ambulatoriais e Substitutivos).

A organização em distritos sanitários visa aumentar a cobertura dos serviços com uma eficiente inter-relação entre eles, para conseguir equidade, eficácia e eficiência, assegurando acesso aos serviços para a população, segundo seu nível de complexidade. Deve-se mencionar ainda que, nesse processo de construção da regionalização/distritalização da saúde, há a necessidade de se criar e implantar instrumentos e mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos distintos níveis. A atenção básica atua como porta de entrada, e é responsável pelo cuidado contínuo do usuário através da rede por onde ele caminha, velando pelo cumprimento do projeto terapêutico do usuário e da equipe de saúde.

A cobertura populacional, pelas Equipes de Saúde da família, atinge atualmente 55,8% da população, sendo a cobertura populacional da Atenção Básica 71,2%. A APS conta com 158 equipes de saúde bucal, dessas, 103 são equipes de saúde da família, com 150 dentistas. A cobertura populacional estimada pela saúde bucal permanece em 37%, abaixo consta uma tabela com o indicativo de primeiras consultas ofertadas no ano de 2016. A primeira consulta é um indicador que oferece parâmetro para medir o acesso da população à saúde bucal (SMS/PMPA, 2017).

Após uma avaliação da cobertura populacional, objetivando diminuir iniquidades, possibilitar acesso às populações desassistidas e reduzir as diferenças entre as unidades de saúde quanto à oferta, demanda e capacidade de atendimento, a rede de saúde bucal no município passou, em 2016, por uma redistribuição das áreas adstritas às unidades de saúde com equipe de saúde bucal. A RAS de Porto Alegre conta com os cuidados a serem vistos a seguir.

Conhecendo o modelo de atenção da RASB de Porto Alegre

O modelo de atenção à saúde atua como um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, pelos focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e pelos diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica, além dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011 p. 209).

Além dessa concepção, pode-se perceber uma concepção ampliada sobre modelo de atenção, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, com a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e a dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos, como, por exemplo, na promoção da saúde e na prevenção de riscos (TEIXEIRA, 2003).

A crise contemporânea do setor de saúde se deve ao distanciamento entre os sistemas e as necessidades da população. A superação da crise viria com a desfragmentação dos pontos de atenção, por ora incomunicáveis entre si. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde, para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas (LAMAS; CALVO; FREITAS, 2012). Para o sistema único de saúde, vê-se a necessidade de um modelo

SUMÁRIO

mais resolutivo ao longo prazo, e com custo mais baixo, pois o modelo focado em condições agudas fracassou completamente na abordagem das condições crônicas, levando a maiores gastos e insuficiência do serviço, resultando em hospitais superlotados e em uma população doente. O modelo biomédico, além de ter alto custo, é inadequado ao enfrentamento das condições crônicas de saúde e aos determinantes sociais de adoecimento.

As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, com práticas orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, social e cultural, de modo a contemplar ações no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde (BRASIL, 1997).

A ESF tem seu foco e organiza o modelo de atenção a partir da atenção básica, seguindo os princípios do SUS. Constitui-se em rede (RAS) e no caso em estudo – no município de Porto Alegre/RS, a RAS está organizada da seguinte forma: tem como porta de entrada (acesso) a unidade básica, que trabalha embasada na lógica da saúde da família, a qual possui adstrição dos territórios a partir das suas necessidades, potencialidades e vulnerabilidades. Nesse modelo, os trabalhadores de determinada unidade precisam se sentir responsáveis por determinado paciente enquanto ele “caminha pela rede”, ‘zelando’ pelo seu cuidado. Por isso, o vínculo entre as equipes e a população torna-se tão necessário.

O cuidado contínuo deve ser para a pessoa e não para a doença, portanto, neste modelo, a ênfase é na promoção à saúde. Considera-se que, para isso, é necessário respeito à cultura local, bem como o entendimento de qual o lugar que esse usuário ocupa para então, a partir das suas singularidades, determinar junto a ele o melhor caminho a ser percorrido, desenvolver nesse usuário o autocuidado a partir do seu empoderamento. Através desse modelo de organização, aumentamos a Resolubilidade dos serviços, pois investimos nossa força de

SUMÁRIO

trabalho de acordo com a identificação de riscos, das necessidades e demandas de saúde de determinada população.

Segundo LAMAS (2011), no seu estudo sobre a Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre, a gestão estratégica, mesmo sob a descentralização no SUS, não foi acompanhada de um aumento na capacidade administrativa dos serviços e recursos. O autor discute sobre o modelo assistencial, o acesso, estratégias de programação e organização do trabalho. De acordo com sua pesquisa, a incorporação da saúde bucal na ESF não representou avanço efetivo. Isso se justifica pelo fato de a oferta do serviço odontológico, ainda que inserida em uma rede articulada e com modelo assistencial com foco na promoção de saúde, tende a ser embasada em um modelo tradicional de prática odontológica, centrada no cirurgião-dentista enquanto sujeito exclusivo do processo do trabalho e cuidado.

Neste estudo, o processo de trabalho em saúde, a tecnologia em saúde e o cuidado em saúde são entendimentos sobre o modo de se fazer saúde na esfera da saúde coletiva, e são as referências para o encaminhamento das questões propostas. Utilizando-se da definição de Paim (2003):

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços, populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade: postos, centros de saúde, hospitais etc. (PAIM, 2003, p. 567).

O modelo de atenção é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma racionalidade, uma “lógica” que orienta a ação. É também uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas em saúde, a partir de uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas

SUMÁRIO

e necessidades de saúde, constituindo, portanto, um modo de intervenção (PAIM, 2003).

Este estudo parte de uma intencionalidade: ao reconhecer a RASB e fazer um diagnóstico de seu estágio de desenvolvimento, poder compreender e analisar as possibilidades de resposta para as necessidades da população nos territórios, a partir do modelo de atenção. Importa declarar, portanto, o conceito de processo de trabalho em saúde que está em análise: O conceito – processo de trabalho em saúde – diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que, neste processo de trabalho cotidiano, está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano (PE-DUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 323).

Desta forma, este estudo analisa o estágio de desenvolvimento da RASB no domínio **modelo de atenção**, por compreender sua importância na organização e nos itinerários de cuidado disponíveis e possíveis para as pessoas em Porto Alegre.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa. A produção de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado de diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014).

O questionário é composto por sete blocos temáticos de perguntas, totalizando 107 questões, que correspondem às dimensões da rede de APS (população, atenção primária à saúde, pontos de atenção à saúde secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança da rede e modelo de atenção à saúde).

SUMÁRIO

O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão e subdimensão.

O modelo adotado, para a análise dos dados coletados, foi a escala do tipo *Likert*, que tem o objetivo de verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto (MIRANDA *et al.*, 2009). As respostas foram estruturadas com escores de 1 a 7 para cada subdimensão, da seguinte maneira (SHI *et al.*, 2001; OLIVEIRA, 2007): 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não discordo/nem concordo, 4 = concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente, 0 = não sei responder, 9 = não se aplica.

A avaliação advém do conjunto de escores de cada subdimensão, gerando um escore global - obtido através do cálculo da média dos valores de todos os itens - que caracteriza o Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014). Assim, a análise descritiva e interpretativa a partir dos resultados obtidos. Para cada grupo (Gerência do Distrito de saúde), esta média foi comparada ao número que seria obtido se todas as respostas apresentassem o escore máximo, ou seja, a subdimensão completamente implementada.

Este questionário foi aplicado para oito cirurgiãs-dentistas, com cargo de dentista distrital, nos oito distritos de saúde de Porto Alegre. O presente estudo centrou sua análise no domínio "Modelo de Atenção à Saúde". O estudo foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia/UFRGS, no Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Plataforma Brasil, sob o número do CAAE 79778217.8.0000.5347, com Parecer de número 29626. Todos os sujeitos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foi garantido o anonimato a todos os participantes, bem como das equipes às quais pertencem.

RESULTADOS

O perfil dos dentistas distritais em Porto Alegre é diversificado, se trata de um grupo composto por mulheres com vínculo empregatício com o IMESF (Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família), variando de menos de um ano até quinze anos atuando em unidades básicas.

Quanto à formação dos participantes do estudo, 60% são especialistas em saúde da família e/ou saúde coletiva, demarcando o olhar qualificado, tanto do processo de trabalho quanto da rede de atenção, e, assim, considera-se que o profissional terá maior habilidade para identificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção em que atua, considerando-se o perfil de gestores da saúde bucal nos distritos.

Quadro 1 - Perfil de tempo de vínculo e de formação dos dentistas gestores distritais participantes do estudo

Ano de formação	2003	2008	2012	2007	2010	2011
Ano de ingresso IMESF	2014	2014	2013	2015	2018	2014
Especialização na área	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Residência	Não	Não concluída	Não	Não	Não	Não
Mestrado	Outra área	Em andamento	Não	Em andamento	Não	Não
Doutorado	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: questionário de identificação da pesquisa.

Após o Instrumento de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014) ser preenchido de forma autônoma e presencial pelas participantes, os dados foram inseridos em uma planilha Excel 2007, e, após a soma de cada domínio,

foi criado um escore máximo possível para cada um dos pilares necessários. A análise dos dados considerou o escore de cada distrito, em uma relação de percentual atingido frente ao escore máximo do domínio modelo de atenção.

Quadro 2 - Escore atingido por cada distrito nas dimensões de Diagnóstico do Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal (LEAL, 2014)

	NHNI	RES	GCC	CEN	LENO	NEB	PLP	SCS	Máximo possível
População	71	93	88	80	82	86	86	100	130
Pontos de atenção	71	71	79	70	73	75	74	76	95
Sistemas de apoio	38	43	49	37	42	47	47	49	75
Sistemas Logísticos	19	28	28	27	25	36	30	23	50
Governança da Rede	13	36	38	29	26	14	36	30	40
Modelo de Atenção	57	91	76	65	78	92	76	112	125

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir do cálculo dos números absolutos em cada dimensão, foi realizada a proporcionalidade do escore atingido em relação ao escore máximo possível, onde o 100% significou o maior índice que o distrito poderia alcançar de implantação em cada domínio do instrumento, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 - Percentuais de cada distrito em relação ao escore máximo possível em cada dimensão (LEAL, 2014)

RASB	NHNI	RES	GCC	CEN	LENO	NEB	PLP	SCS
População	54,60%	71,50%	67,60%	61,50%	63,00%	66,10%	66,10%	76,5%
Pontos de atenção	78,8%	78,80%	87,7%	84%	81,1%	83,3%	80,3%	80%

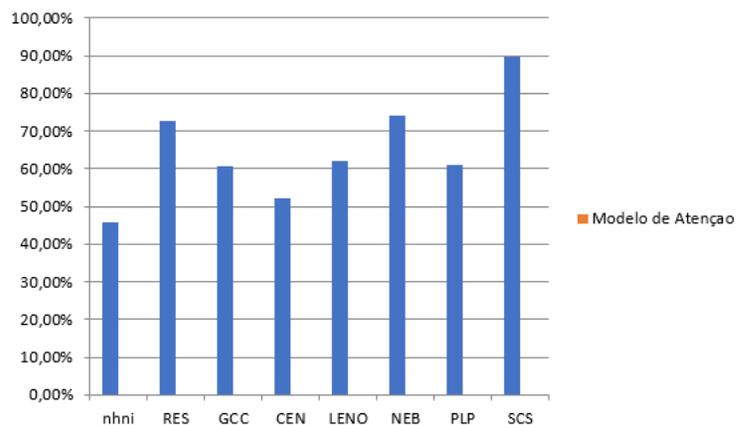
SUMÁRIO

Sistemas de apoio	54,2%	61,4%	70%	41,1%	60%	67,1%	67,10%	70,0%
Sistemas Logísticos	38%	56%	56%	54%	50%	72%	88,00%	46%
Governança da Rede	32,50%	90%	95%	72,50%	65%	35%	50%	75%
Modelo de Atenção	45,60%	72,80%	60,80%	52%	62,40%	73,60%	60,80%	89,6%

Fonte: coleta de dados da pesquisa.

No gráfico abaixo, podemos observar os percentuais de implementação da rede de saúde bucal de Porto Alegre, o que possibilita ter um comparativo visual do estágio de desenvolvimento e implementação da rede em cada distrito, no domínio selecionado para discussão e análise (Modelo de Atenção).

Quadro 4 - Gráfico comparativo entre os distritos de Porto Alegre



Fonte: coleta de dados da pesquisa.

O quadro abaixo traz os escores absolutos das respostas ao instrumento aplicado, por quesito e por Gerência Distrital.

S U M Á R I O

Quadro 5 - Números absolutos obtidos pelas respostas dos participantes do estudo na sub-dimensão que tratou especificamente sobre modelo de atenção à saúde de acordo com a seguinte escala likert: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não discordo/nem concordo, 4= concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente.

DOMÍNIO "MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE"	NHNI	RES	GCC	CEN	LENO	NEB	PLP	SCS
82. Há um modelo de atenção à saúde bucal definido)?	5	5	2	4	4	5	4	5
83. Dispõe de protocolo clínico para condições de saúde bucal?	5	4	5	4	5	5	4	5
84. Protocolos clínicos construídos com evidências?	0	4	3	5	0	5	4	5
85. Os profissionais de saúde utilizam protocolos clínicos?	5	4	4	4	4	5	4	4
86. Protocolos clínicos propõem intervenções coerentes com riscos?	1	4	5	4	4	1	4	5
87. O modelo assistencial está acordo com as necessidades da população?	1	2	1	2	4	1	2	5
88. Propõe ações de autocuidado?	0	4	4	4	4	1	4	5
89. Utiliza recursos sociais da comunidade?	1	4	4	4	4	5	4	5
90. Inclui ações de promoção e intersetoriais?	5	5	4	2	5	4	4	4
91. Inclui ações de prevenção para subpopulações e fatores de riscos?	5	5	5	2	5	5	4	5
92. Intervenções preventivas realizadas rotineiramente?	5	2	4	2	1	5	4	4
93. Inclui ações clínicas e reabilitadoras direcionada aos riscos ?	0	2	3	1	1	5	4	5
94. Intervenções clínicas realizadas rotineiramente?	0	2	1	1	1	4	4	5
95. Utiliza a tecnologia de gestão da clínica?	1	3	1	1	4	0	2	4

SUMÁRIO

96. Plano de cuidado singular com avaliação de risco?	5	3	2	4	4	2	2	4
97. Plano de cuidado em conjunto com o usuário?	5	3	1	1	4	5	2	2
98. Plano de cuidado com metas multiprofissionais?	1	4	1	1	2	2	2	4
99. Esse plano de cuidado é avaliado periodicamente?	1	3	1	1	1	2	2	4
100. A atenção programada conforme o risco do usuário?	1	4	4	4	4	5	4	4
101. Existe um programa de EPS e protocolos clínicos?	0	4	5	1	4	2	2	5
102. Existe um contrato de gestão com metas?	5	4	5	5	4	5	2	5
103. Existe incentivos morais e financeiros?	1	4	1	1	1	4	2	4
104. Existe monitoramento e avaliação?	1	2	3	1	1	2	2	2
105. Auditoria clínica com base nos protocolos clínicos?	1	3	1	1	1	2	1	2
106. Utilizam listas de espera?	1	5	5	1	4	5	2	5
107. As listas de espera com base em riscos, transparência e em evidências?	1	2	1	4	2	5	1	5

Fonte: coleta de dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os modelos de atenção em saúde são sistemas logísticos utilizados para organizar a rede. Cada gestão determina o modelo a ser seguido, e esse modelo determina a forma como será gerida toda a rede, devendo ser produzido e escolhido a partir das necessidades da população. Sendo assim, ele se torna um modelo singular a ser adaptado à realidade da população (MENDES, 2011).

SUMÁRIO

A partir das experiências internacionais e nacionais, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação da condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país, que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Esse olhar e análise do autor (MENDES, 2011) indica a necessidade de mudanças profundas nos modelos de atenção, de forma a superar o sistema fragmentado, e a implantação de redes de atenção à saúde poderiam criar respostas ou meios de enfrentamento desta realidade.

O conceito das redes de atenção à saúde representa uma integração dos serviços como garantia de acesso aos usuários e, conseqüentemente, maior resolatividade e integralidade. Rediscutir relações e responsabilidades de seus atores e instituições pressupõe definições transparentes de fluxos e direcionamento racional ao sistema como um todo. Mas, no interior desta estrutura, qual a posição e quais são as atribuições do trabalho em saúde enquanto dimensão da rede? (LAMAS; CALVO; FREITAS, 2012, p. 84).

Por certo, os desafios para a construção das dimensões de uma rede passam pela construção de linhas de cuidado para os variados tipos de doenças, por exemplo, as crônicas não transmissíveis ou o enfrentamento das epidemias, e isso em um recorte macro e micropolíticos.

A perspectiva da micropolítica e do processo de trabalho em saúde identifica componentes para a efetivação do trabalho em saúde nas redes, como a vinculação e a responsabilização do cuidado com o uso de tecnologias em um espaço relacional subjetivo de cuidador-usuário. A compreensão do trabalho em saúde, de forma integrada,

SUMÁRIO

incluindo a participação e os saberes de uma equipe multidisciplinar, bem como a busca da produção da autonomia do usuário, pois são prerrogativas a serem consideradas (MALTA; MERHY, 2010).

Ao analisar o estágio de desenvolvimento da rede, no município de Porto Alegre, as pesquisadoras se permitiram encontrar potencialidades e fragilidades na consolidação do modelo de atenção. Fragilidades estas que poderão ser enfrentadas pelo diálogo com as equipes e com a gestão a partir destes resultados. Sobre as potencialidades, pode-se dizer que frutificam à medida que as equipes e suas gerências distritais se debruçam sobre os resultados atingidos no cotidiano dos serviços, percebendo-se como rede de atenção e de cuidados, e, assim, reforçam o seu compromisso de equidade e integralidade da prática em saúde.

Em uma primeira análise, identificam-se a gerência distrital NEB e a gerência distrital Restinga/Extremo Sul, com estágio de desenvolvimento próximo a 80% na média dos quesitos (73,6% e 72,8%, respectivamente), seguidas por GCC e LENO, com médias percentuais próximas à 60% (60,8% e 62,4%, respectivamente). As gerências que apresentam menor percentual de desenvolvimento da RASB, apontadas pelo instrumento proposto nesta pesquisa, são a gerência Centro (GDC = 52%) e NHNI (45,6%).

Nota-se que, nos quesitos analisados, é alto o escore para a identificação do modelo de atenção no município. Assim como os protocolos clínicos de atendimento em saúde bucal são amplamente conhecidos, em todos os distritos, são também construídos com base em evidências, e têm sido discutidos com os trabalhadores. No entanto, em todos esses distritos, o escore para a adequação do modelo, de acordo com as necessidades da população, foi muito baixo, demonstrando que as gerências trabalham na perspectiva de um modelo pré-estruturado, protocolar e pouco flexível aos agravos e necessidades de saúde dos diferentes territórios do município.

SUMÁRIO

As ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos, associadas aos fatores de riscos, ainda estão menos ajustadas às realidades de cada território do que se poderia considerar para uma rede em estágio avançado de desenvolvimento. As tecnologias para a gestão da clínica ou gestão da condição de saúde ainda são pouco utilizadas nos distritos, e a possibilidade de se desenvolver um plano de cuidado singularizado pela equipe multiprofissional da RASB, em conjunto com o usuário, ainda é tênue. Outro ponto do diagnóstico do modelo de atenção indica que as metas a serem alcançadas, no trabalho colaborativo, são identificadas com escores baixos.

Mesmo que, nos distritos, o modelo assistencial incluía ações de promoção à saúde com ações intersetoriais, e que o modelo de atenção se apoie em ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos (escovação supervisionada, alimentação etc.), é de forma programática que o fazem.

Estes dados apontam uma fragilidade da ação integral em saúde bucal em vários pontos da RASB. Ao desconsiderar uma (re)organização tecnológica do trabalho frente aos agravos individuais, e não àqueles exclusivamente programáticos (ex.: PSE, pré-natal odontológico, puericultura, entre outros). O modelo - e assim a prática em saúde bucal - limita o protagonismo do usuário. Um modelo de atenção engessado e unicamente atrelado aos protocolos tende a contrapor-se à perspectiva da atenção integral.

Ao compreender os trabalhos em saúde não somente como uma atividade que comporta procedimentos do nível técnico (tecnologias, procedimentos, protocolos), mas também com adaptações de um saber tecnológico para a situação singular, julga-se indispensável que os trabalhadores tenham importante grau de autonomia e de responsabilidade com o outro e com as instituições (CAMPOS, 2010; LAMAS, CALVO, FREITAS, 2012).

SUMÁRIO

O atendimento integral só é possível se parte das necessidades da população adstrita à integralidade for de encontro com a abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. Esse olhar do profissional precisa ser totalizante, pois só assim consegue compreender o sujeito biopsicossocial, devendo ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES; 2005).

Se, de fato, as intervenções clínicas e reabilitadoras são insatisfatoriamente realizadas rotineiramente, qual poderia ser o espaço da escuta qualificada sobre os padecimentos do paciente para ultrapassar o diagnóstico de sinais e sintomas, percebendo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento?

Esta, dentre as demais questões, aponta a principal fragilidade do modelo de atenção no atual estágio de desenvolvimento da RASB de Porto Alegre: promover espaços de construção de itinerários terapêuticos (o caminho do usuário na rede), a partir das singularidades de cada usuário (situação de vida e saúde, projetos de vida, desejos e possibilidades). Assim como Sant'anna e Hennington (2011), entende-se que o processo de trabalho deve ser pautado por práticas capazes de dar acolhimento e/ou resolução às necessidades sentidas pelos usuários.

Se, por um lado, o uso de projetos de cuidado singularizado ainda se apresenta em construção na RASB, as questões relativas à operacionalização do contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e ou SES com as equipes de saúde bucal, apresentaram escores elevados, demonstrando que se encontram em estágio de desenvolvimento avançado.

O município tem metas para os trabalhadores, e isso se mostra importante: o trabalhador demonstra conhecimento das metas a serem alcançadas pelo município, e reflete uma gestão participativa no momento de traçar os objetivos a serem cumpridos.

SUMÁRIO

Outro fator positivo trazido pelas respostas é a influência das ações de educação permanente - com base na educação de adultos e protocolos clínicos – trabalhadas com os profissionais nas equipes de saúde no desenvolvimento de novas estratégias para a organização da rede de atenção.

As demandas que são inerentes ao trabalho em saúde, como espaços de escuta e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho, dependem de processos educacionais e formativos para a sua reorganização (LAMAS, CALVO, FREITAS, 2012).

Observam-se diferenças no estágio de desenvolvimento da rede ao se analisar os escores para o modelo de atenção em cada distrito. Em parte, os diferentes distritos apresentam-se com a pluralidade dos trabalhadores, dos territórios, dos usuários e das regiões que compõem a rede de saúde bucal em um município com as disparidades de Porto Alegre.

Sobre esta pluralidade, cabe pensar e repensar os processos de trabalho, os percursos de cuidado para os usuários e as possibilidades de se fortalecer um sistema de saúde público e democrático, em que pesem tensões remanescentes de modelos anteriores no que concerne à formação em saúde, à perspectiva de autonomia e ao compartilhamento de responsabilidades, prevendo-se transformações de ordem institucional e o alinhamento das políticas de educação e saúde. Tal preocupação deve constituir proposta de investigação pelos órgãos executivos da gestão do trabalho e da educação na saúde em sua prerrogativa de elaborar políticas de formação e de desenvolvimento profissional (LAMAS, CALVO, FREITAS, 2012, p. 87).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS tem buscado reorganizar o modelo de atenção, e esta reconfiguração do sistema tem exigido que se repense o trabalho para se responder aos modelos voltados à promoção da saúde e às redes de atenção.

Por vezes, a premente questão da integralidade do cuidado tem sido tratada como uma quimera, pois objetivamente busca-se criar uma organização burocrática do cuidado, com fluxos hierarquizados, protocolos, e, certamente, baseados nas melhores evidências científicas, porém às custas de severos percursos e processos de adoecimento, em um território de saúde reduzido ou simplificado como informação para anamnese, apartados no processo de cuidado e acolhimento.

Analisar o estágio de desenvolvimento de uma rede de saúde bucal, com a expressividade da rede de Porto Alegre, traz à tona o hercúleo trabalho de construção dos processos de trabalho, da organização de itinerários, da regulação ao acesso, da cobertura que as ações em saúde devem alcançar para oportunizar saúde com qualidade para a população.

As diferenças entre os distritos podem indicar, pelas fragilidades ou por suas potencialidades, diferentes momentos da gestão municipal para a constituição da RASB. São diferenças que se relacionam não apenas ao estágio ou grau de implementação de uma ou outra política de saúde no município, mas expressam as dificuldades ou as melhores oportunidades nos territórios, carregando em si não apenas o estágio atual em que equipamentos e trabalhadores estejam, mas o processo histórico de construção dos equipamentos de saúde no município, e, assim também, o processo histórico, político e social da organização da RASB.

SUMÁRIO

Tecer a rede de atenção e saúde bucal requer olhar para as experiências exitosas e analisar os fracassos. Acredita-se que um modelo de atenção que se faça existir na vida das pessoas (usuários e trabalhadores) parta de uma prática em saúde bucal com novos arranjos tecnológicos, tanto na gestão quanto no processo de trabalho, permitindo novos movimentos: o deslocamento próprio das ações de educação permanente, outras formas de vínculo e acolhimento entre os sujeitos. Considera-se que as práticas poderiam ser usadas para um reconhecimento dos entraves e avanços na constituição do cuidado em saúde.

É necessário repensar a tecnologia do cuidado em saúde bucal como possibilidade da atenção com a integralidade e de sua legitimação como um dos componentes da saúde em uma expressão ampliada: a da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

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, p. 424-434, 2017.

BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: GARCIA, D. V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ, p. 43-47, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 12 jul. 2015.

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 04, mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 04, jun.. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> Acesso em: 04, jun. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

CZERESNIA, D.; Freitas C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; pp. 39-53, 2003.

HARTZ, Z. M. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004.

SUMÁRIO

LAMAS, A. E.; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T. A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 4, p. 83-88, 2012.

LEAL, D. L. Adaptação da versão saúde bucal do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1341-1347, 2014.

MALTA D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

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

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

MIRANDA *et al.* Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, Supl. 1, p. 104-110, 2009.

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

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA, FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-86, 2003.

PEDUZZI, M. SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 320-8, 2008.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 273-284, 2015.

PUCCA JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the unified contextualization of the national oral health policy. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 26-32, 2010.

S U M Á R I O

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trab. educ. saúde (On-line)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 223-244, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400011&lng=en&nr m=iso. Acesso em: 12 nov. 2018.

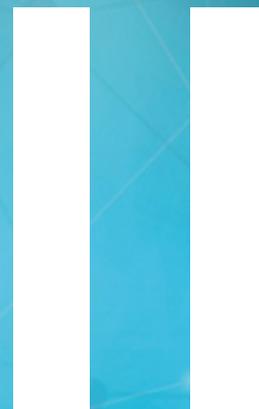
SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Programação Anual de Saúde – 2017**. 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programacao_anual_saude_pas2017.pdf. Acesso em: 28 fev. 2019.

SHI, L. *et al.* Primary care quality: community health center and health maintenance organization. **Southern Medical Journal-Birmingham Alabama** v. 96, n. 8, p. 787-795, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM J. S. ; VILASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol Sus.**; v. 7, n. 2, p.7-28, 1998.

TORRES, H. G., Ferreira, M. P., & Dini, N. P. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 3-4, p. 80-90, 2003.

Parte



**A INTEGRAÇÃO
ENSINO-SERVIÇO
NA GRADUAÇÃO
DE ODONTOLOGIA**

7

*Camilla Ferreira do Nascimento
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO E AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO NOS CENTROS DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA

INTRODUÇÃO

A organização de processos de trabalho, em sistemas desenhados para funcionarem compondo redes de saúde bucal, impôs modificações nos currículos dos cursos de odontologia. Tornando-se um desafio especial para as instituições de ensino odontológico, a incorporação de vivências e estágios, em serviços de atenção especializada, que contribuam nas reconfigurações das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do Sistema Único de Saúde (SUS) (WARMLING *et al.*, 2015).

No Brasil, em 2002, foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação de odontologia com o intuito de readequar a formação dos profissionais (BRASIL, 2002), atualizadas recentemente (BRASIL, 2021). O destaque para as atividades de Integração Ensino-Serviço sinaliza mudanças paradigmáticas na formação profissional, com foco em atividades que promovam capacidade crítica, o aprendizado do trabalhar em equipe e de valorização do contexto social nos encaminhamentos e procedimentos clínicos. A preparação para/e no trabalho exige cada vez mais competências para a resolução de problemas concretos e inesperados (ZILBOVICIUS, 2011).

A formação do cirurgião-dentista passou a contemplar com mais força o SUS, com o objetivo de preparar para o trabalho, nos diferentes níveis de atenção, um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência. Para isso, houve necessidade de ampliação da carga horária dos estágios curriculares supervisionados e do caráter de inserção e integração na rede de serviços do SUS, tanto ao nível de Atenção Primária à Saúde (APS) como também nos serviços especializados, hospitalares e de gestão nos cursos de Odontologia (WARMLING *et al.*, 2011; WARMLING *et al.*, 2015).

Neste momento, com mais de 18 anos de publicação das diretrizes curriculares e de investimentos importantes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), os questionamentos direcionam-se para pensar

S U M Á R I O



se as mudanças nas trajetórias dos cursos de odontologia traduzem as macropolíticas construídas no país. Ou, como as vivências, nos campos de estágios, e em especial na atenção especializada, produzem significados aos estudantes sobre o modo e competências do trabalho em redes de atenção, tais como o uso dos protocolos, o trabalho em equipe, a mobilização de saberes, as implicações, responsabilizações e as habilidades de comunicação (NASCIMENTO, 2017; 2018).

Redes de atenção e de ensino na saúde

A criação do SUS, há mais de 25 anos, representou um processo de desenvolvimento e qualificação da atenção à saúde pública no Brasil. Entretanto, a persistente fragmentação das ações e dos serviços de saúde é um problema relevante que impede que o sistema cumpra com o princípio constitucional da integralidade (PAIM *et al.*, 2011). Trata-se de um contexto que aumenta a importância de se implementar modelos de planejamento em saúde que visem a integração dos sistemas de saúde: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010).

As RAS são compostas por um conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções, graus de incorporação tecnológica e fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos são definidos por protocolos, controlados nas centrais de regulação de vagas e de marcação de consultas. A perspectiva é a de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da gestão de complexas redes de cuidado institucionais, operadas pelos processos formais de referência e contrarreferência, os quais propiciem a circulação adequada e otimizada das pessoas nos serviços de saúde com densidades tecnológicas diferentes, mas complementares entre si (MENDES, 2010).

Na década de 1990, não só o Brasil, mas outros países, dentre eles o Reino Unido, já enfatizavam a importância de políticas de organização de redes regionalizadas de saúde, com o objetivo de pensar o

SUMÁRIO

planejamento em saúde vislumbrando a materialização das conexões entre ações e serviços de saúde (CONIL; FAUSTO, 2012). Nos Estados Unidos, também neste período, foram implantados sistemas integrados de saúde que se organizavam com o objetivo de prover de forma transparente a coordenação dos serviços de saúde para uma população definida, com responsabilidade por cumprir resultados sanitários de modo a melhorar o nível de saúde da população (SHORTELL *et al.*, 1996).

Alguns países da Europa, assim como o Canadá enfrentaram problemas na fragmentação dos serviços de saúde, e, como forma de melhorar a eficiência do sistema e a continuidade da assistência, desenvolveram experiências de integração horizontal e vertical entre médicos de família e centros de enfermagem (LEAT; PINK; NAYLOR, 1996). A integração da atenção à saúde se tornou uma prioridade para vários países, especialmente para enfrentar os problemas das doenças crônicas.

No Brasil, os sistemas e serviços de saúde foram construídos historicamente para atender prioritariamente às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional voltada para as urgências e emergências, destinada a funcionar sob pressão, e com o objetivo de curar os doentes. No entanto, transformações demográficas e epidemiológicas mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde, que passaram a ser constituídos, predominantemente, pelas condições crônicas, impondo um processo de trabalho com características distintas daquele que respondia aos agravos agudos (MENDES, 2010).

O desafio de um sistema modelado em rede está em superar a ideia da pirâmide como opção esquemática tradicionalmente usada para explicar a organização dos sistemas de saúde. A figura da rede, por outro lado, enfatiza o modo como as relações entre os serviços se estabelecem, ou seja, um modelo pelo qual as conexões entre os pontos sejam mais horizontalizadas, e não excessivamente verticalizadas e hierarquizadas como sugere o modelo em pirâmide (CECÍLIO, 2009).

SUMÁRIO

O modelo de conexões rígidas e burocráticas não mais funciona para sistemas de alta complexidade como são os que se apresentam na sociedade atual. A burocracia é considerada estática, hierárquica e segmentada, tornando-se incapaz de preencher as exigências de hoje. O princípio da rede é, em si, o princípio da conexão flexível e ainda mais livre de partes do sistema que são independentes umas das outras, mas integram funções e participam do processo em conjunto (WEBER, 2008).

As relações horizontalizadas entre os serviços diversos passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados, e como canais permanentes de comunicação. A atenção primária deve ser a responsável pela comunicação e articulação do cuidado contínuo, com potencial de estabelecimento de vínculo e fortalecimento da autonomia dos sujeitos. No entanto, reforça-se a necessidade de incorporação e articulação aos demais serviços componentes da rede de atenção à saúde, como os serviços de atenção secundária e terciária, já que estes são essenciais para promover uma atenção integral à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). As várias lógicas de gestão do cuidado, a partir das novas configurações em rede, exigem que os múltiplos atores, que compõem o sistema, assumam em conjunto as responsabilidades pelo cuidado, interpenetrando as várias dimensões do cuidado, a fim de garantir a integralidade (CECÍLIO, 2009).

Deve existir uma interdependência dos atores e organizações envolvidas, pois nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos, interesses ou competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (SILVA, 2011).

O modelo proposto pela política pública brasileira descreve que *a governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede*. Trata-se de uma construção inovadora no âmbito do SUS, e profundamente coerente com a condição de singularidade do sistema de saúde brasileiro. É importante desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de

SUMÁRIO

uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas em âmbito local e regional (BRASIL, 2011, p. 13).

Novos formatos de gestão, planejamento e organização dos serviços de saúde em rede produzem modificações nas formas de trabalho e de comunicação entre os níveis de atenção. Os profissionais, na configuração do trabalho de saúde em rede, estão inseridos em equipes multiprofissionais, devendo articular saberes interdisciplinares e realizar ações intersetoriais para oferecer respostas efetivas às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada. O trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes, e expressa também a ideia de múltiplas conexões nas relações dos trabalhadores a partir do ambiente de produção (FRANCO, MERHY, 2012; BRASIL, 2004a).

Mais do que possuir informação, é importante saber onde obtê-la. O saber e o saber-fazer de um profissional não se situam somente nos seus próprios recursos, mas o trabalhador deve aprender a mobilizar na hora certa e da maneira adequada o saber-fazer nas suas próprias redes profissionais e pessoais. A qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento exige a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar dos atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados e o desenvolvimento do trabalho em equipe (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; BRASIL, 2009).

Um importante pressuposto para desenvolver competências e habilidades para as configurações, que se impõem aos sistemas de saúde organizados em redes, é a diminuição do distanciamento entre os espaços de ensino e de serviço ou de trabalho (FEUERWERKER, 2003). Não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando a possibilidade de problematização sobre a realidade da produção de cuidados, a necessidade de transformações do modelo assistencial, e, tendo como objetivo central, as necessidades dos usuários.

SUMÁRIO

Diante deste cenário, nos últimos tempos, no Brasil, vêm sendo publicadas e operacionalizadas diversas portarias e diretrizes nacionais buscando a aproximação do campo da saúde/trabalho ao campo da educação. Dentre elas, podem se destacar alguns programas que foram estruturados para promover mudanças institucionais, tais como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS (BRASIL, 2008; 2005). O objetivo é incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para uma abordagem integral do processo saúde-doença. Tem-se, como eixo central, a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, desde o início de sua formação.

Espaços pedagógicos de formação também são produzidos no interior dos serviços envolvendo sujeitos / trabalhadores / estudantes nos processos de trabalho e de gestão. A educação permanente é um exemplo de movimento técnico-político-pedagógico construído pelo setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, entre a docência e a atenção à saúde ao considerar problemas, saberes e experiências do cotidiano do trabalho na saúde (CECCIM, 2005).

A organização da atenção odontológica especializada nas RASBs do SUS

No ano de 2003, dados epidemiológicos sobre as condições da saúde bucal da população brasileira apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para as desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços odontológicos e para a existência de grande número de idosos edêntulos. Também detectaram um baixo número de procedimentos odontológicos especializados, evidenciando grande desproporção entre oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados. Esta realidade evidenciou a

SUMÁRIO

necessidade da organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica (BRASIL, 2004).

O panorama negativo, nas condições de saúde bucal brasileiras, impulsionou os governos brasileiros, nos últimos dez anos, a investirem em políticas públicas para o enfrentamento dos problemas. A opção política por ampliar investimentos nas Redes de Atenção de Saúde Bucal (RASB) levou o país a construir o que se considera, na atualidade, uma das maiores políticas públicas mundiais de atenção odontológica: a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a). Suas diretrizes reorganizaram e qualificaram a saúde bucal nos diferentes níveis de atenção, em um trabalho em rede com ações inter-setoriais, e priorizando o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo (SOARES, 2012; PUCCA JÚNIOR, 2009).

A ampliação do acesso aos serviços públicos de odontologia ocorreu principalmente por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e pela implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O processo de ampliação e qualificação da saúde bucal no país impulsionou fortes mudanças no modelo assistencial odontológico, antes restrito à atenção de escolares, direcionando-o para um sistema de oferta de serviços universal e equitativo, pautados nos princípios e diretrizes do SUS (PUCCA JÚNIOR, 2009).

O CEO se configura como uma das estratégias inovadoras de investimento da PNSB nas RASB, para a ampliação do acesso à atenção odontológica no nível secundário de densidade tecnológica. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a atenção primária, e estão integrados ao processo de planejamento loco-regional. Devem ofertar minimamente especialidades nas ênfases de periodontia, endodontia, atendimento de pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor (BRASIL, 2006).

SUMÁRIO

Outro fator relevante é a construção de protocolos de referência bem definidos, que contribuem para uma melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos no CEO, além de qualificar o preenchimento das referências e contrarreferências. Os fluxos devem levar a ações resolutivas pelas equipes de saúde, centrados no acolher, informar, atender e encaminhar, sendo o usuário parte do serviço em seu andamento (FRANCO; MERHY, 2012).

Da qualificação às competências: o agir profissional

O conceito de competência é tradicional ao campo da educação, revestindo-se de significados de acordo com os domínios disciplinares e diversidades de abordagens que se empregam para a análise. As contribuições mais utilizadas, na compreensão do conceito de competência na esfera da formação em saúde, são provenientes das áreas da psicologia, das ciências da educação e da sociologia do trabalho (PIRES, 1997). Com o intuito não de uma revisão exaustiva, mas para a compreensão da diversidade de concepções que embasam o conceito das competências profissionais, destacam-se as correntes behaviorista, cognitiva, construtivista e humanista.

A corrente teórica behaviorista está fortemente marcada por uma visão positivista da realidade, que valoriza os aspectos observáveis das competências (desempenho), e enfatiza o potencial e os atributos do sujeito. A competência se expressa nos comportamentos e em situações específicas, que podem ser observáveis e mensuráveis (SANTOS, 2011). A abordagem considera a competência como um somatório de comportamentos distintos, não valorizando os processos coletivos e seus efeitos no desempenho. No campo da educação, a teoria behaviorista foi consolidada pelo tecnicismo, traduzido pelos métodos de ensino programado e da tecnologia de ensino (SANTOS, 2011). Ainda nos dias de hoje, a formação e o trabalho em saúde

SUMÁRIO

parecem seguir essa corrente teórica, voltada para o modelo biomédico de assistência à saúde, valorizando o saber formal, e com foco no desempenho dos trabalhadores.

Contraopondo-se ao modelo centrado no desempenho humano, as correntes cognitiva e construtivista são marcadas pelo contributo de Piaget sobre o desenvolvimento humano. Trazem uma compreensão de competência pautada na mobilização de instrumentos cognitivos, onde os conhecimentos são construídos ativamente pelo sujeito que articula a sua experiência com os conhecimentos já adquiridos. Levam em consideração as crenças e percepções do indivíduo no processo de apreensão da realidade (DIAS, 2010).

Na corrente humanista, valoriza-se a dimensão subjetiva da atividade humana, e defende-se que cada pessoa experiencia e constrói uma perspectiva de mundo, a partir da sua interpretação pessoal. As dimensões afetivas e relacionais da aprendizagem passam a ser valorizadas, defendendo a centralidade da pessoa e de suas subjetividades. Outro aspecto relevante é a necessidade de se colocar o sujeito da aprendizagem em contato com situações experimentais, para que, na prática, este consiga promover sua aprendizagem, participando ativamente de sua formação cultural (PIRES, 1997).

A conceituação de competência é formalmente caracterizada como *uma capacidade de agir eficazmente, num determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem se limitar a eles*. Ou seja, ela ocorre a partir da mobilização de um conjunto de recursos cognitivos na busca de soluções para as situações de trabalho que se apresentam: saberes, capacidades e informações (PERRENOUD, 1999). Aproveitando-se do aporte do campo da sociologia do trabalho, destacam-se aqui as contribuições aos debates sobre a transição do conceito de qualificação profissional para o de competência profissional. A partir da década de 1980, os novos paradigmas de produção exigiram atitudes e conhecimentos diferentes das qualificações normalmente requeridas no modelo taylorista-fordista de organização

SUMÁRIO

do trabalho. Além disso, a criação dos trabalhadores multifuncionais também significou uma ameaça ao saber profissional dos operários qualificados (RAMOS, 2011).

A adequação do conceito de qualificação para o de competência expressa maior valorização da capacidade potencial em relação à capacidade real do trabalhador. Preconiza-se um resgate da autonomia dos trabalhadores, fazendo com que se envolvam subjetivamente com os saberes que organizam as atividades de trabalho. Nas novas exigências do mundo do trabalho, modelos de ensino que se aproximem das necessidades reais das empresas aumentam a capacitação dos trabalhadores e suas chances de emprego. A noção de competência não substitui o conceito de qualificação, mas nega algumas de suas dimensões, reafirmando outras. O deslocamento conceitual da qualificação para a competência estabelece lugar de destaque aos saberes tácitos e sociais em detrimento dos saberes formais (RAMOS, 2011).

Neste sentido, a organização por competência, nos currículos da área da saúde, indica a inserção precoce dos estudantes em cenários de prática profissional, permitindo o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio do campo profissional. O que pressupõe, nas novas organizações curriculares, uma estreita parceria entre a universidade e os serviços de saúde, uma vez que se acredita que é pela problematização e teorização das situações da prática cotidiana que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem. A condução dos currículos por competência alinha metodologias de ensino-aprendizagem, práticas pedagógicas, contextos e cenários de conhecimento, métodos de avaliação e atividades de pesquisa com esse princípio de orientação curricular (SANTOS, 2011; BRAID *et al.*, 2012).

A definição de competência profissional ainda se centra demasiadamente na capacidade individual do profissional em adquirir conhecimentos, protocolos e técnicas. Ou, enfatiza-se com frequência na concepção de competência o desenvolvimento, por parte do trabalhador, de habilidades de associação entre: o conhecimento e a prática,

o individual e o coletivo, o visível (o trabalho) e o invisível (o emocional), a responsabilidade social e a prática profissional etc. (FERNANDEZ; DORY; STE-MARIE, 2012).

O termo agir em competência é usado para explicar a articulação entre as dimensões experimental e conceitual de saberes em ação. Saberes-fazer (atitude, comportamento e saberes tácitos), provenientes da experiência individual ou coletiva, obtidos na história dos trabalhadores, situam-se lado a lado, em termos de importância, dos saberes teóricos (SCHWARTZ, 2007; LE BOTERF, 2003).

Há algum tempo se tem observado que a mudança dos modelos technoassistenciais em saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Ou seja, esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem agenciados por múltiplas linhas de força, do mercado na saúde, corporações de trabalhadores, diretrizes de governo e dispositivos que o próprio trabalhador adota para o seu cotidiano (FRANCO; MERHY, 2012). O agir na saúde, que se verifica no âmbito da micropolítica, traz consigo a ideia geral do uso das tecnologias de trabalho, a centralidade do trabalho vivo e os vários elementos que compõem o modo de produção do cuidado. O termo trabalho vivo caracteriza o trabalho em ato, no seu exato momento de produção e criação, portanto, se realiza na atividade do trabalhador. Concretiza-se enquanto o trabalho é executado, ou seja, na relação do trabalhador com os outros e com os usuários (FRANCO; MERHY, 2012).

O profissional que age com competência é aquele que sabe agir com pertinência, e vai além do que lhe é prescrito. Mobiliza saberes e conhecimentos em um contexto profissional, integra saberes múltiplos e heterogêneos para finalizá-los na realização de atividades, e adapta as tarefas aos distintos contextos de trabalho. Aprende a aprender, e envolve-se tanto de forma objetiva como subjetiva (LE BOTERF, 2003; COSTA; ARAÚJO, 2011). Avaliar se um profissional é competente é

S U M Á R I O



SUMÁRIO

avaliar a prática a que ele recorre para interpretar as prescrições de um trabalho. Uma prática não corresponde, ponto por ponto, a uma prescrição. Dessa forma, esta reduzir-se-ia a uma simples execução de orientações e de normas.

O conceito do agir em competência, dada a dificuldade de articular todas as dimensões heterogêneas da experiência humana na atividade do trabalho, auxilia na compreensão dos elementos envolvidos no ato de trabalhar e tornar-se profissional. Neste processo, há uma série de ingredientes que se articulam entre si e nas situações de trabalho: a apropriação de certo número de normas antecedentes, que estruturam a situação de trabalho (protocolos); o domínio relativo daquilo que uma situação pode ter de inédito e a capacidade de gerir o inédito quando a pessoa é remetida a tomar decisões; motivação para o trabalho; respeito aos valores técnicos e o trabalho em equipe (SCHWARTZ, 2007).

Na emergência de sistemas de atenção à saúde configurados como redes e as consequentes alterações nas dinâmicas de trabalho e de ensino, em que a ênfase nos conteúdos formais (qualificação) passa a ser substituída pela importância do saber/fazer (competência) do trabalhador, de que modo ou com quais desafios as instituições de ensino superior adéquam-se para propiciar aprendizagens que partam dos ambientes e realidades de trabalho? Ou melhor, como o serviço está se constituindo enquanto rede de integração da atenção com o ensino na área da saúde?

O agir profissional e o papel do estágio curricular supervisionado na formação em odontologia

Pode-se afirmar que as DCN dos cursos de odontologia, que absorvem essas novas concepções sociais de competência para o trabalho, preveem e propõem um certo deslocamento do eixo de formação

SUMÁRIO

voltado apenas para a assistência individual, para um processo de formação que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Os cursos devem capacitar os profissionais para enfrentarem os problemas do processo saúde/doença da população, estimulando uma atuação multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2002).

Por um lado, ainda se centram demasiadamente em evidenciar competências e habilidades gerais, na forma de lista de aquisições a serem desenvolvidas durante a formação profissional: “atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além da educação permanente” (BRASIL, 2002, p. 1). Avancam ao redefinir a importância dos estágios curriculares supervisionados, nos percursos de formação do cirurgião-dentista, como forma de aproximação das situações de trabalho e o desenvolvimento de competências para tal (BRASIL, 2002).

Na formação em odontologia, o estágio representa uma ferramenta de formação e de integração do estudante com a realidade social (WARMLING, 2015). O aluno pode desempenhar a prática de estágio por meio da ação multiprofissional em serviços assistenciais públicos e privados (SCAVUZZI *et al.*, 2015). A importância da aproximação com a comunidade, para além das fronteiras físicas da instituição formadora, é apontada pela literatura como extremamente produtiva para o ensino-aprendizagem (ZILBOVICIUS, 2007, WERNECK *et al.*, 2010). Entretanto, ao se avaliar as mudanças que têm ocorrido nos cenários de práticas utilizadas pelos cursos de odontologia no Brasil, os dados demonstram que ainda a maior parte dos cursos de odontologia acontece no interior da própria Instituição de Ensino (ZILBOVICIUS, 2007).

A seguir, as características essenciais de uma proposta de inovação curricular: a organização curricular em módulos integrados, baseados em problemas extraídos da realidade; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; prática nos serviços, interação com a comunidade desde o início do curso e avaliação permanente do processo (FEUERWERKER, 2003). Atividades fora dos espaços institucionalizados

SUMÁRIO

da universidade devem ser tratadas enquanto elementos constituidores de qualquer currículo atual de odontologia (AYERS *et al.*, 2003).

A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem é instrumento de facilitação da integração à realidade social, às políticas sociais e ao SUS. Estas experiências atuam como instrumento de contextualização da aprendizagem, de problematização, de ampliação de habilidades de negociação para decisões coletivas e para a participação exercendo cidadania (FEUERWERKER, 2003).

Ao realizar uma atividade docente-assistencial, fora do ambiente acadêmico, os alunos são levados até a realidade daquela população, aproximando-se de seu contexto sociocultural, o que permite a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holística e sistêmica da vida. Essa experiência prática de ensino-aprendizagem permite uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática odontológica (OLIVEIRA *et al.*, 2005, p.137).

REFERÊNCIAS

AYERS, C. S. *et al.* A comparison of private and public dental students' perceptions of extramural programming. **J Dent Educ.**, San Diego, v. 67, n. 4, p. 412-417, 2003.

BRAID, L. M. C.; MACHADO M. F. A. S.; ARANHA A. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ed. 115, p. 77, 2021 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299> Acesso em 11 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 68 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/ MEC nº 2.101**, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União 2005; 4 nov.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 599**, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial Nº 1.802**, 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União 2008; 27 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde**: a política e suas ações. Brasília: MS; 2009.

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 2011; 7 jan.

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, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 03 jan. 2019.

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

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 161-8, 2005.

SUMÁRIO

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 545-55, 2009.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 16 (Supl.1), p. 1181-9, 2011.

DIAS, I. S. Competências em educação: conceito e significado pedagógico. **Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP, v. 14, n. 1, p. 73-78, 2010.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FERNANDEZ N., DORY V., STE-MARIE L. G., Chaput M., Charlin B., Boucher A. Varying conceptions of competence: Analysis of how health Sciences educators define competence. **Med. Educ.** v. 46, n. 4, p. 357-365, 2012.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 151- 163, 2012.

LE BOTERF, G **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.

LEAT, P.; PINK, G. H.; NAYLOR, C. D. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? **Canadian Medical Association Journal**, v. 154, n. 6, p. 803-809, 1996.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

NASCIMENTO, C. F. do **O estágio curricular supervisionado e o ensino-aprendizagem de competências profissionais para a atenção odontológica especializada em redes de saúde**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde: Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/158669> Acesso em 11 jun 2023.

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.

SUMÁRIO

- OLIVEIRA, C. *et al*. Projeto Huka-Katu: a FORP-USP no Parque Indígena no Xingu. **Revista da ABENO**, v. 5, n. 2, p. 135-139, 2005.
- PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–797, 2011.
- PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al*. Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 23, n. 1, pp. 9-16, 2009.
- RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011, 320p.
- SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.
- SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In Schwartz, Y. e Durrive, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed. UFF, 2007.
- SHORTELL, S. M. *et al*. Remaking health care in America. **Hosp Health Netw.**, v. 70, n. 6, p. 43-48, 1996.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (BRASIL). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 26, n. spe1, p. 94-102, 2012.
- WARMLING, C. M. *et al*. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Rev. ABENO**, Londrina, v. 11, n. 2, dez. 2011.
- WARMLING, C. M. *et al*. O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. **Rev. ABENO**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-16, abr./jun. 2015.
- WERNECK, M. A. F. *et al*. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010.

8

*Vitória Gonçalves Gomes
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

O ENSINO DA GESTÃO NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

INTRODUÇÃO

A responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), na formação de trabalhadores da saúde, está destacada desde o texto constitucional brasileiro, no ano de 1988, determinando que, ao SUS, compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Na Lei orgânica da Saúde Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, existem diretrizes quanto à formação de trabalhadores da saúde (BRASIL, 1990).

O Ministério da Educação lançou, no transcorrer dos anos 2000, novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na saúde, inclusive para a odontologia (BRASIL, 2002), atualizadas recentemente (BRASIL, 2021). O Ministério da Saúde, por sua vez, cumpriu os preceitos constitucionais que regulamentam o papel do SUS na orientação da formação de trabalhadores de saúde. Em todo o período que coincide com a implementação de novas políticas educacionais para a graduação, com o intuito de qualificar a formação e os profissionais no SUS, foram promovidas políticas por meio de programas, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), dentre outros.

A proposta pedagógica que está contida no processo de Integração Ensino-Serviço atua para aproximar atividades educacionais com interesses dos serviços e redes de saúde do SUS. Constitui-se pela pactuação da integração entre desejos e necessidades de estudantes e professores de cursos da área da saúde, com os de gestores e trabalhadores que compõem as equipes e serviços de saúde. Visa-se a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva e a qualidade da formação profissional (ALBUQUERQUE, 2008; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

O que distingue a Integração Ensino-Serviço de outros tipos de abordagens pedagógicas é que a aprendizagem em serviço é focada

SUMÁRIO

em melhorar a compreensão dos estudantes sobre seus conhecimentos teóricos por meio da problematização de experiências nos serviços e nas comunidades. O Estágio Curricular, por sua vez, de modo tradicional, procura enfatizar principalmente a aquisição de habilidades específicas orientadas para a carreira profissional (FURCO, 1996; SALAM, 2019).

De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde, a educação na saúde consiste em um amplo campo de “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2012, p. 20)”. A educação na saúde se dá no trabalho, e, nesse sentido, fortalece a Educação Permanente em Saúde (EPS), definida como um espaço de pactuações e negociações permanentes entre trabalhadores e gestores, e que produz mudanças pedagógicas e gerenciais estratégicas para o SUS (ALBIERO; FREITAS, 2017).

O SUS constituiu-se por meio da implementação de diretrizes filosóficas e operacionais. A descentralização é, dentre as diretrizes do SUS, a que implicou na criação e necessidade de organização dos inúmeros serviços e níveis de responsabilidade em torno do conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são organizações lineares e poliárquicas que se comunicam entre si, mas devem ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo principal de ofertar atenção contínua e integral para a população (MENDES, 2010).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) possui, como pressupostos essenciais que se configuram como investimentos na organização das Rede de Saúde Bucal (RASB), tanto a garantia de um modelo de atenção à saúde bucal, que parta da APS com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), como também que se siga promovendo integralidade com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), (BRASIL, 2004).

SUMÁRIO

Aliada às mudanças que vêm acontecendo, com a organização do SUS em torno das RAS, emergiu também a necessidade de transformações curriculares nas instituições de ensino do campo da saúde. A formação de profissionais qualificados deve implicar-se com as realidades dinâmicas e complexas ao SUS. Nesse contexto, aumentou a visibilidade da importância das experiências de Estágios Curriculares nos currículos de graduação na saúde, visando a compreensão do processo de trabalho pelo estudante e a formação de um profissional generalista e capacitado para assumir as funções da gestão de serviços do SUS.

A experiência do Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia (ECSO II), cenário da pesquisa, emerge e é constituída no contexto descrito, ocorrendo no décimo e último semestre do Curso de Odontologia Diurno da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS). O ECSO II possui carga horária total de 465 horas/semestre, e nele são desenvolvidas atividades de Integração Ensino-Serviço para que o estudante vivencie e analise criticamente os serviços do SUS de Porto Alegre/RS. Cada local escolhido para realizar o ECSO II recebe estudantes que estagiam por 20 horas semanais no transcorrer de todo o semestre. O preceptor, responsável por acompanhar e orientar os estudantes, é também um cirurgião-dentista trabalhador do SUS, no campo de estágio. As atividades realizadas no ECSO II abrangem o desenvolvimento de competências para três campos principais da atuação na saúde bucal: Gestão, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar em Saúde Bucal do SUS (UFRGS., 2023).

Especificamente para as atividades de Gestão realizadas no ECSO II, objeto deste estudo, os estudantes abordam problemas enfrentados na organização das políticas e serviços municipais de saúde bucal do SUS. Essa experiência visa incorporar vivências nos níveis de gestão da saúde bucal aos processos de formação dos estudantes. As atividades de Gestão do ECSO II contribuem nas configurações e fortalecimento das RASB que compõem o SUS (WARMLING *et al.*, 2011; WARMLING *et al.*, 2015b).

Nesse contexto, o objetivo do estudo é analisar o ensino da gestão por meio de projetos elaborados pelos estudantes no ECSO II, entre os anos de 2016 a 2018 (GOMES, 2019).

As Redes de Saúde

As Redes de Atenção em Saúde (RAS) são organizações de serviços de saúde que se comunicam de forma linear e horizontal, o que permite ofertar uma atenção contínua e integral para a população. São coordenadas pela Atenção Primária, atuando de forma cooperativa e interdependente, pois se constitui como entidade poliárquica, em que todos os pontos de atenção em saúde são importantes e se relacionam horizontalmente nos níveis primário, secundário e terciário. Nas RAS, a atenção integral é gerada com ações preventivas, curativas e reabilitadoras aos usuários do SUS. Foca-se na atenção ao ciclo completo de condições e necessidades de saúde, procurando cumprir responsabilidades sanitárias e econômicas. É competência da Atenção Primária o encaminhamento dos usuários para serviços de Atenção Secundária e Terciária, assim como o monitoramento do seu percurso nas redes de saúde, até o nível mais indicado para a resolução dos seus problemas.

As RAS constituem-se em três principais dimensões: população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010). **A população** se organiza em territórios sanitários socialmente definidos, e é nesses espaços que o cuidado na saúde precisa ser coordenado pela Atenção Básica. Assim, a população de uma rede de atenção deve ser reconhecida e registrada por meio de sistemas de informações. **A estrutura operacional** é constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que ligam esses nós. Esta estrutura é composta por cinco componentes: a Atenção Primária à saúde, os Pontos de Atenção Secundária e Terciária, os Sistemas de Apoio, os Sistemas Logísticos e os Sistemas de Governança da Rede de Atenção à Saúde. Os pontos secundários e terciários são os nós

SUMÁRIO

que oferecem alguns serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular, e se diferenciam por suas densidades tecnológicas. **O modelo de atenção à saúde** organiza o modo de funcionamento das redes, e estes modelos articulam, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (MENDES, 2010).

Com base no diagnóstico das necessidades de saúde numa determinada área geográfica, e na definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades federadas, torna-se exequível organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades e estabelecer protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção de suas unidades componentes – o que denominamos Regulação (BARBOSA, *et al.*, 2016, p. 1).

A política de regulação do SUS indica o Complexo Regulador como uma estratégia capaz de promover transformações no processo organizativo do sistema, nas práticas assistenciais, no modelo de avaliação e de gestão (FERRI *et al.*, 2012).

A RASB

Quando se procura identificar os problemas de saúde bucal na perspectiva de saúde coletiva, ainda que reconhecendo a infinidade de processos patológicos com possibilidade de ocorrência na boca, o conceito de “incapacidade bucal” é decisivo para a eleição de prioridades. As escolhas recaem, frequentemente, sobre aqueles problemas que possuem maior impacto na produção da incapacidade bucal, seja por produzir diretamente dor, sofrimento e infecção, seja, indiretamente, por suas sequelas (NARVAI, 2008).

O processo de trabalho em uma rede assistencial, organizada por meio de diferentes níveis de governança, exige o reconhecimento

SUMÁRIO

da base populacional e territorial. Nesse sentido, a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços é fundamental para a conformação de redes de atenção. Considerando esses aspectos, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional, e ser composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), CEO, Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (BRASIL, 2018).

A regionalização é um importante instrumento para a organização do trabalho e das práticas de saúde, visto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial. Um território possui um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A dinâmica social existente nos territórios é um fator muito importante para o processo de trabalho nos locais de prestação de serviços de saúde. Conhecer as demandas da população no território é um fator indispensável para o processo de gestão e formulação de novas políticas públicas, visto que a desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta das necessidades de saúde pelos profissionais, repercute em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde (PIRES *et al.*, 2010).

O CEO é considerado um ponto de Atenção Secundária ambulatorial, que utiliza os mecanismos de referência e contrarreferência, apoio matricial e educação permanente em saúde como instrumentos para assegurar a integralidade do atendimento, buscando superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Mendes, em 1986, já afirmava que, se fosse instaurada a reforma sanitária, haveria de se mudar a prática odontológica hegemônica,

pela odontologia integral, e que isso implicaria em um novo modelo de educação odontológica. A organização das RASBs lança desafios para as novas competências dos Cirurgiões-Dentistas e, consequentemente, para a sua formação.

O ensino de planejamento e gestão na formação do cirurgião-dentista

O planejamento latino-americano na saúde pública foi especialmente difundido a partir do final dos anos 1970, quando o modelo normativo começou a ser duramente criticado pelo aspecto econômico centralizado, entrando, assim, em declínio. A partir deste momento, começou a entrar em ação o modelo de planejamento influenciado por Mário Testa e Carlos Mattus, que levavam em consideração a necessidade de se planejar em conflitos e as colaborações dos agentes (FURTADO, 2018).

O planejamento em saúde está previsto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990). Com a lei 8142, e a valorização da participação social no SUS, houve uma transformação nos modelos de gestão e planejamento, visando-se a importância das demandas da população na organização dos serviços nos níveis de atenção.

Mais recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável (nacional, regional e local). Também possui o objetivo de ampliar o impacto da Atenção Primária sobre as condições de saúde da população, promover qualidade e inovação da gestão, fortalecendo os processos de autoavaliação e, ainda, institucionalizar uma cultura de avaliação no SUS e

S U M Á R I O

SUMÁRIO

de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados (BRASIL, 2012).

Com o PMAQ, avaliar estruturas, processos e resultados relacionados à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível no Planejamento e Avaliação para o aperfeiçoamento da Gestão SUS (BRASIL, 2015).

Paralelamente às mudanças que vão ocorrendo nos modelos e formas de planejamento, avaliação e gestão, alterações na formação dos profissionais da área da saúde também vão se tornando necessárias. No entanto, são intrínsecas as ligações entre as estruturas de formação e a incorporação dos profissionais no mundo do trabalho.

Tornam-se necessárias reformas nos processos de ensino, que expressem os interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho técnico profissional. A formação não pode estar ligada somente a valores tradicionais, mas deve acompanhar as mudanças e transformações da sociedade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A formação de profissionais qualificados para se trabalhar junto de uma equipe multiprofissional é indispensável para melhor atender às demandas da população.

Experiências de Integração Ensino-Serviço, EPS e Estágio Curricular devem se inter-relacionar nos currículos de formação na área da saúde. O estágio curricular não garante em si a integração com o trabalho, tão pouco a articulação com o SUS. Para que isso de fato aconteça, é necessário promover atividades que realmente estimulem tais objetivos (FINKLER; CAETANO, 2011).

Processos de Integração Ensino-Serviço desenvolvem valores nos estudantes, tais como: conhecimento profissional, competência intelectual, aptidão pessoal, comunicação, habilidades sociais e responsabilidade social e cívica (SALAM, 2019). O trabalho e a educação evoluem de modo conjunto em processos de Integração Ensino-Serviço.

SUMÁRIO

O convívio de trabalhadores com docentes, usuários e estudantes permite que o aprendizado vá se estabelecendo na confluência de saberes e modos de ser e de ver o mundo. A Integração Ensino-Serviço pode resultar, ainda, em maior oferta de serviço, seja na amplitude e quantidade de atendimento, ou na possibilidade de discussão de casos e na ampliação de ações coletivas e de educação em saúde (ALBIERO; FREITAS, 2017).

Por outro lado, a EPS é importante para tornar consistentes as relações entre as instituições de ensino e o sistema de saúde, possibilitando a qualificação de trabalhadores por meio da troca de informações. São espaços privilegiados para a consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

As novas experiências curriculares, nos cursos de odontologia, protagonizaram o desenvolvimento de estágios curriculares no SUS, com a inserção de estudantes em experiências de Integração Ensino-Serviço e EPS. Nessa perspectiva, compete ao ensino da gestão discutir sobre políticas e programas que permitam ao estudante de Odontologia a oportunidade de vivenciar a compreensão da composição, do funcionamento, da organização e da gestão dos processos de trabalho na RASB em sua complexidade (STEIN *et al.*, 2018; WARMLING *et al.*, 2011; 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso do tipo holístico (YIN, 2010) e com abordagem qualitativa.

O cenário da pesquisa é a experiência do ECSO II do Curso de Odontologia Diurno da FO/UFRGS, entre os anos de 2016 e 2018. Cursos o estágio, nesse período, um total de aproximadamente 180 estudantes. O estudo analisou 61 projetos de gestão realizados com temáticas

SUMÁRIO

da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, concluídos pelos estudantes do ECSO II em diversos campos, como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), CEO, CMCE, Gerências Distritais (GD), Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e Equipe de Materiais (EMAT).

Os projetos analisados foram obtidos dos arquivos digitais da plataforma virtual de aprendizagem Moodle da UFRGS. Os arquivos estudados foram submetidos pelos estudantes ao final das experiências de Estágio Curricular analisadas, e constituem-se em apresentações de relatórios dos projetos de gestão realizados pelos estudantes no referido período. Os projetos, denominados como matriz de intervenção, possuem descritos tópicos principais das atividades pactuadas e realizadas junto aos serviços e preceptores de gestão: título, definição do problema, objetivos, atividades, cronograma e monitoramento das atividades. O estudo deteve-se na análise desses tópicos.

A análise de dados de estudos qualitativos permeia predominantemente duas formas consagradas: a análise de conteúdo e a análise de discurso, que se apoiam respectivamente, de um modo geral, de um lado na interpretação do significado atribuído pelo autor, e de outro nas condições de produção do texto. Tratando-se do presente estudo, a análise dos dados foi realizada por meio da análise textual discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2006). Objetivou-se trabalhar o sentido, e não apenas o conteúdo dos textos, porque os sentidos não são traduzidos, mas produzidos, e articulam o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Do ponto de vista Bioético, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS por meio do Parecer Consubstanciado de número 1.978.877.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, apresentado a seguir, pode-se verificar os resultados das análises categóricas realizadas nos 61 projetos de gestão desenvolvidos pelos estudantes: os problemas, objetivos e produtos.

Quadro 1 – Organização temática dos 61 projetos analisados segundo problemas, objetivos e produtos desenvolvidos

Temáticas n 61	Problema Objetivo Produto	2016.2	2017.1	2017.2	2018/1
Avaliação da Demanda n 06	Problema	Ausência de ESB	Baixa cobertura e, na diversidade, forma de acess	Acolhimento; Baixa resolução das demandas do usuário; Demandas de saúde bucal desconhecidas	—
	Objetivo/ Produto	Questionário para avaliar demanda	Formulário de avaliação da cobertura	Guia de acolhimento para profissionais; Educação continuada e responsabilização dos profissionais; Mapeamento de ouvidorias; Ações de gestão locais; Aprimoramento dos processos de trabalho	—
EPS n 09	Problema	Inserção de EPS nas gerências; Problematização do trabalho; EPS na promoção de saúde bucal	Planejamento de EPS; Baixo uso do Telessaúde pelo CD da atenção básica	Mudanças na PNAB	Conhecimento de saúde bucal pelos ACS e agentes de endemias
	Objetivo/ Produto	Discussões técnico-científico-administrativas; Consolidar EPS na GD-NEB; Avaliar projetos da GD.	Sistematizar atividades de EPS; Aumentar acesso ao material didático; Estimular o uso da plataforma Telessaúde	Apresentação e discussão de revisões e alterações da PNAB	Capacitação profissional

S U M Á R I O

Avaliação de Serviço n 13	Problema		Avaliação UBS Modelo; Introdução do e-SUS	Monitoria da GD NHNI; Monitoramento do PMS; Preenchimento de painel de indicadores; Testes em autoclaves das US	Envolvimento da equipe no monitoramento; Envio de dados de monitoramento em saúde bucal; Dificuldade com o CONSOLIDASUS; Dados monitoramento da GD - GCC
	Objetivo/Produto		Busca ativa para pesquisa de satisfação; Planejamento de metas e monitoramento	Identificação de fontes de dados e sistematização de metas; Informações sobre banco de dados; Qualificar monitoramento; Qualificar processo de monitoramento das ações de serviço das ESB.	Metodologias de trabalho; Armazenamento de dados; Manual de preenchimento; Palestra com coordenadores das unidades.
Regulação n 08	Problema	CMCE não formalizada e não habilitada ao MS	Falta de recursos do SISREG comparado ao GERCON. Critério de classificação do GERCON	Absenteísmo na atenção secundária e terciária	Documento norteador para exames na rede; Demanda reprimida de panorâmicas.
	Objetivo/Produto	Formulário para habilitar CMCE de Porto Alegre	Regular consultas no GERCON; Protocolo e padronização de prioridades.	Relação entre tempo de espera e absenteísmo; Levantamento e Análise de dados GERCON (APS e terciária)	Documento para referência; Implementar protocolo com critérios clínicos
Gerenciamento de Materiais n 05	Problema	Quantidade de materiais no depósito	Materiais descartados em boas condições; Solicitação mensal de material	Quatro de listas de solicitações diferentes (EMAT, COMPAMEO, US e Secretaria da Fazenda) mesmo material e diversos cod.	—
	Objetivo/Produto	Levantamento quantitativo; Formulário de devolução	Reaproveitar materiais; Atualização de códigos dos materiais	Criar lista unificada e compartilhada com a COMPAMEO	—

S U M Á R I O

Gestão das Equipes n16	Problema	US Alto, Embratel sem Conselho de Saúde; Integração ESB com a equipe de saúde, Prontuário de papel.	Corresponsabilização dos dentistas; Declínio na produção dos ACS; Insegurança na comunidade; Apoio Institucional; Reconhecimento do cargo de dentistas distritais.	Uma apoiadora para 18 equipes; Falta de comunicação entre os profissionais da unidade; Participação do dentista na gestão, cogestão e colegiado; Divergências no uso de protocolos; Insegurança no território.	Desorganização e centralização das informações dos prontuários clínicos; Insegurança no território.
	Objetivo/ Produto	Criar CLS; Avaliar a integração da ESB; Informatizar US e capacitar.	Avaliação qualitativa da conformação da gestão; Reorganização e replanejamento da forma de trabalho; Pactuar comportamentos para a proteção da equipe; Relatório efetivo; Questionário aplicado aos CD.	Informação sobre atividades do AI; Questionário para os CD sobre coordenação; Melhoria do fluxo da unidade; protocolo de saúde bucal de Porto Alegre; Grupo com atores das US do Alto Embratel.	Promover a implantação do Prontuário Eletrônico em todas as US; Implementar o Acesso Mais Seguro na US.
Temáticas diversas n04	Problema		Espaços Físicos de Unidades Básicas	Encerramento da Unidade Móvel de Odontologia (HCPA)	Comunicação entre professores e estudante; residência; Unidades sem dentistas.
	Objetivo/ Produto		Planilha de dados	Coletar dados da efetividade e apresentar para gestores	Plataformas de ensino; Monitorar mudanças de locais.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Avaliação das demandas dos usuários

Na organização e funcionamento das RAS, é importante reconhecer as demandas dos serviços de saúde para a formulação de políticas eficientes e abrangentes. A desarticulação entre demandas e prestação de serviços à população podem ser resultado do tipo de escuta e comunicação com os usuários. A expressão das necessidades dos usuários e a escuta, bem como a percepção qualificada de profissionais, geram acesso efetivo ao SUS (PIRES *et al.*, 2010).

SUMÁRIO

Projetos de Gestão do ECSO II analisados, levantaram problemas e desenvolveram produtos relacionados às avaliações de demandas de saúde bucal no SUS. Nesse panorama, foram abordados problemas tais como: atualização de dados de demanda e oferta de serviços de saúde bucal na APS e no nível hospitalar, processos de acolhimento resolutivos e avaliação da cobertura de saúde bucal.

A população organiza-se para viver em territórios sanitários socialmente definidos, e são nesses espaços que o cuidado na saúde precisa ser coordenado pela APS. Em uma RAS, a população é reconhecida e cadastrada com o apoio de sistemas de informações (MENDES, 2010). Desta forma, compreender o território é fundamental para aprimorar a demanda e oferta de serviços. Nos projetos analisados, observou-se que UBS que não trabalhavam com territórios delimitados possuíam serviços de saúde sobrecarregados.

Os sistemas de informações articulam a comunicação entre os serviços das RAS, e apoiam a distribuição da oferta nos níveis de atenção. As demandas de saúde e doença podem aumentar ou diminuir, de acordo com o perfil socioeconômico de saúde e doença dos usuários, assim como com a localização dos serviços nos territórios. Nas experiências que utilizam sistemas de informações, foram mapeadas ouvidorias para informar as demandas dos serviços de saúde na Gerência Distrital (GD). O objetivo centrou-se em planejar soluções para responder às demandas comuns às UBS das GDs.

Conhecer as demandas dos usuários permite planejar ações para se alcançar princípios e diretrizes do SUS, tais como a equidade, integralidade e regionalização.

Gestão das Equipes

Os projetos mencionam o desinteresse dos cirurgiões dentistas em participar do processo de coordenação e gestão, tanto nas equipes de saúde quanto atuando como cogestores nas próprias equipes.

SUMÁRIO

Os projetos analisados demonstraram que muitos cirurgiões dentistas se sentem despreparados para a gestão, tendo em vista que as atribuições de coordenação de equipes geralmente estão sob a responsabilidade dos profissionais da enfermagem. O distanciamento das atribuições da gestão pode estar relacionado também pelo fato de as ESB não se responsabilizarem pela definição do fluxo de usuários nas UBS, e ainda porque o cuidado realizado nos consultórios odontológicos atua tradicionalmente de modo isolado aos trabalhos das equipes de saúde.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o setor técnico-político, responsável pela proposição e gestão das políticas da saúde bucal, denomina-se Área Técnica de Saúde Bucal, que, por meio de 8 GDs, de forma descentralizada, planeja e organiza ações de saúde. Para compor as atividades de gestão da saúde bucal em cada uma das 8 GDs, é indicado um Cirurgião Dentista distrital responsável. Nas atividades de Gestão, os estudantes atuam em processos de Integração Ensino-Serviço, em parceria com os dentistas distritais. Um dos projetos realizados pelos estudantes deteve-se sobre o reconhecimento e relevância das funções dos dentistas distritais, assim como com relação ao papel e importância da inserção do dentista no Colegiado de Saúde Bucal municipal, âmbito de gestão constituído pelos dentistas distritais, pelos membros da Área Técnica de Saúde Bucal, por representantes dos CEO e por representantes das profissões auxiliares (SMS/PMPA, 2014).

Relatos dos projetos apontam que o uso de Apoiadores Institucionais nas GDs implica na resolução de problemas que são comuns às UBS. Os Apoiadores Institucionais evitam a sobrecarga de trabalho dos coordenadores das unidades de saúde, que não conseguem gerenciar os problemas das UBS, gerando ineficiência nos serviços e na atenção à saúde da população.

Preparar as UBSs para prevenirem-se da insegurança gerada pela violência urbana nos territórios é uma problemática que compete aos gestores resolverem, pois interfere diretamente no funcionamento

SUMÁRIO

dos seus locais de trabalho. A discussão sobre a insegurança e a implementação do programa 'Acesso Mais Seguro' nas unidades foi temática nos projetos analisados pelo estudo. O programa 'Acesso Mais Seguro' estabelece classificação de risco, caracterizado por cores, e um Plano de Segurança com protocolos de ações. Com a implementação do programa, ações em situação de risco, que eram feitas por instinto e individualizadas, agora são organizadas, planejadas e protocoladas pelas equipes (SANTOS *et al.*, 2013).

Os projetos de gestão analisados pelo estudo foram produzidos em um período de investimentos em políticas de informatização da RAS de Porto Alegre. Assim, temáticas e problemas versam sobre informatização do sistema e implantação do e-SUS. A informatização das UBS trouxe consigo a necessidade de processos de EPS sobre registro de procedimentos e atividades. Como produtos dos projetos, foram realizados formulários e guias, assim como atividades de educação individuais e coletivas.

Regulação de Consultas

A terceira dimensão da RAS é o modelo de atenção à saúde que orienta as diretrizes que devem organizar o próprio modo de funcionamento das redes. Estes modelos articulam de forma singular as relações entre as populações, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2010). Nessa terceira dimensão, estão situados os sistemas de regulação, que promovem a acessibilidade, integralidade e equidade do acesso, e permitem ajustar a oferta assistencial às necessidades dos cidadãos.

A política de regulação do SUS é uma estratégia que promove transformações no processo organizativo do sistema e nas práticas assistenciais. As informações do usuário e de sua necessidade de saúde devem estar acessíveis para permitir a classificação de risco e prioridade,

SUMÁRIO

além de, conseqüentemente, oferecer condições para a definição de opções terapêuticas e o melhor acesso a elas (FERRI, *et al.*, 2012).

Os trabalhadores, nos projetos de gestão vivenciados pelos alunos, mencionaram críticas ao Sistema de Regulação (SISREG), tais como a não visualização de vagas existentes e a instabilidade do sistema, resultando na resolução das demandas dos usuários e no absenteísmo. Em Porto Alegre, o SISREG, no período de realização dos projetos, estava sendo substituído pelo Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON), um programa elaborado pela própria prefeitura de Porto Alegre. O GERCON, enquanto sistema novo, apresentou problemas que foram trazidos pelos estudantes, tais como a necessidade de uso de critérios para a classificação de risco das especialidades. Os resultados de análises comparativas das taxas de absenteísmo, após a implantação do GERCON nas consultas especializadas odontológicas, produziram debates nas reuniões da GD com os trabalhadores sobre como diminuir o absenteísmo.

A solicitação de exames radiográficos foi uma temática abordada, tendo em vista a necessidade de conhecimentos pelos trabalhadores de saúde bucal da RASB em relação aos serviços e exames disponíveis, assim como com a demanda reprimida por radiografias panorâmicas devido à falta de protocolos de solicitação.

Avaliação de Serviços e Equipes

A avaliação é uma das etapas fundamentais para a reorientação das ações dos serviços de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do planejamento para o aperfeiçoamento do sistema (BRASIL, 2015).

SUMÁRIO

Os estudantes abordaram de diversas formas a avaliação dos serviços e equipes. Uma das formas foi analisar e problematizar os resultados do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade (PMAQ), que propõe estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde a partir do repasse de recursos federais para os municípios que atingem a melhoria dos serviços (BRASIL, 2012).

Como um dos resultados, nesta pesquisa, percebe-se a dificuldade de definição dos problemas e interpretação dos resultados das equipes. O não acesso aos registros dos resultados contribui com a dificuldade de avaliação e percepção dos dados pela equipe e pela gestão municipal, e interfere diretamente na melhoria do padrão de qualidade no serviço e no atendimento aos usuários dos serviços da Atenção Primária de Saúde.

Na perspectiva de avaliação das equipes, foram discutidos temas tais como monitoramento de ESB e GDs, metas e indicadores de saúde bucal, dificuldades de preenchimento de questionário de monitoramento do ConsolidaSUS, que corresponde a um fórum permanente de monitoramento, visando a descentralização da gestão participativa (SM/PMPA, 2103). Também se discutiu a avaliação de serviços prestados pela perspectiva dos usuários. Muitos dos projetos com essa temática obtiveram como resultados atividades de EPS e/ou Educação Continuada dos trabalhadores da gestão e com funções administrativas.

Gerenciamento de Materiais

Conforme a Instrução Normativa da SMS/PMPA, Nº 11, de 17-08-2015, as farmácias distritais devem solicitar medicamentos e materiais mensalmente via formulário ou sistema informatizado, que deverá informar o consumo médio mensal e estoque disponível (SMS/PMPA, 2015). A confecção das listas de solicitação de material foi uma problemática

SUMÁRIO

abordada nos projetos analisados: códigos repetidos e padronização dos serviços de distribuição, dentre outros problemas, foram citados. A solicitação equivocada de materiais gera outros problemas, como o vencimento de materiais nos estoques das unidades de saúde, o que também acarreta em descarte de materiais ainda apropriados para uso.

Educação Permanente em Saúde

As políticas do SUS são responsáveis por mudanças nos processos de educação dos trabalhadores de saúde, com mudanças nos perfis voltados para a integralidade do cuidado e a permanente atualização e reestruturação de saberes e práticas. A EPS se consolida como o aprender e o ensinar incorporados ao cotidiano e ao processo de trabalho.

A necessidade de atualização sobre conhecimentos de saúde bucal por trabalhadores de outras áreas da saúde, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica e a própria consolidação da EPS foram alguns dos temas abordados nos projetos de gestão analisados.

A problematização das situações locais de trabalho é um dos principais gatilhos para as atividades de EPS e, conseqüentemente, para as mudanças nas práticas profissionais, bem como para a organização do trabalho. Assim, os estudantes, em suas vivências nos campos de estágios, observaram situações que necessitam da intervenção de EPS para obter resultados que beneficiem usuários e equipes.

Os projetos tiveram alguns objetivos: 1) compartilhar conhecimentos de saúde bucal para que agentes comunitários e agentes de endemias atuem como mediadores do tema, entre a população e a equipe; 2) promover espaços de discussões técnico-científico-administrativo para consolidar a implementação da EPS; 3) sistematização de material de EPS para facilitar o acesso dos trabalhadores a esses materiais.

SUMÁRIO

Verificou-se a subutilização por cirurgiões dentistas das UBS da plataforma do Telessaúde. A área da estomatologia é uma das mais procuradas pelos profissionais, quando utilizam a plataforma. Um estudo aponta que clínicos preferem encaminhar pacientes para outros níveis de atenção do que solicitar suporte assistencial do Telessaúde (SCHMITZ, HARZHEIM; 2017). Essa preferência acarreta um custo mais caro para o sistema e para o usuário, visto que consultas, na atenção secundária, acabam em um custo maior por parte dos recursos utilizados e do deslocamento do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças que ocorreram nos currículos das instituições de ensino superior, com os objetivos de formar profissionais da saúde para trabalhar em equipes multiprofissionais, para enfrentarem e resolverem problemas referentes ao campo da gestão dos serviços de saúde, contribuem na EPS e na atualização dos processos de gestão.

A pesquisa mostra que os estudantes tiveram a oportunidade de contextualizar os serviços do SUS, e desenvolver capacidade crítica para observar problemas, planejar e realizar mudanças dentro dos serviços do SUS, no âmbito do planejamento e gestão.

Projetos de avaliação, das demandas dos usuários, das ESB e da EPS foram desenvolvidos pelos estudantes, contribuindo para a formulação de novas políticas públicas, transformações nas práticas dos trabalhadores de saúde e para o aperfeiçoamento dos serviços do SUS.

Os projetos também contribuíram com as RAS, pois trabalharam com temas que constituem a estrutura operacional.

O estudo mostra que o ensino da gestão no ECSO II contribui, complementando a formação dos estudantes da FO/UFRGS com problematizações-situações e busca de soluções para os serviços a partir de experiências vivenciadas nos campos da gestão.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. de. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, 2017.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

BARBOSA, S. *et al.* Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

BRASIL. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ed. 115, p. 77, 2021 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299> Acesso em 11 mar. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.: il. – (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 342 p.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 679-684, 2006.

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, jun. 2004.

FERRI, S. M. N.; *et al.* Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. **Protocolos clínicos e de regulação**: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, pp. 9-21, 2012.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1053-1070, dez. 2011.

FURCO, A. Service-learning: A balanced approach to experiential education. *Expanding Boundaries: Serving and Learning*. In: Taylor, B.; Corporation for National Service (Eds.) **Expanding Boundaries: Serving and Learning**. Washington DC: Corporation for National Service, pp. 2-6, 1996.

FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00087917, 2018.

GOMES, V. G. **O ensino da gestão no Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã Dentista. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristine Maria Warmling Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/206087> Acesso em: 11 jun. 2023.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, pp. 533-552, dez. 1986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1

S U M Á R I O

986000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400012>.

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

MORAES, R; GALIAZZI, M. do C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência e educação* (Bauru), Bauru, v. 12, n. 1, p. 117-128, abr. 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PIRES, M. R. G. M., GÖTTEMS, L. B. D., MARTINS, C. M. F., GUILHEM, D., ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, p. 1009-1019, 2010.

SALAM, M., AWANG ISKANDAR, D. N., IBRAHIM, D. H. A., FAROOQ, M. S. Service learning in higher education: a systematic literature review. *Asia Pacific Education Review*, v. 20, n. 4, p. 573-593, 2019.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, B. S. dos *et al.* A experiência do acesso seguro à saúde na CF Herbert de Souza. *Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*, 12: p. 1419, 2013.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PORTO ALEGRE. **Guia de apoio para as equipes de monitoramento Consolida SUS**. 2016.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PORTO ALEGRE. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. Área Técnica de Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre**: organização da rede e fluxos de atendimento. 2014.

SMS/PMPA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PORTO ALEGRE. Coordenação de Assistência Farmacêutica. **Instrução Normativa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**, Nº 11, DE 17-08-2015. 2015.

STEIN, C. *et al.* Laboratório no estágio de gestão do SUS: integração ensino, pesquisa e gestão. *Revista da ABENO*, v. 18, n. 2, p. 166-173, 2018.

SCHMITZ, C. A. A.; HARZHEIM, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.

S U M Á R I O

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia. **Plano de Ensino Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia 2022/02**. Porto Alegre; 2023

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 23, p. e18039, 2019.

WARMLING, C. M. *et al.* Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da ABENO**, Londrina, 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**, Londrina, v. 1, p. 12-27, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

9

*Lucimar Aparecida Rekowsky
Cristine Maria Warmling
Fabiana Schneider Pires*

O USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA

INTRODUÇÃO

“Art. 27. A política de trabalhadores de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento do objetivo de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL – Lei 8080, 1990.)”.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem produzido, historicamente, importantes espaços de aprendizagens e vivências cotidianas de estudantes, em cenários de serviços e redes de saúde. Com a criação, pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (BRASIL, 2004), especificamente, para estudantes de Odontologia, é um desafio incluir estudantes e integrar o ensino de odontologia nesses serviços de atenção especializada de saúde bucal do SUS.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma forma de organização da gestão do cuidado, e está associada também às práticas de saúde nos processos de trabalho das equipes de saúde (OLIVEIRA, 2007; PINTO, 2011). Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para cada pessoa que demanda cuidado (BRASIL, 2007). O PTS, enquanto ferramenta de aprendizagem, cumpre dupla função: agrega valor às trocas que sempre acontecem na relação profissional/paciente, a despeito de muitas vezes não serem registradas, e permite autonomia do paciente e corresponsabilização no percurso de cuidado, induzindo a reflexão sobre a necessidade de se reinventar as práticas em saúde bucal.

Este capítulo trata da análise dos resultados do estudo “O uso do projeto terapêutico singular como ferramenta pedagógica” com o

SUMÁRIO



SUMÁRIO

objetivo de analisar e compreender o potencial pedagógico, e também político e técnico do uso de PTS, por estudantes e preceptores do Estágio Curricular Supervisionado II de Odontologia (ECSO II), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2023; SCHONHOFEN *et al.*, 2010; WARMLING, 2011), nos campos de estágio de CEOs e Hospitais (REKOWSKY, 2019).

O material produzido pelos estudantes, e armazenado na Plataforma Moodle, durante os percursos de realização do ECSO II, foi metodologicamente descrito e categorizado de acordo com as especialidades odontológicas, bem como os serviços de saúde nos quais os estudantes realizaram o estágio. Os dados foram produzidos a partir de 135 documentos, dos 234 estudantes do ECSO II, entre os anos de 2015 e 2018. O estudo realizou a análise textual discursiva dos documentos, especialmente para a compreensão da produção de significados (MORAES; GALIAZZI, 2006) do uso PTS para as aprendizagens dos estudantes.

Identificou-se a potencialidade do PTS como ferramenta pedagógica não apenas para desenvolver habilidades e competências nos estudantes do ECSO II, mas também foi possível verificar as fragilidades e desafios da clínica especializada na integração das redes de cuidado de saúde bucal e o papel da universidade.

Os PTS em cenários de clínica especializada: a prática pedagógica enquanto prática política

CEO, ênfase de Estomatologia

O CEO de Estomatologia é responsável por avaliar os pacientes com alterações bucais em tecidos moles e duros, identificando anormalidades. Além disso, o CEO de estomatologia solicita/realiza exames complementares, faz os diagnósticos de lesões, tratamento

SUMÁRIO

cirúrgico ou medicamentoso quando necessário e encaminhamentos quando há necessidade de atenção a nível hospitalar (BRASIL, 2008).

Dos PTS analisados, 39 deles foram realizados no CEO de Estomatologia, o que representa 28,9% dos documentos. A média de idade dos pacientes acompanhados foi de 52,5 anos. Nestes trabalhos, os diagnósticos abordados foram os seguintes: carcinoma espinocelular; diagnóstico e tratamento de lesões ulceradas; carcinoma epidermóide, osteorradionecrose, síndrome de ardência bucal; dor crônica e placa branca na mucosa. Além disso, foram relatados casos de carcinoma verrucoso, fratura mandibular patológica, lesões bucais resultantes de quimioterapia, pêfigo vulgar, doença de Von Willebrand, doença da arranhadura do gato, rabdomiossarcoma, tumor odontogênico benigno, líquen plano erosivo, lesão em borda de língua, nódulo na mucosa jugal, mixoma odontogênico, lesões aftosas recorrentes, carcinoma não especificado, granuloma piogênico, hemangioma na mucosa oral, candidíase, aumento de volume na região da parótida e necessidade de exodontias após radioterapia.

Analisando os PTSs desenvolvidos pelos estudantes no CEO, na ênfase de Estomatologia, foi possível observar que surgem alguns obstáculos durante a elaboração do PTS. Pode-se elencar: a) dificuldade de comunicação com a APS; b) absenteísmo do paciente às consultas; c) dificuldade do paciente em compreender a gravidade de seu problema; d) paciente não ter suporte familiar, e ser incapaz de realizar o autocuidado; e) falta de vínculo do paciente com a Unidade Básica de Saúde; e f) baixa resolução dos problemas (gerando inúmeros encaminhamentos).

Destaca-se que os estudantes que desenvolveram o projeto com pacientes atendidos pelo CEO de Estomatologia avançaram no uso da ferramenta PTS, e desenvolveram projetos terapêuticos centrados no paciente, englobando equipes multiprofissionais. Cabe ressaltar que, apesar da intenção de centrar o cuidado no paciente, a dificuldade em aceitar o desejo (autonomia) do Outro perpassou a construção

dos projetos. Fez pensar sobre a linha tênue que vive a prática clínica, quando eleger atuar em um projeto centrado no paciente, para fugir da imposição de um plano de tratamento.

CEO com ênfase em Pacientes com Necessidades Especiais

Entre as especialidades atendidas nos Centros de Especialidades Odontológicas, está o tratamento a portadores de necessidades especiais (PNE). Muitas são as condições que levam um paciente a ser considerado um portador de uma necessidade especial, entre elas as doenças sistêmicas e as doenças hereditárias, além de alterações que podem ocorrer durante a vida. Essas alterações podem acontecer por um determinado período e/ou permanecer por toda a vida, e requerem um cuidado diferenciado (SANTOS *et al.*, 2014; NUNES *et al.* 2017).

Ao todo, foram realizados 27 PTS no CEO de Pacientes com Necessidades Especiais, o que representa 20% dos PTS analisados.

A média de idade dos pacientes foi de 29 anos, e dentre as condições de saúde dos pacientes atendidos pelo CEO PNE temos, entre as mais comuns: HIV; paralisia cerebral; problemas mentais; usuários de drogas; síndrome de Down; problemas renais, paciente em uso de anticoagulante; paciente realizando hemodiálise; autismo; Síndrome de Cornélia Lange; cardiomegalia; Alzheimer; Câncer; Deficiência visual, acidente vascular cerebral; Síndrome de Asperger; tetraplegia; pressão arterial não controlada; paciente pós-angioplastia coronariana, paciente pós-infarto do miocárdio, lábio leporino, citomegalovírus congênito, problemas neurológicos, atraso cognitivo, deficiência auditiva e hiperatividade.

Entre os obstáculos encontrados pelos estudantes, na elaboração do PTS, estão: a) muitos cuidadores não percebem que são parte fundamental para a saúde geral e bucal dos pacientes com necessidades especiais; b) dificuldade de comunicação com a APS; c) alguns dentistas, que atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS), ainda

SUMÁRIO

SUMÁRIO

possuem receio em atender pacientes com necessidades especiais; d) dificuldade em criar um vínculo com o paciente; e) paciente sem suporte da APS; e f) dificuldade de corresponsabilização do paciente ou de seus responsáveis. Foi possível observar que o vínculo criado entre paciente-cuidador e profissionais da saúde facilitou o desenvolvimento do projeto e condução do caso.

É perceptível que nem sempre os pacientes têm seus desejos atendidos. Os estudantes focam sua atenção nas necessidades odontológicas, e não nas possibilidades ou desejos do paciente e/ou cuidadores, o que ocasiona, por vezes, a queixa do paciente. Por outro lado, em alguns PTS há uma preocupação constante com o paciente, indo além da saúde bucal e geral.

CEO com ênfase em Periodontia

O CEO na ênfase de periodontia é responsável pelos tratamentos periodontais que não são possíveis se realizarem na APS. Os encaminhamentos mais frequentes são para tratamentos periodontais (raspagem e alisamento subgingival e acessos cirúrgicos), cirurgias periodontais (aumento de coroa clínica), hiperplasia gengival e lesões de furca (BRASIL, 2008).

Dos PTS avaliados, 25 foram realizados com pacientes acompanhados no CEO de periodontia, e isso corresponde a 18,5% dos documentos analisados. A média de idade dos pacientes foi de 49,6 anos, e, entre os motivos pelo qual o paciente foi encaminhado, a doença periodontal, aumento de coroa clínica, hiperplasia gengival e dor ao mastigar são os mais frequentes.

Dentre os problemas relatados pelos estudantes, para a construção de um PTS, estão: a) falta de motivação do paciente; e b) o absenteísmo às consultas.

SUMÁRIO

Por meio da análise dos PTS elaborados no CEO de periodontia, foi possível observar que os estudantes se preocupavam muito com as faltas dos pacientes e com estratégias para tentar reduzir o número de faltas. Os estudantes buscam conscientizar o paciente da importância do tratamento, mas, muitas vezes, falta entender o motivo do paciente ter faltado à consulta, e se o paciente realmente deseja realizar este tratamento. É possível observar que há uma centralidade no protocolo do atendimento, no número de consultas e em reduzir o absenteísmo, ou seja, há uma preocupação em encontrar estratégias para cumprir o plano de tratamento.

Outro ponto a ser destacado é que os estudantes debatem o planejamento com outros profissionais e então apresentam o tratamento proposto ao paciente. Uma lógica do método clínico tem sido central para organizar o processo de trabalho de saúde bucal (ou seria de cuidado?), sem considerar que o paciente é parte fundamental do PTS, e deveria não apenas ser comunicado das tomadas de decisões, mas, inexoravelmente, ser protagonista deste processo de construção do seu percurso de cuidado na rede de atenção.

Por outro lado, nos PTS realizados no CEO de periodontia, indica-se uma busca dos estudantes por alternativas de tratamento de acordo com as limitações do paciente, como observamos nos PTS desenvolvidos com pacientes com problemas motores, nos quais os estudantes buscaram alternativas para que o paciente conseguisse realizar a sua higiene bucal.

CEO com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

As atividades do CEO, com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), são as seguintes:

[...] cirurgias buco-dentárias: retenções, inclusões ou impactações dentárias, cirurgias de tracionamentos dentários com finalidade ortodôntica, transplantes dentais autógenos, de inser-

ções de tecidos moles, exodontias complexas, cirurgias ósseas com finalidade protética, cirurgia de tecidos moles com finalidade protética, cirurgia de lesões dentárias periapicais e enxertos ósseos nos maxilares (BRASIL, 2008, p. 57).

Dos documentos analisados, 12 PTS foram desenvolvidos a partir de casos clínicos acompanhados no CEO de CTBMF, e esse número representa 8,9% de PTS analisados.

A média de idade dos pacientes, que foram acompanhados no CEO de CTBMF, foi de 31,7 anos, e 2 documentos não indicam a idade do paciente. Entre as várias causas que levaram esses pacientes a chegar até o CEO de CTBMF, a mais comum foi para a realização de exodontias, tanto de terceiros molares quanto de restos radiculares e exodontias múltiplas. Alguns pacientes chegaram com o relato de dor. Outros motivos de encaminhamento para o CEO de CTBMF: aumento de volume maxilar (diagnóstico de cisto maxilar); aumento de volume mandibular (diagnóstico ameloblastoma); lesões císticas na maxila e na mandíbula (hipótese diagnóstica da síndrome de Gorlin-Goltz, confirmada após o paciente ser encaminhado para o serviço de genética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)). Além disso, uma paciente foi encaminhada para acompanhamento de uma extensa lesão periapical no dente 22, que ocorreu provavelmente devido a uma falha do tratamento restaurador e endodôntico. A APS é parte fundamental para o desenvolvimento do cuidado integral e contínuo ao paciente, no entanto, no CEO de CTBMF, a falta de vínculo, o relacionamento precário com a equipe da UBS e o difícil acesso aos serviços foram relatados em 50% dos projetos desenvolvidos.

Um ponto positivo dos projetos desenvolvidos no CEO de CTBMF é que eles foram capazes de perceber outras necessidades/desejos do paciente, necessidades essas que nenhum outro profissional havia dado a devida importância.

S U M Á R I O



A Bebê Clínica da UFRGS

A Clínica de Ensino da Faculdade de Odontologia da UFRGS conta, desde a década de 1990, com uma extensão destinada ao atendimento odontológico de pacientes de 0 a 36 meses, com o objetivo de reduzir o número de pacientes com lesões de cárie, e esta extensão também recebe estudantes do Estágio Curricular Supervisionado II. Sendo assim, é um dos campos de estágio onde os estudantes realizam as atividades práticas de clínica especializada.

Entre os anos de 2015 e 2018, foram desenvolvidos 10 projetos no CEO Bebê Clínica, representando 7,4% de todos os projetos analisados. A média de idade dos pacientes foi de 27 meses, e o problema mais recorrente foi cárie precoce na infância, que foi relatado em 8 dos 10 trabalhos. Além disso, pacientes foram encaminhados para o CEO Bebê Clínica por dor, comportamento difícil e agenesia dentária.

Durante a elaboração dos projetos terapêuticos singulares, os estudantes encontraram alguns desafios, entre eles: a) resistência dos pais; b) falta de confiança dos pais nos profissionais que irão realizar o atendimento; c) pais não aceitam a situação de saúde da criança; d) há uma grande dificuldade de alguns pais compreenderem o processo saúde-doença; e e) grande resistência em mudar hábitos.

Na maior parte dos projetos elaborados, é relatado que os pacientes possuem dietas bastante deficientes, que interferem não apenas na saúde bucal, mas sim em toda a saúde do paciente. É notável que, quando os estudantes buscaram abordar a dieta com os pais ou responsáveis, houve uma grande resistência da parte destes em mudar os hábitos alimentares, mesmo com os estudantes procurando elaborar um PTS que fosse adequado às condições da família. Os estudantes aparentam ter dificuldade na comunicação com alguns pais, porém isso é fundamental para a elaboração de um projeto.

Compreende-se, como fundamental, que os profissionais da saúde encontrem formas de comunicar-se com os pais ou responsáveis, construindo em conjunto o melhor caminho a seguir, pois, se não há comunicação, ou os profissionais não conseguem se expressar de forma que o pai ou responsável entenda, se torna bastante difícil a elaboração de um projeto terapêutico singular.

Cenário Hospitalar (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital da Criança Conceição)

Os pacientes acompanhados na atenção terciária são pacientes que, por algum outro motivo, estavam internados em Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição. Ao todo, foram desenvolvidos 9 projetos com pacientes que estavam em atendimento hospitalar. Isso representa 6,6% dos documentos analisados. Diversos são os motivos que levaram o paciente a necessitar de atendimento hospitalar, entre eles, internação por uso de drogas, tentativa de suicídio (ambos acompanhados na unidade de internação psiquiátrica), gravidez na infância, abuso sexual, entre outros.

As infecções do trato respiratório, em especial aquela associada à ventilação mecânica, são muito comuns em pacientes hospitalizados, e, entre os principais fatores etiológicos, temos as bactérias presentes na cavidade oral (AMARAL; CORTÊS; PIRES, 2009; ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009).

A Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO), nº 163 de 09 de novembro de 2015, define Odontologia Hospitalar como a área da odontologia que trabalha com pacientes que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar, podendo estes estarem internados ou em assistência domiciliar, e tem como objetivo a promoção de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças bucais (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015).

SUMÁRIO

Na busca de reduzir agravos e prestar assistência integral ao paciente hospitalizado, o cuidado deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, que inclui o cirurgião-dentista. Nos hospitais e unidades de internação psiquiátrica, a equipe multiprofissional é fundamental para que seja possível realizar um atendimento integral ao paciente. O Cirurgião Dentista é responsável por avaliar e diagnosticar problemas bucais que podem prejudicar a melhora do quadro clínico do paciente, além disso, discute com a equipe o quadro do paciente, e auxilia em outros diagnósticos, como, por exemplo, a síndrome de Stevens Johnson. Outra função muito importante do cirurgião-dentista é auxiliar e orientar a equipe sobre como realizar a higiene bucal em cada paciente.

Entre os desafios encontrados pelos estudantes, na elaboração dos projetos terapêuticos singulares, no ambiente hospitalar, estão: a) demora por parte dos profissionais da saúde em diagnosticar o problema apresentado pelo paciente; b) falha na Rede de Atenção à Saúde; c) desorganização familiar; d) falta de responsabilização dos profissionais pelo caso, e) descaso do paciente quanto a sua situação de saúde; f) muitos encaminhamentos; e g) o paciente não tem vínculo com a atenção primária, buscando atendimento apenas em hospitais que possui maior densidade tecnológica, o que gera um custo muito maior, e não é possível realizar um acompanhamento longitudinal.

Alguns projetos, desenvolvidos em nível hospitalar, objetivam a reabilitação do paciente no nível do hospital, porém não abordam seu cuidado ao longo do tempo, após alta hospitalar, não discutem com o paciente ou responsável o seu trajeto pela rede de saúde após a sua saída do hospital, não abordando a importância da atenção primária e de um cuidado integral e longitudinal. Outro desafio encontrado é quanto aos inúmeros encaminhamentos.

O paciente do nível hospitalar não possui vínculo com a APS, e os profissionais da atenção terciária apresentam dificuldade para realizar o encaminhamento correto e resolver o mais breve possível

SUMÁRIO

suas necessidades, além de não haver comunicação entre os diversos pontos da rede.

A APS é fundamental para que os pacientes possam ter um atendimento integral e longitudinal. Quando o paciente não tem vínculo com a unidade de saúde, que é a porta de entrada na rede e coordenadora do cuidado, todo o processo de cuidado fica fragilizado. Quando ocorre o acompanhamento na atenção primária, muitos problemas são prevenidos ou resolvidos em etapas iniciais, evitando procedimentos mais complexos.

Os documentos analisados permitem identificar uma preocupação com a articulação na rede, junto à atenção primária, além de entender sobre a família para juntos decidirem o que é melhor para o paciente. Por outro lado, há resistência da parte de alguns profissionais em participar do planejamento e discussão do caso junto à equipe multiprofissional.

CEO com ênfase em Endodontia

O CEO com ênfase em Endodontia realiza atendimentos de média complexidade, que são encaminhados da Atenção Básica, a qual fica responsável por realizar “Tratamento endodôntico em dente com polpa viva, tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade, retratamento endodôntico e tratamento de perfurações radiculares” (BRASIL, 2008, p. 75).

Entre os motivos mais frequentes de encaminhamento para o CEO com ênfase de Endodontia, temos casos de biopulpectomia, necrose pulpar e retratamento de canal (BRASIL, 2008).

Dos PTS analisados, 5 foram elaborados após o acompanhamento de pacientes atendidos no CEO com ênfase em Endodontia, representando 3,7% do total. A média de idade dos pacientes

SUMÁRIO

acompanhados foi de 40,6 anos. Entre os motivos que levaram ao encaminhamento para o CEO de Endodontia, o mais comum foi aquele para a realização de tratamento endodôntico, sendo que 4 deles não especificam o diagnóstico, e um deles tem como diagnóstico necrose/lesão periapical. Sintomatologia dolorosa esteve presente em 2 dos 5 casos acompanhados.

Os projetos analisados não deixam claro se, durante o seu desenvolvimento, os estudantes encontraram dificuldades, ou quais foram essas dificuldades.

A abordagem dos casos foi feita de maneira mais geral. Alguns apenas explicam qual o tratamento feito por sessão. O atendimento integral vai muito além de realizar um atendimento com diferentes especialidades da odontologia. Para que seja possível realizar um atendimento integral, a equipe multiprofissional e um olhar não fragmentado são imprescindíveis. Deve-se ultrapassar as práticas históricas da odontologia, que analisam apenas a condição bucal, e compor diagnósticos de saúde como um todo, relacionando aos outros fatores, que podem vir a interferir na situação de vida e saúde do paciente, como seu contexto social, cultural, assim como suas singularidades.

Cabe destacar que um projeto terapêutico singular não é apenas realizar a descrição detalhada dos procedimentos que foram realizados no CEO, é construir com o paciente um itinerário de cuidado pela Rede de Atenção à Saúde, construindo possibilidades para cada pessoa em suas situações singulares, para que esse paciente possa então ter um atendimento integral e contínuo. Alguns estudantes buscaram formas alternativas para se comunicar com pacientes que, por não falarem português, tinham dificuldade de compreensão.

SUMÁRIO

Unidades de Pronto Atendimento, CEO com ênfase em Prótese e Clínica Médico-Odontológica da Brigada Militar

Representam 8,92% (8) dos projetos. Os trabalhos elaborados nestes locais abordam temas como doença periodontal avançada, necessidade de exodontias, traumatismo dento-alveolar, entre outros.

Entre os desafios encontrados pelos estudantes, estão: a) condições de trabalho limitadas na unidade; b) a rede de saúde não tem capacidade de oferecer todos os serviços que o paciente precisa; c) não é possível encaminhar direto para a atenção secundária; d) a dificuldade de contrarreferenciar para a APS, impossibilitando um tratamento integral; e) a dificuldade de discutir o caso com outros profissionais de saúde; e f) falta de comprometimento com o tratamento.

Em geral, os projetos desenvolvidos nas unidades de pronto atendimento salientam os procedimentos que foram realizados, não abordando o percurso do paciente na rede ou a discussão com o paciente sobre o seu caso. Assim, fica claro que, nas tentativas de construção com o paciente de seu projeto terapêutico singular, talvez por se tratar de um atendimento de urgência, mais pontual, os estudantes tenham dificuldade para construir com o paciente algum itinerário de cuidado.

Os PTS analisados demonstram que há uma fragilidade na comunicação entre os pontos da rede, pois a unidade de pronto atendimento não se comunica com a atenção primária, nem mesmo há orientação para que o paciente procure a unidade básica de saúde para continuar o tratamento. O encaminhamento para o CEO se dá pela atenção primária, e isso fará com que o paciente fique andando pela rede sem ter seu problema resolvido. Quando não há uma rede de atenção à saúde articulada, com os pontos se comunicando entre si, o cuidado integral ao paciente perde a sua potencialidade.

SUMÁRIO

Nos projetos desenvolvidos no CMOBM, percebe-se semelhança com os projetos desenvolvidos nas unidades de pronto atendimento, em que os estudantes focam nos procedimentos odontológicos que o paciente necessita realizar, e não no cuidado integral e em seu percurso pela rede de atenção à saúde. Os estudantes destacam que são realizados os procedimentos que o paciente necessita, mas em nenhum momento abordam a questão de um acompanhamento para prevenir novos problemas bucais. Além disso, é possível observar que, nos casos acompanhados na CMOBM, há uma maior dificuldade em incluir a APS no processo do cuidado.

Os estudantes trazem, como estratégia, o planejamento do caso, e, depois, apresentam para o paciente quais as condutas que serão seguidas, tentando convencer o paciente rumo à adesão ao plano de tratamento. O paciente está presente, ao longo das tomadas de decisões, o que se faz pensar na elaboração de um plano de tratamento em que somente os profissionais da saúde decidem o que será feito, e apenas informam a decisão tomada ao paciente, limitando as possibilidades do paciente participar da construção do projeto e de exercer a sua autonomia.

Em um dos projetos desenvolvidos no CEO de prótese, é possível perceber que os estudantes apresentam dificuldades em abordar outros problemas de saúde, como o fato do paciente ser tabagista, refletindo em uma prática desconexa, em que, mesmo quando o paciente não tem um vínculo com a unidade de atenção básica, os estudantes consideram que a melhor pessoa para ser referência, neste caso, é um profissional da UBS.

É fundamental que o paciente possua vínculo estabelecido com uma UBS, mas, se no momento que o paciente se apresenta para o atendimento no CEO sem vínculo com a UBS respectiva, mantenha uma boa relação com os profissionais do CEO como responsáveis por articularem o seu cuidado em rede, com abordagem multiprofissional ou interprofissional. Em um PTS, o paciente não é apenas uma fonte de

SUMÁRIO

informação, ele é parte fundamental na construção do seu itinerário de cuidado, devendo participar de forma ativa. Por vezes, os estudantes refletem sobre o esforço da equipe em buscar formas de promover um cuidado integral, mesmo quando existem inúmeros obstáculos.

Percurso de formação: o que nos contam os PTS dos estudantes do ECSO II?

No processo de categorização e análise, percebemos dificuldades dos estudantes em compreender e construir PTS nos campos de estágio, mas também notamos que a proposta pedagógica em si estimula deslocamentos das práticas arraigadas em odontologia. As práticas, muitas vezes presas em protocolos técnicos e distantes das necessidades e desejos dos pacientes, firmam-se em um processo unilateral, constituído por prescrições e imposições terapêuticas, em nome de uma condição de saúde que, em diversos momentos, é idealizada e descontextualizada do mundo do paciente.

A ideia de que o PTS seja uma ferramenta de responsabilidade dos profissionais que atuam na APS, e que a atenção especializada deveria apenas contribuir para a sua realização, perpassa a construção dos PTS. Considerando o número reduzido de consultas, em algumas especialidades, e um processo de trabalho ainda bastante focado na produtividade, ficam claras as dificuldades dos estudantes para a realização de projetos terapêuticos singulares na atenção especializada. Por outro lado, pensar em ações de saúde que coloquem o paciente no centro do cuidado não é prerrogativa ou atribuição de um ou outro ponto de atenção da Redes de Atenção em Saúde, mas sim um compromisso ético com o cuidado em saúde.

Apesar de todos os esforços em se ter uma rede de atenção à saúde integrada, em que os diversos pontos se comuniquem e sejam capazes de garantir um cuidado integral e longitudinal, isso ainda é

SUMÁRIO

um desafio. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 335): “a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”.

Problemas de comunicação na rede e entre os profissionais fazem com que o paciente não receba os encaminhamentos corretos, e fiquem aguardando muito mais tempo que o necessário, gerando um cuidado fragmentado. Este é um ponto de convergência nos PTS analisados.

Ao pensar a coordenação do cuidado, há que se compreender o processo em sua organicidade, como ele de fato poderá acontecer, com vínculos e corresponsabilização. Não é tarefa burocrática de uma equipe ou outra, e tampouco exclusiva de um ponto da rede. Deve ser compreendida como processual e singular, em cada caso vivo, e, desta forma, deve ser conduzida.

A formação em odontologia ainda é bastante centrada na aplicação, domínio e uso das técnicas da profissão, durante o curso de disciplinas clínicas os estudantes possuem um olhar bastante voltado para a elaboração de planos de tratamento que atendam as doenças do paciente. Um espaço de falas e escutas para que o paciente manifeste o seu desejo e participe de forma ativa da construção do seu percurso terapêutico ainda encontra resistências.

Segundo Prado e Garrafa (2006, p. 237):

O desafio das Instituições de Ensino Superior está em sair do modelo centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação, para um enfoque no diagnóstico integral do processo saúde-doença, na prevenção e na promoção de saúde e na prestação do devido cuidado humano.

Quando, no ECSO II, os estudantes são orientados a elaborar um projeto terapêutico singular, estes saem do que estão habituados

SUMÁRIO

a fazer para ter um olhar mais amplo para o paciente, e devem considerar não apenas a sua condição bucal, mas a sua saúde como um todo, o seu contexto de vida e seus desejos. Por ser algo novo no processo de formação, pode inicialmente ser difícil de ser desenvolvido. Por mais que os estudantes busquem desenvolver um projeto centrado no paciente, um modo prescritivo ainda se mostra muito forte, e o que poderia ser um projeto terapêutico acaba por aproximar-se muito do antigo plano de tratamento utilizado na maior parte da formação.

Os documentos analisados indicam que a participação dos estudantes, na construção do PTS, contribui para o olhar integral sobre o paciente, pois amplia as intervenções intersetoriais, favorecendo o cuidado na rede de atenção, além de distribuir responsabilidades entre os níveis de atenção e suas equipes, no sentido que Merhy nos aponta (1999)

A formação dos estudantes de Odontologia ainda aborda pouco o trabalho multidisciplinar e interprofissional, bem como a proposta pedagógica de produção, e a construção de PTS para pacientes com necessidades e desejos 'reais' fornece condições e dá estímulo a um trabalho em equipe. E isso é bastante desafiador, não apenas para estudantes, mas também para outros profissionais já formados.

No Brasil, historicamente, segundo Fonseca *et al.* (2014) os cursos de graduação na área da saúde, e para Warmling (2017) os cursos de odontologia, privilegiaram uma formação com ênfase no tecnicismo, nas práticas curativas e individualizadas, pela fragmentação do conhecimento contido nas especialidades. Muitas vezes, as indicações técnicas nutrem-se de aportes clínicos incoerentes com a situação econômica e com a realidade social do Brasil. O desafio está na formação de profissionais que saibam reconhecer e produzir enfrentamentos às necessidades da sociedade (ZILBOVÍCIUS, *et al.*, 2011).

O enfoque do ensino sempre privilegiou o tratamento das doenças com base no arsenal tecnológico (GARBIN *et al.*, 2006). O currículo dos cursos de Odontologia constitui-se pelo paradigma curativo,

e relegou a segundo plano, ou mesmo historicamente, desconsiderou uma orientação pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população (WEYNE, 2003; WARMLING, 2017)).

Segundo Prado e Garrafa (2006), a formação dos profissionais da saúde deve abranger o desenvolvimento, tanto de competências e habilidades técnicas quanto éticas e humanísticas, que influenciaram na capacidade do profissional de atuar com senso crítico, observando e respeitando os valores, tanto individuais quanto coletivos, bem como os aspectos culturais das comunidades, além de identificar as suas necessidades e demandas.

As vivências, no mundo real, nos campos de estágio, e a diversidade de situações de vida e saúde que os estudantes encontram, nos mais variados espaços, podem trazer para esses estudantes uma prática em clínica ampliada que vá além dos tecnicismos e das condições ideais que o ambiente acadêmico oferece. Ao se aproximar da realidade, os futuros dentistas experienciam a realidade de saúde, e trabalham na dimensão da clínica do corpo vivo, subjetivado e complexo (FONSECA, 2014).

Entendemos que o profissional de saúde é também um protagonista nesta construção, pois os vínculos com o paciente, com sua família e/ou seus cuidadores são formas potentes de cuidado para recolocar o sujeito na trajetória da responsabilização pela própria vida. O encontro com o paciente e suas necessidades, e não apenas com sintomas fisiológicos ou patológicos, amplia as possibilidades terapêuticas. Amarante (1996) traz, de forma clara, esta perspectiva para o cuidado em saúde.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (AMARANTE, 1996, p. 5).

SUMÁRIO



SUMÁRIO

Considerando o PTS e o seu papel como instrumento pedagógico, os dados apontam para o seu uso como uma ferramenta útil, visto que, para além de ser uma tarefa curricular, a construção do PTS estimula os estudantes a pensarem no paciente como centro do cuidado, com uma visão integral deste, em um espaço onde ele pode manifestar seus desejos. Além disso, construir um PTS essencialmente coloca o estudante em contato com outras profissões, e cria movimentos interprofissionais, pois a vida e a saúde do paciente, em sua complexidade, necessitam de outras pontes para o cuidado, não mais somente um arsenal técnico odontológico.

Ao discutir sobre o PTS como ferramenta pedagógica, destacamos o seu potencial em produzir olhares e abordagens multi e interprofissionais na interação e comunicação dos conteúdos na abordagem dos pacientes. Outro ponto considerado relevante, e até facilitador do processo de construção de projetos terapêuticos, é o quadro clínico. Em outras palavras, quando o estudante elege um paciente da especialidade estomatologia, ou pacientes especiais, surge uma facilidade na correlação das necessidades com as possibilidades terapêuticas. É aí que a vida do paciente toma relevo, e não apenas o seu adoecimento. Nestes PTS, a corresponsabilização do paciente é mais frequente, ou seja, o paciente tem maior participação nas decisões sobre seus percursos na rede de atenção.

Uma ferramenta pedagógica para o ensino e formação em saúde deve ser capaz de estimular uma visão transformadora em âmbito público, social, e coletivo, na totalidade e na unicidade da prática em saúde, trazendo, em si, aportes para conduzir processos para uma formação ampla, generalista, humanística, ética e reflexiva, visando profissionais com leitura crítica da realidade.

SUMÁRIO

Por uma formação produtora de cuidado

A universidade é um lugar privilegiado para o desenvolvimento de profissionais com reflexão crítica, e deve buscar formar pessoas engajadas, com compromisso com a sociedade. Dessa forma, busca dar retorno dos conhecimentos, ali produzidos ou adquiridos, que são repassados à comunidade em forma de benefícios à qualidade de vida de todos.

Inicialmente proposta como uma atividade curricular e restrita ao espaço do ECSO II, o PTS desperta nos estudantes deslocamentos, e mostra-se desafiador na medida em que ressignifica a produção do cuidado pelo estudante. Enquanto ferramenta de aprendizagem, o PTS cumpre dupla função: agrega valor às trocas que sempre acontecem na relação profissional/paciente, a despeito de muitas vezes não serem registradas, e permite a autonomia do paciente e corresponsabilização no percurso de cuidado, induzindo reflexão sobre a necessidade de se reinventar as práticas em saúde bucal.

A prática em odontologia, apesar de todos os avanços, ainda apresenta certo distanciamento entre o cuidado integral e as técnicas odontológicas. No entanto, é evidente a necessidade de se formar um profissional que seja capaz de identificar além dos sinais clínicos. É preciso diplomar um profissional com habilidades de ver o paciente com um olhar integral, que consiga compreender as singularidades de cada paciente, que saiba ouvir e respeitar a sua autonomia.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S. M.; CORTÊS, A. Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.

SUMÁRIO

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P. L.; SAMPAIO, J. M. S. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Acta Scientiarum**, Maringa, v. 31, n. 2, p. 153-157, 2009.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução do CFO nº 163 de 09 de novembro de 2015**. Conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do cirurgião-dentista habilitado a exercê-la. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 2015. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=310456>. Acesso em: 01 dez. 2019.

FONSECA, G. S. *et al.* Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 15, n. 2, p. 2-11, jul./dez. 2015.

GARBIN, C. A. S. *et al.* O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Revista Abeno**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 6-10, 2006.

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

MERHY, E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas

SUMÁRIO

de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 13-17, 1999.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006.

NUNES, R. *et al.* Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Revista de odontologia da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 118-128, maio/ago. 2017.

OLIVEIRA G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, 2007.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.

PRADO, M. M.; GARRAFA, V. A Bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Revista comunicação em ciências da saúde**. Brasília, v. 17, n. 4, p. 263-274, 2006.

REKOWSKY, L. A. **O uso do projeto terapêutico singular como ferramenta pedagógica**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de cirurgiã-dentista, 2019 Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/238737/001112462.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 11 mar. 2023.

SANTOS, C. M. L. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 38, n. 1, p. 83-94, 2014.

SCHONHOFEN, A. *et al.* Projeto Terapêutico Singular no processo ensino aprendizagem de alunos em estágio supervisionado: relato de uma experiência efetiva. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 59-63, jul./dez. 2010.

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia. **Plano de Ensino Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia 2022/02**. Porto Alegre; 2023

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

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

WEYNE, S. C. A. A. Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. *In*: Kriger, L. (org). **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 1-26, 2003.

ZILBOVÍCIUS, C. *et al.* A paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. **Journal of dental education**, Washington DC, v. 75, n. 4, p. 557-564, 2011.

S U M Á R I O



10

*Luísa Lapenta da Cunha
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

BIOÉTICA NO ENSINO NA SAÚDE

“A desumanidade que se causa a um outro destrói a humanidade que há em mim”. Immanuel Kant

INTRODUÇÃO

A bioética pode ser compreendida como o compromisso do ser humano para com outro humano e de todos para com a humanidade. A discussão sobre direitos e deveres amplia a responsabilidade e a concepção da bioética, que se constitui como uma reflexão transdisciplinar sobre ações humanas que envolvem a vida e o viver (COMTE-SPONVILLE, 1997; GOLDIM, 2006). É em torno do valor humano que está a essência da bioética, campo de estudo e compreensão sobre o processo de humanização.

A bioética apoia-se no campo da filosofia para fundamentar a análise e a mediação de conflitos que envolvem saberes e práticas no campo da saúde (PYRRHO *et al.*, 2007). Para a teoria principialista, o uso de quatro princípios éticos fundamentais (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012) permite a análise prática de conflitos bioéticos. Porém, a aplicação direta dos princípios não é possível sem a atenta verificação das singularidades em cada situação (GARRAFA, 2005; HOSSNE, 2006; JUNGES, 2003). O princípio de respeito à autonomia evidencia o direito da pessoa de decidir sobre as questões relativas à sua vida. A beneficência se caracteriza pelo ato de fazer o bem ou maximizar o benefício, e não-maleficência seria gerar o menor prejuízo possível. A justiça estabelece a condição da equidade como fundamental para o viver humano em sociedade (SCHRAMM *et al.*, 2008; AZEVEDO, 2013; MUÑOZ, 2004).

Situações consideradas como de “desumanização” na saúde são frequentemente expressões de formas precárias de organização do trabalho, sendo que o enfrentamento do problema e a busca da humanização ocorrem por meio da gestão do cuidado e da formação

SUMÁRIO

de sujeitos coletivos (BRASIL, 2004). A humanização na saúde é um método de intervenção nos processos de trabalho para a geração de qualidade da atenção à saúde. A humanização objetiva assegurar a atenção integral à saúde da população, por meio de táticas que ampliem as condições de direitos e de cidadania das pessoas (DINIZ; GUILHEM, 2002; COTTA *et al.*, 2013). Tecnologias leves promovem intersubjetividades no cuidado humanizado na saúde.

No contexto de práticas de humanização na saúde, o acolhimento é definido como estratégia que oportuniza o encontro entre o trabalhador e a pessoa a ser atendida: espaço de promoção de escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, mas também processo de tomada de decisões. A acolhida é concebida como a corresponsabilização das demandas de uma comunidade ou de uma pessoa. No acolhimento, incorpora-se a subjetividade das diferenças (NEVES *et al.*, 2013, SOUZA *et al.*, 2008).

Acesso e acolhimento relacionam-se e complementam-se na perspectiva da integralidade do cuidado. O acolhimento propicia o acesso, permitindo a criação de vínculo entre o profissional e a pessoa. É a relação acolhedora e humanizada que promove saúde nos níveis individual e coletivo (SOUZA *et al.*, 2008). Do acolhimento resulta a corresponsabilização e a resolutividade do atendimento, constituindo um momento de aproximação com a pessoa e o resgate de valores de solidariedade, cidadania e respeito com o outro (GARUZI *et al.*, 2014). Como o acolhimento, o vínculo também está associado ao conceito de humanização. A geração de vínculo com os usuários do serviço de saúde amplifica a eficácia e favorece a participação do usuário durante o cuidado. Observa-se que não há criação de vínculo sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos (NORA; JUNGES, 2013).

O acolhimento é uma tecnologia leve, que envolve a postura da escuta com compromisso de resposta às necessidades da pessoa. O acolhimento contribui com perspectivas e práticas de saúde que envolvem percepções das primordialidades da pessoa e a responsabilização

SUMÁRIO

do serviço de saúde pelas demandas identificadas (VASCONCELOS *et al.*, 2011; GARUZI *et al.*, 2014). O acolhimento otimiza o acesso das pessoas aos serviços de saúde por meio da humanização das relações entre os trabalhadores e as pessoas. A escuta de problemas ocorre por meio de abordagens do social, do cultural e do ambiental, dentre outras tantas possíveis (COTTA *et al.*, 2013). O acolhimento é a atenção com resolutividade e responsabilização, constituindo um momento de aproximação com as pessoas e resgate de valores de solidariedade, respeito e vínculo (GARUZI *et al.*, 2014). O vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização na saúde. Observa-se que não há criação de vínculo sem que as pessoas sejam reconhecidas na condição de sujeitos. A geração de vínculo com as pessoas amplia a eficácia das ações de saúde, pois favorece a participação no cuidado e amplia a autonomia (NORA; JUNGES, 2013).

Transformações curriculares implementadas nos cursos da área da saúde desejam atualizar o perfil profissional e promover competências profissionais capazes de provocar transformações do individual ao coletivo, da tecnificação à humanização. O campo da bioética atua a favor dessas transformações e atualiza essas necessidades. É em torno do valor humano que está a essência da bioética. Compreende-se o campo de humanização na saúde enquanto um método de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da atenção à saúde. A humanização na saúde defende a atenção integral da pessoa, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos (FINKLER *et al.*, 2009; DINIZ; GUILHEM, 2002; COTTA *et al.*, 2013).

O ensino da bioética possui o desafio de proporcionar reflexões sobre práticas profissionais, apontando para a importância dos benefícios da ciência quando em equilíbrio com as exigências da humanização, devendo proporcionar ao estudante o desenvolvimento de competências para superar práticas de saúde reducionistas, ou que se atenham aos aspectos tecnocientíficos em detrimento ao desenvolvimento

SUMÁRIO

do vínculo com o usuário (JUNGES, 2003). A inclusão do estudo da ética e da bioética, nos cursos de graduação da área da saúde, tem o papel de estimular os alunos ao exercício da problematização sobre as intervenções profissionais individuais e/ou coletivas na área da saúde. Nesse contexto, o campo da bioética torna-se de grande importância na formação profissional, uma vez que é o eixo central para a compreensão da dignidade do viver e da valorização da vida, enquanto aspectos básicos da formação do profissional de saúde.

O estudo da ética e da bioética, nos cursos de graduação da área da saúde, tem o papel de estimular nos alunos o exercício da problematização sobre as intervenções profissionais (CUNHA, 2018). O campo da bioética torna-se eixo central para a compreensão da dignidade do viver e da valorização da vida enquanto aspectos básicos da formação do profissional de saúde. Evidenciam-se os benefícios da ciência quando em equilíbrio com a humanização, o que proporciona ao estudante competências para superar práticas de saúde reducionistas ou que se atenham aos aspectos tecnocientíficos em detrimento ao desenvolvimento do vínculo com o usuário (JUNGES, 2003).

O principal objetivo do ensaio, aqui apresentado, é analisar a relação de processos pedagógicos e organizações curriculares de cursos da área da saúde no desenvolvimento de competências bioéticas de estudantes, na clínica e no acolhimento de pacientes.

Bioética: conceitos e problematização do uso do principlismo

A bioética é uma disciplina com embasamento filosófico que propõe a análise e a mediação dos conflitos gerados nas mais diversas áreas de conhecimento relacionadas às ciências biomédicas e da saúde. O enfoque transdisciplinar da bioética fundamenta-se no respeito e na abordagem dos fatos a partir do paradigma da complexidade,

SUMÁRIO

visto que modelos e soluções padronizados não têm êxito perante os desafios impostos pela pluralidade (PYRRHO *et al.*, 2007).

O termo bioética é atribuído ao teólogo alemão Paul Max Fritz Jahr, que utilizou, pela primeira vez, a palavra no periódico *Kosmos*, em 1927, onde caracterizou a bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos. O oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter utilizou o termo em seu livro *Bioethics: bridge to the future*, em 1971, sendo este considerado o marco inicial da bioética como conceito. Posteriormente, o relatório Belmont¹ representou um importante marco histórico para a bioética. Por meio de sua publicação, iniciou-se a formalização da bioética como campo de atuação. A fundamentação acadêmica da bioética foi reconhecida a partir da proposta teórica de Tom Beauchamp e James Childress, que sistematizaram princípios para a orientação de conflitos no âmbito biomédico em sua publicação *Principles of Biomedical Ethics*, no ano de 1979 (GOLDIM, 2006; DINIZ; GUILHEM, 2002).

Segundo a formulação principialista, a bioética pode ser compreendida e praticada a partir de quatro princípios éticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012). Tais princípios seriam uma espécie de instrumento simplificado para uma análise prática dos conflitos que ocorrem no campo bioético (GARRAFA, 2005).

O princípio de respeito à autonomia da pessoa na bioética define-se a partir do direito que cada um possui de decidir sobre as questões relativas à sua vida. É dever profissional fornecer a informação necessária para esta tomada de decisão (SCHRAMM *et al.*, 2008).

A beneficência se caracteriza pelo ato de fazer o bem ou maximizar o benefício. Já a não-maleficência seria o oposto, ou gerar o

1 Documento redigido pela Comissão Nacional para Proteção de Direitos Humanos do governo estadunidense, e publicado, no ano de 1978, em resposta a acusações e escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos.

SUMÁRIO

menor prejuízo possível. Não-maleficência e beneficência correspondem, historicamente, aos princípios tradicionais da ética hipocrática *primum non nocere e bonum facere*, isto é, estabelecem os deveres profissionais relativos à tradicional ética médica que se refere à moralidade da inter-relação entre o médico e o paciente. O juramento de Hipócrates vem sendo a base da postura ética dos médicos, contudo, as atuais mudanças sociais modificaram intensamente a relação do médico com as pessoas em atendimento, exigindo a adequação da conduta profissional aos novos padrões morais adotados pela sociedade (MUÑOZ, 2004).

A justiça é a obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto, estabelecendo, como condição fundamental, a equidade. Equidade é um termo distinto de igualdade, ou da ideia de que todos devem receber o mesmo sem nenhuma diferenciação. Para se alcançar a equidade, cada um deve receber o que lhe é proporcional, sendo os benefícios equilibradamente distribuídos com o objetivo de tentar igualar os desiguais (AZEVEDO, 2013; MUÑOZ, 2004). A ideia de justiça está comprometida em resguardar o equilíbrio do sistema entre os indivíduos. Nos leva a percepção do “certo” e “errado”, que somente é verossímil na forma de direitos e deveres recíprocos (FORTES; REGO, 2018).

Contudo, a teoria principialista é considerada insuficiente para oportunizar a reflexão filosófica e bioética de modo acentuado e abrangente. Não é possível a aplicação mecânica dos princípios da bioética sem a verificação das singularidades de cada situação. Os valores que emanam de cada princípio devem ser analisados na interação com a situação de conflito bioético e como ela se apresenta (HOSSNE, 2006; JUNGES, 2003).

A Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), no ano de 2005, estabeleceu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ratificando a bioética como interligação da ética com os direitos humanos.

SUMÁRIO

A UNESCO conseguiu que os estados membros se comprometessem a respeitar e praticar os princípios fundamentais da bioética. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reconhece a bioética clínica, social, da pesquisa e ambiental. Dentre seus principais objetivos, está a defesa dos interesses das gerações futuras e a importância da preservação da comunidade como uma preocupação de toda a humanidade (UNESCO, 2005).

A defesa dos interesses de vulneráveis impõe que a bioética brasileira deva ser concebida na contextualização dos problemas da realidade nacional como maior fonte de inspiração e discussão (FINKLER *et al.*, 2009). É fundamental que as reflexões bioéticas sejam incorporadas no funcionamento de sistemas públicos de saúde no que diz respeito às responsabilidades sociais do Estado em priorizar a alocação e distribuição de recursos. A revisão e atualização de códigos de ética das diferentes categorias profissionais e as indispensáveis transformações curriculares das universidades também são responsabilidades de órgãos de Estado (GARRAFA, 2005).

Em se tratando do Código de Ética Odontológico (CEO) vigente no Brasil, tem-se, como resultado, uma construção da categoria profissional para orientar a conduta do cirurgião-dentista na prática profissional. A análise interpretativa do CEO, com relação aos seus princípios bioéticos, demonstra que a autonomia é o mais utilizado. O princípio referido com menor frequência é o da beneficência. A prática odontológica preconiza a tecnologia avançada para refinar e qualificar ações terapêuticas, mas as reflexões éticas, evidenciadas no CEO, não acompanham as transformações morais constatadas na sociedade brasileira contemporânea. O CEO apresenta-se com mais ênfase como um instrumento de proteção aos profissionais, com postura mais corporativista do que moralista (PYRRHO *et al.*, 2007).

SUMÁRIO

A Bioética e o Ensino na Saúde

Quando o processo do ensinar na saúde fica centralizado no saber científico-tecnológico, de forma exclusiva, produzem-se competências profissionais em que o mundo da pessoa recebe pouca visibilidade, sendo a centralidade dada para a doença (ABRAHÃO; MERHY, 2014). O ensino da bioética na graduação possibilita a reflexão sobre temáticas que se conectam ao impacto que as práticas de saúde hipertecnológicas produzem na vida. A exposição aos valores e princípios bioéticos gera uma tomada de decisão diante de desafios que se impõem à medicalização da saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2012). A conscientização dos fundamentos bioéticos e das relações humanas e sociais evidencia-se como essencial na formação profissional. Ser ético implica no entendimento do humano que comporta indivíduos e sociedades (GARCIA; CAETANO, 2008).

A necessidade atual de processos qualificados de humanização dos serviços de saúde conduz ao interesse e visibilidade do tema da bioética nos processos de formação profissional (GRISARD, 2002; KOVÁCS, 2003). A importância da bioética se tornou crescente para a reflexão e compreensão das constantes inovações tecnológicas impostas à área da saúde. A bioética é a área que possui um instrumental teórico apropriado para enfrentar os desafios éticos advindos do exercício das profissões no campo da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2008; JUNGES, 2003).

A odontologia vive um processo de transição, do individual clínico para o coletivo epidemiológico e da tecnificação para a humanização. Discute-se o novo perfil profissional almejado e a importância da capacidade de atuação crítica e ética do cirurgião-dentista para trabalhar a favor de transformações sociais. A formação em odontologia deve apresentar algumas características: uma inserção precoce do estudante no contexto profissional, vivências em clínicas integradas com complexidade crescente, melhoria na formação em saúde

SUMÁRIO

coletiva, estratégias para o trabalho em equipe e a diversificação dos cenários de aprendizagem. Porém, sempre buscando uma atuação educativa humanizada, e que coloque o estudante como centro do processo de elaboração da cidadania, preparando-o para ser um promotor de saúde, sensibilizado para o trabalho interdisciplinar no âmbito coletivo (FINKLER *et al.*, 2009).

É um desafio a produção de recursos didáticos que reconheçam a diversidade dos sujeitos existentes no plano de produção que opera entre estudante, professor, pessoa e profissional de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014). A simples introdução do estudante nos contextos de práticas não promove por si uma formação crítica, sendo essencial a busca de contextos formativos capazes de gerar uma prática reflexiva. Ser ético, numa sociedade plural, demanda habilidades que promovam o respeito à autonomia do ser humano (GARCIA; CAETANO, 2008). Problemas éticos na clínica de ensino são gerados, muitas vezes, porque o paciente é visto apenas como um meio para a consumação do objetivo da aprendizagem, um objeto de ensino, sem a devida preocupação com as necessidades de saúde do paciente (GONÇALVES; VERDI, 2007).

A disciplina de bioética, ministrada de modo isolado, em um amplo currículo, tende a ser insuficiente perante a força de anos de vida acadêmica vivenciando situações em que os valores são banalizados. Enquanto as habilidades técnicas são supervalorizadas, as atitudes morais são degradadas e até invisibilizadas. A avaliação subjetiva costuma assustar docentes e discentes pela pretensa dificuldade de avaliação, deixando desmerecidos os valores e atitudes como o respeito, a empatia, a compreensão, a responsabilidade e a solidariedade. As competências moral e ética dependem das ofertas e oportunidades de experimentação para a sua evolução (FINKLER; NEGREIROS, 2018).

O predomínio do conhecimento fragmentado, gerado pelo modelo educacional, dificulta a percepção da integralidade do ser humano, do espiritual ao biológico. O uso do livro "As Intermittências da

SUMÁRIO

Morte” (SARAMAGO, 2005) como instrumento de ensino para a abordagem da ética e bioética, de estudantes de medicina, demonstrou favorecer a reflexão e a capacidade interpretativa de temas, conhecimentos e princípios bioéticos. Reflexões relevantes sobre a finitude humana e o contato com a morte podem ser originadas, sendo este livro instrumento de grande valor à reflexão do tema das humanidades (SANTOS *et al.*, 2018).

É fundamental que, ao longo da formação, o estudante seja sensibilizado com problematizações bioéticas, a fim de desenvolver responsabilidade na tomada de decisões. Algumas avaliações de estudantes de bioética, sobre as observações aos atendimentos nas clínicas de ensino e impressões quanto às relações interpessoais e ao respeito à dignidade da pessoa, demonstram que o serviço de emergência apresenta conflitos bioéticos, e a roupa branca pode dificultar a aproximação do profissional com a pessoa por denotar superioridade. A introdução à clínica, como método didático adotado pela disciplina de bioética, antecipa o contato com as pessoas, e permite compreender melhor o conteúdo teórico de bioética no que se refere ao relacionamento profissional-pessoa (JUNQUEIRA *et al.*, 2012).

(Des)humanização na saúde e o papel da bioética: do acolhimento ao vínculo

A bioética, por enfatizar valores, deveres e direitos no modo como as pessoas se relacionam, constitui-se como fundamento do processo de humanização na saúde. O trabalho em saúde desenrola-se por meio do encontro entre o trabalhador e o paciente, na produção de atos que promovam cuidado. A humanização está relacionada às condições de trabalho do profissional. Desse modo, os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde tornam-se corresponsáveis pela humanização do atendimento (JUNQUEIRA *et al.*, 2012).

SUMÁRIO

Relações desumanas caracterizam-se como aquelas em que se constata a disparidade entre as pessoas envolvidas, sendo que o lado em vantagem desconsidera necessidades, interesses e desejos do outro, reduzindo-o (CAMPOS, 2005). A humanização na saúde caracteriza-se como o resgate e a satisfação dessas necessidades não supridas. A humanização promove uma prática profissional reflexiva, que procura organizar um cuidado digno, solidário e acolhedor, por meio de uma postura bioética (NEVES *et al.*, 2013; BACKES *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2009).

A discussão sobre a humanização na saúde não pode ser feita sem que seja considerada a maneira como o tema está ligado ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi proposta em 2003, com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde no SUS, além de produzir atitudes bioéticas no trabalhador (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2004).

Situações consideradas como desumanização expressam mais que falhas bioéticas individuais, pois a prática de um ato humanizado na saúde não está somente relacionada ao enfrentamento de atitudes e comportamentos individuais. A PNH compreende que as práticas desumanizadoras são expressões de formas precárias de organização do trabalho. O enfrentamento do problema e a busca da humanização devem ocorrer pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação de sujeitos e coletivos. Dentre as principais diretrizes da PNH, cita-se a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a valorização do trabalho e o fomento do protagonismo das pessoas com a construção da garantia dos seus direitos. A PNH apresenta tecnologias para conquistar essas diretrizes, e destacam-se, dentre elas: o acolhimento, a gestão democrática e a clínica ampliada. Para a PNH, a formação, enquanto exercício de troca entre sujeitos em situações reais, é inseparável dos processos de mudanças dos modelos de saúde. É necessário que as universidades e seus cursos formem cidadãos-trabalhadores da saúde que assimilem e tenham condições de

SUMÁRIO

interferir sobre múltiplos campos que conformam seus processos de trabalho (BRASIL, 2004). Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS é um meio para se aprimorar as práticas de saúde: acesso como acolhimento, atenção integral, responsabilização e vínculo, além da valorização do trabalhador e da pessoa (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Um estudo com profissionais da unidade de saúde ambulatorial, na Universidade Federal de Viçosa, ocorrido durante uma oficina de educação permanente com a temática da PNH, destacou o papel da educação permanente como instrumento para a garantia do cuidado humanizado. Outro ponto evidenciado foi a necessidade de equipes e técnicos capacitados para escutar as pessoas quanto ao que precisam. Fundamental é perceber o quão importante para a humanização é o processo de subjetivação. Também foi mencionada a significância da existência de uma equipe humanizada que atue como mediadora na promoção de estratégias de acolhimento para que o acesso aos serviços de saúde oportunize o preceito da integralidade (COTTA *et al.*, 2013).

O acolhimento é oportunizador de encontros entre trabalhadores e pessoas em um ambiente de escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, mas também um processo de tomada de decisões. A acolhida concebida como a responsabilização pelas demandas de uma comunidade deve conquistar a incorporação da subjetividade e do reconhecimento das diferenças (NEVES *et al.*, 2013).

Acolhimento em saúde, diferentemente de triagem, envolve receber pessoas com atenção, tempo, vontade de ouvir e valorizar as particularidades de cada paciente, para então ser possível elaborar um plano de tratamento baseado no contexto familiar e social. O acolhimento no SUS pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A escuta qualificada permite identificar demandas, riscos e vulnerabilidades das pessoas, de modo a ofertar o encaminhamento adequado às suas necessidades. O acolhimento tem ajudado na organização do processo

SUMÁRIO

de trabalho, pois produz no profissional uma compreensão mais ampliada das necessidades da pessoa. Por conseguinte, o usuário vê a acolhida como atitude de atenção e respeito (MÂNGIA *et al.*, 2002; VASCONCELOS *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2008).

Um estudo avaliando a percepção de cirurgiões-dentistas do SUS, quanto ao acolhimento, concluiu que os cirurgiões-dentistas demonstraram ter conhecimento no que diz respeito à importância do acolhimento nas equipes de saúde bucal. Contudo, alegaram que a formação profissional deixa a desejar, e não adota processos pedagógicos de treinamento interdisciplinar em saúde social. O acolhimento às vezes é realizado de forma precária devido ao grande volume da demanda, tornando-se uma prática distante do que se espera (MATTOS *et al.*, 2014).

Acesso e acolhimento relacionam-se e complementam-se na perspectiva da integralidade do cuidado. O acolhimento propicia o acesso, permitindo a criação de um vínculo entre profissional e paciente, sendo essencial uma relação acolhedora e humanizada para promover saúde nos níveis individual e coletivo. O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação. Já a acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos culturais, as normas e as técnicas adequadas aos hábitos da comunidade, visando uma oferta de serviços adequada à população (SOUZA *et al.*, 2008).

O vínculo pode ser descrito como uma relação de cumplicidade, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança. Acredita-se que o entendimento do vínculo possa trazer a efetivação do princípio da integralidade, uma vez que permite aos usuários exercerem o seu papel de cidadãos, conferindo maior autonomia em relação à sua saúde, tendo garantidos os seus direitos de fala, argumentação e escolha, permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore na manutenção de sua saúde. O vínculo amplia a eficácia das ações em saúde, e favorece a participação do usuário na prestação do serviço (GARUZI *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- ALMEIDA, A. M. *et al.* Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 437-444, 2008.
- AZEVEDO, M. L. N. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? **Avaliação**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 129-150, 2013.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-5, 2006.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7ª. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológico**: Resolução nº 118, de 11 de maio de 2012. Rio de Janeiro, 2012.
- COTTA, R. M. M. *et al.* Debates atuais em humanização em saúde: quem somos nós? **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.
- CUNHA, L. L. *et al.* Bioética do cuidado na clínica de ensino: aprendendo com pacientes. **Revista da Abeno**, v. 21, p. 1229, 2021.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética?** São Paulo, SP: Brasiliense, 2002.
- FINKLER, M. *et al.* Um novo olhar bioético sobre as pesquisas odontológicas brasileiras. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1205-14, 2009.

SUMÁRIO

- FLINKER, M.; NEGREIROS, D. P. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Rev. Abeno**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 37-44, 2018.
- FORTES, P. D.; REGO, S. Tem cabimento o que não é justo? A propósito da justificação dos juízos morais. **Bioética**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 22-30, 2018.
- GARCIA; S. J.; CAETANO, J. C. O código de ética odontológica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais dos cirurgiões-dentistas do estado de Santa Catarina. **Odontol. clín.-cient.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 307-313, 2008.
- GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.
- GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.
- GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.
- GONÇALVES, E. R.; VERDI, M. I. M. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino, **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 755-764, 2007.
- GRISARD, N. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 97-114, 2002.
- HOSSNE, W. S. Bioética – princípios ou referenciais? **Mundo saúde**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 673-6, 2006.
- JUNGES, J. R. Metodologia da análise ética de casos clínicos. **Bioética**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 33-41, 2003.
- JUNQUEIRA, C. R. *et al.* O ensino de bioética: avaliação discente por meio de fóruns de discussão na Internet. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 18, n. 1, p. 93-100, 2012.
- MÂNGIA, E. F. *et al.* Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-21, 2002.
- MARTINS, A. A.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.
- MATTOS, G. C. M. *et al.* Perception of “Comprehensiveness of Care”: a qualitative study among dentists in the Brazilian Health System. **Braz. oral res.**, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2015.

SUMÁRIO

MUÑOZ, D. R. Bioética: a mudança da postura ética. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 578-9, 2004.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS. **Brasil. Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos**. In: Conferência Geral da UNESCO, 32, 2005, Paris.

PYRRHO, M. *et al.* Análise bioética do Código de ética Odontológica brasileiro. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1911-18, 2009.

SANTOS, M. R. C.; LINS, L.; MENEZES, M. S. "As intermitências da morte" no ensino da ética e bioética. **Bioética**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 135-144, 2018.

SARAMAGO, J. **As Intermitências da Morte**. Alfragide: Editorial Caminho, 2005.

SCHRAMM, F. R.; PALÁCIOS, M.; REGO, S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-10, 2008.

VASCONCELOS, F. N.; VASCONCELOS, E. M.; DUARTE, S. J. H. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da literatura brasileira. **Tempus (Brasília)**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 115-122, 2011.

11

*Thayse Landvoigt Savedra
Fabiana Schneider Pires
Cristine Maria Warmling*

CUIDADO DO PACIENTE COM CÂNCER BUCAL NO ENSINO ODONTOLÓGICO E AS COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde e doença, suas causas e consequências, é de extrema importância para que os pacientes promovam autocuidado e se tornem corresponsáveis pelo seu tratamento. A adesão ao projeto terapêutico proposto é facilitada quando a relação entre paciente e profissional é baseada na confiança, no respeito aos anseios dos usuários, na escuta às suas necessidades e no estabelecimento de vínculo e autonomia. Entretanto, os profissionais não apresentam uma relação dialógica com os pacientes, quando não reconhecem o outro como parte do processo na construção de propostas terapêuticas, repercutindo negativamente na continuidade dos tratamentos propostos (TADDEO *et al.*, 2012).

Tratando-se de aspectos da patologia e epidemiologia da doença, o câncer da boca é um tumor maligno que pode acometer os lábios e o interior da cavidade oral, como gengivas, bochechas, palato, língua (principalmente as bordas), além do assoalho bucal. O sexo masculino tem sido o mais atingido, sendo a idade média de 40 anos a mais prevalente. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de novos casos de câncer bucal para o ano de 2020 é de 15.190, sendo esses 11.180 homens e 4.010 mulheres (BRASIL, 2020).

O desenvolvimento do câncer bucal pode estar associado a diversos fatores, como infecção por HPV, exposição a agentes carcinogênicos, agentes infecciosos, histórico familiar, exposição à luz ultravioleta, patologias pré-existentes e atividade profissional; entretanto, a associação de bebidas alcoólicas e tabaco ainda é responsável pelos maiores índices, sendo então o principal fator de risco (GALBIATTI *et. al.*, 2013).

As neoplasias de cabeça e pescoço representam um sério problema de saúde, pois apresentam uma elevada taxa de óbito de 49% quando acompanhadas durante 10 anos, não havendo diferença em relação à sobrevivência de acordo com idade, sexo, etnia, escolaridade e

SUMÁRIO

grau histológico da lesão. Entretanto, tratando-se de localização, observa-se que pacientes com câncer labial obtêm uma melhor taxa de sobrevida quando comparados a pacientes com câncer orofaríngeo. Isso se deve principalmente por ser uma região de fácil acesso, o que facilita a detecção e diagnóstico precoce, resultando em melhores índices de sobrevida (NORO *et. al.*, 2017).

Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 2015, já ocorriam 5.898 óbitos, sendo esses 4.672 homens e 1.226 mulheres (BRASIL, 2020). Entretanto, o número de casos está em declínio, fato que se deve ao aumento significativo de acessos a serviços públicos de saúde bucal, com ênfase na atenção odontológica primária e ao diagnóstico precoce das lesões (CUNHA; PRASS; HUGO, 2019).

As regiões anatômicas que registraram as maiores concentrações de óbitos são a “orofaringe” (31,72%), “outras partes e de partes não especificadas da boca” (21,55%), “outras partes e de partes não especificadas da língua” (18,95%), “base da língua” (8,18%), “palato” (4,83%), “glândula parótida”, (4,51%), “assoalho da boca” (3,66%) e “amígdala” (3,18%). Em contrapartida, os sítios anatômicos referidos como “outras glândulas salivares maiores e as não especificadas” (1,45%), “lábio” (1,07%) e gengiva (0,89%), obtiveram os menores índices de mortalidade (CUNHA; PRASS; HUGO, 2020).

O paciente oncológico requer atenção e cuidado individualizado, pois, em decorrência da doença, enfrenta constantemente problemas físicos, psicossociais e até financeiros. Após a cirurgia e radioterapia, alterações como deformidades faciais, problemas de fala, deglutição, salivação e alterações na voz podem surgir, ocasionando um declínio significativo na qualidade de vida. Tais problemas físicos podem desencadear problemas emocionais, levando ao isolamento social e a distúrbios psicológicos, manifestados principalmente em forma de depressão, raiva e ansiedade. Além disso, a questão financeira também pode ser afetada, uma vez que tal tratamento poderá ocasionar

SUMÁRIO

faltas ao trabalho, diminuição na produtividade ou até mesmo uma aposentadoria precoce. Ademais, os familiares, uma vez que participam ativamente, também acabam enfrentando sentimentos como o medo de perder o ente amado, tristeza e ansiedade. Diante dessas dificuldades, o acompanhamento psicológico torna-se um coadjuvante indispensável ao tratamento oncológico para uma melhor aceitação da nova realidade (RAPOPORT *et al.*, 1993).

O ensino de odontologia, orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2021) precisa organizar suas atividades curriculares visando abordagens de conteúdos práticos, bem como teóricos e subjetivos, que busquem a compreensão do paciente na sua integralidade e singularidade. A compreensão e o conhecimento acerca do cuidado do paciente com câncer bucal se tornam fundamentais para a atuação dos futuros profissionais de odontologia (ANGHEBEN *et al.*, 2013) na atenção à saúde bucal coletiva. Entretanto, faz-se necessário o emprego de técnicas de diagnóstico e detecção da doença mais efetivas, uma vez que muitos profissionais se sentem inseguros de realizá-las (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010).

O câncer bucal talvez seja um dos poucos agravos da saúde bucal em que o cuidado ao paciente oncológico no enfrentamento perpassa os três níveis de atenção à saúde bucal: o primário, o secundário e o terciário. Nesse sentido, é necessária a criação de estratégias que propiciem aos estudantes, do curso de odontologia, o desenvolvimento de práticas odontológicas, considerando as suas responsabilidades nos diferentes níveis, visando a continuidade da integralidade do atendimento aos usuários do SUS, uma vez que, atualmente, esse vínculo de acolhimento e continuidade da atenção nem sempre é respeitado (AGUIAR, 2008).

As competências de humanização do cirurgião-dentista, em que o acolhimento e o vínculo ao paciente assumem papel central, são compostas por ampla gama de atribuições subjetivas que compõem

SUMÁRIO

o campo da comunicação humana, mas fundamentam-se na própria ética do cuidado.

Nesse contexto, o estudo aqui apresentado, foi conduzido por uma questão de base: Qual o papel e competências humanísticas que o cirurgião-dentista possui e desenvolve no cuidado do paciente com câncer bucal – do acolhimento à criação do vínculo, passando pela comunicação diagnóstica e pela construção do projeto terapêutico singular com a corresponsabilização do paciente?

Problematiza-se sobre o papel do ensino de odontologia no desenvolvimento dessas competências subjetivas profissionais inseridas nas possibilidades de ensino-aprendizagens de construção e coordenação do itinerário do cuidado em sistemas de saúde, que se organizam em rede e exigem o diálogo também entre as diferentes complexidades dos serviços na busca da cura (SAVEDRA, 2021).

A presente pesquisa se insere em um projeto mais amplo, intitulado “O itinerário do cuidado do câncer bucal na rede de saúde bucal do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS”, o qual teve por objetivo analisar as competências do cirurgião-dentista no cuidado do câncer bucal na Rede de Saúde do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre/RS (LOPES, 2020).

Os objetivos da pesquisa, aqui apresentada, são analisar a visão de estudantes de odontologia sobre suas experiências curriculares, de modo a compreender como o cuidado do paciente com câncer bucal pode contribuir com o ensino e a aprendizagem de competências de humanização no ensino odontológico da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo de caso do tipo único ou holístico que procura compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade, com uma única unidade de análise (YIN, 2010). Por tratar-se de um estudo que articula o campo da saúde com a humanização no cuidado, propõe-se a produção de informações em profundidade sobre a experiência de alunos da faculdade de odontologia da UFRGS, por meio de uma abordagem qualitativa.

Cenários e Participantes

O cenário do estudo é a Faculdade de Odontologia da UFRGS. As participantes do estudo são cirurgiãs-dentistas recém-formadas no curso de odontologia pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Produção e Análise de Dados

Foram realizadas entrevistas abertas aprofundadas com 4 cirurgiãs dentistas recém-formadas, egressas da Faculdade de Odontologia da UFRGS. As entrevistas foram feitas de modo on-line, por meio da plataforma oficial 'Mconf', da UFRGS. Possuíram a duração aproximada de quarenta minutos a uma hora. Os vídeos gravados com as entrevistas foram posteriormente transcritos para análise. As combinações para a realização das entrevistas foram negociadas por meio do aplicativo telefônico WhatsApp ou por e-mail, definindo-se, assim, a participação, a data e o horário das entrevistas. Estas entrevistas foram conduzidas

SUMÁRIO

através de um roteiro para orientar o diálogo com categorias sobre o cuidado do paciente com câncer bucal a serem abordadas:

- ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DE VÍNCULO com o paciente de câncer bucal na instituição de ensino.
- Meios e estratégias para a realização da COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO do câncer bucal ao paciente.
- CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO após a comunicação do diagnóstico.
- COMPETÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO no cuidado do paciente com câncer bucal.

Um formulário on-line foi disponibilizado às entrevistadas, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com todas as informações da pesquisa, assim como um questionário com questões referentes ao perfil sociodemográfico de formação e trabalho da participante. A análise foi realizada com base na análise textual do discurso da pessoa durante a entrevista, após a sua transcrição. Para a preservação do anonimato, aos participantes foram atribuídos os nomes fictícios: Ágata, Esmeralda, Ametista e Safira. Para a interpretação dos discursos produzidos, utilizamos a Análise Textual Discursiva, a fim de alcançar os objetivos propostos, e os discursos produzidos foram analisados por meio da análise textual discursiva. Organizaram-se os seguintes procedimentos: pré-análise, estudo exploratório, análise e interpretação de informações produzidas para codificação e estruturação dos discursos em unidades de análise (MORAES; GALIAZZI, 2006). A perspectiva que inspirou a construção e análise dos dados compreende que o sentido alcançado pelos dados não é traduzido, mas produzido articulando-se ao linguístico, ao social e ao histórico. Os discursos analisados pelo estudo são vistos como parte de um processo social amplo e dinâmico, em que os participantes estão inseridos e constituem suas opiniões, crenças e compreensões sobre o tema do cuidado do paciente com câncer e do ensino.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa obedece às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), assim como a Resolução do CFO 42/2003, que aprova o Código de Ética Profissional Odontológico.

Apenas foram consideradas as participantes da pesquisa que concordaram em assinar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), específicos para cada situação a ser vivenciada. O TCLE foi apresentado sempre em duas vias, sendo que uma via ficou com cada participante e a outra foi devolvida assinada para a pesquisadora.

RESULTADOS

Acolhimento e a produção do vínculo: o papel do cuidado do paciente com câncer bucal

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia apontam, como competências e habilidades gerais necessárias para o exercício profissional, o compromisso com a saúde, com a ética e a cidadania, além do desenvolvimento da capacidade de comunicação, liderança e gerenciamento. “A formação do profissional deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico (BRASIL, 2021)”. O profissional de saúde deve estar comprometido e sensibilizado com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o na sua singularidade (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

Quanto à Atenção à Saúde, a graduação em Odontologia visa à formação do cirurgião-dentista para atuar, considerando a ética e as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial,

SUMÁRIO

de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, e cultural, que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, e que seja capaz de promover a humanização do cuidado à saúde de forma contínua e integrada, tendo em vista as demais ações e instâncias da saúde, de modo a desenvolver projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, bem como reconhecer os usuários como protagonistas ativos da sua própria saúde, inclusive as pessoas com deficiência, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, inclui-se o acolhimento, que é o primeiro ato de cuidado junto aos pacientes, considerando o paciente em sua integralidade biopsicossocial. Há que se reconhecer e impulsionar caminhos pedagógicos que garantam não apenas a formação técnica, mas também a formação de um profissional disposto a contribuir para o cuidado de outro ser humano e para o acesso aos meios de promoção e recuperação da saúde bucal. O olhar humanizado, solidário, fará com que o paciente tenha suas necessidades e subjetividades respeitadas e acolhidas, possibilitando a realização plena do cuidado em Odontologia (CANALLI *et al.*, 2012; ASSIS *et al.*, 2010).

Com relação ao câncer de boca, objeto deste estudo, é uma doença de determinação multifatorial que está entre as principais causas de óbito por neoplasias no Brasil. Sua incidência está relacionada às condições sociais de vida (BRASIL, 2020b). Diagnósticos iniciais permitem tratamento com melhores resultados funcionais, quando comparados aos tardios, os quais implicam em tratamentos mais agressivos, com maiores possibilidades de sequelas (NORO *et al.*, 2017). O paciente oncológico requer atenção e cuidado individualizado, pois, em decorrência da doença, enfrenta constantemente problemas físicos, psicossociais e até financeiros, que podem levar ao isolamento social. Ademais, os familiares, uma vez que participam ativamente, também acabam enfrentando sentimentos como o medo de

SUMÁRIO

perder o ente amado, tristeza e ansiedade (RAPOPORT, Y. *et al.*, 1993; SALES *et al.*, 2010). Todo um contexto que justifica a necessidade de, no transcorrer do cuidado, os profissionais de saúde estarem atentos e aptos para o desenvolvimento de um forte vínculo com o paciente.

Os cursos de graduação em odontologia, por sua vez, devem oferecer aos estudantes os subsídios necessários para que esses se tornem profissionais aptos a atuar no diagnóstico de agravos estomatológicos, tendo em vista a incidência, morbidade e mortalidade decorrentes do câncer bucal (ANGHEBEM *et al.*, 2013). Logo, o ensino torna-se imprescindível para uma atuação eficiente.

Ao serem questionadas sobre como desenvolviam o acolhimento e produção de vínculo com pacientes com câncer bucal, as participantes entrevistadas relatam não atuar com o cuidado do paciente com câncer bucal durante a formação na graduação.

“Não tive nenhuma experiência com pacientes com câncer bucal [...]” (ÁGATA).

“Caso mesmo, que eu tenha diagnosticado, mesmo, eu não tive [...]” (ESMERALDA).

“Eu nunca cheguei a ter nenhum paciente com suspeita, até hoje na vida profissional eu não tive nenhum contato [...]” (AMETISTA).

Estudo realizado verificou que 42,1% dos participantes julgaram insatisfatório o ensino de câncer bucal obtido na graduação (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010). A graduação em odontologia não deve se restringir apenas a procedimentos técnicos, mas considerar o comportamento humano e suas variações, bem como a forma de lidar com as pessoas (TEIXEIRA, 2000).

Os futuros profissionais da saúde devem ser orientados com relação a aspectos técnicos de comunicação diagnóstica e procedimentos ideais diante de reações emocionais por parte dos pacientes, e por eles mesmos enquanto profissionais (BARROS *et al.*, 2011). Entretanto, cirurgiões dentistas estomatologistas, que atuam em Centro de

SUMÁRIO

Especialidades Odontológicas, indicam que, nos processos formativos que vivenciaram, os temas referentes à comunicação diagnóstica, principalmente as de más notícias, ou são abordados superficialmente ou encontram-se ausentes (LOPES; WARMLING, 2020). A dificuldade da revelação diagnóstica advém da falta de aptidões relacionais e de comunicação, as quais não são desenvolvidas de forma adequada durante o processo da graduação (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Nos percursos das entrevistas, tendo em vista essa ausência de uma prática de cuidado acolhedor e comunicador ao paciente com câncer bucal, procurou-se investigar, de forma mais abrangente, os processos de ensino e aprendizagem. Ao serem questionadas sobre o ensino de acolhimento e vínculo com o paciente, de um modo geral, na graduação, o relatado pelas participantes põe em destaque principalmente as disciplinas de semiologia, patologia básica, patologia bucal, psicologia clínica, clínicas integradas e Estágios Curriculares I e II.

“Durante todos os semestres, a gente pisa nessa tecla de ser empático com o paciente, compreender o estilo de vida dele, a gente se coloca no lugar dele [...]. Logo quando começamos as clínicas, a gente está se ambientando, aprendendo a se relacionar com o paciente, a ter empatia [...]. Principalmente nos estágios, a gente conversou muito sobre acolher o paciente [...]” (ÁGATA).

“Acho que o primeiro momento que a gente teve contato com isso foi na disciplina de semiologia, bem no início da nossa formação [...]. Quando eu comecei a fazer o estágio I, e depois o II, ficou mais claro o que era esse vínculo [...]. Não só os estágios, mas as clínicas, só que na clínica a gente tentava fazer isso, mas a cobrança pela produção também era grande [...]” (ESMERALDA).

“Foi na clínica mesmo que eu entendi o que era acolhimento, vínculo, com o paciente, foi na prática mesmo. A ideia de acolhimento foi introduzida logo no primeiro semestre da faculdade [...]. A Odontologia da UFRGS presa bastante esse lado do acolhimento e de olhar o paciente como um todo [...]” (AMETISTA)

“Eu me lembro que foi na primeira clínica, na clínica I, o primeiro choque de realidade e de humanização [...]” (SAFIRA).

SUMÁRIO

De acordo com o Projeto Pedagógico vigente, o curso de odontologia compreende 10 semestres, com 5.040 horas (336 créditos), das quais 120 horas (8 créditos) são em disciplinas eletivas, 240 horas (16 créditos) em atividades complementares, 90 horas (6 créditos) em estágios de acompanhamento clínico e 975 horas (65 créditos) são destinadas a estágios extramuros (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A disciplina de Semiologia, que é realizada no 3º semestre da graduação, versa sobre exames complementares, bem como a sua necessidade, e habilita o aluno no diagnóstico de patologias. Possui ainda o objetivo de compreender o processo saúde/doença na perspectiva de integralidade, transcendendo os sinais e sintomas, através de ótica crítica-construtivista (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

As clínicas integradas são organizadas em 4 módulos, a partir do 5º semestre da graduação. Objetiva-se habilitar os alunos ao atendimento odontológico de pacientes com base na integralidade da atenção em saúde, com ênfase na saúde da boca e estruturas anexas, com necessidades de tratamento de atividade de doença e procedimentos reabilitadores de baixa, média e alta complexidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A disciplina de Psicologia Clínica é inserida no 5º semestre da graduação, concomitantemente ao início da Clínica Integrada I, e tem como objetivo proporcionar uma adequação das intervenções profissionais, através de discussões sobre teorias psicológicas que abordam as relações profissional-paciente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Os estágios de Acompanhamento Clínico I, II e III possibilitam atividades práticas de observação em relação ao acolhimento e humanização dos usuários em atendimento no Hospital de Ensino Odontológico (HEO). Os alunos devem descrever e analisar, na perspectiva do acolhimento e da formação de vínculo, a relação estabelecida no

SUMÁRIO

espaço da clínica entre usuários, estudantes, professores e demais membros da comunidade acadêmica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Os estágios Curriculares Supervisionados I e II, realizados no 9º e 10º semestre, proporcionam experiências de atuação em serviços de atenção primária e atenção especializada, respectivamente, com vistas ao conhecimento, ao estabelecimento de vínculos e à análise crítica dos processos de trabalho em Saúde Coletiva, em equipe multiprofissional, no âmbito do SUS, bem como instiga o aluno ao desenvolvimento de ações em nível de diagnóstico, planejamento, execução e avaliação voltados à realidade local, atuando como agentes transformadores das condições de saúde da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Com relação ao Câncer Bucal e seu diagnóstico clínico, duas disciplinas foram destacadas, sendo elas Patologia Básica realizada no 3º semestre, e Patologia Bucal do 4º semestre. Ambas auxiliam o aluno no desenvolvimento de habilidades diagnósticas de processos patológicos gerais e neoplásicos nas diferentes situações da clínica odontológica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014). A experiência com o diagnóstico de câncer bucal permeia as subjetividades dos alunos, e interfere em seu processo de formação e atuação profissional. A preocupação com a valorização do ensino da comunicação humanizada torna-se necessária diante da magnitude de suas implicações.

Competências de humanização e corresponsabilização: a comunicação diagnóstica no câncer bucal

As políticas de humanização no SUS definem diretrizes e ações para a produção de uma atenção à saúde que seja acolhedora aos sujeitos sem deixar de lidar agilmente com suas necessidades, instigando-os à participação e corresponsabilidade (BRASIL, 2010).

SUMÁRIO

Humanizar é realizar uma assistência diferenciada, conforme as necessidades de cada paciente, respeitando seus anseios, escutando suas necessidades e estabelecendo vínculo e autonomia (TADDEO *et al.*, 2012). A constituição do ensino brasileiro de odontologia foi consolidada a partir de sua separação do ensino da medicina (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012). A profissão odontológica é caracterizada como tecnicista, com forte enfoque dentário (WARMLING, 2017). A dimensão da Clínica Ampliada surgiu, nesse sentido, para transpor a centralização dentária para a de sujeito-paciente, este indivíduo biológico e social (BOTAZZO, 2017).

Apesar do conceito de Clínica ampliada ser vastamente difundido, cirurgiões-dentistas referem que a cobrança pela execução de número de procedimentos ainda permanece, o que sobrecarrega a agenda com os atendimentos clínicos mais comuns, e dificulta o cuidado integrado e planejamento de ações educativas e preventivas (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017). As narrativas das participantes entram em consonância com essas descrições sobre o formato tradicional da prática odontológica que o ensino reproduz.

"[...] essa parte do acolhimento, na clínica, não era muito fácil, era mais uma ficha de anamnese mesmo, parte do aluno, ali, se ele está com vontade de entender o lado mais humano do paciente ou não. A gente tem que fazer o que combina com o professor e o paciente é muito pouco ouvido [...]. É mais a gente impondo o que acredita ser melhor [...]. Aprender a não julgar foi bem importante, não julgar o paciente pela trajetória dele e os fatores de risco que levaram ele a ter a doença [...]" (ESMERALDA).

"[...] principalmente nos primeiros pacientes na clínica I, a gente é muito mecânico, muito técnico [...]. Ali, a gente atende às demandas do paciente. Conforme o paciente chega, a gente faz uma anamnese com ele, avalia toda a condição bucal dele, e vai fazer um plano de tratamento, o paciente não participa desse plano de tratamento. Eu vejo, eu faço, e mostro para o meu professor, na outra semana. A gente comunica o paciente do que vai fazer, não tem uma conversa, são casos raros que a gente teve essa conversa, mais quando era casos de extração dentária

SUMÁRIO

mesmo, eu desenvolvi muito a minha parte humana, os estágios me ajudaram muito [...] [ÁGATA].

“As minhas experiências de preparo não foram muito para preparar para essa parte de acolhimento que é tu passar a informação [...]. Eles poderiam fazer de uma forma diferente, te orientar a chegar no paciente e falar com tranquilidade ou deixar claro que não tem cura [...]. Te explicar como fazer aquilo para você aprender a fazer sozinha [...] (SAFIRA).

“Eu levava muito comigo a palavra corresponsabilidade, até para eu não me culpar muito por coisas que não cabiam a mim também. Porque às vezes o tratamento não vai pra frente, mas nem tudo depende de ti. Tu consegue fazer na prática e estimular, mas, se o paciente faz na casa dele, é responsabilidade dele também. Então eu levava muito pra não ficar sofrendo com os resultados, porque nem tudo era minha responsabilidade [...] (AMETISTA).

O desenvolvimento das relações interpessoais entre acadêmicos de odontologia e seus pacientes é frágil no que tange a aspectos culturais, sociais, crenças, seus processos de adoecimento e a produção do cuidado (CUNHA *et al.*, 2021). A compreensão da forma de viver e adoecer da maioria da população, sua linguagem verbal e corporal, pode levar o aluno a conseguir se comunicar mais adequadamente com indivíduos e comunidade (NUNES, LELES, FERREIRA, 2008). A construção de um modelo assistencial humanizado requer comunicação, boa relação paciente-profissional e corresponsabilização. Prejuízos ocorrem quando há dificuldade por parte do profissional em escutar, criando um obstáculo na formação do vínculo, e podendo, com isso, influenciar na adesão ao tratamento (RENNÓ; CAMPOS, 2014). Para tal, a abordagem deve ser individualizada e centrada no paciente, possibilitando ao mesmo interagir ativamente no seu percurso de cuidado, e incentivando o compartilhamento de poder e tomada de decisões (BILODEAU; TREMBLAY, 2019). Quanto ao câncer bucal, as participantes relatam a complexidade do momento da comunicação diagnóstica de um paciente com resultado de exame positivo para o câncer bucal, contudo, referem não ter sido preparadas, nem possuírem experiência clínica, para a realização da atribuição.

Fato esse justificado por se tratar de um momento complexo, no qual os educadores assumem a conduta do caso.

“A gente não é treinado, a gente não é ensinado a como dar uma notícia negativa ao paciente [...]. Diagnóstico e tratamento, isso a gente é bem treinado, agora na parte da comunicação a gente não tem essa preparação [...]” (ÁGATA).

“[...] É um momento bem delicado esse de contar o que tá acontecendo [...]. Ela fazia com bastante delicadeza esse momento de contar o que estava acontecendo [...]. Eu via que era um momento bem tenso né, com toda a equipe, quando vinha esse diagnóstico [...]. Era pra ter o mínimo de pessoas na sala para deixar a pessoa mais confortável [...]” (ESMERALDA).

“[...] a gente diagnosticou, a gente conversou com os professores, mas quem fez as partes mais difíceis e de encaminhamento foram os professores [...]. Quando a coisa apertava, o professor fazia sozinho ou não te orientava muito para aquilo acontecer de uma forma que tu participasse [...]. Ensinavam a entrevista, as perguntas, mas não a forma como a gente ia fazer isso, como a gente ia dar as notícias, isso não tinha” (SAFIRA).

“[...] coisas que eu não fiz muito, chegou na vida profissional e eu não sabia o que fazer, fiquei nervosa, tive que encarar e aprender sozinha [...]. Eu me sentia mais despreparada na prática mesmo, não era tanto em conhecimento, porque conhecimento tu se vira, mas em prática tu sabe fazer ou não sabe fazer [...]” (AMETISTA).

O paciente oncológico requer atenção e cuidado individualizado (RAPOPORT *et al.*, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Uma série de mudanças ocorre na vida do paciente a partir da comunicação diagnóstica, e cabe aos profissionais da saúde o conhecimento não apenas a respeito da patologia em si, mas também a sabedoria para lidar com sentimentos e com as próprias emoções frente à doença (CAVALCANTI, 2005). Os pacientes apontam que o momento em que recebem a notícia de que estão com câncer é de extrema importância, e acreditam que deveria haver outro tipo de abordagem para com eles, pois sentem que os profissionais lhes fornecem a notícia de maneira direta e pessoal (OLIVEIRA; ZAGO; THORNE, 2017).

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Em um estudo realizado com estudantes, destaca-se o ponto em que a disciplina de estomatologia poderia explorar os aspectos técnicos de comunicação do diagnóstico de câncer, seguidos da apresentação dos procedimentos ideais que o profissional deve ter mediante as reações emocionais dos pacientes (BARROS *et al.*, 2011). A comunicação empática é uma habilidade cognitiva, passível de ser ensinada e aprendida, e envolve a compreensão dos sentimentos do paciente (PLATT; KELLER, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação profissional e paciente abrange uma série de aspectos subjetivos que perpassam a atenção à saúde bucal. O estabelecimento de vínculo, bem como o processo de acolhimento, é um fundamento essencial para essa relação.

Três pontos devem ser destacados como resultados principais encontrados pelo estudo, e que se relacionam aos objetivos da pesquisa.

Primeiro, as estudantes, participantes do estudo, relatam não atuar com o cuidado de pacientes com o câncer bucal em seus processos de formação, e, portanto, com a questão do acolhimento de pacientes com câncer bucal, a não ser em experiências esporádicas, disciplina eletiva ou com a atuação na ênfase de estomatologia do Centro de Especialidades Odontológica, em que estagiaram ao final do curso.

Segundo os processos de ensino-aprendizagem sobre acolhimento são vivenciados em algumas disciplinas teóricas pontuais nos semestres iniciais do curso, porém, ao adentrarem nas experiências das práticas clínicas, o método tecnicista predomina, sendo desenvolvidas com mais intensidade atividades de acolhimento e vínculo nos semestres finais da graduação, quando os estudantes, por meio dos estágios, atuam nos serviços de atenção das redes de saúde do SUS.

SUMÁRIO

Terceiro, as participantes entrevistadas relatam que, no campo da estomatologia, sentem-se preparadas para a realização de diagnósticos bucais, contudo, a vivência clínica e a realização da comunicação diagnóstica exigem uma complexidade de competências que sentem que não tiveram a oportunidade de experienciar durante a graduação. O cuidado do paciente com câncer bucal transcende as práticas de diagnóstico clínico, pois se faz necessária a destreza ao lidar com sentimentos e com as próprias emoções frente à doença. Considerando que a comunicação de más notícias marca o início de uma série de importantes mudanças na vida deste paciente, tal achado pode ser apontado como uma necessidade de revisão dos processos de ensino e aprendizagem no ensino odontológico.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. F. Proposta de criação do grupo de odontologia no hospital de clínicas de Porto Alegre. 2008. 62f. Trabalho de Conclusão de Especialização (Especialização em Gestão em Saúde) – Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. ALQHTANI, N. *et al.* Role of the dentist in early detection of oral câncer. **J. Int. Oral Health**, v. 11, n. 2, p. 66-69, Apr. 2019.
- ANGHEBEN, P. F. *et al.* Perfil de conhecimento sobre câncer bucal dos alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev. Odontol. Bras. Central**, v. 21, n. 60, p. 33-40, 2013.
- ASSIS, M. M. A., *et al.* orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: Eduffba, 2010. 180 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xjcw9> Acesso em: 11 mar. 2023.
- BARROS, C. C. *et al.* Impacto do Diagnóstico de Câncer de Boca em Alunos da Disciplina de Estomatologia do Departamento de Odontologia da PUC - Minas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 399-408, 2011.
- BARROS, G. I. S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. Câncer de Boca: O Desafio da Abordagem por Dentistas. **Rev. Enferm.** UFPE on-line, Recife, v. 11, n. 11, p. 4273-4281, nov. 2017.

SUMÁRIO

BILODEAU, K.; TREMBLAY, D. **How oncology teams can be patient-centred?** Opportunities for theoretical improvement through an empirical examination. *Health Expect.*, v. 22, n. 2, p. 235-244, Apr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30411450/> Acesso em: 11 mar. 2023.

BOTAZZO. C. O Conhecimento Pelas Mãos. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 4, p. 2-19, out. 2017. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/522/335> Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, ed. 115, p. 77, 2021 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299> Acesso em 11 mar. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer Gomes Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer**: câncer de boca, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca#main-content> Acesso em: 11, mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020**. [2020b] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca> Acesso em: 11, mar. 2023.

CANALLI, C. S. E. *et al.* Humanização na relação cirurgião-dentista-paciente. **Rev. Odontol. Univ.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 220-225, set./dez. 2012.

CUNHA, A. R.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy, **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, nov. 2019.

CUNHA, A. R.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: Tendências por estratos sociodemográficos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3075-3086, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000803075&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 16 jul. 2020.

CUNHA, L. C. *et al.* Bioética do cuidado na clínica de ensino: aprendendo com pacientes. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1229, mar. 2021. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1229>. Acesso em: 29 abr. 2021.

SUMÁRIO

CUNHA, L. C. Análises éticas de situações nas clínicas de ensino da Faculdade de Odontologia da UFRGS Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã Dentista. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristine Maria Warmling. 2018. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/235501> Acesso em 11 jun. 2023.

GALBIATTI, A. L. S. *et al.* Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 239- 247, abr. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200018 Acesso em: 11, mar. 2023.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioética**, v. 21, n. 3, pp. 455-462, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a10v21n3.pdf>. Acesso em: 11, mar. 2023.

LOPES, J. R. S. **O Itinerário do Cuidado do Câncer Bucal na Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no Município de Porto Alegre/RS.** 2020. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/248478> Acesso em: 11, jun. 2023.

LOPES, J. R. S.; WARMLING, C. M. O cirurgião-dentista e o cuidado do câncer bucal na rede do sistema único de saúde do município de Porto Alegre/RS. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre.* Porto Alegre, 2020.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

NORO, L. R. A. *et al.* The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. **Ciênt. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1579- 1587, may, 2017.

OLIVEIRA, R. A. A.; ZAGO, M. M. F.; THORNE, S. E. Interaction between professionals and cancer survivors in the context of Brazilian and Canadian care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, dec. 2017.

PINHEIRO, S. M. S.; CARDOSO, J. P.; PRADO, F. O. Conhecimentos e Diagnósticos em câncer bucal entre profissionais de odontologia de Jequié, Bahia. **Rev. brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 195-205, fev. 2010.

PLATT, F. W.; KELLER, V. F. Empathic Communication: A Teachable and Learnable Skill. **Journal of General Internal Medicine**, v. 9, Apr.

SUMÁRIO

1994. Disponível em: <https://paliativtutvecklingscentrum.se/wp-content/uploads/2018/10/PlattKeller.pdf> Acesso em: 24 mar. 2023.

RAPOPORT, Y. *et al.* Psychosocial problems in head-and-neck cancer patients and their change with time since diagnosis. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 4, p. 69-73, jan. 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8435366/> Acesso em: 08 ago. 2020.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2014.

SAVEDRA, T. L. Cuidado do paciente com câncer bucal no ensino odontológico: contribuições para o ensino e a aprendizagem de competências de humanização **Trabalho de Conclusão de Curso** apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista. Orientadora: Cristine Maria Warmling, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/231625> Acesso em: 11 jun. 2023.

SALES, C. A. *et al.* Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 616-621, out./dez. 2010.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100009&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 jul. 2020.

TEIXEIRA, R. Entendendo a relação paciente/profissional. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 54, n. 4, p. 267-278, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Projeto Pedagógico do Curso Diurno de Odontologia**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/odontologia/ensino/odonto/graduacao/projeto-pedagogico-do-curso-diurno/view>. Acesso em: 26 de abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Plano de ensino. Comissão de Graduação em Odontologia**. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://www1.ufrgs.br/intranet/portal/public/index.php?cods=1,1,1,77>. Acesso em: 26 de abr. 2021.

WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **Hist. cienc. saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro,

v. 19, n. 1, p. 181-195, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05.** Genève, 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=DEA2789AC06798508256AC40E50EA32F?sequence=1. Acesso em: 24 mar. 2023.

S U M Á R I O



SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

ORGANIZADORES:

Cristine Maria Warmling

Doutorado em Educação. Mestrado em Saúde Coletiva.
Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional/UFRGS.
Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia
UFRGS.

E-mail: crismwarm@gmail.com

Fabiana Schneider Pires

Doutorado em Ciências da Saúde. Mestrado em Saúde Coletiva.
Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional/UFRGS.
Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia/
UFRGS.

E-mail: fabianaspires@gmail.com

AUTORES:

Angélica Teixeira dos Santos

Cirurgiã Dentista Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS.
Residência Integrada em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia/UFRGS.

E-mail: angelica.santosteixeira@gmail.com

Bianca Menna Ruiz Diaz

Cirurgiã Dentista Prefeitura Municipal de Porto Alegre.
Mestrado Profissional Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde/UFRGS.

E-mail: biancamenna@gmail.com

S U M Á R I O



S U M Á R I O

Camilla Ferreira do Nascimento

Cirurgiã Dentista Prefeitura Municipal de Canoas.
Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional/UFRGS.
Doutoranda Programa de Pós-graduação Odontologia/UFRGS.
E-mail: camillanascimento22@hotmail.com

Caroline Konzgen Barwaldt

Cirurgiã Dentista Prefeitura Municipal de Porto Alegre.
Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional/UFRGS.
E-mail: carol.barwaldt@gmail.com

Daniela Lemos Carcereri

Doutorado em Engenharia de Produção. Mestrado em Odontologia.
Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-graduação em Odontologia/UFSC.
E-mail: daniela_carcereri@hotmail.com

Daniel Feijolo Marconi

Mestrado em Odontologia com ênfase em Endodontia /UFRGS.
Especialista Atenção Primária à Saúde com Ênfase em Saúde da Família/UniBF
Gerente de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.
E-mail: dnimarconi@live.com

Karen Láis Prediger

Cirurgiã Dentista.
Bolsista de Iniciação Científica Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: karenprediger@yahoo.com.br

Lucimar Aparecida Rekowsky

Cirurgiã Dentista.
Bolsista de Iniciação Científica Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: lucirekowsky@gmail.com

Luísa Lapenta da Cunha

Cirurgiã Dentista.
Bolsista de Iniciação Científica Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: lu.lapenta@gmail.com

S U M Á R I O

Paulo Sávio Angeiras Góes

Doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública. Mestrado em Odontologia. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Adolescente/UFPE. Departamento. de Odontologia Social/UFPE.
E-mail: paulosaviogoes@gmail.com

Thayse Landvoigt Savedra

Cirurgiã Dentista.
Acadêmica Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: thayselandvoigt@outlook.com

Vanessa Nogueira Martino

Enfermeira Prefeitura Municipal de Porto Alegre.
Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional/UFRGS.
E-mail: vanessanmartino@hotmail.com

Vitória Gonçalves Gomes

Cirurgiã Dentista.
Acadêmica Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: vitoria.g.gomes@hotmail.com

SUMÁRIO

ÍNDICE REMISSIVO

A

ações de saúde 28, 35, 59, 64, 66, 174, 183, 208, 220
 antagonismos 25
 aprendizado 15, 24, 38, 72, 114, 115, 119, 151, 177
 APS 28, 34, 35, 39, 41, 42, 69, 71, 74, 75, 76, 81, 82, 84, 86, 90, 91, 92, 102, 111, 123, 124, 128, 132, 151, 170, 180, 182, 196, 197, 198, 200, 203, 204, 206, 207, 208
 Atenção Primária à Saúde 34, 35, 43, 71, 82, 92, 120, 123, 151, 170, 191, 192
 avaliação 13, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 50, 58, 67, 84, 95, 108, 109, 117, 124, 126, 127, 128, 133, 138, 160, 163, 173, 175, 176, 179, 182, 185, 186, 188, 189, 226, 232, 246
 avaliação em saúde 23, 127

C

câncer bucal 19, 125, 234, 235, 237, 238, 240, 241, 243, 244, 246, 248, 250, 251, 252, 253, 254
 capacidades analíticas 23
 Central de Marcação de Consultas Especializadas 35
 Centros de Especialidades Odontológicas 40, 71, 93, 102, 109, 124, 157, 170, 194, 197
 CEO 40, 41, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 63, 71, 75, 82, 84, 89, 91, 93, 94, 102, 111, 124, 157, 158, 165, 170, 174, 178, 183, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 206, 207, 224
 cirurgião-dentista 14, 24, 71, 72, 119, 131, 151, 163, 171, 175, 203, 214, 224, 225, 237, 238, 241, 252, 253

clínica 10, 19, 28, 51, 55, 56, 59, 84, 86, 98, 107, 125, 137, 138, 141, 195, 197, 198, 201, 211, 215, 216, 217, 221, 224, 226, 227, 228, 232, 244, 246, 247, 248, 251, 252, 255
 CMCE 35, 178, 180
 CNPq 17, 73
 cobertura populacional 35, 39, 128
 Cogestão da Educação 18, 99
 competências 10, 11, 18, 19, 50, 72, 77, 78, 81, 101, 105, 107, 111, 118, 150, 151, 152, 154, 155, 158, 163, 166, 167, 171, 175, 195, 211, 220, 221, 225, 226, 234, 237, 238, 241, 251, 254
 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico 73
 cuidado em saúde 29, 45, 50, 64, 67, 71, 76, 80, 92, 100, 107, 120, 123, 131, 145, 208, 211
 cuidado integral 123, 125, 200, 203, 206, 207, 208, 213, 215
 cursos de graduação de odontologia 151
 cursos de odontologia 19, 73, 82, 151, 152, 162, 163, 177, 210

D

DCN 14, 100, 151, 162
 diagnóstico 18, 28, 35, 63, 64, 74, 75, 84, 102, 108, 126, 127, 132, 141, 142, 147, 157, 173, 196, 200, 202, 205, 209, 236, 237, 240, 243, 245, 246, 249, 250, 251
 diagnóstico situacional 18, 64, 108, 126
 Diretrizes Curriculares Nacionais 14, 30, 100, 117, 151, 164, 165, 169, 189, 237, 241, 252, 259
 distritos sanitários 39, 101, 108, 109, 110, 128
 Distritos Sanitários 34, 39, 127

SUMÁRIO

docentes 12, 13, 14, 17, 29, 45, 50, 63, 81, 82, 91, 100, 108, 109, 110, 113, 177, 226, 231

E

educação 13, 24, 31, 32, 51, 52, 60, 65, 66, 67, 72, 77, 78, 93, 95, 96, 97, 101, 105, 107, 108, 118, 119, 120, 126, 127, 143, 145, 147, 148, 156, 158, 163, 165, 166, 167, 170, 174, 175, 176, 177, 184, 187, 189, 190, 191, 214, 229, 230, 231

Educação Permanente em Saúde 18, 22, 35, 46, 59, 68, 71, 78, 85, 89, 91, 94, 96, 97, 99, 100, 102, 110, 118, 170, 187

ensino 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 37, 38, 42, 44, 45, 50, 51, 52, 56, 58, 59, 61, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 81, 85, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 105, 107, 110, 111, 115, 117, 118, 119, 122, 149, 150, 151, 152, 155, 156, 158, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 171, 172, 175, 176, 177, 181, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 210, 212, 215, 216, 217, 220, 225, 226, 227, 232, 233, 234, 237, 238, 240, 241, 243, 244, 246, 247, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 259

Ensino e Serviço 36, 38

Ensino-Saúde 37, 38, 39, 46, 50, 51, 52, 64, 65, 66, 67, 77, 95, 107

ensino-serviço 10, 25, 28, 42, 45, 67, 68, 69, 86, 94, 95, 117, 118, 149, 155, 156, 189, 190

Ensino-Serviço 17, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 70, 72, 73, 76, 77, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 94, 98, 100, 101, 151, 169, 171, 176, 177, 183

EPS 22, 23, 24, 27, 35, 36, 46, 59, 71, 72, 73, 76, 78, 79, 81, 89, 91, 100, 101, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113,

114, 115, 116, 117, 138, 170, 176, 177, 179, 184, 186, 187, 188

estados de saúde bucal 25

estágio 10, 12, 13, 18, 19, 58, 65, 87, 91, 93, 118, 126, 132, 134, 136, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 150, 162, 163, 166, 167, 168, 171, 176, 177, 191, 195, 201, 208, 211, 214, 215, 244

estágios curriculares supervisionados 151, 163

estudantes 12, 13, 14, 17, 19, 24, 29, 30, 38, 45, 46, 52, 53, 54, 58, 61, 62, 63, 65, 66, 72, 76, 78, 80, 82, 83, 85, 86, 92, 95, 100, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 116, 147, 152, 156, 160, 169, 170, 171, 172, 176, 177, 178, 179, 183, 185, 186, 187, 188, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 221, 227, 237, 238, 243, 246, 250

ética 176, 212, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 231, 232, 233, 238, 241

experiências 17, 18, 19, 28, 32, 34, 42, 73, 82, 92, 98, 105, 106, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 139, 145, 153, 156, 164, 167, 170, 171, 177, 178, 182, 188, 192, 216, 238, 246, 248, 250, 259

Extensão Universitária 100

F

formação 12, 13, 14, 18, 19, 24, 29, 30, 31, 39, 45, 46, 48, 50, 51, 64, 66, 67, 68, 72, 73, 76, 77, 78, 87, 91, 92, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 134, 143, 148, 151, 155, 156, 158, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 175, 176, 188, 189, 190, 194, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 218, 221, 225, 226, 227, 228, 230, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 250

SUMÁRIO

formação profissional 68, 73, 95, 116, 151, 163, 166, 169, 190, 221, 225, 230

G

gestão 10, 12, 13, 14, 18, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 46, 47, 50, 53, 55, 59, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 79, 81, 85, 90, 93, 95, 98, 101, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 120, 124, 127, 131, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 151, 152, 154, 155, 156, 165, 166, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 218, 228, 229, 259

gestão compartilhada 46, 47

gestão da saúde 23, 108, 171, 183

gestão democrática 228

gestão descentralizada 35

gestão do sistema de saúde 124

graduação 10, 13, 15, 17, 18, 24, 46, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 77, 93, 100, 103, 104, 105, 117, 149, 151, 165, 169, 171, 189, 194, 210, 221, 225, 231, 232, 241, 243, 244, 245, 250, 251, 252, 256, 257, 258

Grupos Focais 27, 52

I

IDH 127

IMESF 34, 134

Índice de Desenvolvimento Humano 127

Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família 34, 134

integração 9, 10, 12, 13, 14, 15, 22, 25, 28, 29, 32, 38, 42, 44, 45, 47, 56, 58, 59, 63, 66, 67, 68, 69, 75, 76, 77, 79, 84, 86, 89, 91, 94, 95, 96, 105, 109, 111, 115, 116, 117, 126, 139, 146, 149, 151, 152, 153, 156, 162, 163, 164, 169, 176, 181, 189, 191, 195, 209, 214

Integração Ensino-saúde 45, 46

Integração Ensino-Serviço 8, 9, 17, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 70, 72, 73, 76,

77, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 94, 98, 100, 101, 151, 169, 171, 176, 177, 183

M

modelo de atenção 9, 18, 22, 47, 55, 61, 65, 71, 74, 87, 89, 91, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 137, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 170, 172, 173, 184

modelos de atenção à saúde 81, 129, 177

modelos de formação 72

N

NASF 35

Núcleo de Apoio à Saúde da Família 35

O

odontologia 13, 14, 15, 19, 35, 42, 57, 69, 73, 81, 82, 100, 105, 110, 111, 115, 119, 151, 152, 157, 162, 163, 164, 169, 175, 177, 194, 202, 205, 208, 209, 210, 213, 215, 225, 237, 238, 239, 243, 245, 247, 248, 251, 253, 254, 259

organização de processos de trabalho 151

P

pandemia 13

pesquisa 8, 14, 17, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 46, 50, 53, 73, 81, 83, 93, 94, 95, 101, 126, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 140, 160, 171, 177, 178, 180, 186, 188, 191, 194, 224, 233, 238, 240, 241, 250

pesquisas 14, 17, 19, 34, 164, 222, 231

PNSB 64, 71, 75, 100, 124, 125, 151, 157, 170, 194

Política Nacional de Atenção Básica 123, 146, 187

Política Nacional de Saúde Bucal 24, 30, 69, 71, 100, 106, 118, 124, 145, 151, 157, 170, 194

políticas 17, 22, 23, 24, 26, 45, 46, 51, 77, 78, 92, 100, 107, 124, 126, 143, 152, 157, 164, 169, 171, 174, 177, 181, 183, 184, 187, 188, 246

SUMÁRIO

políticas de saúde 17, 78
político-organizacional 22, 125
população 22, 34, 35, 47, 48, 49, 56, 61, 64, 71, 73, 74, 77, 81, 83, 88, 92, 115, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 137, 138, 140, 142, 144, 153, 154, 156, 163, 164, 165, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 181, 182, 183, 187, 211, 219, 230, 246, 248
produção dos dados 27, 52, 53, 81
profissionais 10, 12, 13, 18, 38, 39, 41, 45, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 72, 73, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 90, 91, 93, 95, 96, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 117, 132, 137, 143, 150, 151, 155, 158, 163, 164, 166, 169, 171, 174, 176, 179, 181, 183, 187, 188, 189, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 220, 221, 223, 224, 225, 229, 232, 233, 235, 237, 238, 243, 245, 249, 253
profissionais de saúde 41, 77, 81, 95, 96, 132, 137, 155, 206, 243
Promoção da Saúde 125, 126, 130
Pró-Saúde 30, 37, 119, 156, 165, 169
protocolos 22, 35, 40, 41, 46, 64, 65, 75, 76, 80, 84, 87, 88, 90, 111, 112, 115, 116, 127, 137, 138, 140, 141, 143, 152, 158, 160, 162, 173, 181, 184, 185, 208
Protocolos clínicos 137, 190

R

RAS 34, 47, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 83, 123, 124, 127, 128, 130, 152, 154, 170, 171, 172, 181, 182, 184, 188, 208
RASB 18, 34, 71, 73, 75, 76, 82, 93, 94, 101, 106, 110, 111, 124, 126, 127, 129, 132, 135, 140, 141, 142, 144, 151, 157, 170, 171, 173, 177, 185
rede de atenção 15, 22, 29, 39, 41, 44, 46, 52, 68, 96, 105, 106, 111, 123, 125, 134, 140, 143, 145, 147, 154, 172, 199, 206, 207, 208, 210, 212
rede de atenção à saúde bucal 15, 39, 41, 96, 106
Rede de Atenção à Saúde Bucal 18, 70, 71, 94, 101, 124, 132, 133, 134, 135
rede de ensino 33, 105
Rede de Saúde Bucal 18, 34, 54, 56, 59, 61, 67, 84, 87, 122, 126, 131, 170, 253
redes 8, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 39, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 58, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 81, 85, 94, 95, 96, 97, 99, 117, 122, 124, 125, 126, 139, 144, 145, 147, 150, 151, 152, 155, 162, 166, 167, 168, 169, 172, 173, 174, 184, 191, 193, 194, 195, 217, 234, 250
redes de atenção 21, 22, 26, 29, 32, 39, 46, 47, 69, 70, 71, 96, 99, 122, 124, 125, 139, 144, 147, 150, 152, 168, 174, 191, 193, 217, 234
redes de atenção à saúde 29, 32, 39, 46, 69, 96, 139, 147, 191
Redes de Atenção à Saúde 17, 47, 71, 73, 151, 152, 166, 170
redes de atenção à saúde bucal 46
regulação 24, 30, 35, 40, 58, 60, 74, 87, 144, 152, 173, 184, 190

S

saúde 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 151, 152, 153,

SUMÁRIO

154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 245, 246, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 259, 260

saúde bucal 9, 12, 15, 17, 18, 25, 26, 27, 32, 35, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 48, 52, 54, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 71, 73, 75, 76, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 94, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 120, 124, 125, 127, 128, 131, 134, 136, 137, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 151, 156, 157, 165, 167, 170, 171, 173, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 192, 194, 195, 198, 199, 201, 213, 214, 230, 236, 237, 238, 242, 250, 260

saúde coletiva 14, 32, 51, 82, 92, 94, 96, 118, 119, 126, 131, 134, 145, 146, 147, 166, 173, 191, 225, 231, 232, 233, 252, 254

Secretaria Municipal de Saúde 34, 35, 37, 42, 100, 102, 133, 178, 183, 191

serviços de saúde 17, 22, 23, 24, 27, 30, 32, 34, 35, 37, 38, 40, 45, 46, 47, 48, 50, 65, 72, 73, 78, 79, 83, 92, 96, 97, 101, 107, 110, 112, 119, 123, 124, 125, 128, 131, 132, 146, 152, 153, 155, 160, 169, 172, 174, 181, 182, 185, 188, 195, 214, 220, 225, 227, 229, 260

serviços de saúde bucal 125, 182

sinergismos 25

SISREG 35, 40, 84, 88, 180, 185

sistema de saúde 22, 42, 73, 96, 110, 111, 123, 124, 143, 154, 174, 177

Sistema Nacional de Regulação 35, 40

Sistema Único de Saúde 8, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 31, 34, 42, 51, 67, 69, 70, 71, 73, 92, 95, 99, 100, 118, 120, 122, 123, 146, 150, 151, 165, 167, 168, 169, 190, 193, 194, 217, 228, 234, 238, 253, 260

SMS 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 61, 65, 98, 100, 101, 102, 108, 109, 110, 116, 120, 128, 148, 183, 186, 191

SUS 14, 15, 18, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 38, 42, 51, 53, 57, 60, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 86, 92, 95, 98, 100, 101, 102, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 131, 139, 144, 146, 147, 148, 151, 152, 154, 156, 157, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 180, 181, 182, 184, 187, 188, 189, 191, 192, 194, 216, 228, 229, 230, 231, 237, 246, 250, 252, 260

T

tecnologias 73, 78, 131, 139, 141, 152, 161, 228

U

unidade de saúde 55, 56, 63, 88, 113, 204, 229, 233

www.PIMENTACULTURAL.com



REDES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE BUCAL

ANÁLISES SOBRE CUIDADO, GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO