LUCIANA COUTINHO SIMÕES WANDERLEY

**O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina:
percepção do egresso**

São Paulo

2010

LUCIANA COUTINHO SIMÕES WANDERLEY

**O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina:
percepção do egresso**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo

São Paulo

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Wanderley, Luciana Coutinho Simões

O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso / Luciana Coutinho Simões Wanderley; orientadora Maria Ercília de Araújo. -- São Paulo, 2010.

124p. : ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Odontologia – Estudo e ensino. 2. Residência multiprofissional em Saúde da Família. 3. Odontologia Social. I. Araújo, Maria Ercília de. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Wanderley LCS. O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2010

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à professora Fátima que mesmo sem ter um título é Mestre na arte do ensino. Com ela aprendi não só a ler, escrever e a gostar de ensinar, mas a sorrir, falar, andar (...) e, principalmente aprendi a ser uma Mulher cheia de vontade de realizar conquistas. Fafá, minha querida mãe, você sempre será minha fonte de inspiração.

Aos dois homens (um grande e um pequenino) que conquistaram o meu coração dedico também este trabalho: Francisco meu marido e companheiro de todas as horas, obrigada por acreditar em mim! E meu filho Matheus motivo de orgulho e alegria de manhã, à tarde, à noite, na madrugada...

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Profa. Maria Ercilia de Araujo, minha orientadora, que me recebeu de maneira tão carinhosa agradeço a confiança que em mim foi depositada.

Às colegas de pós-graduação e amigas Fernanda Almeida, Cilene Junqueira e Julie Silva pela paciência, disponibilidade e auxílio na elaboração deste trabalho.

Aos professores Simone e Toninho pelos conselhos, incentivos, amizade, exemplos e ensinamentos.

Aos colegas Celso Zilbovicius pela cuidadosa orientação no exame de qualificação e revisão do abstract e Gabriela Biazevic pelas considerações feitas no projeto de pesquisa.

Aos colegas de disciplina: Jorge, Nilva, Álvaro, Sonia, Luciana Izuka, pelo companheirismo, disponibilidade e aprendizado.

Aos alunos de graduação - representados por Luis Fernando - das disciplinas de Saúde Coletiva e Clínica Ampliada de Promoção de Saúde (CAPS) que tive oportunidade de acompanhar e com eles aprender durante o Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE).

Às secretárias do departamento de Odontologia Social Andréia, Sônia e Laura pela paciência e disponibilidade.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social que me receberam tão bem nesses anos de estudo.

À prima-irmã Mariana pelo auxílio incondicional que possibilitou a execução deste trabalho.

Às amigas Gisele, Carol, Claudia e Kátia que compartilhar pacientemente meus momentos de ansiedade, aflição, insegurança e sempre acreditaram que eu chegaria ao fim.

À minha gerente Maria Leny e aos colegas da UBS Jardim Aurora: Lúcia, Dárcio, Carmem, Mara, Josinete e Marlene que tanto me apoiaram e compartilharam no dia a dia do trabalho o desenvolvimento da pesquisa, sempre torcendo por mim.

Às amigas Rosana Cincurá e Cláudia Corá pela revisão do texto e importantes considerações para o trabalho.

Aos queridos amigos Jamile, Bruno e Camilinha e Kiko, Clara e Alice pelo cuidado com meus “meninos” enquanto precisei ficar sozinha para imergir na minha pesquisa.

À Ir Monique Bourget que autorizou a realização desta pesquisa na Casa de Saúde Santa Marcelina e à coordenadora do curso Carla Roberta Ferraz pela disponibilização do Projeto Político Pedagógico da instituição.

Aos dentistas egressos da Residência Multiprofissional que aceitaram participar com satisfação deste estudo e possibilitaram a concretização desta etapa na minha carreira profissional.

RESUMO

Wanderley LCS. O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

A Residência Multiprofissional em Saúde pretende ser uma nova estratégia para políticas de educação permanente que enfoca diversas categorias profissionais da área de saúde e favorece a produção das condições necessárias para mudanças no perfil profissional para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde. Este trabalho objetiva analisar o processo de formação do cirurgião-dentista do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), a partir da visão do egresso. Foram entrevistados os egressos da primeira turma desta residência. Os discursos foram analisados segundo a metodologia qualitativa pelo método da análise de conteúdo temática proposta por Bardin. A análise gerou quatro categorias. Na primeira – A vivência no serviço preparando o residente – observou-se que a articulação entre ensino e serviço na residência multiprofissional possibilitou uma imersão do egresso no campo de prática. A partir da vivência no serviço o aluno/profissional pode enfrentar as dificuldades existentes nos processos de trabalho e na organização do serviço refletindo e construindo conhecimentos importantes para sua formação profissional. Na segunda - Trabalhando em equipe multiprofissional: desafios e aprendizados – observou-se as modificações que o trabalho em equipe proporcionou aos residentes que puderam refletir sobre o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família e a interação entre essas categorias possibilitou uma nova abordagem no cuidado à saúde. Foi possível observar também que os residentes experimentaram as dificuldades que existem no trabalho em equipe. A lógica do trabalho multiprofissional impõe uma prática diferente daquela que os profissionais estão acostumados. Na terceira - Importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores – verificou-se que os tutores e preceptores desempenham papéis importantes na RMSF. Os tutores orientam o residente na sua formação e os preceptores exercem uma função

indispensável na mediação das relações entre coordenação-residente-tutor. Foi possível observar que estes papéis não estavam bem definidos pelos atores envolvidos no processo de formação o que dificultou o enfrentamento de alguns problemas vivenciados pelos residentes na prática. Torna-se evidente um melhor preparo destes profissionais para que as práticas pedagógicas aplicadas na residência sejam operadas a contento. Por fim a quarta categoria - Apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso – apontou alguns entraves encontrados no processo de formação: a imaturidade do recém formado: visão restrita da graduação em relação ao serviço público; despreparo do serviço em receber o residente e problemas estruturais e organizacionais da residência. Por fim, foi possível observar que a formação na RMSF da CSSM proporcionou aos egressos a percepção, o aprendizado, e o exercício de novos saberes, competências, habilidades e atitudes, tais como: atuação multiprofissional e interdisciplinar, promoção e educação em saúde, humanização e personalização do atendimento, concepção ampliada de saúde, novas relações entre profissionais de saúde e entre estes e a população. Pelos relatos dos egressos, esses e outros elementos, ainda que percebidos muitas vezes de forma fragmentada, foram identificados como componentes importantes de um novo modelo de atenção à saúde.

Palavras-chave: Odontologia – Estudo e ensino, Residência multiprofissional em Saúde da Família, Odontologia Social

ABSTRACT

Wanderley LCS. The process of training of dentists of the Multidisciplinary Residency in Family Health of the Casa de Saúde Santa Marcelina: perception of the graduates. [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

The Multidisciplinary Residency in Health aims to be a new strategy for permanent learning policies that focus on various categories of health professionals and promotes the production of the necessary conditions for changes in professional profile to prepare them for a performance from the perspective of comprehensive health care. The objective of this paper is to analyze the process of training of dentists in al Multidisciplinary Residency in Family Health (MRFH) at the Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), from the perspective of the graduate. The first group of graduates of the residence was interviewed. The reports were analyzed according to qualitative methodology by the method of thematic content analysis proposed by Bardin. The analysis produced four categories. The first - The experience in service preparing the student - it was observed that the linkage between education and service to the student provided a multi-immersion of the graduates in terms of professional practice. From the experience in the service the student / professional can face the existing difficulties in work processes and organization of service reflecting and constructing knowledge relevant to their professional training. The second - Working in multi-professional teams: challenges and learning - the changes observed that teamwork provided to residents who might reflect on the process of working in the Family Health Program and the interaction between these categories provided a new approach to health care. It was also observed that students have experienced the difficulties that exist in teamwork. The logic of multi-professional work requires a different practice from what the professionals are accustomed. In the third - The importance of two actors in the process of education: mentors and tutors - it was observed that tutors and mentors play important roles in the MRFH. Tutors guide the student in his training and have a crucial role in mediating the relationships between coordination-student-tutor. It was observed that these roles were not well defined by the actors involved in the training

process making it difficult to confront with some problems experienced by residents in practice.

It is clearly evident the better preparation of these professionals for the pedagogical practices applied to the residence to be operated satisfactorily. Finally the fourth category - Introducing the critical questions: the student, service and the course - pointing out some obstacles encountered in the training process: the immaturity of the newly formed: restricted view of the undergraduation related to public service, lack of preparation of the care service to receive the students and organizational and structural problems of the course. It was also observed that the formation of MRFH in CSSM gave the students perception, learning, and the pursuit of new knowledge, skills, abilities and attitudes, such as multidisciplinary and interdisciplinary promotion and health education, humanization and personalization of care, expanded concept of health, new relationships between professionals and between them and the population. According to the reports of graduates, these and other factors, though often perceived as fragmented, were identified as important components of a new model of health care.

Keywords: Dentistry – Study and teaching, Multidisciplinary Residency in Family Health, Social Dentistry

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL	17
2.2 ARTICULAÇÃO ENSINO E SERVIÇO	23
2.2.1 A trajetória das residências multiprofissionais no Brasil	26
2.2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM)	32
2.3 A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS – A REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	34
2.4 A PERSPECTIVA DO EGRESSO	36
2.5 A METODOLOGIA QUALITATIVA	37
2.5.1. As técnicas de coleta de dados	38
2.5.2 A análise de conteúdo	41
2.5.2.1 A pré-análise	43
2.5.2.2 Exploração do material	43
2.5.2.3 Seleção das regras de contagem	44
2.5.2.4 Escolha de categorias	45
2.5.2.5 Tratamento dos resultados	46
3 PROPOSIÇÃO	48
4 MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1 ETAPAS DO ESTUDO	49
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	49
4.3 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS	50
4.4 COLETA DE DADOS: AS ENTREVISTAS	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	53
5.2 A FORMAÇÃO DA RMSF NA OPINIÃO DO EGRESSO	59
5.2.1 Categoria 1 – A vivência no serviço preparando o residente	59

5.2.2 Categoria 2 – Trabalhando em equipe multiprofissional: desafios e aprendizados.....	66
5.2.3 Categoria 3 - A importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores	72
5.2.3.1 O papel do tutor: necessidade de formação	72
5.2.3.2 O papel do preceptor	77
5.2.4 Categoria 4 - Apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso	81
5.2.4.1 - A Imaturidade do recém formado: visão restrita da graduação em relação ao serviço público	82
5.2.4.2 - Despreparo do serviço em receber o residente	85
5.2.4.3 Outros nós estruturais da residência multiprofissional	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	98
ANEXO	107
APÊNDICES	111

1 INTRODUÇÃO

A saúde, anteriormente vista como a simples ausência de doença, é hoje entendida em um “conceito ampliado de saúde” que extrapola a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de “completo bem estar físico, mental e social”. Assim, a concepção de saúde está relacionada com a “qualidade de vida” e considera os aspectos biológicos, o estilo de vida e as condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, trabalhamos e nos relacionamos.

Para garantir a saúde não basta garantir o acesso às ações e aos serviços de cuidado, tratamento e recuperação desta. É necessário o agir intersetorial que pressupõe o envolvimento de diversos atores (trabalhadores, usuários, gestores) e setores sociais (educação, lazer, saúde, habitação, cultura, trabalho, assistência social). As práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos e setores diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas, apresentam-se como uma nova forma de trabalhar e construir políticas públicas.

Na área da saúde o campo de atuação em que se insere o ‘conceito ampliado de saúde’ é a Atenção Primária entendida como:

[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (Starfield, 2004, p. 28).

As discussões a respeito da promoção da saúde adquiriram proporções mundiais em 1977 na 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial de Saúde, quando decidiu-se que a principal meta social dos governos participantes seria a “obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar vida social e economicamente produtiva” conhecida atualmente como “saúde para todos no ano 2000” (Starfield, 2004). Além disso, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que aconteceu em Alma Ata em 1978 e ficou conhecida como Declaração de Alma Ata, ressaltou a importância social comunitária:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Organização Mundial de Saúde, 1978, p. 1).

Em 1986 a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde ou I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu no Canadá destacou o *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”*.

No contexto brasileiro o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 70 e início de 80 e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Suas determinações trouxeram a ampliação do cuidado à saúde para diversos setores sociais e começaram a implicar a população na participação, organização e direcionamento das ações de saúde.

A assistência médica tinha na década de 70 tinha ênfase individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de ações coletivas e de caráter preventivo e de interesse coletivo. O ensino médico era desvinculado da realidade sanitária da população e voltado para a especialização e sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-

hospitalares. Cunha e Cunha (1998) afirmaram que este modelo era sustentado pelo seguinte tripé: o Estado como financiador do sistema, através da previdência social; o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.

Nesta mesma década, ocorreu uma emergência das ciências sociais na análise dos problemas e das intervenções em saúde. Foi também difundida a medicina comunitária, com apoio da OMS e da Organização Panamericana de Saúde.

A medicina comunitária propunha técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão de obra local (os agentes de saúde) e a participação da comunidade (...) como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que objetivava a extensão dos serviços de saúde à população carente. (Acursio, 2005, p. 34).

Somente na década de 80 que as propostas defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária iniciado no final da década de 70 passaram a prevalecer no discurso oficial. “O movimento sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público (...) destacando a necessidade de racionalizar os gastos com saúde.” (Acursio, 2005, p. 36).

Em 1986 aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Considerada um marco na formulação da política de saúde nacional, a VIII CNS sistematizou em seu documento final o processo de construção de um modelo reformador para a saúde com a afirmação de princípios da promoção da saúde e inter-setorialidade (sem este rótulo), e da determinação social do processo saúde-doença.

A Assembléia Nacional Constituinte aprovou em 1988 a Constituição Federal, incluindo pela primeira vez, uma seção sobre a saúde com amplas características de promoção de saúde propostas na VIII CNS.

A Constituição Federal, em seu título VIII, capítulo II, seção II, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

Esta Constituição Federal aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

(a) saúde como um direito de todos e um dever do Estado (art. 196); (b) criação de um Sistema único de Saúde – SUS (art.198); (c) gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo (art. 198); (d) integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas (art. 198); (e) participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (art. 198). (Narvai e Frazão, 2008a, p. 9).

Tendo em vista a necessidade de criação de uma estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS o Ministério da Saúde constituiu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Assim o PSF visava o fortalecimento da atenção básica por meio da ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na Promoção da Saúde.

Nessa estratégia, o trabalho em equipe multiprofissional é importante, pois existe a necessidade de saberes diferentes e articulados para resolver as necessidades de saúde de cada pessoa e das coletividades, já que o adoecimento é uma experiência vivida diferentemente pelas pessoas. É necessário o conhecimento e a capacidade para trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e as questões de impacto provocadas pelas ações em saúde. Dessa forma, são imprescindíveis mudanças no perfil profissional, nos modelos de prática dos serviços e no processo de trabalho para a formação de profissionais sensíveis às necessidades sociais com competências para gerar mudanças no quadro epidemiológico das doenças.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família visa potencializar a capacidade de mudanças na formação de profissionais da saúde e no atual modelo de cuidado à saúde das pessoas e das comunidades, propondo, por meio da Estratégia de Saúde da Família, um novo perfil tanto para os profissionais quanto para a organização do cuidado.

Neste trabalho pretendo discutir a percepção de egressos, da categoria de odontologia, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família oferecida pela Casa de Saúde Santa Marcelina, sobre a formação propiciada pelo curso.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Neste capítulo será descrita a trajetória de criação do modelo eleito para reestruturação da atenção básica: o Programa de Saúde da Família (PSF). Serão apresentados os marcos legais que tiveram importância na consolidação do PSF e suas principais características. E por fim, será feito um relato da inserção e afirmação da inclusão da saúde bucal neste modelo de atenção.

Os modelos assistenciais de saúde geral e, em particular, de saúde bucal de abrangência municipal, passaram a ter uma importância maior a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde. Na década de 90 no contexto de pactuação constitucional do SUS foram editadas as leis 8080/90¹ e 8142/90² que fortaleceram a descentralização, regulamentando as condições para promoção, proteção, recuperação e funcionamento do SUS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 dentro desta conjuntura de mudanças no modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Como modelo de (re)organização da atenção básica do SUS, tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade. O PSF prioriza a promoção de saúde sem desprezar a clínica e, além disso, considera que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito ampliado de promoção de saúde.

A Portaria 1.886, de 18 de dezembro de 1.997, aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF), definindo o “Programa” como uma importante estratégia que contribui para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, definindo como competência do gestor municipal, conduzir a implantação e operacionalização do “Programa”, devendo eleger,

¹ Lei nº 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.

² Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

prioritariamente, como áreas para a implantação do PSF, aquelas nas quais a população está mais exposta a riscos. (Brasil,1997, p. 1, 3).

O PSF é definido como uma “estratégia” para a reorganização das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população. A atenção à saúde é centrada na família e esta é observada no seu contexto sócio-econômico e cultural. Caracteriza-se pelo trabalho em equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, pelo trabalho interdisciplinar e intersetorial.

As equipes no PSF são responsáveis por um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (população adscrita). Estas atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde da comunidade. O PSF tem como meta o estabelecimento de um vínculo sólido entre a comunidade e a equipe de trabalho, visando produzir saúde, promover o auto-cuidado e estimular a cidadania de todos os atores envolvidos neste processo (Fernandes, 2008).

[...] é importante ressaltar que há uma definição de território de abrangência que estará sob a responsabilidade de cada Unidade de Saúde, e esta configura-se como a “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde. As equipes devem cadastrar as famílias segundo a definição territorial pré-existente. O cadastro servirá como um instrumento importante na avaliação dos riscos e definição de grupos prioritários. (Brasil,1997, p. 10).

O foco de atenção no PSF é o coletivo. Entende-se que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Acredita-se, dessa forma, que só uma abordagem coletiva provocará um impacto positivo e duradouro nesse processo (Andrade, 2004).

O PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como, para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito da cidadania (Oliveira, 2006).

O trabalho em equipes multiprofissionais proposto no PSF não pode ser considerado uma novidade. Nos grandes serviços hospitalares podemos ver

diversas categorias profissionais atuando: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras, havendo pouca ou nenhuma discussão e elaboração das várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. O grande diferencial do trabalho em equipe no PSF é a necessidade de intersecção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida (Andrade et al., 2004).

[...] torna-se necessária uma abordagem totalizadora para que se alcance o objetivo de promover saúde, entendida como qualidade de vida. As várias categorias profissionais, nesse caso, devem necessariamente trabalhar em conjunto, havendo espaço para a aplicação do núcleo de conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações. Entretanto, muito freqüentemente ocorrem situações complexas na comunidade que requerem uma abordagem interdisciplinar. (Andrade et al., 2004, p. 93).

A Portaria 1.886, de 18 de dezembro de 1.997 recomenda que a equipe de saúde da família seja composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas). A referida Portaria também indica que uma equipe de Saúde da Família pode ser responsável por, no máximo, 1.000 famílias ou 4.500 pessoas, e que em uma Unidade de Saúde podem atuar uma ou mais equipes, dependendo do espaço físico, da área de abrangência e número de habitantes vinculados a essa unidade (Brasil, 1997). A Portaria 648 de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006) considera que a equipe multiprofissional deve ter a mesma composição indicada na portaria 1.886 de 18 de janeiro de 1997, oferecendo como opção ao auxiliar de enfermagem o técnico de enfermagem. Quanto ao número de pessoas cadastradas para cada equipe, admite no máximo 4.000 pessoas, recomendado cadastro de 3.000 pessoas por equipe. Em relação ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), não refere número de famílias, mas mantém um total de 750 pessoas vinculadas para cada ACS.

O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local. É a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela. Unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É de grande importância a presença

do ACS nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança. O trabalho do ACS é baseado em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade (Oliveira, et al., 2003).

Alguns municípios incorporaram as ações de saúde bucal no PSF em momentos diferentes do processo de implantação do programa, porém os incentivos financeiros para a incorporação das equipes de saúde bucal no PSF só foram estabelecidos através da Portaria 1.444, de oito de dezembro de 2.000 (Brasil, 2000) com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo Programa, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, estimulando, dessa forma, a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.

A equipe de saúde bucal (ESB) é parte integrante da equipe de saúde, seja ela ou não uma equipe de saúde da família. Sua composição é variável, sendo a ESB plena composta por cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal³, técnico em prótese dentária e auxiliar de prótese dentária (Narvai e Frazão, 2008b).

A Portaria 1.444 estabeleceu a relação de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas equipes de Saúde da Família (ESF), devendo atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes. A Portaria n.º 267, de seis de março de 2.001 (Brasil, 2001a), regulamentou a Portaria 1.444/2000, reafirmando os princípios do SUS e as estratégias de implantação do PSF definidas pela Portaria 1.886/97; identificou as atribuições de cada um dos profissionais da equipe de Saúde Bucal e atribuiu, inclusive ao ACS, atividades relativas à saúde bucal.

As atribuições da ESB no Saúde da Família foram definidas através da portaria número 267 do MS, de seis de março de 2001:

Atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF: I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família. II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal. III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal. IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência. V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do

³ Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Modificando as denominações anteriores: Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

plano de saúde municipal. VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde. VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas. VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal. Atribuições específicas do cirurgião-dentista: I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade. II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita. IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento. V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências. VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais. VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados. VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência. IX. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais. X. Coordenar ações coletivas, voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal. XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas. XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD⁴ e o ACD. XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal. XIV. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – todos os procedimentos realizados. (Brasil 2001a, p. 4, 5)

Em 2003, duas portarias – 396/GM de quatro de abril e 673 de três de junho – propiciaram condições para a ampliação das ESB na ESF. A primeira reajustou em 20% os valores dos incentivos financeiros pagos pelo Ministério da Saúde aos municípios por equipe de saúde, por agente comunitário e por equipe de saúde bucal, sem alterar o valor dos recursos adicionais de implantação (Brasil, 2003a). A segunda alterou a relação de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, estabelecendo que poderiam ser implantadas quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, desde que não ultrapassem o número de equipes de saúde da família (Brasil, 2003b). Procurou-se estimular os municípios, por meio de incentivos financeiros, a implantarem uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família.

A partir de 2004 o Ministério da Saúde apresentou as diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS sinalizando para um aprofundamento do processo de descentralização e aumento substancial de investimentos para o setor odontológico. Nesse sentido, a Política Nacional de

⁴ Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Modificando as denominações anteriores: Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente) propôs garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal tendo como principais linhas de ação: a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da atenção básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da atenção especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) (Brasil, 2004a).

Em 2004, através da Portaria MS/GM 74 de 20 de janeiro o Ministério da Saúde reajusta os valores dos incentivos financeiros para as equipes de saúde bucal, oferecendo um percentual de reajuste um pouco maior para as equipes de modalidade II. A referida portaria oferece um equipo odontológico completo para as equipes modalidade II implantadas, para a atuação do Técnico em Higiene Dental (THD)⁵, determinando que as equipes modalidade II que vierem a ser implantadas devem adquirir dois equipamentos odontológicos completos. A portaria também oferece um incentivo financeiro adicional para todas as equipes já implantadas, para a compra de materiais permanentes utilizados nas fases clínicas para a confecção de prótese, reajustando o valor do incentivo financeiros de implantação em igual valor, fazendo referência à compra de equipamentos e materiais permanentes inclusive para a confecção de prótese. (Brasil, 2004b).

A estratégia Saúde da Família recebeu um grande impulso no decorrer dos anos, passando de 847 equipes em 228 municípios, em 1996, (Brasil 2001b) atingindo 31.001 equipes em maio de 2010 (Brasil, 2010).

Embora as equipes de saúde bucal passassem a receber incentivos financeiros do governo federal só a partir da Portaria 1.444 de oito de dezembro de 2.000 (Brasil, 2000), também apresentaram uma grande evolução no número de equipes implantadas, totalizando 19.609 equipes implantadas em maio de 2010 (Brasil, 2010).

Recentemente, a portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009 estabeleceu que profissionais de saúde bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. A efetivação dessa portaria foi considerada importante, pois desvinculou a

⁵ Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Modificando as denominações anteriores: Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

obrigatoriedade da incorporação das equipes de saúde bucal às equipes de Saúde da Família, incentivando a reorganização da atenção à saúde bucal na atenção básica e a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (Brasil, 2009).

O Programa Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011 apresentou os eixos de intervenção, as diretrizes, as medidas e metas prioritárias do governo federal para o período de 2008 a 2011 (Brasil, 2007a). Em seu eixo 2 – “atenção à saúde” propõe: “qualificar e ampliar a rede de serviços de atenção básica garantindo, de forma compartilhada com estados e municípios, a expansão e a sustentabilidade financeira para a estratégia de saúde da família cobrindo a população usuária do SUS de forma integrada aos projetos sociais do governo federal”. Nesse mesmo eixo propõe ampliar das 27.000 equipes de saúde da família em 2008 para 40.000 até 2011. Em relação às equipes de saúde bucal, propõe ampliar das 16.500 em 2008 para 24.000 até 2011. Quanto aos incentivos financeiros para as equipes de saúde bucal, propõe um acréscimo de aproximadamente 28% até 2011. O referido documento também apresentou em seu eixo 4 – “força de trabalho em saúde” a proposta de promover a especialização de 65% dos profissionais de nível superior que atuam na estratégia Saúde da Família até 2011 (Brasil, 2007a).

2.2 ARTICULAÇÃO ENSINO E SERVIÇO

Neste capítulo será destacada a importância da formação profissional básica obtida na graduação e na pós-graduação *lato sensu* em consonância com os serviços de saúde, como forma de ajustamento do perfil profissional frente às mudanças operadas nas diferentes áreas de conhecimento. Além disso, será apresentada a trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde, verificando os aspectos legais que vão definindo os programas. Também serão apresentadas algumas considerações com relação ao modelo proposto pelo Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. E por fim, será feita uma breve apresentação do local de estudo da pesquisa a Casa de Saúde Santa Marcelina destacando as áreas de atuação das irmãs Marcelinas: ensino, pesquisa e assistência.

A formação de profissionais de saúde envolve diretamente as oportunidades no mercado de trabalho, o perfil profissional e a satisfação das demandas populacionais. Assim, a articulação entre as políticas de Educação e as de Saúde é fundamental para que as transformações sejam possíveis (Araujo, 2004; Araújo e Zilbovicius, 2008).

A relação existente entre saúde e educação diz respeito à adequação dos profissionais às necessidades sociais da população. Essa relação será obtida pela efetiva interação entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços de saúde do SUS e as comunidades, constituindo uma importante estratégia para promover as mudanças necessárias na formação acadêmica. Neste cenário a profissão de Odontologia tem-se mostrado ineficiente nas suas ações, apesar de não ter ficado à margem das transformações vividas pelos sistemas de saúde a partir da década de 80 (Narvai, 2002). A prática atual da profissão é fruto da exaustiva ênfase dada ao caráter individualista que caracterizou a odontologia desde o seu início.

A formação dos trabalhadores da área da saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Um dos elementos de grande importância para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tem sido bastante discutido, atualmente, é a inadequação da formação dos profissionais de saúde, no âmbito da graduação, para atender as necessidades da população. A integralidade implica em uma compreensão ampliada do conceito de saúde, na articulação de saberes multiprofissionais e interdisciplinares para a inovação das práticas de atenção à saúde (Silva et al., 2004).

As dificuldades e problemas encontrados no trabalho dos recursos humanos na área da saúde advêm da dicotomia existente entre os centros formadores - com fortes propensões para formar especialistas - e os interesses do SUS (Araujo, 2004). Essa dicotomia vem impondo dificuldades práticas para a operacionalização do SUS, pois não há profissionais formados com o perfil necessário ao serviço público, ou seja, para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (Araujo, 2004; Gil, 2005).

A mudança no paradigma da educação superior em saúde tem por objetivo reorientar os projetos pedagógicos para efetivamente formar profissionais sensíveis às necessidades sociais, com competências para gerar mudanças no quadro epidemiológico das doenças, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde,

qual seja de integralidade, equidade e universalidade, com a conseqüente melhora na qualidade de vida da população (Araujo, 2004).

Os Ministérios da Saúde e da Educação com o objetivo de integrar a formação de graduação e às necessidades de atenção à saúde da população criaram leis e programas específicos para orientar a formação profissional voltados para o SUS.

A Lei 9493/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Brasil, 1996) proporcionou grandes perspectivas, ao definir o ensino com base nas competências e valorizar o local de trabalho como espaço privilegiado de ensino/aprendizagem, possibilitando a integração entre as instituições formadoras e os serviços. A flexibilidade virou palavra de ordem, a estrutura curricular perdeu a rigidez permitindo uma maior autonomia aos estudantes. Além disso, as novas Diretrizes Curriculares para a graduação valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino (Araujo, 2004).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia foram aprovadas pela Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação em 15 de fevereiro de 2002 e publicadas no Diário Oficial da União em 04 de março de 2002 e apontaram para a necessidade de mudanças importantes nos projetos pedagógicos, nos ambientes de prática, nas relações com os serviços de saúde e com as comunidades. Em um cenário de discussões e reflexões sobre a necessidade de mudanças na educação dos profissionais da saúde, a aprovação das novas diretrizes trouxe muita dúvida e sua implantação requer estudo, organização e articulação (Brasil, 2002; Almeida, 2003).

As DCN, entre outras mudanças, introduziram para as faculdades de Odontologia brasileiras o desafio da formação em sintonia com o desenvolvimento do SUS. A importância da formação em odontologia para o SUS e a valorização deste profissional na atenção básica foi colocada em evidência desde a inclusão do dentista no Programa de Saúde da Família (PSF). Como estratégia estruturante do sistema, o PSF e as equipes de saúde bucal em expansão pelo país, têm se constituído em importante mercado de trabalho (Morita; Haddad, 2008). Porém, apesar do SUS se configurar num significativo mercado de trabalho para os profissionais da odontologia, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino da graduação (Araújo e Zilbovicius, 2008).

Os gestores do SUS e das instituições acadêmicas devem empreender esforços para melhorar a precária disponibilidade de profissionais de saúde dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (Araújo e Zilbovicius, 2008).

A importância da formação nos serviços públicos tem sido pouco valorizada por conservadores do modelo de formação tradicional. Eles acreditam que a situação vivenciada nos serviços não é suficiente para o adequado preparo dos profissionais de odontologia. De certo, por ter história recente nos serviços públicos brasileiros, a cobertura dos serviços de saúde bucal em diversos municípios ainda precisa expandir e aumentar a resolubilidade, incorporando procedimentos ainda não ofertados no SUS. Porém a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular, favorecendo a aproximação da universidade com a comunidade, e oportuniza um espaço de reflexão crítica para a busca de soluções para os reais problemas de saúde (Morita; Haddad, 2008).

2.2.1 A trajetória das residências multiprofissionais no Brasil

Em 1976, foi criada no Brasil, a primeira Residência em Medicina Comunitária, em São José do Murialdo no estado do Rio Grande do Sul, pela Secretaria de Estado da Saúde. A proposta era formar profissionais com visão de saúde pública, capaz de integrar saúde física e mental, com competência de resolver a maioria das necessidades de saúde da comunidade, com perfil humanista e crítico. Após dois anos a Residência de Murialdo se tornou multiprofissional (Campos, 2006; Rosa; Lopes 2010). Essa experiência foi incorporada pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, que propuseram criar um modelo de saúde qualificado e de base municipal (Rosa e Lopes 2010)

Em 1977, o Decreto nº 80.281, criou a Residência Médica, modalidade de pós-graduação *lato sensu*. O mesmo decreto instituiu, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que foi responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de oferta dos programas de residência médica. (Campos, 2006)

Embora o inciso III do Art. 200 da Constituição (Brasil, 1988) já determinasse que caberia ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos em saúde”, ao final da década de 90 poucas modificações foram observadas nesta direção (Campos, 2006).

Ao longo do ano de 1997, discussões e seminários sobre a Residência em Saúde da Família foram coordenados pela Secretaria de Assistência a Saúde e Coordenação de Saúde da Comunidade, devido à preocupação do Ministério da Saúde com o preparo insuficiente dos profissionais para apreender e intervir na multicausalidade do processo saúde-doença individual ou coletivo. Em dezembro de 1997, no relatório final do Seminário sobre Residência em Saúde da Família, foi apresentada a proposta da criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, voltada para a formação de um novo perfil profissional para integrar futuras equipes de saúde da família (Nascimento; Oliveira, 2006).

Em 1999, o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, formou um grupo para discutir a criação de um modelo de Residência Multiprofissional. Preservando-se as especificidades de cada uma das profissões envolvidas, teria uma área em comum que envolveria as questões tradicionais de saúde pública, e incluiria os conceitos mais recentes de promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento (Campos, 2006). Dessa forma o Ministério da Saúde, com o apoio de atores sociais oriundos do Movimento Sanitário, reativou os projetos para as residências, produzindo diretrizes e propostas de financiamento. Financiamento este que foi disponibilizado, a partir de 2001, para os programas aprovados, alguns deles já se encontravam em funcionamento (Rosa; Lopes, 2010)

No ano de 2002 foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, financiadas pelo Ministério da Saúde e segundo Rosa e Lopes (2010, p. 490) “sem representatividade no Ministério da Educação”, com diferentes formatos, mas com a perspectiva de trabalhar de forma integrada com todas as profissões da área da saúde (Campos, 2006).

Em 2003, o Ministério da Saúde, com o objetivo de criar uma política de valorização do trabalhador do Sistema Único de Saúde, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A política de educação na saúde, implementada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Deges/SGTES), tem a integração

entre as instituições de ensino e os serviços de saúde como um de seus eixos estruturantes. Essa integração é caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços (Campos, 2006).

Logo após a sua criação, a SGTES propôs a criação da Comissão de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), a ser também criada, enfrentando grandes resistências (Campos, 2006).

Em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 198 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004c) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde. A referida portaria institui os “Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS”, definidos como instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão (gestão colegiada) que teriam como função entre outras “identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva” (Brasil, 2004c, p. 2) com apoio técnico, financeiro e operacional do Ministério da Saúde.

Os Pólos promoviam ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente, sempre buscando reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde. Dessa forma essas instituições estariam se comprometendo com o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da família e também para a atenção básica do SUS (Gil, 2005). Entre as Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS apresentados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é referida a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Brasil, 2004c).

[...] com a intenção do governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo de especialidades, como forma de incentivar o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde. Esta política previu a formação em serviço, objetivando tornar a rede pública de saúde como um campo de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho. Definiu que as intercessões promovidas pela educação na saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem, poderiam garantir uma interlocução entre a formação, gestão, atenção e participação

dos profissionais da saúde. Considerou a possibilidade de envolver instituições formadoras e de serviço, por meio do trabalho desenvolvido no campo, envolvendo gestores, trabalhadores, estudantes/residentes, usuários e familiares. (Rosa; Lopes, 2010, p. 490)

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, criou a Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica. Em seu artigo 14, criou “no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde” (Brasil, 2005a).

Em sete de julho de 2005, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.143 dá apoio aos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) tendo em vista sua baixa oferta em todo o território nacional, por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho (Brasil, 2005f) mostrando o seu interesse pelo desenvolvimento nesta área.

A ação articulada entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118 de três de novembro de 2005, instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios, para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação (Brasil, 2005d).

Entre as ações desencadeadas a partir da articulação dos dois Ministérios destacou-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) instituído por meio da Portaria Interministerial MEC/MS 2.101, de três de Novembro de 2005 (Brasil, 2005b) que tendo por objetivo, incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, com vistas à abordagem integral do processo saúde-doença procurou integrar a formação de graduação às necessidades da atenção à saúde, de acordo com as DCN, englobando, a princípio, os cursos de enfermagem, medicina e odontologia, que são os cursos de graduação das profissões que integram a estratégia denominada Programa de Saúde da Família. (Brasil, 2005b; Brasil 2005e).

Ainda em novembro de 2005, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 de 3 de novembro de 2005 instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde, sendo

disciplinada pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em conjunto com o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), até a regulamentação e implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Brasil, 2005c).

A grande questão que se colocava era que a Residência Médica tinha sua certificação assegurada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), enquanto as demais profissões que integram a Residência Multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, tinham a sua certificação como especialização, mas não na modalidade residência, pelo fato de ainda não estarem regulamentadas (Campos, 2006).

Em seu Art. 4 a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 de três de novembro de 2005 define que:

Os programas de Residência Multiprofissional na Área de Saúde em execução, financiados com recursos públicos, terão a certificação dos seus residentes avaliada e reconhecida pelo MEC, desde que, em um prazo de até dois anos, se enquadrem nas diretrizes e normas a serem estabelecidas pela CNRMS. (Brasil, 2005c, p. 1).

O processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais teve continuidade através da realização de seminários, sendo que o primeiro, realizado em dezembro de 2005, contou mais de 150 participantes, entre representantes de gestores, conselheiros de saúde, executivas de cursos da área da saúde, residentes e coordenadores de programas de Residência Multiprofissional (Campos, 2006). Em 2006, tiveram início os seminários regionais, cujo tema principal foi a definição da composição e atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO no Rio de Janeiro, foi apresentada a uma plenária com mais de 200 participantes, o produto do consenso alcançado após longos debates, a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Campos, 2006).

A regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde e a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde se deu por meio da Portaria Interministerial 45 de 12 de janeiro de 2007, onde as categorias profissionais envolvidas foram as mesmas definidas na resolução 287 de oito de

outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde, excetuando-se o profissional médico. Entre os aspectos regulamentados, encontra-se a necessidade de “integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão” (Brasil, 2007b).

[...] a Residência Multiprofissional em Saúde foi, nessa perspectiva, apresentada como uma estratégia do Estado que objetiva uma formação específica, com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço. (Rosa; Lopes, 2010, p. 491).

A Portaria Interministerial 698/GM de 19 de julho de 2007 nomeou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2007c). Este avanço aprofundou a relação com o MEC e consolidou o campo da gestão da educação como estratégia fundamental em busca de alternativas que levem a consolidação do SUS.

A criação da Residência Multiprofissional em Saúde teve como objetivo aproximar o ensino da gestão tendo um caráter inovador na formulação de políticas para a formação de trabalhadores do e para o SUS. Segundo Ferreira et al, 2009 a inserção dos residentes no serviço de saúde potencializa o vínculo com a equipe de saúde e com a comunidade local. Estes atores constroem o conhecimento a partir da prática profissional num processo de ação-reflexão-ação, no qual são responsáveis pela busca de informações e identificação de melhores evidências para o cuidado em saúde (Ferreira et al, 2009). Dessa forma, a formação no serviço contribui para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e políticas de saúde do país.

Dentro do processo de formação da Residência foram incluídas catorze categorias profissionais de saúde (Medicina, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Farmácia, Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina e Fonoaudiologia) isto conferiu um intrínseco caráter de interdisciplinaridade aos programas de RMS. Como este programa está distribuído em vários estados do país as categorias profissionais incluídas e a ênfase de cada programa obedece às demandas locais e aos projetos das instituições formadoras.

Este modo de operar a formação 'inter-categorias' visa à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes de cada profissão [...] No processo de formação do residente, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro são convidados a pensar e produzir espaços de saúde, de qualidade de vida e é neste ethos que se dá a formação dos residentes. Problemas complexos, respostas coletivas. (Campos, 2006, p. 13, 14).

As experiências das Residências Multiprofissionais na opinião de Gil (2005) podem representar oportunidade para uma reflexão organizada em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas.

Ferreira et al. (2009) estudaram a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família sobre o trabalho em equipe multiprofissional seus resultados apontaram que esta residência traz ganhos para os seus participantes, expressos principalmente pela possibilidade do trabalho com outros profissionais e na aprendizagem que se faz com estes; contudo, há que se avançar em melhores estratégias que permitam a ampliação de práticas transdisciplinares neste programa, objetivando a efetivação do PSF.

Para Rosa e Lopes (2010), a Residência Multiprofissional em Saúde pretende ser uma nova estratégia para políticas de educação permanente que, enfocando categorias profissionais não médicas da área, favoreça a produção das condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde.

2.2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM)

O trabalho das Irmãs Marcelinas constituído por ações assistenciais e educacionais teve início no Brasil no ano de 1912. Atualmente existem instituições da congregação nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Bahia, Rondônia, Tocantins e Distrito Federal (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005)

Na cidade de São Paulo os trabalhos assistenciais das Irmãs Marcelinas foram iniciados no ano de 1961 com a inauguração do Hospital Santa Marcelina localizado em Itaquera, bairro da zona leste do município. O sucesso da congregação das Irmãs Marcelinas na gestão deste hospital teve seu reconhecimento pelo setor público estadual, que contratou os serviços da CSSM para a gestão dos Hospitais Estaduais de Itaquaquecetuba e Itaim Paulista (Abreu, 2008).

Em 1996 a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES) elaborou o Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), cujo objetivo era iniciar a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo. Para a implantação desse modelo de atenção básica à saúde na zona leste da cidade, a SES estabeleceu parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Nesta época a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não havia implantado o SUS, tendo optado por um modelo cooperativo de assistência médica denominado Plano de Assistência à Saúde (PAS), justificando a parceria com a CSSM (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005; Abreu, 2008).

A SMS adotou como estratégia de implantação, implementação e expansão do PSF no ano de 2001, o estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais e Instituições Educacionais. Nesta mesmo ano a SMS assumiu a Gestão da Atenção Básica, o projeto QUALIS foi extinto e o PSF implantado em várias regiões do município. Para a zona leste foi estabelecido convênio com a CSSM (Abreu, 2008; Nascimento, 2008; Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005).

Na área de educação a CSSM desenvolve residência na área médica desde 1988. A primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da CSSM foi realizada em 2001 por meio de um contrato com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, no qual foram capacitados 20 profissionais (médicos e enfermeiros). E nos anos de 2002-2004 foram capacitados 40 profissionais também médicos e enfermeiros (Bourget et al., 2006).

Segundo Bourget et al. (2006), o programa de RMSF e as especializações que se iniciaram estavam em consonância com as necessidades identificadas pelo Pólo de Educação Permanente da Região da Grande São Paulo (PEP/SUS), com vistas à capacitação de recursos humanos para o Programa de Saúde da Família.

A atual coordenação da residência é composta por um colegiado interinstitucional que representa a CSSM, o Núcleo de capacitação em Saúde da

Família e a Faculdade Santa Marcelina – Unidade de Ensino Itaquera. (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005; Bourget et al., 2006; Nascimento, 2008)

Em 2005, fruto de pactuações com o Ministério da Saúde e da expectativa de contemplar a diversidade do perfil saúde-doença locorregional de uma metrópole como São Paulo, foram disponibilizadas 90 vagas com uma composição profissional de 10 categorias (enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, fisioterapia, serviço social e terapia ocupacional) (Bourget et al., 2006).

O residente em saúde da família é o profissional de saúde com formação em pós-graduação *latu-sensu* com competências técnico-científicas, político-social, ética e legal habilitados a intervir no processo saúde-doença, visando à qualidade da assistência prestada.

O curso de RMSF da CSSM destina-se aos profissionais de nível superior recém-formados em até 24 meses nas seguintes categorias: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e nutrição

Segundo Oliveira (2007) da oferta de 90 vagas iniciais, no ano de 2005, foram selecionados 78 profissionais de 10 categorias diferentes: cinco médicos, dezesseis enfermeiros, dezesseis odontólogos, sete fisioterapeutas, sete assistentes sociais, seis fonoaudiólogos, seis terapeutas ocupacionais, seis psicólogos, seis nutricionistas e três farmacêuticos.

A RMSF da CSSM fundamenta-se em pressupostos teóricos, por meio de uma abordagem multidisciplinar, com a estratégia de formação pautada na integração ensino-serviço. O residente é estimulado a desenvolver conhecimentos habilidades e atitudes necessárias para o trabalho no PSF, com uma visão generalista, centrada no paciente e no seu contexto social (Nascimento, 2008).

2.3 A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS – A REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Neste capítulo será apresentado o ObservaRHOdonto, sede da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil da Universidade de São

Paulo (USP), que tem como uma das suas vertentes de pesquisa a avaliação das estratégias pedagógicas da Saúde Bucal na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina.

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH), tem como objetivo promover o intercâmbio e debate de experiências, contribuições teóricas e metodológicas entre os diversos atores que, tanto no Brasil como em outros países, dedicam-se a esse campo.

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e atualmente congrega 21 países da Região das Américas com a função de monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos em saúde nos respectivos países. No Brasil, a rede ObservaRH é uma iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas, que foi constituída desde 1999, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Seu propósito é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos (Brasil, 2004e).

Atualmente agrega um conjunto de 21 estações de trabalho, sediadas em Universidades e Secretarias de Saúde. A Faculdade de Odontologia da USP sedia uma dessas estações, o ObservaRHOdonto. Desde o início da sua formação houve a preocupação em tornar pública a produção das estações, com a criação de sítios *web* próprios. Nestes podem ser acessados trabalhos associados a temas e questões coerentes com sua missão e presentes na pauta dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde nas Américas. O apoio basilar à Rede no Brasil tem sido o acordo de Cooperação Técnica Ministério da Saúde e OPAS, embora parte das estações desenvolva alguns estudos e atividades docentes em colaboração e parceria com as Universidades e com outras entidades.

Este repertório maximiza a difusão dos resultados de trabalho do conjunto das estações da Rede ObservaRH no Brasil, ao organizar e disponibilizar em um

mesmo veículo de comunicação os principais produtos obtidos no decorrer da construção e ampliação da Rede, para aquelas atividades desenvolvidas e viabilizadas pelo Acordo de Cooperação Técnica Ministério da Saúde e OPAS.

As diretrizes estabelecidas pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS fazem parte das linhas de pesquisas permanentes tanto nos Cursos de Pós-Graduação “*strictu sensu*”, nos Cursos de Especialização nas diversas áreas do conhecimento odontológico, bem como das Iniciações Científicas realizadas por estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Dessa forma já foram realizados trabalhos acadêmicos tais como: análises da implantação de serviços de saúde bucal, nos aspectos de ampliação da contratação de Cirurgiões-Dentistas com a implantação do SUS; Saúde Bucal do Trabalhador; Educação Superior em Odontologia, Perfil dos Técnicos em Higiene Dental; Estruturação do PSF no município de São Paulo, além da participação efetiva no Observatório de Saúde Bucal, coordenado pelo Prof. Carlos Botazzo do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que em uma de suas vertentes tem como foco a questão dos recursos humanos no setor público de saúde bucal.

A implantação e desenvolvimento da Estação de Pesquisa de Recursos Humanos em Saúde Bucal da FOUSP, denominada “ObservaRhOdonto”, parte integrante da ROREHS, caracterizou-se em três vertentes, a saber:

- Características da Força de Trabalho em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Situação Atual
- Análise do perfil do cirurgião-dentista inserido na estratégia de Saúde da família das cidades da DIR-XII - Campinas São Paulo
- Avaliação das estratégias pedagógicas da Saúde Bucal na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina

2.4 A PERSPECTIVA DO EGRESSO

Quando a avaliação visa o aprimoramento de um curso, objetiva principalmente verificar as mudanças que provoca na vida do estudante/profissional. É importante lembrar que essas influências são multidimensionais e que a avaliação

deve promover o mapeamento de todos esses fatores. Para avaliar os diferentes aspectos educacionais uma metodologia que tem sido pouco explorada é a opinião do egresso. Ela é uma das dimensões que possibilita a visualização das transformações que ocorrem no aluno/profissional, influenciadas pelo currículo, pois é pelo desempenho do aluno/profissional que o processo educativo se concretiza (Meira, 2007).

O egresso enfrenta no seu cotidiano de trabalho situações complexas, que o levam a confrontar as competências desenvolvidas durante o curso, com as requeridas no exercício profissional. Pode, a partir daí, avaliar a adequação da estrutura pedagógica do curso que foi vivenciado, bem como os aspectos intervenientes desse processo, na formação (Meira, 2007).

O interesse pelo aluno vivenciando – existindo – temporalizando essa vivência foi despertado e baseou-se na perspectiva de que as ações dos profissionais (antigos alunos) dependem em grande parte do ensino e da filosofia que os envolve no processo de graduação. Esse foi o achado de Neman, 1999 em seu estudo sobre a percepção do aluno de enfermagem sobre o cuidado no contexto de família. Para ele o aluno é considerado como um agente de mudança potencial para deixar essa submissão ao paradigma mecanicista dominante e o ensino formal deva gerar um profissional independente, preocupado com aqueles que dele dependem e se relacionam, sendo essa formação diretriz para o caminhar de um trabalhador crítico e consciente.

2.5 A METODOLOGIA QUALITATIVA

A descrição da metodologia adotada no estudo tem grande importância para que o leitor conheça de que maneira os resultados da pesquisa foram atingidos. Por isso, neste capítulo será feita uma descrição detalhada da metodologia empregada destacando as técnicas de coleta de dados e a análise que foi utilizada.

O uso de métodos qualitativos é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. As abordagens qualitativas são consideradas indutivas, hipóteses e teorias emergindo durante os procedimentos de coleta e análise dos

dados, em que o pesquisador os examina buscando descrições, padrões e relações supostas do fenômeno, e então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para determinado período de tempo (Nico et al., 2007).

Conhecer as razões e os motivos que dão sentido às aspirações, às crenças, aos valores e às atitudes dos homens em suas interações sociais é o mais importante para as ciências sociais (Fraser; Gondim, 2004). Weber (1986) diferenciou a compreensão direta (objetiva) da compreensão indireta (subjetiva) e influenciou significativamente a fenomenologia do mundo social elaborada por Schütz (1972). A metodologia ou abordagem qualitativa parte da premissa de que a ação humana tem sempre um significado (subjetivo ou intersubjetivo) que não pode ser apreendido somente do ponto de vista quantitativo e objetivo.

Portanto, a pesquisa qualitativa lança mão de métodos de análise que não levam em conta dados estatísticos e objetivos e seus resultados e conclusões, ao contrário da pesquisa quantitativa, não podem ser generalizados, sendo um reflexo ou “uma síntese fiel” do discurso ou da experiência de um indivíduo ou de um grupo definido de sujeitos. Podemos afirmar que os resultados são, então, aplicáveis para uma dada realidade ou para aqueles sujeitos daquela pesquisa.

Os estudos qualitativos têm sua maior expressão na área das ciências humanas. Nos estudos em saúde ainda há um estranhamento, e porque não dizer, um pré-conceito com relação a esses estudos, daí a necessidade de incluir na revisão de literatura um item específico resgatando os conceitos, tipos de estudos e aplicações dessas pesquisas, especialmente a abordagem eleita para execução desta pesquisa.

2.5.1. As técnicas de coleta de dados

A entrevista é uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca (Flick, 2002; Jovchelovitch; Bauer, 2002). A entrevista é, portanto, uma modalidade de interação

entre duas ou mais pessoas. Trata-se de uma conversação dirigida a um propósito de estabelecer contato sem ter o objetivo final de trocar informações, ou seja, diminuir as incertezas acerca do que o interlocutor diz (Lodi, 1991; Haguette, 2001).

Ao contrário dos questionários, caracterizados por serem roteiros de perguntas fechadas e definidas, sem margem a mudanças ou interações entre quem pergunta e quem é questionado, as entrevistas são ferramentas que permitem, respeitando o objetivo pré-estabelecido da pesquisa, mudanças de percurso, através da interação sujeito da pesquisa/pesquisador. Nesta modalidade o vínculo entre ambos e a troca e a interação são permitidas.

As formas de entrevistas mais utilizadas em pesquisas qualitativas são: a história de vida, grupos focais, entrevista aberta, estruturada, semi-estruturada.

A técnica de entrevistas abertas atende principalmente finalidades exploratórias e depende muito da disponibilidade de falar do entrevistado, e da habilidade de conduzir a entrevista e evitar o término precoce da “conversa” por parte do interlocutor. Nesta técnica o entrevistador introduz o tema e o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre o assunto sugerido. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. A estrutura da entrevista se assemelha a uma conversa informal. A postura do pesquisador deve ser de ouvinte e suas interferências devem ser mínimas, apenas quando o rumo da entrevista estiver se perdendo, ou algo no discurso do sujeito ficar obscuro. Tendo em vista o caráter exploratório desta técnica, ela é muito utilizada quando o assunto é pouco conhecido e se deseja ouvir o sujeito sem pré-concepção por parte do pesquisador. Ela é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (Minayo, 1997).

As entrevistas semi-estruturadas, método de eleição desta pesquisa, combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. É uma espécie de “roteiro” com questões que norteiam a conversa e que são colocadas nos momentos oportunos, a critério do entrevistador. Esta é uma técnica bastante aplicável quando o entrevistador tem vários objetivos e questões a serem levantadas e checadas na entrevista ou quando o pesquisador não tem habilidade suficiente para conduzir uma entrevista aberta de forma objetiva

e clara. Por outro lado, diferente do questionário fechado, a semi-estruturada permite que questões adicionais sejam feitas a fim de elucidar questões ou esclarecer discursos confusos ou obscuros dos sujeitos.

A principal vantagem da entrevista aberta e também da semi-estruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse. Ao contrário dos questionários enviados por correio que têm índice de devolução muito baixo, a entrevista tem um índice de respostas bem mais abrangente, uma vez que é mais comum as pessoas aceitarem falar sobre determinados assuntos (Selltitz et al., 1987). Outra vantagem diz respeito à dificuldade que muitas pessoas têm de responder por escrito. Nos dois tipos de entrevista isso não gera nenhum problema, podendo-se entrevistar pessoas que não sabem, ou apresentam alguma dificuldade, de ler ou escrever. Além do mais, esses dois tipos de entrevista possibilitam a correção de enganos dos informantes, enganos que muitas vezes não poderão ser corrigidos no caso da utilização do questionário escrito.

As entrevistas abertas e semi-estruturadas também têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo ao pesquisador uma investigação mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação e possibilidade de criação de vínculo entre o entrevistador e seu entrevistado, favorecem a obtenção de respostas espontâneas, ou pelo menos dá ao pesquisador a chance de, através de linguagem não verbal e de sua percepção, captar uma tentativa de escape ou de faltar com a verdade por parte do sujeito da pesquisa. A proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, gerada pelas entrevistas abertas e semi-estruturadas, permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes. Sendo assim, estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. Outro aspecto muito interessante dessas ferramentas é a possibilidade de deparar-se com o inesperado, à medida que as respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões não imaginadas pelo entrevistador e que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa (Boni; Quaresma, 2005).

Quanto às desvantagens da entrevista aberta e semi-estruturada, estas dizem respeito muito mais as limitações do próprio entrevistador, como por exemplo: a falta de experiência em falar e relacionar-se com pessoas, timidez, falta de familiaridade com o tema pesquisado, falta de segurança para tocar em assuntos delicados e, por vezes, constrangedores, além da escassez de recursos financeiros e o dispêndio de tempo, muito maior em entrevistas do que na aplicação de questionários, tendo em vista a necessidade da presença física do pesquisador durante a coleta de dados. Por parte do entrevistado pode haver insegurança em relação ao seu anonimato e por causa disto muitas vezes o entrevistado retém informações importantes. Essas questões são, ainda assim, melhor apreendidas pela entrevista aberta e semi-estruturada.

Vale lembrar que a qualidade das entrevistas depende muito do planejamento da pesquisa. “A arte do entrevistador consiste em criar uma situação onde as respostas do informante sejam fidedignas e válidas” (Selltitz et al., 1987, p. 644). A situação em que é realizada a entrevista também contribui muito para o seu sucesso, assim como, o ambiente de coleta de dados deve ser o mais neutro possível, sem interferências visuais ou auditivas que distraiam o entrevistado ou intervenham de forma positiva ou negativa nas respostas do sujeito.

2.5.2 A análise de conteúdo

Bardin em 1977 define a análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Ela ainda afirma que a análise de conteúdo:

“[...] tem como objeto de estudo a linguagem. Em razão disto, foi muito usada em estudos de mensagem escrita, num primeiro estágio. Posteriormente, foi empregada na análise de comunicações não verbais, a Semiologia. Finalmente, abrangeu trabalhos de índole lingüística”. “[...] pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto dos depoimentos dos entrevistados”. “A análise de conteúdo se

constitui num conjunto de instrumentos metodológicos que asseguram a objetividade, sistematização e influência aplicadas aos discursos diversos” “É atualmente utilizada para estudar e analisar material qualitativo, buscando-se melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, aprofundar suas características gramaticais às ideológicas e outras, além de extrair os aspectos mais relevantes.” (Bardin,” 2009, p. 42).

A Análise de conteúdo tem como objetivo, portanto, segundo a mesma autora:

“Analisar as características de uma mensagem através da comparação destas mensagens para receptores distintos, ou em situações diferentes com os mesmos receptores” [...] “Analisar o contexto ou o significado de conceitos sociológicos e outros nas mensagens, bem como caracterizar a influência social das mesmas” [...] “Analisar as condições que induziram ou produziram a mensagem.” (Bardin, 2009, p. 42).

A análise dos dados foi realizada por meio de análise temática de conteúdo, proposta por Bardin em 1977, e pode ser dividida em três fases:

- a pré-análise,
- a exploração do material,
- o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados

2.5.2.1 A pré-análise

Este momento é o de organizar o material ou amostra a ser estudada, inicia-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados. No caso de entrevistas, elas serão transcritas e a sua reunião constituirá o material a ser analisado. O primeiro contato com os documentos se constitui no que Bardin (1977) chama de "leitura flutuante". É a leitura em que surgem hipóteses ou questões norteadoras, em função de teorias conhecidas. Através da leitura flutuante, surgem as primeiras hipóteses e objetivos do trabalho. Nem sempre as hipóteses são estabelecidas na pré-análise, afirma Bardin em 1977, elas podem surgir, assim como as questões norteadoras, no decorrer da pesquisa.

Após a leitura flutuante, devem-se escolher **índices**, que surgirão das questões norteadoras ou das hipóteses, e organizá-los em **indicadores**. Os **temas** que se **repetem** com muita frequência podem ser **índices** – e “se recortam do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (Bardin, 1977, p. 96).

A preparação do material se faz pela "edição" das entrevistas transcritas, dos artigos recortados, das questões anotadas em fichas. Podem-se usar lápis colorido, para sublinhar as semelhanças com a mesma cor. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa e cada pesquisador vai encontrando sua forma de análise e organização das idéias. O importante para garantir o rigor científico é que esta organização seja rigorosa e sistemática.

2.5.2.2 Exploração do material

Esta é a etapa mais longa e que demanda do pesquisador mais dedicação e concentração. É a concretização das decisões tomadas na pré-análise. É o momento da **codificação** – em que os dados **brutos** são transformados de forma **organizada e agregadas em unidades**, as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo, ou ao discurso (Bardin, 1977).

A codificação compreende parte importante da análise dos dados e pode ser didaticamente dividida em:

- A escolha de unidades de registro (recorte)
- A seleção de regras de contagem (enumeração)
- A escolha de categorias (classificação e agregação)
- Unidades de registro

Unidade de registro é a unidade de significação, podendo ser um tema, palavra ou frase. Recorta-se o texto em função da unidade de registro. **Tema** é a afirmação de um assunto. Como unidade de registro, é a unidade que se liberta **naturalmente** do texto analisado, já na leitura flutuante. Se o **acontecimento** for tomado como unidade de registro, o recorte se fará em unidades de ação, nos casos de filmes, contos, relatos, lendas, etc.. Um documento poderá ser uma unidade de registro quando a idéia principal de um livro, um relato, uma entrevista é suficiente para o objetivo desejado. Para estabelecer as unidades de registro, é preciso, às vezes, fazer referência ao contexto da unidade que se quer registrar. Então, o contexto serve para compreender a unidade de registro. Por exemplo, as palavras liberdade e democracia tem necessidade de serem contextualizadas, pois o seu verdadeiro sentido pode variar segundo diferentes mensagens políticas a que se referem (Bardin, 1977).

2.5.2.3 Seleção das regras de contagem

Para realizar uma enumeração rigorosa, deve-se obedecer algumas regras:

- a **presença** de elementos,
- a **ausência** de elementos,
- a **frequência** com que aparece uma unidade de registro. Se considerarmos todos os itens de mesmo valor, a regularidade, ou o número de vezes, com que aparece será o que se considera mais significativo.
- a **intensidade** será medida através dos tempos do verbo (condicional, futuro, imperativo), dos advérbios de modo, adjetivos e atributos qualificativos;
- a **direção** com os polos direcionais que podem ser: positivo ou negativo,

bonito ou feio, nunca ou sempre.

- a **ordem de aparição** das unidades de registro, dos eventos, é possível ser decisiva.

- a **co-ocorrência** é a presença simultânea de duas ou mais unidades de registro. Este fato nos mostra a distribuição dos elementos e sua associação.

É preciso notar, porém, que toda a escolha de regra de enumeração se baseia nas hipóteses ou questões norteadoras, devendo evidenciar a realidade estudada.

2.5.2.4 Escolha de categorias

A maioria dos procedimentos de análise qualitativa organiza-se em torno de **categorias**. A **categoria** é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento. Segundo Capelle et al. (2003), a categorização é:

O procedimento de classificação adotado pode partir do geral para o particular, pela determinação das categorias de classificação para depois arrumar o todo; ou do particular para o geral, partindo-se do agrupamento progressivo dos elementos particulares por aproximação até chegar às categorias finais (Capelle et al., 2003, p. 7).

As categorias são, portanto, reflexos da realidade, sendo sínteses, em determinado momento, do saber e são passíveis de modificações dependendo da realidade em que se inserem. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns.

Para escolher categorias pode haver vários critérios:

- semântico (temas). Por exemplo, todos os temas que significam "introversão", na análise da personalidade, são agrupados nesta categoria e os que significam o contrário, caem na categoria "extroversão";
- sintático. Por exemplo, agrupar verbos, adjetivos, pronomes, etc...
- léxico – juntar pelo sentido das palavras. Por exemplo, agrupar os sinônimos, os antônimos, etc...

- expressivo. Por exemplo, agrupar as perturbações da linguagem, da escrita etc. (Bardin, 1977).

Enfim, a categorização nos dá acesso a um mundo possível de ser explicado e compreendido em suas diversas dimensões e sentidos. Neste trabalho, optou-se pela categorização temática dos conteúdos.

Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas:

1. o inventário – isola elementos comuns
2. a classificação – reparti os elementos e dá ordenação a eles e às mensagens expressas pelo conteúdo ou discurso.

O que se pretende com isto é "fornecer, por condensação, uma representação significativa dos dados brutos", como afirma Bardin (1977, p. 119).

Para serem consideradas boas, Bardin (1977), afirma que as categorias devem possuir certas qualidades, a exclusão mútua, ou seja, cada elemento só pode existir em uma categoria; a homogeneidade: para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise; a pertinência: as categorias devem refletir e ir ao encontro dos objetivos da pesquisa, das questões norteadoras; objetividade e fidelidade: para não haver, ou se evitar, distorções devido à subjetividade dos analistas. Assim, com diferentes pesquisadores, o resultado deveria ser o mesmo; produtividade: as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos.

Uma vez estabelecidas categorias, podemos passar para a etapa seguinte da análise de conteúdo: o tratamento dos resultados, que será a inferência e interpretação.

2.5.2.5 Tratamento dos resultados

A mensagem é o ponto de partida de qualquer análise. O código pode ser um "indicador capaz de revelar realidades subjacentes", no dizer de Bardin (1977, p. 135). A significação fornecida pela mensagem pode ser motivo da análise de

conteúdo. Em síntese, a análise de conteúdo é um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências no texto), segundo Bardin (1977).

Para Taylor e Bogdan (1987) o investigador passa da descrição à interpretação através de conceitos e proposições. Ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os **unifique**. O próximo passo é a **proposição**, que é um **enunciado geral baseado nos dados**. É importante que durante a interpretação dos dados, o pesquisador volte seu olhar para os marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que dará sentido à interpretação.

As interpretações pretendem desvendar o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais. Buscamos, portanto, sair da superfície e mergulhar na realidade que produziu aquele conteúdo ou aquele discurso estabelecendo uma ou mais teorias ou proposições que expliquem a realidade.

3 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo de analisar o processo de formação do cirurgião-dentista do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, a partir da visão do egresso.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ETAPAS DO ESTUDO

Para coleta de dados o presente estudo adotou como estratégias, a análise documental e entrevistas semi-estruturas.

A partir da análise documental, fez-se uma apresentação do curso da Residência Multiprofissional da Faculdade Santa Marcelina. A revisão documental procurou apreender o conteúdo programático do curso, suas temáticas, o modelo organizacional, a distribuição dos conteúdos curriculares, a abordagem pedagógica implementada, a articulação ensino e serviço e os tipos de atividades desenvolvidas. Para cumprir este objetivo foi consultado o projeto político pedagógico da instituição.

Para as entrevistas, optou-se pelo enfoque do método qualitativo para uma melhor compreensão do fenômeno investigado: a percepção de egressos do curso de especialização em relação ao seu processo de formação frente às demandas que vivenciam no cotidiano profissional. Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, proposta por Bardin (2009).

Esta pesquisa foi realizada na Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) que tem vasta experiência na área de saúde e educação.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os egressos da categoria de odontologia da Residência Multiprofissional da Faculdade Santa Marcelina concluintes no ano de 2007.

Esta turma ingressou no curso em 2005, inicialmente, era composta por dezesseis cirurgiões-dentistas, no entanto, apenas onze concluíram o curso. Destes, três não residem na cidade de São Paulo, o que dificultou o contato para a realização da entrevista, e oito trabalham na Atenção Básica no município de São Paulo e foram sujeitos participantes da pesquisa.

A justificativa para a escolha dessa população é que a melhor descrição do objeto de estudo é aquela feita por quem vivenciou o processo de formação, o que facilitou a compreensão de alguns dos aspectos dessa realidade.

4.3 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos adotados para realização desta pesquisa incluíram:

- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética (Anexo A);
- Carta de solicitação à diretoria da referida instituição para desenvolver o Projeto de Pesquisa (Anexo B);
- Solicitação da assinatura do sujeito da pesquisa no formulário de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C);

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade São Paulo (FOUSP) que autorizou a realização da pesquisa através do envio de carta ao pesquisador (Anexo A).

Foi esclarecido aos participantes os objetivos do estudo. Eles foram informados que seriam entrevistados e que a duração das entrevistas seria de cerca de uma hora e que não seriam identificados.

Foi solicitada a permissão para gravação das entrevistas e esta foi feita por gravador digital. Posteriormente as entrevistas foram transcritas na íntegra sem correção dos erros, porém toda e qualquer informação que pudesse identificar o sujeito da pesquisa foi substituída por códigos durante a transcrição.

Os participantes do estudo foram informados que o material analisado será publicado em periódicos científicos, bem como será apresentado em eventos científicos, sempre com o compromisso de não identificá-los.

Ao sujeito da pesquisa, foi garantido o direito de retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo

4.4 COLETA DE DADOS: AS ENTREVISTAS

Para a aplicação do instrumento foi feito um contato prévio com cada participante que determinou o local e horário para realização da entrevista.

Todos os participantes escolheram a sala de odontologia do serviço em que estavam inseridos para a realização da entrevista. Este fato foi considerado positivo, pois poderia favorecer a “recordação” dos sujeitos da pesquisa sobre fatos que pudessem ter acontecido em suas experiências e que seriam importantes para o objeto deste estudo.

As entrevistas semi-estruturadas visam, a partir de perguntas norteadoras, deixar os depoentes livres para relatar suas experiências. Assim as perguntas norteadoras foram:

1. Em relação ao seu processo de formação como foi a vivência da Residência Multiprofissional?
2. Como essa experiência poderá auxiliar na sua prática profissional?
3. Quais as dificuldades e facilidades encontradas no processo de formação?
4. Como a experiência do trabalho multiprofissional pode interferir na sua formação?

A pesquisadora guiou a entrevista com rigor metodológico e permitiu ao sujeito da pesquisa fazer considerações ilimitadas e associações de idéias. A fim de transformar o que poderia se tornar uma mera conversa em um momento de apreensão de informações relevantes ao estudo, o pesquisador deve ter o comando da pesquisa.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, na transcrição de seus discursos eles não foram identificados. Além disso, nos casos em que seria possível identificá-los em alguma parte de seu discurso (como no caso de ele citar o nome de algum colega da residência ou profissional do serviço ou professor da residência) o trecho foi excluído da análise.

Uma característica da pesquisa qualitativa é a identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de idade, de religião ou por qualquer outro motivo, têm

um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (Minayo, 2007). Minayo (2007) considera que o observador é parte do objeto observado quando ambos são da mesma natureza. Essa característica é chamada de aculturação.

A aculturação, desejada dos pesquisadores qualitativistas é nesse caso representada pelo fato de a pesquisadora também ter cursado uma residência multiprofissional em saúde no estado da Bahia e, portanto, estar familiarizada com o contexto a ser estudado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é uma experiência nova, sendo a primeira desenvolvida pela instituição Casa de Saúde Santa Marcelina que envolve outros profissionais, além de médicos e enfermeiros. A possibilidade de trabalhar com formação de recursos humanos em nível de pós-graduação, dentro da realidade local, procurando atender às necessidades da população é um grande desafio, embora extremamente estimulante. Alia-se tal possibilidade à oportunidade de trabalhar com outras nove categorias profissionais em um trabalho interdisciplinar, multidisciplinar e transversal. Tal perspectiva oferece múltiplas possibilidades, porém, por outro lado, muitos desafios.

Devido ao fato de ser uma experiência recente e de que não se encontrava na literatura suporte teórico suficiente que pudesse dar subsídios para a implantação e implementação da proposta pedagógica, esta foi sendo construída no dia-a-dia. Foi baseada nos pressupostos da legislação atual relativa à saúde, nos conhecimentos acumulados no decorrer do tempo relativos à Saúde Coletiva e na experiência dos profissionais envolvidos. Ao término da primeira turma de residência multiprofissional na área de Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, envolvendo tantas possibilidades e desafios, torna-se importante refletir sobre o que se construiu, de forma a verificar se os objetivos foram atingidos e procurando identificar aspectos que podem ser melhorados. Inclusive essa reflexão pode servir de subsídio para outros serviços, que vem desenvolvendo proposta semelhante, mais recentemente, em diversas partes do país.

A seguir será apresentada a formatação do curso de RMSF da CSSM tomando como referência o projeto que deu origem ao curso.

5.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA

O Projeto Político Pedagógico (PPP) desta instituição tem por finalidade adequar o processo de formação às transformações das profissões da área de

saúde, do ensino, do mercado de trabalho e, principalmente às necessidades e demandas de saúde da população. O ensino volta-se para a formação de profissionais conscientes de sua responsabilidade histórica, traduzida pela reflexão crítica da sociedade e assistência à saúde, na perspectiva de redirecionamento desta (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005).

Busca-se formar profissionais com consciência crítica, atuando nas áreas de assistência, administração, docência, e pesquisa voltadas para a saúde da família gerando assim um perfil profissiográfico que permeie não só a vida estudantil, mas o comportamento ético (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005).

O objetivo do curso é agregar competências gerais e específicas à formação dos residentes para o desenvolvimento do seu exercício profissional em saúde da família nos diversos cenários para que estes sejam capazes de:

- atender às especificidades do exercício profissional, referentes ao seu processo de trabalho, representado pela assistência, administração, ensino e pesquisa;
- reconhecer e compreender o homem como um ser bio-psico-político-cultural e espiritual em sua dimensão individual e coletiva, como um ser de direitos e deveres que devem ser respeitados e, que tem necessidades de saúde no seu ciclo vital;
- entender a saúde como qualidade de vida determinada pela biologia humana, ambiente, estilo de vida e acesso à saúde;
- reconhecer a complexidade do processo saúde doença e de suas múltiplas causas;
- prestar assistência profissional de atenção à saúde;
- posicionar-se criticamente, frente ao contexto sócio-político-econômico do país, reconhecer e analisar seu papel profissional atuando como agente de mudança para uma sociedade melhor;
- desenvolver trabalho em equipe interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência (país/região/estado);
- posicionar-se eticamente em defesa dos direitos individuais e coletivos. (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005)

O curso tem duração de dois anos com carga horária semanal de 60 horas. As atividades realizadas dividem-se em: sala de aula (conteúdos gerais e conteúdos

específicos de cada categoria) e práticas (realizadas no campo de estágio). A seguir serão apresentados os quadros que especificam a distribuição da carga horária total do curso (quadro 5.1) e segundo o tipo de atividade proporcionada (quadros 5.2 e 5.3).

Atividades em	Créditos	Horas
- sala de aula	77	1.155
- práticas	307	4.605
Total	384	5.760

Obs: 1 crédito = 15 horas

Quadro 5.1 – Distribuição da carga horária total segundo o tipo de atividade

Atividades	Créditos	Horas
- eventos científicos	05	75
- introdutório	10	150
- trabalho de conclusão	10	150
- programadas	52	780
Total	77	1.155

Quadro 5.2 – Distribuição de carga horária em sala de aula, segundo o tipo de atividade

Atividades programadas	Créditos	Horas
- gerais	26	390
- específicos	26	390
Total	52	780

Quadro 5.3 – Distribuição da carga horária segundo as atividades programadas em sala de aula

Para cumprir a carga horária especificada no quadro acima o Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresenta a teia curricular teórica apresentada no quadro 5.4.

Disciplinas	Créditos	Carga horária
Educação em Saúde	02	30
Ética	01	15
Informática em Saúde	02	30
Metodologia em Pesquisa	02	30
Políticas Públicas	03	45
Rede Social	01	15
Saúde da Criança	02	30
Saúde da Mulher	02	30
Saúde do Adulto	04	60
Saúde do Idoso	01	15
Vigilância Epidemiológica	01	15
Violência	03	45
Vigilância à Saúde	02	60
Total	26	390

Quadro 5.4 – Teia curricular teórica geral do curso de RMSF

A teia curricular do curso foi construída por módulos. Os conteúdos foram elaborados na ancoragem de perfis de competência a serem adquiridos ao final de cada módulo.

A escolha da metodologia de ensino da residência fundamentou-se na aplicação de três diferentes vivências educacionais:

- Problem Based Learning (PBL): que busca a transformação do profissional em pesquisador, sendo realizada sob a forma de pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto e posterior discussão.
- Metodologia da Problematização: se constitui de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou em recortes desta. 1. observação da realidade; 2. pontos chaves para existência do problema; 3. teorização; 4. hipóteses de solução; 5. Aplicação à realidade prática.
- Estágio vivencial: exposição por parte dos alunos da efetividade da ação proposta na Unidade Básica de Saúde (UBS) e de uma aula teórica expositiva visando melhorar o entendimento do tema e resgatar os questionamentos

encontrados durante a realização da atividade (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005).

Para discussão dos temas específicos os residentes eram divididos em turmas multiprofissionais menores (aproximadamente 20 residentes) e acompanhados durante três ou quatro semanas por uma dupla de preceptores. Eram estabelecidos eixos para discussão e aprofundamento dos temas que estavam relacionados com a prática através da leitura prévia de artigos. A partir das discussões era elaborado um plano de ação para ser desenvolvido na USF fazendo, dessa forma, a ligação da teoria com a prática. Após aplicação do plano de ação estabelecia-se nova discussão em grupo multiprofissional para avaliação das atividades (Oliveira, 2007).

Nessa abordagem metodológica foram discutidos diferentes temas: atenção primária à saúde; processo saúde-doença; documento norteador; rede social; abordagem familiar; aspectos antropológicos e sociológicos da saúde; transdisciplinariedade; saúde ambiental; educação em saúde; saúde mental; empreendedorismo social; sistema de informação (Oliveira, 2007).

A proposta pedagógica da RMSF foi formulada com o objetivo de se afastar de uma concepção tradicional de ensino pautada na transmissão de conhecimentos e assimilação de conteúdos previamente estabelecidos. O grande diferencial dessa proposta é a aprendizagem em serviço que proporciona ao profissional a vivência *in loco* de situações-problema a partir da aproximação com a realidade prática dos serviços. Segundo Oliveira (2007) esse desafio é considerado importante para os profissionais de saúde, pois exigem a criação de saídas que, muitas vezes, extrapolam o conhecimento puramente científico e produz um processo de aprendizagem construído ativamente pelo residente (aluno como sujeito do processo de ensino-aprendizagem).

Para a operacionalização da prática foram formadas dezesseis mini-equipes que foram inseridas em dezesseis UBS com o objetivo de propiciar o trabalho multiprofissional do início ao término do curso e estimular o vínculo entre os profissionais e a população.

Os residentes foram inseridos em Unidades de Saúde da Família (USF) da zona leste do município de São Paulo, que têm a CSSM como parceira na gestão. As unidades foram selecionadas a partir de algumas condições como: perfil e disponibilidade de tutores, existência de serviço de odontologia, aceitação por parte

da gerência local e profissionais do serviço e histórico de engajamento com as questões locais e participação social (Bourget et al., 2006).

Além da inserção predominante nas USF, os residentes foram incluídos em outros cenários de aprendizagem (situados na região leste) como forma de fortalecer a intersectorialidade, criar soluções coletivas para o encaminhamento de problemas, promover mais espaços de aprendizagem e potencializar os recursos locais. Alguns dos cenários participantes da residência foram: clínicas hospitalares, hospitais, instituições asilares e infantis, centros de reabilitação, centros de especialidades em saúde mental e odontologia, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde do idoso, recuperação nutricional e ONG com campo de atuação relacionado à violência (Bourget et al., 2006).

Cada grupo de seis residentes teve o acompanhamento de um “preceptor de categoria” ⁶. A metodologia adotada implica em um trabalho de campo numa perspectiva multiprofissional, por isso cada mini-equipe foi acompanhada por um “preceptor de área” ⁷. Cada mini-equipe estava vinculada a uma Equipe de Saúde da Família e um profissional desta configurou-se no “tutor de área” ⁸.

As categorias de medicina, enfermagem e odontologia possuíam um tutor da mesma categoria, visto que essas categorias profissionais fazem parte da equipe nuclear do PSF. Para as demais categorias que não pertenciam à equipe nuclear e não possuíam um profissional de referência na USF o preceptor acompanhava com maior proximidade o processo de trabalho do residente. (Oliveira, 2007)

O diferencial desta formação está no desenvolvimento de competências que viabilizam, por meio de conhecimentos (saberes), de habilidades (saber fazer) e de atitudes (saber ser), a construção do processo e das relações de trabalho dos profissionais envolvidos na presente proposta.

⁶ Preceptor de categoria: acompanhamento do processo de trabalho do residente bem como treinamento em serviço;

⁷ Preceptor de área: referência para equipe multiprofissional;

⁸ Tutor de área: acompanhamento diário a fim de ampliar a visão do educando, voltada para oportunizar a análise de possibilidade de aplicação prática do saber conquistado.

5.2 A FORMAÇÃO DA RMSF NA OPINIÃO DO EGRESSO

Esse estudo também avaliou a proposta de trabalho desenvolvida com os residentes da área de saúde bucal da Residência Multiprofissional em Saúde da Família desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina. A opinião dos alunos permitiu avaliar o processo de formação em que estavam inseridos destacando facilidades e dificuldades da proposta pedagógica.

A análise das entrevistas realizadas com os egressos do curso resultou nas categorias que serão discutidas a seguir:

Categoria 1 = A vivência no serviço preparando o residente.

Categoria 2 = Trabalhando em equipe multiprofissional: desafios e aprendizados.

Categoria 3 = A importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores.

Categoria 4 = Apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso.

5.2.1 Categoria 1 – A vivência no serviço preparando o residente

Nesta categoria é discutida a opinião do residente numa perspectiva que articula o trabalho multiprofissional e o treinamento em serviço. A necessidade de aproximação dos alunos à rede de serviços do SUS vem sendo enfatizada como uma das principais estratégias para a formação de profissionais de saúde mais adequados às reais necessidades de saúde da população. O PSF, como discutido anteriormente, tem como princípio a integralidade da atenção sobre uma população e território definidos. Constitui-se num campo de estágio adequado para a formação de profissionais de saúde com enfoque na atenção integral.

Foi possível observar um reconhecimento do diferencial que o treinamento em serviço proporcionou para estes egressos do curso, inclusive para a inserção destes na atenção básica do município de São Paulo.

“[...] na verdade achei que pra eu consegui entrar aqui [no seu local de trabalho] foi fundamental, porque foi o que me preparou, tanto pra prova teórica, pra entrevista, pra dinâmica [...] eu acho que se eu não tivesse feito residência e tivesse vindo direto pra cá eu ia ficar completamente perdida, desnorteada.” (sujeito 1)

“Eu acho que tudo que eu fui vivendo, fui aprendendo como trabalhar no PSF.” (sujeito 1)

“Ah me preparou totalmente porque se eu tivesse prestado concurso pura e simplesmente sem essa vivência do PSF eu ia ser... estar totalmente fora dessa rotina de como se organiza o serviço, como se articular com a equipe, ia tá totalmente crua, não que eu não fosse aprender, mas eu ia aprender na marra, no sufoco, na pressão, ia demorar esse processo [...] ele tá formando a gente pro serviço a gente vai vivenciar toda a realidade, as dificuldades, os problemas do serviço, então quando eu comecei a trabalhar eu já tinha dois anos de experiência, já tinha visto de tudo e mais um pouco, só que quando eu cheguei, eu sabia o que estava esperando, o que me esperava aqui e como eu podia me articular pra tentar resolver e minimizar as dificuldades que o próprio sistema apresenta.” (sujeito 2)

“[...] durante a residência toda mudou completamente a visão. Mas o que mudou isso foi, lógico, a vivência em campo. Estando na unidade todos os dias, acompanhando as consultas, o atendimento, tanto da parte da odontologia quanto na parte da equipe que foi no PSF.” (sujeito 3)

“Acho que essa que é a diferença da vivência, aprende muito mais que você tá todo dia, convive e todo dia reunião de equipe, você sempre aprende.” (sujeito 3)

“Porque a residência foi prática a gente teve bastante dificuldade [...] então pra mim foi uma experiência ótima, deu para eu aprender bastante e hoje estando no serviço deu ir colocando tudo que eu aprendi na residência, no serviço...” (sujeito 5)

“...eu não conhecida absolutamente nada, eu acredito que se eu não tivesse passado pela residência e tivesse vindo direto para o serviço, talvez eu tivesse uma

série de dificuldade. Então quando eu vim pro serviço [...] eu fazia isso com ‘os pés nas costas’ tranquilamente, porque foi uma continuidade, foi um processo natural.” (sujeito 5)

“[...] fazer a residência inserido no serviço acho que foi importante, importante para ver o que é ideal, o que é possível.” (sujeito 6)

“Eu acho que foi bastante válido pra trabalhar no serviço público, que a residência foi teórica e prática, então toda vivência prática que eu tive associada com a teoria quando eu fui contratada foi muito fácil, saber o que fazer, em nenhum momento eu me senti perdida.” (sujeito 7)

“O que foi bastante válido foi quando colocaram a gente na prática. E a realidade do PSF das 8 às 17h [...] então não teve muita dificuldade por você está vendo a prática e praticando a teoria ao mesmo tempo.” (sujeito 7)

“Acho que tem muita diferença de quem fez residência e de quem não fez e começa a trabalhar.” (sujeito 8)

O fato de o aluno poder experimentar a prática diária do serviço, afirma Oliveira (2007), permite transformação profissional, pois as situações encontradas explicitam as dificuldades e a complexidade da vida. Tal experiência põe o profissional em contato com o imprevisível das situações e desperta a necessidade de criar modos de relação variados, abrindo espaço para que as forças produzidas no encontro despertem sentidos e desencadeiem cuidados no campo da saúde

Pinto et al. (2007) avaliando a percepção dos internos em medicina social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, encontrou no relato dos alunos a importância do aprendizado em relação ao SUS e à percepção de um novo modelo de atenção. Além disso, os alunos denotaram a importância de vivenciar os diferentes estágios do processo de implantação de um novo sistema de saúde em cada município. Neste mesmo trabalho a autora destaca que os alunos reconheceram a importância do estágio para a formação médica, em relação ao crescimento pessoal e referiram a vivência dos problemas sanitários como passo fundamental para a formação humanizada e integral.

O conceito de integralidade ressalta as diversas dimensões do cuidado e aproxima o profissional de saúde da dignidade daquele que é cuidado. Sem que a integralidade seja observada, haverá a tendência de se buscarem respostas às necessidades biológicas, que restringem a compreensão da pessoa humana. Quando a pessoa é reconhecida de forma integral, em todas as suas dimensões (física, psíquica, social e espiritual) e a saúde não é concebida como mercadoria, a atenção às necessidades das pessoas torna-se o próprio objeto da saúde (Junqueira, 2009).

De acordo com Ferreira et al. (2009) a formação destes profissionais, dentro de um perfil de atuação vinculado às equipes multiprofissionais de saúde, fortalece a construção de novos conhecimentos na interface dos variados campos ocupacionais. Este autor ressalta também o avanço na formação médica que se constrói com esta residência diante de outros programas que não privilegiam a aprendizagem-trabalho dos residentes em equipes, na participação de processos de gestão e organização das práticas em saúde.

Com relação ao aprendizado na área de gestão foi citado por um sujeito da pesquisa a necessidade de uma ênfase da RMSF da CSSM neste campo de atuação.

“Eu senti falta do processo de ter mais participação ou então uma experiência prática junto com a gestão, pra sentir as dificuldades que os gestores têm, porque dentro da unidade a gente sente falta de algumas coisas que a gente não tem vivência, não tem noção, porque que tá, por exemplo, faltando luva agora na unidade, o quê que acontece lá acima com a gestão que chega esse problema que reflete aqui no nosso trabalho, então durante a residência eu senti falta dessa proximidade com a gestão a parte de administração.” (sujeito 2)

Na proposta da RMSF da CSSM o residente, durante dois anos, vivencia o estágio nos campos de prática da atenção básica e especializada. Diferentemente de outras experiências pelo Brasil não existe a possibilidade do estágio no campo da gestão que possibilitaria práticas de coordenação no Sistema Único de Saúde. Nesses campos de prática os alunos são estimulados a se tornarem aptos a utilizar técnicas de planejamento e programação em saúde como ferramentas de gestão para a coordenação de equipes de saúde da família nos âmbitos municipal, regional

e estadual; a construir e avaliar indicadores de atenção básica; a identificar, desenvolver e utilizar instrumentos de supervisão ao trabalho de equipes de saúde da família e das coordenações municipais e regionais de atenção básica. Percebeu-se com a fala de um entrevistado a lacuna que existe em relação a este campo de competência gerencial.

No processo de formação do residente da CSSM, além da inserção destes em estágios vivenciais em unidades básicas de saúde está previsto o estágio em centros de referências como o ONCOCENTRO, o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), setores de cabeça e pescoço e pediatria do Hospital Santa Marcelina.

Estes campos de estágio foram considerados importantes pelos egressos, pois possibilitaram um contato mais próximo com os centros de referência da média e alta complexidade.

“Tivemos vários estágios também, no ONCOCENTRO a gente teve acesso direto ao pessoal com sequela de câncer, então foi até um pouco chocante algumas coisas porque você ver a pessoa desfigurada, mas foi bem legal, pra mim serviu como um crescimento pessoal. A gente fez também estágio no cabeça e pescoço [...]. Fizemos estágio na pediatria [...].” (sujeito 1)

“[...] mas na residência ela também proporcionou nós conhecermos não só a atenção básica, mas como a média e alta complexidade, que nós tivemos estágios tanto na média complexidade tipo quando vai pro CEO, Centro de Especialidade Odontológica, fomos acompanhar como era a rotina do CEO, [...]. Mas acompanhamos e acho que foi importante, não ficar só na atenção básica. [...]. Também fizemos estágio em outro hospital, em cabeça e pescoço, acho que isso foi legal na residência, poder conhecer todas as atenções [...]. Além dessas duas tem o Centro de Reabilitação que a gente fez estagio no ONCOCENTRO que é o centro que eles fazem reabilitação de pacientes que tiveram tumores e quando teve uma cirurgia bastante extensa e teve boa perda de tecido, o estágio lá foi lega.” (sujeito 3)

“É nós ficamos uma semana na pediatria do hospital. Ficamos também no ONCOCENTRO e agora pro CEO, ficamos 2 dias na semana no CEO, acompanhando.” (sujeito 4)

A organização da prestação da assistência no SUS estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade constituem-se num importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

São exemplos de procedimentos de média complexidade: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédico, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, anestesia. Na alta complexidade estão elencados os seguintes procedimentos: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise), assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos, laboratório de eletrofisiologia, assistência em traumato-ortopedia, procedimentos de neurocirurgia, assistência em otologia, cirurgia de implante coclear, cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical, cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos em fissuras lábio-palatais, reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica), cirurgia reprodutiva, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita, fibrose cística e reprodução assistida (Brasil, 2007).

Para Oliveira (2007) a formação na residência multiprofissional buscou a construção de um olhar sobre a rede de assistência, a partir da avaliação e do acompanhamento do fluxo de pacientes dentro dos diversos serviços e do sistema de referência e contra referência. Existe a necessidade de se conhecer o serviço para saber orientar a família e o paciente em relação a um determinado exame ou diagnóstico realizado em hospital. A experiência na residência foi bastante

proveitosa na discussão sobre a articulação desses serviços e seus papéis na rede de cuidados progressivos à saúde.

Para referência de procedimentos de média complexidade em odontologia destacam-se os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são unidades de saúde classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. O tratamento oferecido nos CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas os casos mais complexos. Para Narvai e Frazão (2008b) os CEO são uma iniciativa que tem dado grande visibilidade técnica e política ao Programa Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente). De acordo com a portaria 2.607/04 do Ministério da Saúde, esses centros têm como objetivo:

[...] ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, será promovida a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, que consistirão em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, e ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção. (Brasil, 2004d, p. 30).

Entre as meta que foram fixadas segundo essa mesma portaria para os anos de 2004-2007, estavam “implantar 550 centros de especialidades odontológicas e ampliar a capacidade assistencial em odontologia especializada em 2,8 milhões de procedimentos”.

A vivência nos diferentes contextos institucionais favoreceu a compreensão e importância da articulação da rede de serviços que compõem o SUS e a importância da promoção de ações intersetoriais na prática de saúde.

5.2.2 Categoria 2 – Trabalhando em equipe multiprofissional: desafios e aprendizados

A partir da análise dos discursos foi possível verificar que o trabalho em equipe multiprofissional foi o grande diferencial no processo de aprendizagem da Residência Multiprofissional. Este tema aparece destacando as vantagens, dificuldades e as dúvidas do trabalho em equipe por este estar sendo construído como fruto de um processo que ora se caracteriza como mecânico, ora como fragmentado, ora como inovador inserido numa perspectiva de ser integral.

O primeiro ponto a ser destacado através da análise dos discursos é a facilidade e aprendizado que o trabalho em equipe na residência multiprofissional proporcionou aos sujeitos da pesquisa.

A interação entre profissionais de diversas categorias possibilitou uma troca de saber e os profissionais passaram a ter uma visão diferente sobre o seu processo de trabalho.

“[...] na minha formação [na residência] [...], eu acabo tendo [...] uma visão um pouco mais ampla em vista do que tinha logo após a formação na minha faculdade de inserir essa fala pros pacientes tanto dessa área de aspectos nutricionais quanto de algumas coisas da enfermagem [...] você acaba [...] adquirindo outros conhecimentos, outras formas de abordagens pra você falar.” (sujeito 3)

“E agora como a gente fez a residência, a gente tem um outro olhar, a gente tenta trabalhar com outros profissionais da saúde, tentar ajudar, buscar uma solução para aquela família, para aquele caso, então acho que serviu para isso mesmo, para tirar um pouco essa visão de que o dentista só fica dentro do consultório a quatro paredes.” (sujeito 4)

“Começou a ter uma visão mais ampla.” (sujeito 4)

“A médica, a enfermeira, sempre contava muito com a gente com a nossa participação, sempre pedia nossa opinião. Havia uma troca mesmo então foi muito bom.” (sujeito 4)

“Eu acho que o mais importante é você conhecer o trabalho do outro, porque quando você não conhece o trabalho do outro [...] você não entende as dificuldades que ele tem. Então o mais importante foi isso. Conhecer até onde podia atuar. E isso a gente teve bastante.” (sujeito 5)

“ [...] eu acredito que o mais rico foi poder interagir com os outros profissionais, coisas que a gente não consegue durante a faculdade...” (sujeito 6)

“Uma das coisas importante que a residência deixou pra mim foi essa coisa de trabalhar com o outro, seja em grupo ou com outra pessoa [...] a gente aprendeu a ouvir, a falar.” (sujeito 6)

Num estudo que avaliou a perspectiva dos residentes médicos Ferreira et al. (2009, p. 1426) observaram que quando os residentes assumem seus papéis os momentos de discussão e trocas de experiências em suas vivências com os outros profissionais potencializam a construção do conhecimento e a articulação com as outras áreas do saber, “o que permite que o fazer médico possa ser efetivado pela integração do trabalho em equipe e pela participação complementar do outro profissional”.

Para este mesmo autor é importante desenvolver um trabalho em equipe, pois a partir deste é possível desenvolver uma relação de compreensão do modelo de equipe, a própria compreensão possibilita que o trabalho seja efetivo porque as especificações profissionais assumem contornos mais flexíveis (Ferreira et al., 2009)

Para Oliveira e Spiri (2006, p. 733) “cada membro tem o seu papel no programa, e desempenhá-lo com dedicação torna o trabalho gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe”. O trabalho em equipe é importante para dispensar assistência integral ao paciente e família, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento.

Os depoimentos que compõem esta categoria evidenciam também que a discussão sobre o que é a equipe se norteia pela prática diária, pois a concepção dos residentes é permeada por elementos que implicam a troca do saber.

“[...] acho que nós dentistas, acabou ganhando muito mais [...] do que os outros, porque nossa formação é muito fechada, muito técnica, só olha o nosso lado, nossa cadeira ali, não é nem o paciente como um todo é só a boca e aí eu aprendi muita coisa com a parte de enfermagem, com médico [...]. Ah, pra mim foi muito rica essa vivência... de vida mesmo, profissional e de vida porque aprendi muita coisa mesmo.” (sujeito 8)

“A importância das reuniões da equipe, da importância dos agentes comunitários de compreender como que é o funcionamento dessa comunidade toda, acho que isso é fundamental porque a gente conseguiu trazer da residência e colocar em prática aqui. A gente procura fazer os grupos integrados, nunca uma coisa muito voltada só para Odontologia, buscar a inserção de outros profissionais, mesmo para a atenção do paciente, mesmo na parte mais clínica.” (sujeito 6)

“E essa coisa de buscar trabalhar com outros profissionais, respeitar os outros profissionais, acho que a gente consegue fazer isso bastante aqui dentro.” (sujeito 6)

O trabalho em equipe multiprofissional adquire um formato de um trabalho coletivo que exige a cooperação, interação e troca de saber de atores de diferentes categorias profissionais. Nessa perspectiva Ferreira et al. (2009), acreditam que cabe ao profissional inserido nessa lógica refazer a visão do seu processo de trabalho e considerar que a equipe é o pilar para o “fazer” integrado.

Entretanto, vale ressaltar a observação feita por Oliveira e Spiri (2006, p. 729) de que “[...] a equipe que é multiprofissional, não garante assistência integral ao paciente”. O trabalho em equipe integrado exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingí-los.

Os modelos de relacionamento do trabalho multiprofissional se dão através das interações das diversas disciplinas. Essas podem acontecer sob diferentes óticas e perspectivas, por isso, julgou-se necessário definir alguns níveis de agrupamento dessas disciplinas importantes para a consolidação do trabalho em equipe: a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

A multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação simultânea de diversas disciplinas em torno de uma temática comum. Essa atuação, no entanto, ainda é muito fragmentada, na medida em que não se explora a relação entre os conhecimentos disciplinares e não há nenhum tipo de cooperação entre as disciplinas (Japiassu, 1976). É exemplificada por Ferreira et al. (2009) com vários profissionais reunidos e cada um trabalhando isoladamente, no entanto a ausência de uma articulação entre esses profissionais não significa uma ausência de relação entre eles.

Diferentemente do nível anterior, na pluridisciplinaridade, observa-se a presença de algum tipo de interação entre os conhecimentos disciplinares, embora eles ainda se situem num mesmo nível hierárquico, não havendo ainda nenhum tipo de coordenação proveniente de um nível hierarquicamente superior. Alguns estudiosos não estabelecem diferença entre a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade, outros preferem considerá-la, pois a existência ou não de cooperação e diálogo entre as disciplinas é determinante para diferenciar os níveis de interação entre elas (Japiassu, 1976). Um exemplo deste nível pode ser feito por meio de um paciente que procura atendimento psiquiátrico e, após consulta e medicação, é encaminhado a um psicólogo. Neste exemplo a cooperação não é automática, mas estabelece contatos entre os profissionais e suas áreas de conhecimento (Ferreira et al., 2009).

Para Chaves (1998, p. 8), citando Piaget, o termo interdisciplinaridade designa “o nível em que a intervenção entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a certa reciprocidade no intercâmbio, levando a um enriquecimento mútuo”. Segundo Japiassu (1976) ela pressupõe uma organização, uma articulação voluntária e coordenada das ações disciplinares orientadas por um interesse comum.

E por fim, a transdisciplinaridade representa um nível de integração disciplinar além da interdisciplinaridade, uma espécie de coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas num contexto mais amplo e geral, gerando uma interpretação mais holística dos fatos e fenômenos (Japiassu, 1976). Segundo Ferreira et al. (2009) para que haja configuração transdisciplinar, é necessário que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas.

Embora tenha sido enfatizada a variedade dos níveis de interação entre as disciplinas se destaca, entre eles, a interdisciplinaridade sendo o termo mais comum. Para Nascimento e Oliveira (2006) o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimento.

Para garantir a integralidade do cuidado proposto pelo PSF é imprescindível que o trabalho em equipe seja efetivado. Nesta categoria ficou evidente também as dificuldades que foram encontradas pelos residentes na efetivação do trabalho em equipe. Foi destacada a falta de preparo destes para o trabalho em equipe, já que a formação do cirurgião dentista impõe (como discutiremos na categoria quatro) uma lógica de trabalho individualista.

“[...] em termos de trabalhar multiprofissional foi bem complicado porque a gente tava meio sem saber o que fazer.” (sujeito 1)

“Eu achei que tava uma pouco [...] meio perdido, o que fazer multiprofissional [...] difícil trabalhar, pra gente da equipe [de odontologia] é mais fácil atender paciente, fazer até um grupo mais específico do que fazer um trabalho multiprofissional ainda mais com áreas bem diferentes que nem assistente social que é muito diferente o tipo de pensamento, abordagem do paciente.” (sujeito 1)

“Não vou dizer que foi fácil, mas principalmente no começo é uma nova adaptação com a equipe, você está trabalhando com ela, as pessoas tem idéias diferentes, vê de uma outra forma.” (sujeito 4)

“Uma das dificuldades é essa mesmo que no começo a gente não tá preparado para trabalhar numa equipe multiprofissional, a gente pensa muito nos consultórios, só pensa em atender, então essa foi uma das dificuldades.” (sujeito 4)

“O atendimento por mais que a gente quisesse fazer multi, a gente acabava sendo individual, acabava sendo assim de encaminhar, então multiprofissionalmente não rendeu o acréscimo.” (sujeito 7)

Para Ferreira et al. (2009) nesta formação, é necessário que o profissional saiba realizar a sua função em conjunto com o outro, mantendo esse outro informado sobre o seu plano de cuidados. Todavia, no cotidiano das relações, há profissionais que rompem com essa lógica e acabam por estruturar o seu trabalho e o da equipe numa perspectiva que mantém a velha estrutura do “trabalho em linha de montagem”, no qual cada um exerce sua função sem pensar na sua inserção dentro de um grupo, provocando conflitos e desorganização no trabalho de toda uma equipe.

“Hoje eu sinto que aqui na unidade falta isso mesmo, muitas categorias não sabem trabalhar com a outra, respeitar limites, mas também não impor tantos limites.”
(sujeito 6)

“Só que o que foi acontecendo, a gente da odonto foi se afastando mais do multi e se inserindo mais na odonto, então a gente ficava a maior parte do tempo na odonto tentando atender paciente ou fazer grupo a gente só ficava na odonto porque não tinha jeito mesmo. A gente ficava ocioso e não era legal.” (sujeito 1)

Vale destacar a afirmação de Oliveira e Spiri (2006, p. 731) “[...] os conflitos entre os membros da equipe surgem porque há variedade de opiniões e posturas, alguns profissionais tentam controlar toda a organização, o programa e outros acomodam-se não realizando adequadamente suas funções”.

A experiência do trabalho em equipe no PSF possibilita o desenvolvimento de ações que visam mudanças na prática de saúde e autonomia dos sujeitos participantes desta proposta, por isso os conflitos no trabalho são inerentes a essa proposta na perspectiva interdisciplinar e possibilitam o restabelecimento de interações entre os membros da equipe. (Oliveira; Spiri, 2006).

5.2.3 Categoria 3 = A importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores

Nesta categoria é apresentado o importante papel que os tutores e preceptores representam no processo de formação da residência multiprofissional. Os tutores sendo o ator principal na troca de saber no convívio diário com o residente e o preceptor desempenhando um papel de mediador das relações entre os profissionais das equipes e as equipes de residentes. São apontadas também as dificuldades apresentadas a partir da análise dos discursos no entendimento e enfrentamento desses papéis.

5.2.3.1 O papel do tutor: necessidade de formação

Na língua portuguesa, tutor significa: curador, preceptor, indivíduo encarregado de tutelar alguém, protetor, defensor, cuidar de e amparar. De acordo com o projeto político pedagógico da RMS da CSSM o tutor de área é um profissional vinculado a uma Equipe de Saúde da Família que tem um papel de acompanhamento diário, a fim de ampliar a visão do educando, voltada para oportunizar a análise de possibilidade de aplicação prática do saber conquistado.

São funções específicas do tutor de área segundo o PPP da residência da CSSM:

- promover estratégia de aprendizagem que garanta um padrão adequado para todos os residentes na atenção primária voltada ao PSF;
- promover ensino dos procedimentos e condutas de competência específicas do tutor;
- facilitar o desenvolvimento das competências atribuídas ao residente;
- permitir que a criatividade dos residentes seja manifestada na aplicação de trabalhos ao PSF;

- administrar conflitos e dificuldades nas UBS, juntamente com preceptor de área e categoria;
- contribuir na interação da equipe multiprofissional com a UBS;
- articular o entrosamento da equipe multiprofissional;
- nortear o residente nas atividades de gerenciamento (planejamento, organização, execução e avaliação) das atividades de saúde;
- supervisionar e orientar quanto ao trabalho na UBS priorizando as atividades de organização do serviço, estudos e discussão de casos clínicos, atividades dos residentes (visitas domiciliares, consultas, grupo de promoção, prevenção e recuperação a saúde), intersectorialidade;
- reportar-se ao preceptor de área em eventuais dificuldades no desenvolvimento do plano de ação da equipe multiprofissional;
- participar das atividades desenvolvidas pelo residente, promovendo a discussão dos casos com finalidade de esclarecer dúvidas e discutir propostas de organização do atendimento;
- avaliar criteriosamente e com prudência os residentes e sobre os pontos positivos e sugestões para aprimoramento, entregando o instrumento de avaliação ao preceptor de área até a última semana do mês vigente;
- participar das reuniões com os coordenadores e preceptores no núcleo de capacitação conforme cronograma estabelecido;
- verificar e dar ciência juntamente com a gerência no controle de frequência dos residentes (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005).

De acordo com a análise dos discursos dos entrevistados foi possível observar que o principal papel desempenhado pelo tutor de Odontologia foi o de acompanhamento clínico e direcionamento na rotina de trabalho.

“[...] eu tive uma tutora também que foi bem legal o que a gente precisava, ela ajudava, então a gente foi sempre crescendo.” (sujeito 1)

“A dentista foi passando a experiência dela pra gente, também o pessoal que trabalhava lá tinha muita experiência, o pessoal antigo, né. A THD⁹ [técnico de higiene dental], eu aprendi muita coisa com ela que fazia os grupos, então ela passou muita coisa pra gente, então o papel dos tutores era mais na parte da clínica, quando a gente tinha algum problema no atendimento na cirurgia que complicava, então a gente sempre tinha o tutor como referência.” (sujeito 1)

“A nossa tutoria, que são os dentistas que trabalham lá na unidade, como eu falei, eles foram bem receptivos e sempre tavam acompanhado a gente [...]” (sujeito 3)

“Mas eu acho que o que eles passaram pra gente de mais valioso foi a rotina de trabalho.” (sujeito 8)

Uma definição de tutoria apresentada por Bellodi (2005) é que:

“tutores (mentores), com sua maior experiência na mesma área em que o jovem que acaba de entrar, conhecem algumas ‘pedras no caminho’, alguns possíveis atalhos e pontos de alerta necessários. Mesmo que a rota já tenha sido alterada e pouco tinha de seu trajeto original, têm a vivência do viajar. Acreditam que vale a pena seguir em frente e ajudam a construir pontes entre o que já foi e o que será. São sustento e apoio para o presente, assim como encorajamento para o futuro”. Bellodi (2005, p. 30).

Para Bottil e Rego (2008) denomina-se tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde. É a aprendizagem que acontece em ambientes de atenção primária, além de competência clínica e da capacidade de ajudar a aprender a aprender, precisa ter compreensão da prática profissional em sua essência e estimular o desenvolvimento pessoal. Espera-se que ele dê conselhos, atuando também como guia e modelo.

Em seu trabalho que avaliou a vivência do enfermeiro tutor em um hospital de especialidades oncológicas, Moscatello (2008) mostrou o auxílio dado pelo enfermeiro tutor na promoção do ensino para o desenvolvimento da sua capacitação técnica. A autora destacou a importância do tutor em aprender para poder ensinar e de conhecer cada vez mais as capacidades técnicas de cada tutelado na rotina de trabalho, demonstrando a importância deste projeto para o enfermeiro tutor, no sentido de promover a capacitação técnica de ambas às partes, tanto do tutor que

⁹ Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Modificando as denominações anteriores: Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

necessitou aprender para poder ensinar, como do tutelado que se beneficiou deste auxílio, capacitando-se cada vez mais para o exercício de suas atividades dentro do processo de trabalho.

Entretanto, ficou muito mais evidente pela fala dos entrevistados a falta de preparo dos tutores para a realização deste papel importante no processo de aprendizagem.

“Deixou muito a desejar, então eu acho que eles não prepararam os tutores pra gente, não teve nenhuma capacitação, nada a gente chegou lá [...] quem é você? Então no começo assim eles ficavam tudo meio perdido, a gente meio perdido, os tutores não sabiam muito bem o que fazer com a gente.” (sujeito 1)

“[...] não tinha equipe de saúde bucal [na unidade que o residente foi inserido] então eu não tinha, por exemplo, um tutor da odontologia.” (sujeito 2)

“Acho que a única coisa que poderia melhorar na residência mesmo, é que depois eles fizeram isso, é a questão da formação do tutor [...] porque ele é um dentista que tá lá na unidade, foi contratado para ser dentista, não foi contratado para ser tutor dos residentes. Então acho, que quando tem a residência tem que ter essa estrutura da formação dos tutores pra poder receber os residentes e acompanhar também a equipe multiprofissional o tutor também tem que interagir com a equipe toda, não é só com um de nós dentistas [...]” (sujeito 3)

“A tutora específica da Odonto não tinha essa troca, não falava nada pra gente, não fazia grupo, nada com a gente tudo que a gente fazia mesmo era com a equipe da unidade [...]” (sujeito 4)

“[...] tem gente que gosta de ajudar, de ser tutor, mas agora tem gente que pode ser muito boa, mas não tem esse perfil pra ser tutor. Então eu acho que uma das coisas mesmo é eles verem quem tem interesse porque já começa por aí, se uma pessoa tem interesse então é meio caminho andado.” (sujeito 4)

“Na minha turma de residência os tutores dos residentes eram os profissionais que estavam no serviço e eles não tinham estrutura nenhuma. Hoje os tutores dos residentes são os profissionais que estão no serviço e também continuam não tendo

base nenhuma. [...] Eu acho que assim se eles dessem mais suporte, por exemplo, o tutor tivesse um canal de comunicação melhor entre a residência e a prática, o serviço mesmo, esse canal de comunicação existe muito pouco é muito fragmentado, então acho que poderia ser mais rico se ele fosse mais aberto, acho que ele facilitaria bastante sobre isso tanto do serviço quanto do residente.” (sujeito 5)

“Na equipe que eu fui inserida tinha médicos, enfermeiras, voluntários, mas a dentista que ela é minha tutora, na verdade, na verdade, ela não participava das discussões. Então ficava complicado propor atividades ou propor discussões no processo de trabalho, tinha alguém que não estava disposto a isso.” (sujeito 6)

“[...] o tutor ficava na unidade, no caso no meio do processo, mas eles também eram meio fora...eles também não tinham noção do que era ser tutor [...].” (sujeito 8)

Pela fala dos entrevistados fica clara a falta de preparo dos profissionais designados a desempenhar o papel de tutor nas UBS. Eles destacam a falta de perfil profissional, a falta de envolvimento dos tutores com o processo de ensino-aprendizagem, a falta de estrutura e suporte para o desempenho desta função.

Este é um ponto crucial na residência multiprofissional - a nítida necessidade de capacitação destes profissionais (tutores) que cumprem um papel de grande importância dentro deste processo de formação. “Muitas vezes é atribuído a ele o papel de modelo. Embora ele possa também exercer esse papel, o tutor deve ser na verdade um exemplo concreto do futuro para seus tutorandos [...] e deve ajudar o aluno a encontrar o seu próprio espaço” (Bellodi, 2005, p. 114). Quando o residente perde a confiança no seu tutor o processo de aprendizagem fica comprometido.

Para Pinto et al. (2007) é do tutor a responsabilidade pela condução desse processo complexo de ensino-aprendizagem, a qual irá possibilitar ou não a realização de todo seu potencial. As falhas na compreensão do seu papel ou mesmo a ausência desta figura (o tutor) podem ser determinantes dos resultados, pois foram encontrados problemas com relação à supervisão local em seu estudo com internos em medicina social citado anteriormente.

Para a compreensão deste processo é importante destacar as considerações de Oliveira (2007) em seu estudo que apresentou os limites e

possibilidades da residência da CSSM (mesmo local de estudo desta pesquisa). Naquele estudo a autora afirmou que os tutores que atuaram na RMSF eram profissionais que trabalhavam nas UBS e foram selecionados pelas equipes de coordenação junto com os preceptores. Estes profissionais ao longo de sua trajetória institucional apresentavam habilidades técnicas para receber e acompanhar a equipe de residentes. Inicialmente os tutores não tiveram nenhuma preparação teórica ou formação específica como educadores para exercer esta função. Este fato gerou inúmeras dificuldades de relacionamento entre tutores e residentes, sendo necessária, muitas vezes, a troca da equipe tutorial.

Para Bellodi (2005) é fundamental que os tutorandos também possuam algumas características neste processo de aprendizado. São elas: proatividade, capacidade de articular e comunicar suas necessidades, de guardar um apropriado nível de autonomia e de discutir os caminhos da relação ao longo do tempo. É importante também que o tutorando seja capaz de acreditar em seus tutores e respeitá-los, e, ao mesmo tempo, de desenvolver independência de julgamento e tomada de decisão ao longo do tempo para começar a se separar intelectualmente e emocionalmente do tutor.

De acordo com o relato dos entrevistados, essas características não foram encontradas em muitos dos tutores. Deve-se ressaltar que os tutores (profissionais de Odontologia) foram provavelmente formados no modelo hegemônico que incentiva a prática profissional individualizada e que restringe a atividade multiprofissional. Se o tutor foi formado para “trabalhar sozinho” e não teve formação para ser tutor no PSF, dificilmente ele poderá ensinar ao tutorando como atuar em equipe, apenas transmitirá seus conhecimentos em relação às habilidades técnicas. Se quem está no serviço não foi preparado para ensinar essa nova prática, formar-se-á um círculo vicioso e serão formados novos profissionais com dificuldade em trabalhar em equipe.

5.2.3.2 O papel do preceptor

Na língua portuguesa preceptor significa: o que dá preceitos ou instruções, mentor, mestre. Na área de saúde o preceptor é o profissional de nível superior,

responsável pela integração teoria-prática num campo de estágio e/ou residência. Ensina, supervisiona, orienta e conduz o aluno na prática da futura profissão. Segundo o PPP da RMS da CSSM este mesmo profissional é o responsável pelo acompanhamento do processo de trabalho do residente bem como do treinamento em serviço. Suas atribuições são:

- estabelecer cronograma de visitas a UBS sendo no mínimo duas supervisões por mês para cada residente;
- aplicar as decisões tomadas em comum acordo com os preceptores;
- agilizar junto à instituição a resolução de problemas que prejudiquem o aprendizado dos residentes;
- facilitar o desenvolvimento das competências - conhecimento, habilidade e atitude - atribuídas ao residente;
- participar das atividades desenvolvidas pelo residente, quando possível, promovendo a discussão dos casos com finalidade de esclarecer dúvidas e discutir propostas de organização do atendimento;
- acompanhar quando possível os residentes nas atividades específicas da categoria nos momentos multiprofissionais;
- acompanhar *on line* através do relatório de acompanhamento de estágio as atividades solicitadas em aula e na prática a serem desenvolvidas pelo residente;
- promover o desenvolvimento de habilidades técnicas;
- dar ciência no controle de frequência dos residentes;
- nortear os residentes nas atividades de gerenciamento (planejamento, organização e avaliação) das atividades coletivas de saúde;
- tutoriar os residentes nos períodos de supervisão para as categorias que não possuem tutor;
- contribuir na interação do residente na equipe da UBS e equipe multiprofissional;
- administrar conflitos e dificuldades nas unidades e instituições, juntamente com o preceptor de área;

- avaliar criteriosamente e com prudência integralmente as ações exercidas pelo residente e dialogar sobre os pontos positivos e sugestões para aprimoramento;
- estabelecer o cronograma de estágio nas unidades de saúde;
- ministrar aulas na sua área de conhecimento e/ou participar das aulas de outros docentes, com a finalidade de adequar a teoria à prática; definir com o docente o conteúdo das aulas, visando a aplicação na prática;
- liberar os residentes para congressos (dois por ano);
- participar de cursos e congressos pertinentes à área;
- participar de reuniões com preceptores, tutores e coordenação;
- buscar o aprimoramento e desenvolvimento da residência através, da participação de um colegiado constituído por preceptores e um representante de cada categoria de residentes e coordenação;
- estabelecer no mínimo um período por semana para elaborar e desenvolver pesquisa, bem como aprimorar os conhecimentos específicos;
- registrar no relatório de acompanhamento de estágio as atividades desenvolvidas;
- buscar o aprimoramento e desenvolvimento da residência através da elaboração e acompanhamento do conteúdo, cronograma, carga horária e ações referentes à residência (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2005).

De acordo com Oliveira (2007) os profissionais selecionados para exercer o papel de preceptor junto à coordenação da residência atuavam na assistência e apresentavam avaliação de desempenho positiva e tempo de experiência no PSF. Acreditou-se que a experiência prática desses profissionais favoreceria o processo de formação do residente. Porém, foi observado que em relação a parte acadêmica/científica estes profissionais tinham pouco conhecimento. Para Oliveira (2007, p. 44) “por se tratar de uma atividade complexa, essa mediação é uma atividade que exige conhecimento, sensibilidade, criatividade, improvisação e muito bom senso”.

A partir da análise dos discursos dos residentes entrevistados foi possível extrair as seguintes visões que o residente teve do preceptor.

“[...] o papel dos preceptores era mais dar essa aula pra gente e tá sempre fazendo as visitas pra ver se tinha algum problema, eu tive amigo que teve problema com o tutor, então o papel do preceptor era isso. Uma vez por mês eles iam lá [na UBS], teoricamente como eu e o outro residente a gente se dava super bem com o dentista [tutor] acabava que o [cita nome do preceptor] demorava pra voltar.” (sujeito 1)

“Os preceptores eram assim: eles acumulavam outras atividades eu acho isso um problema porque eles eram nossos preceptores, eles eram coordenadores, alguns atendiam, então eles acumulavam várias outras atividades. Então assim a gente tinha aulas com eles, acho que eles fizeram o máximo, dentro da capacidade deles, só que tem coisas que a gente reivindicava e não conseguia ser atingido, porque estava acima do que eles podiam fazer.” (sujeito 4)

“A facilidade maior foi os três [cita nome dos preceptores] que pelo menos entendiam um pouco, porque eles já tinham trabalhado no PSF, então eles davam suporte no entendimento da gente tá ouvindo de tá explicando uma série de coisas.” (sujeito 5)

“A gente tinha o preceptor de área e de categoria, então eles iam, a gente falava o que tinha planejado fazer, eles davam algumas dicas, mas na verdade eles respeitavam muito o que a gente planejava dentro da unidade, porque era dentro da realidade que a gente tava.” (sujeito 6)

“A equipe de Odonto também apesar de, no meu caso, só teve um pouco de confusão em relação ao que eles não entenderam o que era um residente. Eles achavam que tinham que estar ali para trabalhar 24 horas. [...] Mas depois que os preceptores foram lá e explicaram que a gente não era funcionário, que a gente tinha que fazer as atividades multiprofissionais, a gente não estava ali para ficar no grupo das 8 às 17h. A gente tinha uma atribuição, por exemplo, 50% específico e 50% multi.” (sujeito 7)

“No começo era difícil a aceitação, mas eu acho que foi por uma falta de comunicação dos professores da residência com a unidade porque basicamente nós fomos jogados e a gente teve que chegar e explicar o quê que era, então alguém

superior antes da gente entrar nas unidades, acho que deveria ter sentado, explicado nosso papel... Eu acho que faltou um pouquinho disso.” (sujeito 8)

Foi citado pelos egressos do curso alguns problemas relativos ao desempenho do papel do preceptor como acúmulo de múltiplas funções e falta de comunicação com os profissionais das UBS. Porém, alguns residentes enfatizam que após a atuação do preceptor dentro dos campos de prática o processo de trabalho foi facilitado pelo entendimento dos papéis que cada um deveria desempenhar. Além disso, a experiência profissional desses preceptores foi citada como facilitador na troca e experiência e enfrentamento dos problemas.

O preceptor, segundo Bain e Armitage, citados por Bellodi (2005) tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática. Os recém formados chegam ao ambiente de trabalho com certa bagagem de conhecimentos e habilidades, mas deles são exigidas algumas competências consideradas mínimas, nem sempre já adquiridas no processo de formação. O preceptor tem, então, o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias.

Como foi relatado pelos residentes, em muitos momentos, os papéis de cada ator (residente, tutor, preceptor, equipe) neste processo de formação, não ficou muito claro. Cabe ao preceptor explicitar esses objetivos e aproximar a realidade teórica da realidade prática construindo um cenário favorável à aquisição de novos conhecimentos.

5.2.4 Categoria 4 = Apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso

Nesta categoria são apresentadas as principais dificuldades apontadas pelos egressos do curso. Não se tem a pretensão de apontar soluções, ou seja, desatar esses nós, mas estes serão discutidos, sem que o assunto seja esgotado. Julgou-se importante fazer uma reflexão acerca dos problemas encontrados pelos residentes durante o seu processo de formação universitária, na sua inserção no campo de estágio no serviço e durante a formação na residência.

5.2.4.1 A Imaturidade do recém formado: visão restrita da graduação em relação ao serviço público

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. A partir da análise dos discursos chegou-se a um dos temas desta última categoria. Nele os egressos reconhecem as dificuldades de trabalhar em equipe e de colocar em prática o enfoque do “conceito ampliado de saúde” frente à formação individualista que receberam na graduação.

O aparecimento de tal temática é explicado por Oliveira (2007) pela associação entre as experiências da graduação e aquelas vividas na RMSF, que proporcionam conhecimentos sobre uma nova perspectiva de saúde, particularmente naquilo que se refere ao aprimoramento dos processos de trabalho, estimulando-os a pensar sobre a sua própria formação de modo mais crítico.

“[...] saí da faculdade muito... só pensando em trabalhar, atender o paciente, você não vê tudo que está envolvido, com relação ao SUS.” (sujeito 1)

“[...] no começo é difícil porque a nossa faculdade não dá esse perfil para gente, a gente é formado pra trabalhar entre quatro paredes sozinho, nem com auxiliar odontológico a gente é formado na faculdade pra trabalhar.” (sujeito 2)

“[...] a faculdade não tem [...] uma visão um tanto ampla sobre a Saúde Coletiva [...] vamos dizer vivência mesmo. A gente só tem aquela parte teórica [...] e na verdade durante a faculdade a gente acaba sendo mais direcionado [...] as áreas mais específicas [...] de ortodontia, próteses. E não dá muita atenção para a Saúde Coletiva, mas acho que nós dentistas saímos com uma formação, sei lá, muito fechado, muito específica.” (sujeito 3)

“A gente acaba sendo muito fechado por conta da formação, essa foi uma coisa que ficou bem evidente, a gente notou e depois no segundo ano tanto que nas nossas

reuniões de grupo a gente conversava, ia se entrosando melhor, essa dificuldade eu vejo que foi por conta da formação, eu acho. Quando a gente conversava [o entrevistado e outro dentista] a gente tinha essa mesma opinião. Ele se formou em outra faculdade, outro lugar e tudo e acho que a questão é do dentista mesmo.” (sujeito 3)

“Durante a graduação eu não entendia nada sobre Saúde Coletiva, nem de PSF, nem de serviço público, absolutamente nada [...]. Se eu tivesse saído da graduação e vindo direto para o serviço eu ia bastante perdido.” (sujeito 5)

“porque a gente fica muito focado só na nossa categoria mesmo, até trabalhar com auxiliar pra gente é [...] na minha faculdade não tinha auxiliar.” (sujeito 6)

O ensino de odontologia nas faculdades brasileiras foi constituído segundo modelo biomédico, que privilegia o estudo das doenças, fragmenta o ensino em especialidades e assim, enfatiza a formação técnica em detrimento da formação humanística e ética. Esse modelo favorece o aperfeiçoamento material e técnico do profissional em detrimento da formação de um profissional crítico e humano.

O ensino é formatado/fragmentado em disciplina com o objetivo de formar especialistas. Somente ao final do curso é possível se aproximar de um modelo ‘totalizador de conteúdos’ na disciplina de Clínica Integrada, nela tenta-se resgatar os conteúdos das especialidades odontológicas. Porém, até mesmo na Clínica Integrada não existe a pretensão de entender o paciente como um ser integral. Nesta clínica ele (o paciente) não passa de uma boca com múltiplas necessidades: restauradora, endodôntica, cirúrgica, periodontal, protética...

Para Santos e Cutolo (2003) são formados profissionais incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas.

O currículo organizado por disciplinas, baseado em conteúdos, tem longa e honrosa história e prepara grande número de profissionais competentes. A questão que agora exige consideração realista é se esse modelo ainda é eficiente e eficaz nessa nova era de produção de conhecimento e de rápida transformação

tecnológica (Araújo, 2004). Somado a isso, existe a necessidade de formação de profissionais com perfil adequado as exigências dos serviços de saúde e da população.

A nova tendência é à formação de profissionais generalistas, com formação mais ampla, sem ênfase na especialização, pode levar a uma modificação do perfil profissional de nossos acadêmicos e, em consequência, de nossos profissionais, os quais deverão aprender a atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde e concretizado pela estratégia de saúde da família. Com essa finalidade foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde pelo Conselho Nacional de Educação em novembro de 2001 (Santos; Cutolo, 2003).

Segundo as DCN, em seu artigo 3º:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (Brasil, 2002, p. 1).

Além disso, segundo o artigo 4º,

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. (Brasil, 2002, p. 1).

As competências gerais contidas nas DCN, dão uma idéia de amplitude das relações entre DCN e implementação do SUS e da importância da formação de profissionais que nele atuarão. A existência de um eixo comum na formação de profissionais da área de saúde, delineado pelas competências gerais das DCN, além de visar à integralidade da atenção, reforça a compreensão ampliada de que os membros da equipe devem atuar de forma sinérgica para a resolução dos problemas de saúde (Morita; Haddad, 2008).

5.2.4.2 Despreparo do serviço em receber o residente

Outro grande nó encontrado a partir dos discursos analisados foi a falta de preparo dos serviços em receber os residentes. Nas falas foi possível verificar desde a falta de estrutura física até a falta de entendimento de todos os profissionais das unidades de saúde sobre o papel que o residente desempenha no serviço.

“Tinha dia que não tinha paciente agendado, então a gente ficava sem fazer nada, lendo artigo, catando coisa pra fazer, isso acontecia principalmente no começo, nos seis primeiros meses eu me senti muito perdido, sem saber o que fazer.” (sujeito 1)

“Outra dificuldade que a gente tinha era uma dificuldade mais física, um problema de local pra gente ficar.” (sujeito 4)

“Então uma das maiores dificuldades foi essa, o entendimento mesmo da própria unidade, o que fazer com o residente e com o próprio profissional, teve colega profissional que não entendeu o seu papel ali, o porquê estava ali, um dos questionamentos era assim: será que a gente vai ter que sair daqui? Os dois [residentes] vão ficar no nosso lugar? Será que eles vieram para observar o que a gente tá fazendo? O que eu tô fazendo está certo? O que tô fazendo é errado?” (sujeito 5)

“Tiveram algumas falhas desde começo, principalmente no primeiro momento de inserção na unidade, não foi muito bem estruturado, então as pessoas não entendiam o porquê a gente estava lá, ou porque eu estava só em uma equipe e não em outra. Mesmo as categorias, não sabiam no começo, como trabalhar juntas.” (sujeito 6)

O momento de inserção do residente no campo de estágio foi considerado por eles como um problema a ser enfrentado. Não existia um entendimento, por parte dos profissionais da UBS, sobre o papel que aquele residente iria desempenhar lá dentro. Muitas vezes o residente foi confundido com alguém que

estava ali para observar os problemas e delatá-los ou mesmo substituir alguns profissionais.

A falta de esclarecimento dos papéis - tanto para os profissionais da UBS sobre a função do residente, quanto do próprio residente sobre os objetivos do estágio vivencial – gerou momentos de conflito e ociosidade. A preceptoria exerce uma função importante na articulação da residência com o serviço ficando evidente uma lacuna desses atores no momento da inserção do residente no campo de prática.

Os outros problemas relatados referem-se à falta de estrutura das UBS para receber o residente. Pinto et al. (2007) também destacou questões funcionais como aspectos problemáticos do PSF: insuficiência ou inadequação da formação dos membros das equipes, inadequação do espaço físico, insuficiência de equipamentos, insumo básicos e medicamentos comprometendo a resolutividade do atendimento.

Algumas críticas e dificuldades relacionadas à infra-estrutura, organização e planejamento do estágio no serviço também foram referidas por Pinto et al. (2007), segundo relato dos egressos estudado por este autor existia insuficiência de clareza por parte dos alunos e das equipes quanto ao papel que deveriam desempenhar, falta de um calendário e de melhor explicitação das atividades pela preceptoria.

Para algumas categorias profissionais da residência essas dificuldades estruturais do serviço foram mais evidentes, pois algumas unidades não tinham um profissional de referência para a categoria de residente que estavam recebendo. Dessa forma, enfatiza, mais uma vez, um problema que remete a importância da figura do tutor neste processo de ensino aprendizagem, pois para Bellodi (2005) o tutor mantém uma relação continuada, compartilha sua experiência, auxilia a lidar com as vicissitudes do processo de profissionalização, estimula a reflexão crítica (incluindo a auto-crítica) e contribui para o desenvolvimento de competências ético-profissionais.

“[...] nós dentistas tínhamos a sala de odonto e as enfermeiras tinham as enfermeiras e tudo mais e ela [nutricionista] não tinha alguém, vamos dizer, uma pessoa na unidade pra poder, sei lá talvez dá uma retaguarda ou alguma coisa ou para acompanhar, então assim, ela tinha que ficar assim ou fazendo uma consulta

junto com a enfermeira, só acompanhar, não tinha exatamente uma agenda pra ela [nutricionista] ou consulta, no início, depois a gente conseguiu aos poucos arrumar isso, até mesmo por conta do fluxo da unidade, que tá fechando e para inserir outro profissional de outra categoria era um pouco difícil.” (sujeito 3)

“[...] era complicado, não tinha assistente social no posto naquele PSF. Então ela não tinha um papel específico, então ela achava que a gente tinha que ficar o tempo todo com ela, o dentista, o enfermeiro sendo que o enfermeiro tinha as funções dele, então foi complicado assim, a equipe entender que ser multiprofissional não é estar a todo momento junto. [...], pra nós da Odontologia era muito simples, o serviço estava lá era só a gente acompanhar e praticar.” (sujeito 7)

Outra grande dificuldade encontrada é a lógica do serviço por produtividade que em alguns momentos impera atrapalhando a lógica do trabalho em equipe obrigando os profissionais a dar uma ênfase maior ao seu trabalho especializado.

“Porque hoje aqui nós somos cobrados muito por produção e não por tentar criar um vínculo com a família, é cobrado somente por produção e nada justifica.” (sujeito 4)

“Teve muita mudança na estruturação da OS [Organização Social], alguma flexibilidade que a gente tinha com relação a horário, a estar mais presente nas reuniões de equipe, participar mais nos processos eu não consigo mais da mesma forma que eu fazia no começo.” (sujeito 6)

“Acho que a gente pode fazer mais e acho que essas reestruturação são normais no processo de trabalho a OS [Organização Social] está passando pelo processo de reestruturação para a melhoria do serviço mesmo, mas acho que a gente nunca pode nem tanto ir para um lado nem tanto para o outro. Lógico que tem a parte quantitativa que tem que fazer, mostrar que é a parte de atendimento, mas acho que a gente não pode fugir da qualidade da atenção.” (sujeito 6)

“Dentro da vivência do PSF, da Odonto, por mais que a gente hoje por mais que seja PSF ainda é muito separada, a gente vai nas reuniões diárias, mas você tem seu grupo que você, você tem suas metas e eles tem as deles.” (sujeito 7)

As metas impostas para avaliação dos serviços oferecidos parece algo que se contrapõe a nova lógica do serviço definida no PSF que pressupõe uma atenção integral. Há que se pensar em uma forma de avaliação das ações sem que, para isso, seja imposta uma rotina que atrapalhe a qualidade do serviço. Em alguns discursos foi possível perceber que uma maior pressão por dados quantitativos obrigava os residentes a direcionar suas ações para o trabalho individual de atenção curativa.

5.2.4.3 Outros nós estruturais da residência multiprofissional

Neste último tema são apresentados alguns problemas estruturais e organizacionais que foi possível observar pela análise dos discursos dos residentes. Acredita-se que os problemas aqui apresentados possam servir como um direcionamento na reformulação do PPP da instituição.

“Algumas coisas eles estavam realmente despreparados pra trabalhar coma a gente, até a questão multiprofissional que é o tema principal, eu achei que eles não sabiam muito bem como trabalhar [...] foi uma experiência pra todo mundo, mas eu achei que eu aprendi bastante coisa.” (sujeito 1)

“[...] as dificuldades que a gente tinha era assim dessa comunicação entre a equipe do Santa que era responsável pela gente lá e pela equipe da unidade, por serem várias unidades, várias categorias, vários profissionais, a gente enfrentou várias dificuldades de comunicação.” (sujeito 2)

“[...] a dificuldade era essa, de comunicação, por exemplo, ia ter uma aula que não tava no cronograma que a gente precisava sair fora do horário de trabalho, remarcar paciente também, era um transtorno, aí marca, desmarca, marca, desmarca, por conta de coisas que não estavam muito programadas, então problema de programação e de comunicação.” (sujeito 2)

“Mas uma das coisas que a gente não teve e não tem até hoje é uma comunicação, uma comunicação mais direta, por exemplo.” (sujeito 5)

“[...] quando a gente fez a primeira turma, foi uma coisa muito em construção. Não tinha tanta estrutura, mas a gente foi andando.” (sujeito 7)

“Bom, eu acho que as dificuldades maiores foram com relação a organização da residência, talvez por ter sido a primeira, acho que todo mundo deve ter falado um pouco disso... era meio desorganizado.” (sujeito 8)

“Uma série de reivindicações que nós fazíamos enquanto residentes da primeira turma, a gente não vê resultado, porque hoje tem residente atuando na clínica comigo e a gente vê que tudo aquilo que a gente lutou, reivindicou, pediu, são as mesmas coisas que eles estão reivindicando, então acho que os formadores, a base da residência, eu acho que ela precisa ser melhor estruturada para isso.” (sujeito 5)

Em quase todos os discursos apresentados fica evidente a necessidade de organização estrutural da residência da CSSM. A maior queixa dos egressos foi em relação à dificuldade de comunicação dentro do processo de formação.

Por outro lado, em alguns discursos, também se evidencia o reconhecimento de que o curso é um processo em formação e por se tratar da primeira turma de residentes no formato multiprofissional os problemas estruturais e organizacionais foram relatados.

“[...] na residência a gente sempre ouvia “ah é um processo em formação, tal, tal, tal” que era um processo novo pra todo mundo, tanto pra quem era tutor, pro Santa Marcelina que estavam se organizando [...]” (sujeito 2)

“[...] quando a gente fez a primeira turma, foi uma coisa muito em construção. Não tinha tanta estrutura, mas a gente foi andando”. (sujeito 7)

É importante destacar aqui a observação feita por Nascimento (2008) que teve como objeto de seu estudo a RMSF da CSSM, para esta autora algumas dificuldades foram enfrentadas pelos residentes no processo de formação, como o desenvolvimento de ações multiprofissionais, a carga horária elevada e o

entrosamento da equipe de residentes e a equipe tutora. Preceptores e tutores também encontraram alguns obstáculos para realizar suas atividades, em razão da falta de envolvimento de alguns residentes e da própria construção de um direcionamento pedagógico para uma proposta recente e inovadora.

Como discutido anteriormente a metodologia adotada para estruturação da Residência da CSSM foi baseada em duas vivências educacionais: a problematização e o PBL. Para operacionalização desta prática os residentes se reuniam semanalmente para discutir os assuntos teóricos especificados no conteúdo programático. As discussões aconteciam no formato de seminários com leitura prévia de um texto de referência e posterior discussão em grupo. Esses seminários foram considerados, pelos sujeitos da pesquisa, momentos de interação entre as diversas categorias profissionais da Residência. A partir da análise dos discursos foi possível verificar que essa vivência educacional refletiu de maneira diferente para o grupo de residentes estudado.

“[...] a gente teve apresentação de seminários de quarta-feira a gente, cada dia era um, então foram vários temas, depois a gente apresentava e depois era obrigado a discutir o assunto [...] então você aprende a discutir.” (sujeito 1)

“E o que eu achei para minha formação importante também foi fazer os seminários que a gente sempre discutia. Aprender a abrir a mente, aprender a ver as coisas de todos os ângulos, porque a gente sai da faculdade muito... só pensando em trabalhar, atender o paciente, você não vê tudo que está envolvido, com relação ao SUS, a saúde pública.” (sujeito 1)

“[...] tinha um momento de troca com as outras categorias profissionais que era [...] tinha uma aula [...] que reunia todos os residentes e aí algum professor dava aula ou médico ou enfermeira ou então tinha essa troca, só que eu acho [...] que a vivência, a diária seria, vamos dizer assim, teria mais fruto com essa vivência diária do que só com aquela aula que era teórica e tudo mais.” (sujeito 3)

“[...] eu acho que durante a residência nos momentos que estavam todos juntos [nos seminários], teve muita falha nisso aí, de propor uma discussão multi, de interação, de entender como um profissional pode atuar com o outro na unidade.” (sujeito 6)

“[...] às vezes davam um tema tipo abuso infantil, aí dava um texto a gente lia, discutia eu achava que ficava meio viajando, por fora do assunto, não me envolvia na discussão, você vê que tem gente que gosta, que discute, se envolve. A gente da odonto, acho que no geral sempre foi mais cada um na sua, sem ficar discutindo.”
(sujeito 1)

O programa de residência fundamenta-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa. A teorização ocorrerá tanto em relação aos casos vivenciados na prática com os preceptores vinculados aos estágios nas UBS, como em relação a situações simuladas e discutidas em grupo, de forma a garantir que todos possam entrar em contato com os conteúdos essenciais para o desenvolvimento dos atributos requeridos (aprendizagem baseada em problemas).

Freire, 1996 afirma que no processo de aprendizagem de adultos, é fundamental que o professor ajude o aluno a definir seus próprios objetivos de aprendizagem, encoraje o compartilhamento de idéias, dê *feedback* construtivo e oportunidade de praticar novas habilidades. Para ele os adultos precisam ter a oportunidade de refletir sobre sua aprendizagem, e esta somente será profunda quando o aluno estiver emocionalmente engajado.

Para Junqueira (2009) quando o ensino está centrado na figura do professor detentor do conhecimento e transmissor de informações e na do aluno receptor de conhecimento não há espaço para o desenvolvimento do pensamento crítico. As estratégias ativas de aprendizagem, ou problematizadoras, reforçam a necessidade de o aluno buscar o conhecimento. Dessa forma, favorece-se o desenvolvimento do pensamento crítico, visto que as informações não são transmitidas acabadas.

Este é o princípio metodológico do processo de aprendizagem da residência multiprofissional, mas alguns entrevistados apontaram a dificuldade de interagir dentro dos grupos de discussão. Essa dificuldade dos alunos em assumir um maior grau de autonomia no processo de aprendizagem ficou clara nas cobranças por um maior esclarecimento do trabalho multiprofissional. Para Pinto et al. (2007) uma maior autonomia implicaria na organização do próprio tempo e na busca ativa de oportunidades para aprender, em contraposição ao modelo de formação atual, no qual o aluno é muito mais passivo no processo de aprendizagem.

Isso foi verificado por um sujeito como vemos no discurso a seguir:

“Então apesar de todos os problemas, talvez tenha faltado um pouco da gente por imaturidade, por pensar que era um serviço público, então eu acho que todo mundo deveria ter se dado um pouco mais, ate eu mesma. Imaturidade na época, acho que hoje poderia ter aproveitado mais. Mais foi importante pra mim, se eu falar que não foi não é verdade.” (sujeito 8)

Trabalhar com essa metodologia participativa foi um grande desafio para todo o grupo. Como afirmou Oliveira (2007) houve dificuldade de todos os preceptores para coordenar as discussões sem resvalar na tendência de direcionamentos teóricos prévios. O intuito do método é desenvolver no residente a capacidade de ir atrás do conhecimento, refletir sobre ele e relacioná-lo com a prática. O papel do preceptor é somente o de facilitar a discussão, estimulando e conduzindo os trabalhos de modo a que todos participem do processo. Essas metas foram parcialmente cumpridas, pela própria inexperiência dos preceptores com tal metodologia de ensino.

O trabalho no PSF é generalista, diferente da visão monodisciplinar das especialidades (Ferreira et al, 2009). A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (Almeida; Mishima, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de aprimoramento profissional é fundamental frente às mudanças que ocorreram na estruturação dos serviços de saúde no Brasil iniciadas no final da década de 80. Com essas mudanças operadas no sistema observou-se que os profissionais de saúde formados de acordo com o modelo tradicional de ensino (fragmentado e focado nas disciplinas/especialidades) não estavam preparados para resolver as reais necessidades de saúde da população. Necessidades estas que também passaram a ser entendidas sob uma nova ótica: no lugar de um olhar sobre o corpo doente dava lugar um ser indivisível e ‘total’ e inserido em um contexto social, político, econômico, moral. Constatou-se, então, que o perfil dos profissionais em formação não é adequado para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplam ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação.

Nesse cenário de mudanças surge um modelo de reestruturação dos serviços de saúde: o Programa de Saúde da Família. O PSF insere uma abordagem totalmente nova no contexto nacional com a lógica do trabalho em equipes multiprofissionais, atuando em um território definido e delimitado que necessita ser enfrentado com seus problemas complexos.

Considerando que a saúde bucal está efetivamente incorporada ao PSF (ambos parte integrante da atenção básica) e este tem um papel potencial de eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde e que sua expansão tem sido contínua, é de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nessas equipes.

O modelo de atenção à saúde e recursos humanos são questões difíceis de serem discutidas separadamente. A adequada formação de profissionais para os serviços de saúde deve ser pautada nas universidades em relação às reformas curriculares e uma atenção especial deve ser dada aos profissionais já inseridos no sistema buscando meios de garantir que suas práticas atendam as necessidades da população (Gil, 2005; Junqueira et al., 2009).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família se insere neste novo contexto como uma possibilidade de formação dos profissionais preocupados em operar mudanças no contexto social e familiar. A RMSF torna-se um espaço para desenvolver no profissional de saúde sua criatividade e sensibilidade diante da complexidade dos problemas de saúde encontrados no cotidiano dos serviços. A articulação entre ensino e serviço ganha um formato, claro que com necessidades de aprimoramento das estratégias pedagógicas, estrutura organizacional e planejamento das ações.

É importante ressaltar que as políticas de reestruturação dos currículos dos cursos de saúde na graduação e na pós-graduação caminharam juntas. A graduação é entendida como o primeiro lugar para se trabalhar competências técnicas e teóricas das disciplinas e desenvolver a rotina de trabalho. Além disso, é a partir do momento de reflexão do processo de formação que surgem profissionais críticos e autônomos.

Segundo Nascimento e Oliveira (2006) vários autores consideram que atualmente os programas de residência são uma complementação à formação na graduação, tendo em vista as deficiências nela reconhecidas, assim como uma perspectiva de inserção no mercado de trabalho após a especialização. Para Oliveira (2007) a formação proporcionada pela RMSF não pode e não deve ser entendida como um processo de aprimoramento profissional que supre as deficiências da graduação. O entendimento de que “a RMSF aparece como estratégia supletiva e não de aprofundamento da formação; como medida de nivelamento daquele profissional que está inadequado para exercer seu trabalho na saúde pública, pois não teve formação suficiente na graduação” (Oliveira, 2007, p. 79) não é a reflexão que interessa.

Existe a necessidade de resignificar a formação de recursos humanos para saúde, inseridos na RMSF, estabelecendo um perfil de competências voltadas para o trabalho em saúde pública, que contemple as necessidades de saúde da população e que contribua para a consolidação do SUS.

Após a formação da primeira turma de residentes da CSSM julgou-se oportuno verificar a opinião dos egressos do curso sobre o seu processo de formação. Ao analisar as entrevistas dos odontólogos obtidos nesta pesquisa foi possível extrair os aspectos considerados significativos e categorizá-los em: a vivência no serviço preparando o residente; trabalhando em equipe multiprofissional:

desafios e aprendizados; a importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores e apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso.

Na primeira categoria – A vivência no serviço preparando o residente – foi possível observar que a articulação entre ensino e serviço operada na residência multiprofissional possibilitou uma imersão do egresso no seu campo de prática. A partir da vivência diária no serviço o aluno/profissional pode enfrentar as dificuldades complexas existentes nos processos de trabalho e na organização do serviço e, a partir disso, construir conhecimentos importantes para sua formação profissional.

Foi possível verificar também que os egressos destacaram a importância de conhecer todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (atenção básica, média e alta complexidades) para poder compreender como ele se articular e se formata.

É importante ressaltar que a possibilidade de vivenciar a prática, por si só, não opera mudanças nos sujeitos estas só podem ocorrer quando existe espaço reflexivo, quando, diante da complexidade dos acontecimentos, é produzida abertura aos processos de elaboração dos problemas e de criação de resposta.

“Foi muito gratificante tanto profissionalmente como nas questões pessoais ter vivenciado questões numa realidade que eu não tinha muita proximidade, trabalhar com uma população mais carente [...] então eu cresci profissionalmente, nas questões técnicas referentes a parte odontológica e cresci como pessoa também por ter proximidade com essas questões que eu não tinha muita proximidade[...].”
(sujeito 2)

Na segunda categoria - Trabalhando em equipe multiprofissional: desafios e aprendizados – foi possível observar as modificações que o trabalho em equipe proporcionou aos residentes. Palavras como: “interação”, “visão ampla”, “outros conhecimentos”, “outro olhar”, “troca”, “trabalho do outro” permeiam os discursos dos sujeitos. Trabalhar com outras categorias profissionais possibilitou aos residentes uma reflexão e entendimento sobre o processo de trabalho no PSF e muitas vezes a interação entre essas categoria possibilitou uma nova abordagem no cuidado com a saúde.

Por outro lado, foi possível observar também que os residentes experimentaram as dificuldades que existem no trabalho em equipe: “sem saber o que fazer”, “meio perdido”, “idéias diferentes”, “respeitar limites”. A lógica do trabalho multiprofissional impõe uma prática diferente daquela que os profissionais estão acostumados, por isso, foi marcante na fala dos entrevistados a sensação de estarem desorientados “sem saber o que fazer” em relação ao trabalho multiprofissional.

O residente, ao final de sua formação, e tendo vivenciado todo o tempo a multiprofissionalidade, parte de uma compreensão que ainda delimita aquilo que é a sua especificidade e aquilo que é possível somar de outra categoria profissional. (Oliveira, 2007)

Na terceira categoria - Importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores – verificou-se que os tutores e preceptores desempenham papéis importantes na RMSF. Os tutores no dia a dia do serviço orientam o residente na sua formação e os preceptores, apesar de não possuírem um contato diário com o residente, exercem uma função indispensável na mediação das relações entre coordenação-residente-tutor. É do preceptor também o papel de aproximação dos conteúdos teóricos com a prática do residente. Foi possível concluir pela análise dos discursos que estes papéis não estavam bem definidos pelos atores envolvidos no processo de formação o que dificultou o enfrentamento de alguns problemas vivenciados pelos residentes na prática dos serviços. Torna-se evidente um melhor preparo destes profissionais para que as práticas pedagógicas aplicadas na residência sejam operadas a contento.

Por fim a quarta categoria - Apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso – aponta alguns entraves encontrados pelos residentes no processo de formação.

O primeiro problema apontado foi o reconhecimento, por parte dos entrevistados, das deficiências da formação na graduação. O currículo fragmentado e com ênfase nas disciplinas em detrimento dos conteúdos de Saúde Coletiva.

“[...] a faculdade não tem [...] uma visão um tanto ampla sobre a saúde coletiva [...]” (sujeito 3)

“Durante a graduação eu não entendia nada sobre saúde coletiva, nem de PSF, nem de serviço público [...]” (sujeito 5)

Outro problema apontado foi a falta de estrutura e organização do serviço para receber o residente. A proposta de formação no serviço traz consigo uma questão: as dificuldades encontradas na estrutura dos serviços podem ser apontadas como dificuldades do processo de formação da residência? Sabemos que a (re)estruturação dos serviços de saúde pública no Brasil é recente. Ainda são evidentes muitos problemas estruturais e organizacionais. A vivência no serviço possibilita também o enfrentamento dos problemas complexos impostos não só pelo contexto da população, mas pelas dificuldades apresentadas na estruturação do próprio serviço. O enfrentamento destes problemas requer autonomia e pró-atividade dos sujeitos no seu processo de formação.

O último problema apontado foi com relação à estrutura e organização da RMSF e ao mesmo tempo o reconhecimento de que a estruturação do curso foi um processo que não estava acabado e que eles (os residentes) ajudaram a construir.

Por fim, foi possível observar, pela análise dos discursos que a formação na RMSF da CSSM proporcionou aos egressos a percepção, o aprendizado, e o exercício de novos saberes, competências, habilidades e atitudes, tais como: atuação multiprofissional e interdisciplinar, promoção e educação em saúde, humanização e personalização do atendimento, concepção ampliada de saúde, novas relações entre profissionais de saúde e entre estes e a população. Pelos relatos dos egressos, esses e outros elementos, ainda que percebidos muitas vezes de forma fragmentada, foram identificados como componentes importantes de um novo modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS¹⁰

Abreu SCC. Avaliação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo, 2008 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2008.

Acurcio FA. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: Marcolino H, organizador. Projeto MultiplicaSUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. v. 1, p. 23-40.

Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2001; 9:150-3.

Almeida MJ. Diretrizes Curriculares para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ªed. São Paulo: Artmed; 2004.

Araujo ME. Educação Superior em Odontologia na perspectiva das políticas públicas de saúde [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2004.

Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidência. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bardin L. Análise de conteúdo. 5a. ed. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.

Bellodi PL. Tutoria, mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Pedagogo; 2005.

¹⁰ De acordo com Estilo Vancouver.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Rev Eletrônica Pós-Graduandos Sociologia Política UFSC. 2005; 2(1):68-80 [citado em 10 de Abril de 2010]. Disponível em: www.emtese.ufsc.br.

Bottil SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008; 32(3):363–73.

Bourget MMM, Ghedin R, Vanz L Rodrigues CRF, Silva GTR, Gomes PC, Venâncio VR Brasil. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Série B. textos básicos de saúde]

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Lei 9493/96 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (1997 dez. 22); Sec. 1:11.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (2000 dez 29); Sec. 1:85.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267 de 6 de março de 2001. Regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de

profissionais desta área no Programa de Saúde da Família(PSF). Diário Oficial da União , Brasília (2001a mar 07); Sec. 1:67.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica: inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. [Documento institucional “on line”]. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/bucal/psf/plano.htm> [Capturado em 3 mai 2001].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 396 de 4 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2003a abr 8); Sec.1:94.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 673 de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Brasília (2003b jun 4); Sec. 1:44.

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. 16p. Disponível em <http://www.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php> [2007 ago.17].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2004b jan 22); Sec. 1:55.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2004c fev 14); Sec. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2607/GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília 2004d. disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2607.htm> [2010 jun. 18].

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS 2.101, de 3 de Novembro de 2005b. 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, Brasília (2005b nov 4); Sec. 1:111.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS 2.117, de 3 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2005c nov 4); Sec. 1:112.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS 2.118, de 3 de Novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2005d nov 4); Sec 1:112.

Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005e. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios]

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.143/GM de 7 de julho de 2005. Apóia programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2005f jul 8); Sec 1:30.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (2006 mar 29); Sec 1:71-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Mais Saúde – Direito de Todos 2008- 2011. [Documento institucional “on line”].Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>. [Capturado em 16 jan 2008]

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial 45 de 12 de janeiro de 2007. Dispões sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2007b jan 15); Sec 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial 698 de 19 de julho de 2007. Nomear a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2007c jul 20); Sec. 2:139.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de saúde bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. Brasília. Ministério da Saúde. 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura de Saúde da Família.[documento institucional “on line”]. CGPAN.Brásilia: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> [Capturado em 19 abr. 2010].

Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 01 de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2004e mar 15); Sec 1:80.

Brasil. Senado Federal. Lei 11.129/2005. Brasília; 2005a.

Campos FD. A trajetória da residência multiprofissional em saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. textos básicos de saúde)

Capelle MCA, Melo MCOL, Gonçalves CA. A Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais Agroindustriais. 2003;5:69-85.

Casa de Saúde Santa Marcelina. Faculdade Santa Marcelina. Campus – Itaquera. Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. São Paulo. Revisado em 2005.

Chaves, MM. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Rev Bras Educ Med. 1998; 22(1):7-18.

Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios. In: Campos FE, Oliveira Júnior M, Tonon LM. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap. 2, p11-26

Fernandes JLM. Análise do perfil do cirurgião dentista inserido nas Estratégias de Saúde da Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2008.

Ferreira RC, Vargas CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(supl.1):1421-8.

Flick, U. (2002). Entrevista episódica. Em M.W. Bauer & G. Gaskell. (orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático* (pp. 114-126). Petrópolis: Vozes

Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia* 2004;14:28.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 2005, 21(2):490-8.

Haguette, TMF. (2001). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes. 224p.

Japiassu, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Jovchelovitch S e Bauer MW. (2002). Entrevista narrativa. Em M.W. Bauer & G. Gaskell (orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som. Um manual prático* (pp.90-113). Petrópolis: Vozes.

Junqueira CR. A atenção à pessoa humana – paciente e aluno – no âmbito da formação em Odontologia: o papel do docente, da reestruturação curricular e da Bioética [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2009.

Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(1):122-33.

Lodi JB. A entrevista: teoria e prática. São Paulo: Pioneira; 1991.176p.

Meira MDD. Avaliação da formação do enfermeiro: percepção de egressos de um curso de graduação em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.

Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 1997. 80p.

Mynaio MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 10 ed. São Paulo: Hucitec,; 2007. 406p.

Morita MC, Haddad AE. Interfaces da área de educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidência. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Moscatello ELM. A vivência do enfermeiro tutor em um hospital de especialidades oncológicas. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2ªed. São Paulo: Santos; 2002.

Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidência. São Paulo: Artes Médicas; 2008a.

Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008b.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais de saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Rev Min Enf 2006; 10(4):435-9.

Nascimento DDG. A residência multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008

Neman F. Fazendo algo a mais: a percepção do aluno de enfermagem sobre o cuidado realizado no contexto de família. Ver Esc Enf USP 1999;33(2):142-7.

Nico LS, Bocchi SCM, Ruiz T, Moreira RS. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia Ciência e Saúde Coletiva 2007;12(3):789-97.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública 2006; 40(4):727-33.

Oliveira RF. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2007

Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. Acta Scientiarum Health Sciences 2003; 25(1):95-101.

Organização Mundial de Saúde. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978

Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção os internos em medicina social. Revista Baiana Saúde Pública. 2007; 31(1):115-33.

Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab Educ Saúde. 2010; 7(3):479-98.

Santos MAM, Cutolo LRA. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses Medicina 2003;4(32):65-74.

Schütz A. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1972. 279p.

Selltiz C, Wrightsman LS, Cook SW. Dados de observação e de arquivo (M.M.H. d'Oliveira & M.M. Del Rey, Trads.). Em L.H. Kidder (Org.) Métodos de pesquisa nas relações sociais. (Vol. 2: Medidas na pesquisa social, pp. 95-120). São Paulo, SP: EPU;1987. 25p.

Silva AM, Vargas AMD, Ferreira EF. Integridade da atenção e o ensino superior. Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais. 2004; 40(3): 245-56.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. 2ªed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los metodos cualitativos de investigación. Buenos Aires; 1987.163 p.

Weber MA. “Objetividade” do conhecimento nas ciências sociais. In: Cohn G, organizador. Max Weber: sociologia. São Paulo, Ática; 1986.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**PARECER DE APROVAÇÃO**
Protocolo 180/2007

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa "AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS MUDANÇAS CURRICULARES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA NA PERSPECTIVA DO EGRESSO", de responsabilidade da Pesquisadora LUCIANA COUTINHO SIMÕES WANDERLEY, sob orientação da Profª. Drª. MARIA ERCÍLIA DE ARAÚJO.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 31 de março de 2008

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

APÊNDICE A – Carta de Solicitação à Diretoria da Instituição para Desenvolver o Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Sr^a Irmã Monique Bourget,

Venho através desta solicitar a sua autorização para realização da pesquisa “Avaliação Qualitativa do processo de formação dos Cirurgiões-Dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso”. Trata-se de um projeto de pesquisa do Mestrado em Odontologia Social da Universidade de São Paulo sob orientação da Prof(a) Dr^a Maria Ercília de Araújo.

A coleta dos dados será realizada em duas etapas:

1. Análise documental (estratégias utilizadas e conteúdos trabalhados na Residência);
2. Entrevista com os cirurgiões-dentistas que concluíram o curso da residência no ano de 2007.

Estou enviando em anexo o Projeto de Pesquisa para esclarecimentos a respeito da referida pesquisa.

Comprometo-me a enviar-lhe relatórios referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho.

Agradeço desde já a sua compreensão e colaboração,

Atenciosamente,

Luciana C. S. Wanderley

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Avaliação qualitativa do processo de formação dos Cirurgiões-Dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso

Pesquisador(es) responsável(is): Maria Ercília de Araújo, Luciana Coutinho Simões Wanderley

Instituição/Departamento: Departamento de Odontologia Social da FOU SP

Telefone para contato: 81438562

Local da coleta de dados: Determinado pelo entrevistado

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder a uma entrevista de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder à entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- As entrevistas serão realizadas por Luciana Coutinho Simões Wanderley, aluna do Curso de Pós-graduação, nível mestrado, do Curso de Ciências Odontológicas, área de concentração Odontologia Social. Antes que você decida participar, todas as suas dúvidas serão esclarecidas. No entanto, se surgirem dúvidas no decorrer do estudo, a pesquisadora compromete-se a esclarecê-las.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Objetivo do estudo: A partir do relato da experiência apreender a percepção do egresso em relação ao seu processo de formação, frente às demandas que vivenciam no cotidiano profissional identificando sua apreciação sobre a formação possibilitada pela Residência Multiprofissional.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá na realização de uma entrevista com cerca de uma hora de duração, em local previamente determinado por você.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. A realização da entrevista prevê conhecer seu processo de formação no curso de Residência sob sua óptica. Dessa forma, sua participação não implica riscos psicológicos ou de outra natureza.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. A fim de garantir o sigilo das informações (como parte da entrevista será transcrita), será dado um código a cada participante. Ao final da transcrição, o texto da entrevista lhe será entregue e, caso concorde com o texto final, este será utilizado no estudo. No caso de desejar vetar parte do texto, não haverá nenhum impedimento.

Atenciosamente, AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação qualitativa do processo de formação dos Cirurgiões-Dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso.” AUTORIZO a realização da entrevista:

Nome: _____

Em ____ de _____ de 2009.

Assinatura

Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para

Luciana Coutinho Simões Wanderley	Telefone: 81438562
-----------------------------------	--------------------

APÊNDICE C – Categorias

Categorias	Categoria 1
	A vivência no serviço preparando o residente
Temas e Títulos	Trabalhando no serviço
<p>Sujeito 1</p>	<p>na verdade achei que pra eu consegui entrar aqui foi fundamental, porque foi o que me preparou, tanto pra prova teórica, pra entrevista, pra dinâmica</p> <p>no começo muita coisa que a gente achou que era massante, cansativo, no final vi quanta coisa eu aprendi, quanta coisa eu trouxe pra mim hoje</p> <p>Tivemos vários estágios também, no Oncocentro a gente teve acesso direto ao pessoal com seqüela de câncer, então foi até um pouco chocante algumas coisas porque você ver a pessoa desfigurada, mas foi bem legal, pra mim serviu como um crescimento pessoal. A gente fez também estágio no cabeça e pescoço, a gente até participou de cirurgia, no centro cirúrgico lá, remoção de tumor. Fizemos estágio na pediatria que não serviu muita coisa</p> <p>a gente teve apresentação de seminários de quarta-feira a gente, cada dia era um, então foram vários temas, depois a gente apresentava e depois era obrigado a discuti o assunto(...)então você aprende a discutir</p> <p>Eu acho que tudo que eu fui vivendo, fui aprendendo como trabalhar no PSF</p> <p>E o que eu achei para minha formação importante também foi fazer os seminários que a gente sempre discutia. Aprender a abrir a mente, aprender a ver as coisas de todos os ângulos, porque a gente sai da faculdade muito... só pensando em trabalhar, atender o paciente, você não vê tudo que está envolvido, com relação ao SUS, a saúde pública eu achei que me preparou muito para isso, então eu acho que eu não entraria aqui se não tivesse feito a residência.</p> <p>Eu acho que deu a base de tudo, eu acho que eu seria completamente perdida se eu tivesse me formado e tivesse vindo pra cá direto, eu acho que eu não ia saber por onde começar</p> <p>pra mim foi importante, deu a base pra fazer tudo que eu sei, eu sempre procurei estudar, ler as diretrizes, pra tentar melhorar, trabalhar da melhor forma possível. Eu acho que se eu não tivesse feito residência e tivesse vindo direto pra cá eu ia ficar completamente perdida, desorientada.</p>
<p>Sujeito 2</p>	<p>Foi muito gratificante tanto profissionalmente como nas questões pessoais de ter visto, vivenciado questões numa realidade que eu não tinha muita proximidade, trabalhar com uma população mais carente, eu já tinha trabalhado em hospital, atendia pacientes do SUS, mas à nível hospitalar é um pouco mais distante do convívio que o PSF proporciona, então eu cresci profissionalmente, nas questões técnicas referentes a parte odontológica e cresci como pessoa também por ter proximidade com essas questões que eu não tinha muita proximidade, nem na faculdade, nem no trabalho no consultório privado,</p>

	<p>nem no hospital</p> <p>, com auxiliar odontológico, isso na clínica e nessa questão da abordagem de famílias e dos problemas sociais essa equipe multiprofissional com enfermeira e agente comunitário também dá um respaldo muito grande</p> <p>Ah me preparou totalmente porque se eu tivesse prestado concurso pura e simplesmente sem essa vivência do PSF eu ia ser... estar totalmente fora dessa rotina de como se organiza o serviço, como se articular com a equipe, ia tá totalmente crua, não que eu não fosse aprender, mas eu ia aprender na marra, no sufoco, na pressão, ia demorar esse processo(...)ele tá formando a gente pro serviço a gente vai vivenciar toda a realidade, as dificuldades, os problemas do serviço, então quando eu comecei a trabalhar eu já tinha dois anos de experiência, já tinha visto de tudo e mais um pouco, só que quando eu cheguei eu sabia o que estava esperando, o que me esperava aqui e como eu podia me articular pra tentar resolver e minimizar as dificuldades que o próprio sistema apresenta,</p> <p>mas de uma forma geral, ela dá respaldo pra você saber se articular diante de determinada situação na prática profissional, a residência ela prepara o dentista pra trabalhar no PSF, no posto de saúde.</p> <p>Eu senti falta do processo de ter mais participação ou então uma experiência prática junto com a gestão, pra sentir as dificuldades que os gestores têm, porque dentro da unidade a gente sente falta de algumas coisas que a gente não tem vivência, não tem noção, por quê que tá, por exemplo, faltando luva agora na unidade, o quê que acontece lá acima com a gestão que chega esse problema que reflete aqui no nosso trabalho, então durante a residência eu senti falta dessa proximidade com a gestão a parte de administração.</p>
<p>Sujeito 3</p>	<p>durante a residência toda mudou completamente a visão, né?! Mas o que mudou isso foi, lógico, a vivência em campo. Estando na unidade todos os dias, acompanhando as consultas, o atendimento, tanto da parte da odontologia quanto na parte da equipe que foi no PSF</p> <p>(...) a vivência dentro da residência mostrou tudo isso mostrou toda essa vamos dizer, amplitude da nossa área de atuação que não fica restrita só aquilo, só aquilo digo, só na cadeira,vamos dizer, que você pode ter amplitude da área de atuação é sentir que é da saúde coletiva, da prevenção da promoção a saúde atuando junto com outras áreas, (...) fez com que eu mudasse também na minha forma de agir (...) com os meus pacientes, antes a visão, não tinha tanta essa visão de promoção de saúde e prevenção e agora até mesmo nas conversas você acaba inserindo outras falas, não mais uma fala só com uma visão restrita a odontologia</p> <p>Acho que essa que é a diferença da vivência, aprende muito mais que você tá todo dia, convive e todo dia reunião de equipe, você sempre aprende</p> <p>Depois durante o processo de formação, convivência, as aulas e tudo mais você se adapta aquela situação, você agrega o conhecimento dos outro e durante a imersão você aprende a conviver e a ver o que é talvez essa visão restrita, vamos dizer assim ,não é a mais correta. Tanto que agora é diferente a minha visão de quando eu entrei, acho que agora é bem mais aberta do era no começo</p> <p>Acho que dentro da residência, não sei se dá pra falar assim nossa eu sou bem formado! Você sempre quer buscar mais. Mas acho que a resposta que eu consigo ver é nesse sentido, sempre quando a gente presta um processo seletivo sempre fica, consegue uma boa colocação, assim você consegue se</p>

	<p>diferenciar, até mesmo como eu disse, como eu tenho alguns amigos que não fizeram a residência, você vê que tem uma boa diferença, então é nesse sentido isso que é uma coisa que dá para mostrar que a formação na residência pode contribuir para minha inserção em algum campo hoje</p> <p>mas na residência ela também proporcionou nós conhecermos não só a atenção básica, mas como a média e alta complexidade, que nós tivemos estágios tanto na média complexidade tipo quando vai pro CEO, Centro de Especialidade Odontológica, fomos acompanhar como era a rotina do CEO,...) Mas acompanhamos e acho que foi importante, não ficar só na atenção básica. (...). Também fizemos estágio em outro hospital, em cabeça e pescoço, acho que isso foi legal na residência, poder conhecer todas as atenções(...)Além dessas duas tem o Centro de Reabilitação que a gente fez estagio no Onco Centro que é o Centro que eles fazem reabilitação de pacientes que tiveram tumores e quando teve uma cirurgia bastante extensa e teve boa perda de tecido, o estágio lá foi legal</p>
Sujeito 4	<p>Na hora que entrei na residência adquirir mais conhecimento sobre esta parte e mesmo sobre o PSF, o programa, é bem interessante trabalhar com uma equipe multiprofissional</p> <p>É nós ficamos uma semana na pediatria do hospital. Ficamos também no Oncocentro e agora pro CEO, ficamos 2 dias na semana no CEO, acompanhando.</p> <p>O que a gente ver hoje como profissional tenho uma outra visão o que é PSF, o que é trabalhar com família, o que é criar um vínculo, que antes a gente só via somente o paciente, hoje tenho uma visão mais ampla, trabalhar com outras categorias, ter o agente comunitário, que é muito importante, que ele serve como um elo de ligação</p>
Sujeito 5	<p>E aí quando entrei na residência conheci um universo totalmente diferente, foi gratificante, foi gostoso, foi bom fazer, aprendi muita coisa, muita coisa mesmo, coisa que eu não tinha noção de como era o serviço e eu pude ter essa noção com tempo.</p> <p>Porque a residência foi prática a gente teve bastante dificuldade, eu tive bastante dificuldade, até na unidade que eu tava, porque a gente começou em um serviço novo ninguém entendia o que tava fazendo lá tinham profissionais que não entendiam o programa então as dificuldades ajudaram bastante a entender muita coisa, então pra mim foi uma experiência ótima, deu para eu aprender bastante e hoje estando no serviço deu ir colocando tudo que eu aprendi na residência, no serviço.</p> <p>, eu não conhecia absolutamente nada, eu acredito que se eu não tivesse passado pela residência e tivesse vindo direto para o serviço, talvez eu tivesse uma série de dificuldade. Então quando eu vim pro serviço, já tá assumindo o serviço como profissional e não mais como residente eu fazia isso com 'os pés nas costas' tranquilamente, porque foi uma continuidade, foi um processo natural(...) porque eu peguei o serviço aqui zerado, não tinha nada, a gente tinha que iniciar a clínica, então foi muito mais fácil, porque nós começamos do zero até o que nós temos hoje. Então se eu não tivesse passado pelo todo o processo da residência que foi desde planejamento, a gente foi aprendendo tipo o 'bab' e aí quando cheguei no serviço a gente teve que fazer o 'bab', então eu acho que se a gente não tivesse passado pela residência ia ser um pouquinho difícil. Ia ter mais dificuldade sem dúvidas.</p>
Sujeito 6	fazer a residência inserido no serviço acho que foi importante, importante para ver o que é ideal, o que é possível
Sujeito 7	<p>Eu acho que foi bastante válido pra trabalhar no serviço público, que a residência foi teórica e prática, então toda vivência prática que eu tive associada com a teoria quando eu fui contratada foi muito fácil, saber o que fazer, em nenhum momento eu me senti perdida</p> <p>O que foi bastante válido foi quando colocaram a gente na prática. E a realidade do PSF das 8 às 17h da tarde e a noite a gente acabava discutindo algumas</p>

	<p>dúvidas com os preceptores, com a tutoria, então não teve muita dificuldade por você está vendo a prática e praticando a teoria ao mesmo tempo</p> <p>Talvez se eu não tivesse feita a residência, por exemplo, sair diretamente da faculdade, eu ia imaginar o que era uma triagem, mas não ia imaginar como se faz para explicar o processo mesmo, como é um grupo de odonto bebê, tinha a prioridade do PSF</p> <p>. Então eu sigo o que eu aprendi, o que eu acho certo, acabei seguindo e algumas coisas eu mudei de acordo com a realidade do posto. Mas a macro, o modelo, eu pratico 100%, do que eu aprendi na residência, (...) Na prática é diferente o que você está no papel e do que você ter praticado antes. Como você convoca, como você não convoca, por onde eu começo. Acho que se eu não tivesse feito eu ia estar meio perdida. Por onde eu começo. Então eu acredito que ajudou neste aspecto de já está a 2 anos fazendo aquilo e quando cheguei aqui foi super tranquilo, já sabia o que fazer .</p>
Sujeito 8	<p>Então tanto na parte clínica - que eu não tinha experiência nenhuma –então, muito procedimento e atividade, “n” coisas da parte clínica, a parte técnica e muita coisa que eu nunca aprendi na faculdade à respeito do serviço público, tudo sobre PSF, SUS, toda a carga (como eu vou dizer) teórica que não tive na faculdade, não. Então, e assim, as consequências que tiveram, eu estar aqui hoje, que pra mim foi muito importante</p> <p>Acho que tem muita diferença de quem fez residência e de quem não fez e começa a trabalhar</p>

Categorias		Categoria 2	
		O trabalho multiprofissional	
Temas e Títulos	Dificuldades do trabalho multiprofissional	Vantagens e aprendizados do trabalho multiprofissional	
Sujeito 1	<p>A gente se dava super bem, a gente era amiga só que em termos de trabalhar multiprofissional foi bem complicado porque a gente tava meio sem saber o que fazer, muitas vezes, então agente procurava fazer sempre grupo e tentar inserir todas as categorias, então a gente fazia grupo de gestante, daí a enfermeira falava um pouquinho, depois a gente, tinha a nutricionista, então principalmente com a nutricionista a gente se deu muito bem e sempre fazia grupo junto</p> <p>Eu achei que tava uma pouco assim, até hoje ainda, meio perdido, o que fazer multiprofissional, assim... difícil trabalhar, pra gente da equipe é mais fácil atender paciente, fazer até um grupo mais específico do que fazer um trabalho</p> <p>multiprofissional ainda mais com áreas bem diferentes que nem assistente social que é muito diferente o tipo de pensamento, abordagem do</p>	<p>A gente foi bem recebido pelos agentes comunitários, eles gostavam muito de ter a gente participando se sentiam importantes por a gente tá na equipe deles,</p> <p>tem gente que tentava ser criativo mesmo tipo vamos fazer um grupo de verminose, aproveita ver as crianças, aproveita, né pesa as crianças, mede ver a nutrição, daí depois olha a boca, a gente usava a criatividade pra tentar fazer o trabalho multiprofissional</p>	

	<p>paciente, então eu me senti muito perdida no começo, na verdade foi isso..</p> <p>Só que o que foi acontecendo, a gente da odonto foi se afastando mais do multi e se inserindo mais na odonto, então a gente ficava a maior parte do tempo na odonto tentando atender paciente ou fazer grupo a gente só ficava na odonto porque não tinha jeito mesmo. A gente ficava ocioso e não era legal.</p>	
Sujeito 2		<p>só cresceu, a gente tem uma outra visão, a visão da enfermeira é diferente da nossa de dentista, então a gente conseguiu absorver bastante coisa com este convívio diário (...) essa outra visão que tem também de saúde e dos contextos sociais interferindo no processo saúde doença também isso facilitou bastante e foi muito gratificante</p> <p>(...)mesmo quem não tinha na equipe nuclear de residentes todas as categorias a gente tinha um contato muito próximo com os outros residentes de outras unidades, então se surgisse uma demanda por exemplo de nutricionista que não tinha em todas as equipes a gente tinha acesso a esse outro residente que dava uma ajuda, dava suporte, dava dica, alguns até foram de outras unidades pra participar de um grupo específico pra ajudar, então esse contato próximo melhorou muito esse processo de formação porque a gente conseguiu mesmo ampliar o olhar sair daquela clínica odontológica lá da faculdade, deu pra sair bastante.</p>
Sujeito 3	<p>tinha um momento de troca com as outras categorias profissionais que era, vamos dizer, tinha uma aula, toda segunda-feira tinha uma aula que reunia todos os residentes e aí algum professor dava aula ou médico ou enfermeira ou então tinha essa troca, só que eu acho eu só digo isso porque como só tinha essa aula de segunda-feira e tudo mais, a vivência, a diária seria, vamos dizer assim, teria mais fruto com essa vivência diária do que só com aquela aula que era teórica e tudo mais.</p>	<p>na minha formação (na residência) (...), eu acabo tendo (...) uma visão um pouco mais ampla em vista do que tinha logo após a formação na minha faculdade de inserir essa fala pros pacientes tanto dessa área de aspectos nutricionais quanto de algumas coisas da enfermagem eu digo a gente sabe um pouco sobre a enfermagem, por exemplo, a gente sabe um pouco a questão da amamentação que a gente fala que é certo e tudo mais, só que acho que por ter acompanhado a enfermeira também fazendo os grupos dela, você acaba sei lá, adquirindo outros conhecimentos, outras formas de abordagens pra você falar</p>
Sujeito 4	<p>Não vou dizer que foi fácil, mas principalmente no começo é uma nova adaptação com a equipe, você está trabalhando com ela, as pessoas tem idéias diferentes, ver de uma outra forma, muitas horas você quer ficar no consultório, você tinha pouco tempo de formada, quero atender mais e aí tinha a equipe, tinha que fazer mais atividades com a equipe, então no começo foi bem conflituoso</p> <p>Uma das dificuldades é essa mesmo que no começo a gente não ta</p>	<p>E agora como a gente fez a residência, a gente tem um outro olhar, a gente tenta trabalhar com outros profissionais da saúde, tentar ajudar, buscar uma solução para aquela família, para aquele caso, então acho que serviu para isso mesmo, para tirar um pouco essa visão de que o dentista só fica dentro do consultório a quatro paredes.</p> <p>Começou a ter uma visão mais ampla</p>

	preparado para trabalhar numa equipe multiprofissional, a gente pensa muito nos consultórios, só pensa em atender, então essa foi uma das dificuldades	<p>. Agora num contexto maior de outros residentes com a gente, o contato que a gente tinha mais era nas aulas a noite que tinha uma aula multi e uma aula específica. Nessa aula multi a gente tinha contato com as outras categorias</p> <p>Isso é uma facilidade até hoje, que a gente consegue sentar nas equipes e conversar, que eu acho que é diferente de muitos lugares que o dentista não tem, não consegue se inserir na equipe.</p> <p>A médica, a enfermeira, sempre contava muito a gente com a nossa participação, sempre pedia nossa opinião. Havia uma troca mesmo então foi muito bom</p>
Sujeito 5		<p>. A gente conseguiu desenvolver coisas boas na equipe, acho que a facilidade maior foi esse acolhimento que tivemos.</p> <p>Eu acho que o mais importante é você conhecer o trabalho do outro, porque quando você não conhece o trabalho do outro pra você tudo fica mais fácil do outro fazer, você não entende as dificuldades que ele tem. Então o mais importante foi isso. Conhecer até o onde podia atuar. E isso a gente teve bastante</p> <p>A gente conseguiu interagir bastante, (...). Chega em um determinado momento que mesmo elas não estando, então de repente tinha um grupo e aí aconteceu algum problema de um ou outro profissional não estar, o grupo não parou por causa disso, porque todo mundo estava engajado entre o outro, sabendo como era o trabalho do outro e conseguia tocar isso com maior tranquilidade. E isso foi bom pra mim, para eu poder trabalhar em equipe, porque isso eu não sabia . Não tinha noção do que era isso</p> <p>Hoje eu não me vejo trabalhando sozinha, falar assim: ah! vou montar um consultório vou trabalhar eu e o paciente, não, eu não consigo isso mais, tem que ta trocando. Eu acho que o mais importante é você aprender, aprender a trocar e aprender a conhecer qual é o trabalho do outro.</p>
Sujeito 6	Hoje eu sinto que aqui na unidade falta isso mesmo, muitas categorias não sabem trabalhar com a outra, respeitar limites, mas também não impor tantos limites	eu acredito que foi mais rico foi poder interagir com o outros profissionais, coisas que a gente não consegue durante a faculdade. (...). Na residência minha equipe tinha psicólogo, tinha enfermeiro, no começo tinha farmacêutico também, esse processo de interação foi bem importante, foi importante com a equipe também, eu tive muita sorte

		<p>, mas tinha até bastante gente interessada em interagir com o outro em respeitar e entender a profissão do outro, sobre como trabalhar junto, acho que isso faz a diferença no que a gente ta fazendo aqui hoje</p> <p>A importância das reuniões da equipe, da importância dos agentes comunitários de compreender como que é o funcionamento dessa comunidade toda, acho que isso é fundamental porque a gente conseguiu trazer da residência e colocar em prática aqui. A gente procura fazer os grupos integrados, nunca uma coisa muito voltada só para Odontologia, buscar a inserção de outros profissionais, mesmo para a atenção do paciente, mesmo na parte mais clínica</p> <p>E essa coisa de buscar trabalhar com outros profissionais, respeitar os outros profissionais, acho que a gente consegue fazer isso bastante aqui dentro</p> <p>Uma das coisas importante que a residência deixou pra mim foi essa coisa de trabalhar com o outro, seja em grupo ou com outra pessoa</p> <p>. A gente aprendeu a ouvir, a falar</p>
Sujeito 7	O atendimento por mais que a gente quisesse fazer multi, a gente acabava sendo individual, acabava sendo assim de encaminhar, então multiprofissionalmente não rendeu o acréscimo.	(A interação multiprofissional) Conseguia com a equipe mínima de multiprofissional sim. A gente conseguia agir, a gente acabava as reuniões discutia os casos, a gente chegou a fazer o levantamento epidemiológico com os agentes comunitários, reunir, realmente teve bastante interação.
Sujeito 8		acho que nós dentistas, acabou ganhando muito mais, não sei, do que os outros, porque nossa formação é muito fechada, muito técnica, só olha o nosso lado, nossa cadeira ali, não é nem o paciente como um todo é só a boca e aí eu aprendi muita coisa com a parte de enfermagem, com médico... (...). Ah, pra mim foi muito rica essa vivência... de vida mesmo, profissional e de vida porque aprendi muita coisa mesmo.

Categorias	Categoria 3	
	A importância de dois atores no processo de formação: tutores e preceptores.	
Temas e Títulos	O papel do tutor: necessidade de formação	A importância do papel do preceptor
Sujeito 1	<p>... eu tive uma tutora também que foi bem legal o que a gente precisava ela ajudava, então a gente foi sempre crescendo</p> <p>Deixou muito a desejar, então eu acho que eles não prepararam os tutores pra gente, não teve nenhuma capacitação, nada a gente chegou lá ... quem é você? Então no começo assim eles ficavam tudo meio perdido, a gente meio perdido, os tutores não sabiam muito bem o que fazer com a gente</p> <p>no começo ficava uma coisa meio perdido, sabe, a gente chegou lá na unidade, a dentista estava sentada e olhou pra nossa cara, ela nem sabia que a gente ia pra lá. Como era o nosso tutor acho que eles tinham muito a desejar (os profissionais que estavam na UBS).</p> <p>A dentista foi passando a experiência dela pra gente, também o pessoal que trabalhava lá tinha muita experiência, o pessoal antigo, né. A THD, eu aprendi muita coisa com ela que fazia os grupos, então ela passou muita coisa pra gente, então o papel dos tutores era mais na parte da clínica, quando a gente tinha algum problema no atendimento na cirurgia que complicava, então agente sempre tinha o tutor como referência</p>	<p>o papel dos preceptores era mais dar essa aula pra gente e tá sempre fazendo as visitas pra ver se tinha algum problema, eu tive amigo que teve problema com o tutor, então o papel do preceptor era isso. Uma vez por mês eles iam lá (na UBS), teoricamente como eu e a outra residente a gente se dava super bem com o dentista (tutor) acabava que o/a [cita nome do preceptor] demorava pra voltar.</p>
Sujeito 2	<p>... não tinha equipe de saúde bucal (na unidade que o residente foi inserido) então eu não tinha por exemplo um tutor da odontologia</p>	
Sujeito 3	<p>A nossa tutoria, que são os dentistas que trabalham lá na unidade, como eu falei, eles foram bem receptivos e sempre tavam acompanhado a gente (...). Acho que a única coisa que poderia melhorar na residência mesmo é que depois eles fizeram isso, é a questão da formação do tutor também, porque ele é um dentista que tá lá na unidade, foi contratado para ser dentista, não foi contratado para ser tutor dos residentes. Então acho, que quando tem a residência tem que ter essa estrutura da formação dos tutores pra poder receber os residentes e acompanhar também a equipe multiprofissional o tutor também tem que interagir com a equipe toda, não é só com um de nós dentistas (...), só que os próximo residentes aproveitarão, igual eu falo, os processos sempre contínuos de formação e</p>	

	crescimento, com relação a 1ª turma nós fomos abrindo as discussões, questionando sobre isso, sobre aquilo, o que eu posso fazer, aprendendo.(...) Eu não coloco isso como uma dificuldade total porque você vê que a 1ª turma está em formação, em crescimento.	
Sujeito 4	<p>A Tutora específica da Odonto não tinha essa troca, não falava nada pra gente, não fazia grupo, nada com a gente tudo que a gente fazia mesmo era com a equipe da unidade.</p> <p>tem gente que gosta de ajudar, de ser tutor, mas agora tem gente que pode ser muito boa, mas não tem esse perfil pra ser tutor. Então eu acho que uma das coisas mesmo é eles verem quem tem interesse porque já começa por aí, se uma pessoa tem interesse então é meio caminho andado</p>	(...). Os preceptores eram assim: eles acumulavam outras atividades eu acho isso um problema porque eles eram nossos preceptores, eles eram coordenadores, alguns atendiam, então eles acumulavam várias outras atividades. Então assim a gente tinha aulas com eles, acho que eles fizeram o máximo, dentro da capacidade deles, só que tem coisas que a gente reivindicava e não conseguia ser atingido, porque estava acima do que eles podiam fazer.
Sujeito 5	Na minha turma de residência os tutores dos residentes eram os profissionais que estavam no serviço e eles não tinham estrutura nenhuma. Hoje os tutores dos residentes são os profissionais que estão no serviço e também continuam não tendo base nenhuma. (...) Eu acho que assim se eles dessem mais suporte, por exemplo, o tutor tivesse um canal de comunicação melhor entre a residência e a prática, o serviço mesmo, esse canal de comunicação existe muito pouco é muito fragmentado, então acho que poderia ser mais rico se ele fosse mais aberto, acho que ele facilitaria bastante sobre isso tanto do serviço quanto do residente.	A facilidade maior foi os três (cita nome dos preceptores) que pelo menos entendiam um pouco, porque eles já tinham trabalhado no PSF, então eles davam suporte no entendimento da gente tá ouvindo de tá explicando uma série de coisas
Sujeito 6	<p>Na unidade tinha tutoria e tudo isso contribuía bastante, a gente conseguia ter bastante essa discussão.</p> <p>Na equipe que eu fui inserida tinha médicos, enfermeiras, voluntários, mas a dentista que ela é minha tutora, na verdade, na verdade, ela não participava das discussões. Então ficava complicado propor atividades ou propor discussões no processo de trabalho, tinha alguém que não estava disposto a isso</p>	A gente tinha o preceptor de área e de categoria, então eles iam, a gente falava o que tinha planejado fazer, eles davam algumas dicas, mas na verdade eles respeitavam muito o que a gente planejava dentro da unidade, porque era dentro da realidade que a gente tava
Sujeito 7		A equipe de Odonto também apesar de, no meu caso, só teve um pouco de confusão em relação ao que eles não entenderam que o era um residente. Eles achavam que tinham que estar ali para trabalhar 24 horas. (...) Mas depois que os preceptores foram lá e explicaram que a gente não era

		funcionário, que a gente tinha que fazer as atividades multiprofissionais, a gente não estava ali para ficar no grupo das 8 às 17h. A gente tinha uma atribuição, por exemplo, 50% específico e 50% multi
Sujeito 8	o tutor ficava na unidade, no caso no meio do processo, mas eles também eram meio fora...eles também não tinha noção do que era ser tutor. (...) Mas eu acho que o que eles passaram pra gente de mais valioso foi a rotina de trabalho	No começo era difícil a aceitação, mas eu acho que foi por uma falta de comunicação dos professores da residência com a unidade porque basicamente nós fomos jogados e a gente teve que chegar e explicar o que que era, então alguém superior antes da gente entrar nas unidades, acho que deveria ter sentado, explicado nosso papel... Eu acho que faltou um pouquinho disso

Categorias		Categoria 4	
		Apresentando os nós críticos: do aluno, do serviço e do curso.	
Temas e Títulos	A Imaturidade do recém formado Visão restrita da graduação em relação ao serviço público	Outros nós estruturais da residência multiprofissional	Despreparo do serviço em receber o residente
Sujeito 1	sai da faculdade muito... só pensando em trabalhar, atender o paciente, você não vê tudo que está envolvido, com relação ao SUS	as dificuldades que eu achei durante a residência é que algumas coisas ficavam meio perdidas, não sabiam nem orientar a gente como trabalhar multiprofissional Algumas coisas eles estavam realmente despreparados pra trabalhar coma a gente, até a questão multiprofissional que é o tema principal, eu achei que eles não sabiam muito bem como trabalhar ... foi uma experiência pra todo mundo, mas eu achei que eu aprendi bastante coisa	Tinha dia que não tinha paciente agendado, então a gente ficava sem fazer nada, lendo artigo,catando coisa pra fazer, isso acontecia principalmente no começo, nos 6 primeiros meses eu me senti muito perdida, sem saber o que faze
Sujeito 2	no começo é difícil porque a nossa faculdade não dá esse perfil para gente, a gente é formado pra trabalhar entre 4 paredes sozinho, nem com auxiliar odontológico a gente é formado na	Então a organização da residência a gente sempre ouvia "ah é um processo em formação, tal, tal, tal" que era um processo novo pra todo mundo, tanto pra	

	faculdade pra trabalhar	<p>quem era tutor, pro Santa Marcelina que estavam se organizando, (...) as dificuldades que a gente tinha era assim dessa comunicação entre a equipe do Santa que era responsável pela gente lá e pela equipe da unidade, por serem várias unidades, várias categorias, vários profissionais, a gente enfrentou várias dificuldades de comunicação</p> <p>tempos essa comunicação melhorava, tempos dava uma pioradinha, mas assim foi uma coisa que ficou meio falha, essa falta de sincronia, vamos dizer assim, entre a supervisão local, que são uma equipe de tutores da equipe de saúde quanto da residência. (no caso dos preceptores).</p> <p>... A dificuldade era essa, de comunicação, por exemplo, ia ter uma aula que não tava no cronograma que a gente precisava sair fora do horário de trabalho, remarcar paciente também, era um transtorno, aí marca, desmarca, marca, desmarca, por conta de coisas que não estavam muito programadas, então problema de programação e de comunicação</p> <p>não foi a residência inteira péssima é que teve alguns momentos que teve essas dificuldades que com um pouquinho mais de programação, planejamento um pouquinho melhor poderia ter sido minimizado, ter sido evitado.</p>	
Sujeito 3	<p>a faculdade não tem (...) uma visão um tanto ampla sobre a saúde coletiva (...) vamos dizer vivência mesmo. A gente só tem aquela parte teórica (...) e na verdade durante a faculdade a gente acaba sendo mais direcionado (...) as áreas mais específicas (...) de ortodontia, próteses. E não dá muita atenção para a saúde coletiva, mas acho que nós dentistas saímos com uma formação, sei lá, muito fechado, muito específica</p> <p>A gente acaba sendo muito fechado por conta da formação, essa foi uma coisa que ficou bem evidente, a gente notou e depois no segundo</p>	<p>A única coisa que eu senti um pouco de falta, a nossa equipe sentiu um pouco, porque o que acontece a residência ela tinha 10 categorias, só que e a minha equipe ela ficou um pouco na básica, porque era eu, mais uma dentista, uma enfermeira e só uma nutricionista, enquanto que tinha 10 categorias</p>	<p>nós dentistas tínhamos a sala de odonto e as enfermeiras tinham as enfermeiras e tudo mais e ela (nutricionista) não tinha alguém, vamos dizer, uma pessoa na unidade pra poder, sei lá talvez dá uma retaguarda ou alguma coisa ou para acompanhar, então assim, ela tinha que ficar assim ou fazendo uma consulta junto com a enfermeira, só acompanhar, não tinha exatamente uma agenda pra ela (nutricionista) ou consulta, no início, depois a gente conseguiu aos poucos arrumar isso, até mesmo por conta do fluxo da unidade, que tá fechando e para inserir outro profissional de outra categoria era um pouco difícil.</p>

	<p>ano tanto que nas nossas reuniões de grupo a gente conversava, ia se entrosando melhor, essa dificuldade eu vejo que foi por conta da formação, eu acho. Quando a gente conversava (o entrevistado e outra dentista) a gente tinha essa mesma opinião. Ela se formou em outra faculdade, outro lugar e tudo e acho que a questão é do dentista mesmo.</p>		
Sujeito 4		<p>outra coisa também que faltou foi essa interação com todas as outras categorias que acabava que a gente ficava muito dentro das unidades, com a nossa categoria específica, com o nosso mini grupo e não tinha uma visão mais ampla das outras categorias, então faltou essa inter-relação mesmo com as outras categorias da residência.</p>	<p>. Outra dificuldade que a gente tinha era uma dificuldade mais física, um problema de local pra gente ficar.</p>
Sujeito 5	<p>Durante a graduação eu não entendia nada sobre saúde coletiva, nem de PSF, nem de serviço público, absolutamente nada. (...). Se eu tivesse saído da graduação e vindo direto para o serviço eu ia bastante perdida(...) Eu acho que é assim, quando você é residente você tem uma série de vontades, você acha que pode tudo, que pode fazer tudo, você tem uma série de expectativas e quando você está no serviço você tenta colocar essas expectativas em práticas e nem sempre você vai aprendendo que a vida de residente é uma e a vida do profissional é outra,</p>	<p>Uma série de reivindicações que nós fazíamos enquanto residentes da primeira turma, a gente não vê resultado, porque hoje tem residente atuando na clínica comigo e a gente vê que tudo aquilo que a gente lutou, reivindicou, pediu, são as mesmas coisas que eles estão reivindicando, então acho que os formadores, a base da residência eu acho que ela precisa ser melhor estruturada para isso.</p> <p>. Mas uma das coisas que a gente não teve e não tem até hoje é uma comunicação, uma comunicação mais direta, por exemplo.</p>	<p>Então uma das maiores dificuldades foi essa, o entendimento mesmo da própria unidade, o que fazer com o residente e com o próprio profissional, teve colega profissional que não entendeu o seu papel ali, o porquê estava ali, um dos questionamentos era assim: será que a gente vai ter q sair daqui? As duas vão ficar no nosso lugar? Será que elas vieram para observar o que a gente tá fazendo? O que eu to fazendo está certo? O que to fazendo é errado?</p>
Sujeito 6	<p>, porque a gente fica muito focado só na nossa categoria mesmo, até trabalhar com auxiliar pra gente é ... na minha faculdade não tinha auxiliar</p> <p>Porque a gente sai da faculdade muito focado no trabalho de Odonto muito individual,</p>	<p>. Então eu acho que o que a gente sentiu um pouco de falta era do aperfeiçoamento clínico mesmo. (...). Dessa parte eu senti um pouco de falta em relação a formação, mas que também não era a intenção da residência</p> <p>Eles até convidaram outras pessoas, pessoas de fora da residência para trazer discussões, acho que foi um dos momentos mais bonitos que a gente teve,</p>	<p>Tiveram algumas falhas desde começo, principalmente no primeiro momento de inserção na unidade, não foi muito bem estruturado, então as pessoas não entendiam o porque gente estava lá, ou porque eu estava só em uma equipe e não em outra. Mesmo as categorias, não sabiam no começo, como trabalhar juntos</p> <p>Teve muita mudança na estruturação da OS, alguma flexibilidade que a gente tinha com relação a horário, a estar mais presente nas reuniões de equipe, participar</p>

		<p>mas já estava muito no final.</p> <p>eu acho que durante a residência nos momentos que estavam todos juntos, teve muita falha nisso aí, de propor uma discussão multi, de interação, de entender como um profissional pode atuar com o outro na unidade</p> <p>O que a gente ouvia muito de comentários às vezes era que os medico não interagiam com os residentes, porque tinham um pouco de preconceito com relação à residência multiprofissional,</p> <p>.</p> <p>Como a equipe de odonto não participou do processo, não aderiu, então acabou se perdendo depois que a gente saiu. Isso é ruim porque umas das coisas que a gente avalia agora é o quê que eu to deixando para a unidade depois de todo esse trabalho. Se a equipe que está no lugar não apóia, não interagi, não entende a importância da residência, são profissionais que estão no serviço e estão fora do serviço, não tem condições de discutir, de propor de uma outra forma do que a gente que está no dia a dia acaba muitas vez nem por falta de tempo, mas por não enxergar as outras opções.</p>	<p>mais nos processos eu não consigo mais da mesma forma que eu fazia no começo</p> <p>Acho que a gente pode fazer mais e acho que essas reestruturação são normais no processo de trabalho a OS está passando pelo processo de reestruturação para a melhoria do serviço mesmo, mas acho que a gente nunca pode nem tanto ir para um lado nem tanto para o outro. Lógico que tem a parte quantitativa que tem que fazer, mostrar que é a parte de atendimento, mas acho que a gente não pode fugir da qualidade da atenção</p>
Sujeito 7		<p>quando a gente fez a primeira turma, foi uma coisa muito em construção. Não tinha tanta estrutura, mas a gente foi andando</p> <p>(...)foi mais o multiprofissionalmente mesmo que teve algumas falhas, era uma construção, como a gente ficou meio perdido eles acham que por ser multiprofissional tinha que estar a todo o momento junto e não é isso</p>	<p>Dentro da vivência do PSF, da Odonto, por mais que a gente hoje por mais que seja PSF ainda é muito separada, a gente vai nas reuniões diárias, mas você tem seu grupo que você, você tem suas metas e eles tem as deles.</p> <p>era complicado, não tinha assistente social no posto naquele PSF. Então ela não tinha um papel específico, então ela achava que a gente tinha que ficar o tempo todo com ela, o dentista o enfermeiro sendo que o enfermeiro tinha as funções dele, então foi complicado assim, a equipe entender que ser multiprofissional não é estar a todo momento junto. (...), pra nós da Odontologia era muito simples, o serviço estava lá era só a gente acompanhar e praticar</p>

Sujeito 8		<p>No começo era difícil a aceitação, mas eu acho que foi por uma falta de comunicação dos professores da residência com a unidade porque basicamente nós fomos jogados e a gente teve que chegar e explicar o que que era, então alguém superior antes da gente entrar nas unidades acho que deveria ter sentado, explicado nosso papel... Eu acho que faltou um pouquinho disso</p> <p>Bom, eu acho que as dificuldades maiores foram com relação a organização da residência, talvez por ter sido a primeira, acho que todo mundo deve ter falado um pouco disso... era meio desorganizado</p> <p>Então apesar de todos os problemas, talvez tenha faltado um pouco da gente por imaturidade, por pensar que era um serviço público, então eu acho que todo mundo deveria ter se dado um pouco mais, até eu mesma. Imaturidade na época, acho que hoje poderia ter aproveitado mais. Mais foi importante pra mim, se eu falar que não foi não é verdade.</p>	