

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

3

*Bianca Giovanna Menna Ruiz Díaz
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).

SUMÁRIO

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.