

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES E SENTIDOS  
PARA RESIDENTES GRADUADOS EM ODONTOLOGIA**Joana Danielle Brandão Carneiro<sup>a</sup>Arlete Maria Gomes Oliveira<sup>b</sup>Luciane Zanin<sup>c</sup>Flávia Martão Flório<sup>d</sup>Paulo Frazão<sup>e</sup>**Resumo**

Objetivou-se desvelar os sentidos que graduados em odontologia participantes de programas de residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) atribuem a esta modalidade de formação. Realizou-se entrevista semiestruturada com residentes de oito programas de diferentes regiões do país e as narrativas sobre o significado da RMSF para sua formação foram examinadas com base na análise de conteúdo do tipo temática. A maioria dos entrevistados declarou-se do sexo feminino (29/37) e tinha entre 20 e 30 anos de idade (33/37). A interpretação do material resultou em quatro categorias: formação para o Sistema Único de Saúde (SUS); Estratégia Saúde da Família; colaboração interprofissional; integralidade da atenção, subcategorizada em humanização do cuidado e rede de atenção. Indicaram-se evidências empíricas de que esses programas são muito relevantes para complementar a formação dos profissionais de odontologia que pretendem atuar no SUS.

**Palavras-chave:** Formação de recursos humanos. Odontologia em saúde pública. Sistema Único de Saúde.

<sup>a</sup> Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde Pública. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: joanadani9@gmail.com.

<sup>b</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: arlete.maria@yahoo.com.br

<sup>c</sup> Doutora em Odontologia. Docente da Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: zaninsouza@yahoo.com.br

<sup>d</sup> Doutora em Odontologia. Docente da Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: flaviaflorio@yahoo.com

<sup>e</sup> Doutor em Saúde Pública. Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: pafrazao@usp.br

**Endereço para correspondência:** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo, n. 715, Cerqueira César. São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 01246-904. E-mail: joanadani9@gmail.com

## MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH: PERCEPTIONS AND MEANINGS FOR RESIDENTS GRADUATED IN DENTISTRY

### **Abstract**

The objective of this research was to unveil the meanings that undergraduates in dentistry participating in multiprofessional residency programs in family health (MRFH) attribute to this training modality. A semi-structured interview was conducted with residents of eight programs from different regions of the country and the narratives about the meaning of the MRFH for their formation were examined based on the thematic content analysis. Most participants were between 20 and 30 years of age (33/37). The interpretation of the material resulted in four categories: formation for Brazilian Health System (SUS); Family Health Strategy; interprofessional collaboration; integrality of care, subcategorized in humanization of care and care network, indicating by empirical evidences that these programs are very relevant to complement the training of dentistry professionals who intend to work in SUS.

**Keywords:** Human resources training. Public health dentistry. Unified Health System.

## RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA: PERCEPCIONES Y SENTIDOS PARA RESIDENTES GRADUADOS EN ODONTOLOGÍA

### **Resumen**

Se objetivó desvelar los sentidos que graduados en Odontología, participantes de programas de residencia multiprofesional en salud de la familia (RMSF), atribuyen a esta modalidad de formación. Se realizó una entrevista semiestructurada con residentes de ocho programas de diferentes regiones del país, y las narrativas sobre el significado de la RMSF para su formación se examinaron con base en el análisis de contenido de tipo temático. La mayoría tenía entre 20 y 30 años de edad (33/37) y era del sexo femenino (29/37). La interpretación del material resultó cuatro categorías: formación para el Sistema Único de Salud (SUS); Estrategia Salud de la Familia; colaboración interprofesional; e integralidad de la atención, subcategorizada en humanización del cuidado y red de atención. Las evidencias empíricas indicaron que esos programas son muy relevantes para complementar la formación de los profesionales de Odontología que pretenden actuar en el SUS.

**Palabras clave:** Formación de recursos humanos. Odontología en salud pública. Sistema Único de Salud.

## INTRODUÇÃO

A importância da força de trabalho para que os sistemas de saúde produzam uma resposta mais efetiva diante dos graves e persistentes problemas que afetam a saúde das populações é reconhecida mundialmente<sup>1</sup>. Nesse sentido, Aguiar e Frazão<sup>2</sup> comentaram que são muitas as evidências de que o número e a qualidade dos trabalhadores estão positivamente associados com intervenções e desfechos na área da saúde, como por exemplo a cobertura vacinal, a extensão de cuidados primários e a sobrevivência perinatal, infantil e materna, acrescentando que “a aplicação efetiva dos recursos de cada sistema de saúde depende dos trabalhadores e de processos de gestão que assegurem melhorias quantitativas e qualitativas nas dimensões institucional, organizacional e funcional”<sup>2:298</sup>.

O trabalho em equipe é necessário não somente para produzir o cuidado voltado à necessidade de indivíduos com doenças crônicas e suas famílias, mas na abordagem mais geral desses desafios de saúde pública no âmbito comunitário considerando os determinantes ambientais, econômicos, culturais e institucionais.

Usualmente, a implementação de políticas públicas destinadas ao controle dos riscos e das causas e a prestação de cuidados em casos de doenças crônicas são mais bem realizadas mediante esforços colaborativos, e essas mudanças devem envolver não apenas os trabalhadores que estão vinculados ao sistema de saúde, mas também aqueles que estão em processo de formação.

Propostas de mudanças na formação de profissionais da saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 1980, quando foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal do país, e tanto os relatórios das conferências nacionais de recursos humanos de 1986 e 1993, como o documento relativo à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS) refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema<sup>3,4</sup>. Em documento publicado em julho de 2004, o Ministério da Saúde apresenta o panorama da educação em serviço e assume seu papel como responsável por ordenar essa formação. Além disso, reconhece excelência na residência médica, como a “melhor alternativa para propiciar formação especializada de qualidade”, apesar das inadequações e limitações frente à legislação vigente e as condições de saúde dos brasileiros. Ao se colocar como provedor financeiro dos programas de residência, o Ministério da Saúde estabelece enquadramentos, possibilidades e restrições orientando o fomento de novos programas, e as perspectivas para as residências multiprofissionais em saúde<sup>5</sup>.

A ampliação e aposta em um modelo de atenção à saúde tendo a atenção básica como coordenadora da produção do cuidado exige dimensionamento adequado da oferta destes serviços à população, a qual passa a demandá-los mais. Além da importância da composição da

força de trabalho, é necessário que os trabalhadores atuem em consonância com a construção de um sistema de saúde orientado à redução das desigualdades e à justiça social. Nesse sentido, o modelo biomédico de atenção, que tem por base, entre outros aspectos, o consumo de procedimentos especializados, ou ainda, um perfil de profissional inadequado para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação<sup>3</sup> mostra-se insustentável.

Em 1976, foi criada a primeira residência em medicina comunitária, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, cuja proposta era preparar trabalhadores (médicos) para uma visão integrada entre saúde clínica, mental e pública, com perfil humanista e crítico. Em 1978, esta residência tornou-se multiprofissional. Antes da legislação do SUS, a residência multiprofissional funcionava num desenho de formação diferenciado daquele apresentado como hegemônico nos anos 1970 e 1980. A partir da criação do Programa Saúde da Família, que propunha um novo modelo assistencial para o SUS, pautado na atenção básica, tendo a família como centro de cuidados preventivos e de promoção da saúde, passou-se a demandar outro tipo de trabalhador para ocupar este espaço e encarar os desafios do novo modo de organização da atenção básica<sup>6</sup>.

A adoção da saúde da família como uma estratégia para reorganização do modelo de atenção vigente e o incentivo à criação de residências multiprofissionais em relação às uniprofissionais representam iniciativas de políticas que buscam responder aos desafios identificados para alcançar as necessidades de saúde da população, a partir das respostas do SUS. Essa discussão ganhou especial relevância quando o Ministério da Saúde (MS), junto com o Ministério da Educação (MEC), chamaram para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde para atender às necessidades do SUS<sup>7,8</sup>.

Residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) é definida como uma pós-graduação *lato senso*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando a categoria médica<sup>8</sup>. Esta modalidade de ensino tem por objetivo articular os conhecimentos adquiridos na graduação, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população<sup>5</sup>. Para isso, foi constituída como um programa de cooperação intersetorial que envolve parcerias entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, secretarias estaduais e municipais de saúde, escolas de saúde pública e instituições de ensino superior com a finalidade de favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS<sup>9,10</sup>.

As modalidades de residência em saúde devem partir de uma reflexão crítica da situação na qual estão inseridas e formular propostas que impulsionem o desenvolvimento do sistema de saúde do país. Seja qual for o contexto, a afirmação de um projeto profissional e político-pedagógico, voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica,

técnico-operativa e ético-política, é de extrema importância à formação dos profissionais para o fortalecimento do SUS, ainda mais numa conjuntura marcada por uma política de contrarreformas que inibem o investimento na qualificação dos trabalhadores da saúde<sup>11</sup>.

Segundo dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS)<sup>12</sup>, estavam em funcionamento no país, em 2014, 941 programas de residência em saúde multiprofissional e médica, nas modalidades uniprofissional ou multiprofissional. A maior concentração estava no estado de São Paulo, com 189 programas, e a menor, no estado do Amapá, com apenas um programa. Os estados do Acre e Roraima não dispunham deste tipo de modalidade de pós-graduação. Quanto a programas multiprofissionais em saúde da família/atenção básica (RMSF), que contemplam graduados em odontologia como uma das categorias, havia 68 programas espalhados pelo Brasil.

São poucos os estudos sistemáticos voltados à compreensão do papel dessa modalidade de ensino no processo de qualificação dos trabalhadores da saúde e pouco se sabe também sobre os sentidos que os participantes desses programas atribuem a essa modalidade de ensino. Entre os estudos empíricos mais recentes sobre programas multiprofissionais envolvendo residentes destaca-se uma pesquisa com participantes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia e um estudo sobre competências profissionais desenvolvidas numa RMSF<sup>13,14</sup>.

Tendo em vista a RMSF como uma estratégia de mudança de atitudes e práticas profissionais no âmbito do SUS, este trabalho tem como objetivo desvelar os sentidos que graduados em odontologia participantes de programas de residência multiprofissional atribuem a esta modalidade de pós-graduação visando sua formação profissional.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, de caráter exploratório, operacionalizado por meio de uma análise de conteúdo do tipo temática<sup>15</sup>. Narrativas obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas junto com uma amostra de residentes graduados em odontologia de programas multiprofissionais em saúde da família/atenção básica das regiões Nordeste, Sudeste e Sul foram utilizadas.

Foi feito contato institucional, via e-mail, com todos os programas multiprofissionais em saúde da família/atenção básica cadastrados no site do Ministério da Saúde. Nenhum programa retornou o contato. Assim, optou-se pelo convite por meio de comunidades virtuais reconhecidas pelo coletivo de residentes multiprofissionais, na rede social virtual Facebook, a qual resultou na amostra de 37 participantes. Foram considerados elegíveis apenas os residentes graduados em odontologia, do primeiro e segundo anos, devidamente matriculados, atuantes na proposta do programa e que tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para obtenção dos dados, foi elaborado e aplicado um questionário on-line com perguntas fechadas e abertas<sup>3</sup>, entre agosto de 2016 e fevereiro de 2017. Havia questões sobre identificação pessoal, ano de residência e tempo de graduado, estratégias pedagógicas vivenciadas. Além disso, havia também uma questão sobre o significado da RMSF para a formação do residente, formulada por meio de uma pergunta aberta no questionário.

Neste estudo, as narrativas referentes à última questão foram examinadas a partir de repetidas leituras a fim de extrair os principais núcleos de sentido ligados à experiência relatada. Essas unidades foram categorizadas em temas afins levando-se em consideração a frequência das unidades de significação presentes nas respostas. A interpretação foi realizada com base em referentes teóricos associados a essas categorias temáticas.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, sob parecer de número 1.745.093.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram 37 residentes oriundos de oito programas de diferentes regiões do país: Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade da Fundação Estatal de Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz (Fesf/Fiocruz-Salvador), RMSF Universidade Estadual da Bahia (Uneb-Salvador), RMSF Escola Estadual de Saúde Pública/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (EESP/Sesab-Salvador), Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família (Autarquia Municipal de Saúde-Apucarana), RMSF com ênfase na população do campo/Universidade Estadual de Pernambuco (UPE-Caruaru/Garanhus), RMSF Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal-Maceió), Residência Integrada em Saúde Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e RMSF Santa Marcelina (São Paulo).

A maioria dos entrevistados declarou-se do sexo feminino (28/37), com idade entre 20 e 30 anos (33/37) e com um tempo decorrido desde a graduação de até cinco anos (35/37), característica predominante nos cursos de especialização e programas de residência multiprofissional em saúde da família<sup>3</sup>.

A interpretação das narrativas permitiu mapear quatro categorias temáticas: formação para o SUS; estratégia de saúde da família; colaboração interprofissional; integralidade da atenção. Da última derivaram duas subcategorias relacionadas à humanização do cuidado e à rede de atenção.

Há um reconhecimento, por parte dos residentes, da importância desta modalidade de formação profissional para a realização de um trabalho sob os princípios e diretrizes do SUS. A RMSF

“Favorece a atuação segundo as normas do SUS mediante a vivência e experiência prática/teórica.” (P1).

“Ajuda a conhecer o funcionamento do SUS.” (P2).

“Esclarece o contexto do SUS e capacita o profissional a exercer a Odontologia de acordo com a lógica da Saúde Pública.” (P3).

“Um ganho teórico e prático de fundamental importância para alteração dos mesmos nas esferas de atenção do SUS.” (P4).

“Aumenta a competência para atuação na área de Saúde Pública.” (P5).

Além disso, alguns entrevistados comentaram que o trabalho odontológico no SUS deveria ser reorientado por uma lógica distinta daquela vivenciada na graduação. As narrativas refletiram o contexto conflitivo que se expressa em valores pertencentes à tradição liberal-privatista da profissão odontológica e em valores que emergem a partir da aprovação da Constituição de 1988, no Brasil, que define a saúde, e por extensão a saúde bucal, como um direito humano<sup>7</sup>. Enquanto os valores pertencentes à tradição liberal-privatista da profissão têm, nos cursos de graduação, uma importante fonte de disseminação<sup>16</sup>, os valores da saúde bucal como direito humano têm no SUS um importante espaço para seu exercício, e com ele toda uma tradição vinculada à constituição de um sistema interligado de serviços, cuja organização baseia-se na integralidade da atenção e nas possibilidades tecnológicas e financeiras para enfrentá-las e não no mercado como ordenador das relações sociais<sup>17</sup>.

“O cirurgião-dentista, a meu ver, ainda se sente um pouco deslocado da equipe. Possivelmente pela ‘recente’ inclusão da Odontologia de forma mais concreta no SUS. Minha graduação tem o foco muito centrado nos estabelecimentos privados, por isso a importância da RMSF como um direcionador da importância que o SUS e a ESF têm.” (P6).

“Vejo muitos dentistas que saem da graduação e se inserem na ESF sem conhecer melhor a lógica dessa Estratégia e, infelizmente, acabam reproduzindo o modelo de atenção privatista, baseado no curativismo, no atendimento clínico, não contemplando a atividade coletiva, a educação permanente.” (P7).

Nash<sup>18</sup> tem chamado atenção para as responsabilidades das profissões em relação às sociedades enfatizando que elas existem mais para alcançar metas definidas socialmente do que para proteger o interesse e privilégio dos seus membros. Conectadas à percepção de que o trabalho odontológico deve ser orientado por uma lógica distinta, algumas narrativas destacaram que

“A formação do profissional de saúde ainda tem sido centrada no núcleo profissional. O egresso sai da universidade com pouca experiência multiprofissional e com pouca vivência do SUS.” (P8).

“A Odontologia é um curso muito técnico que não se ocupa muito em preparar o aluno para entender a saúde bucal em seu contexto mais amplo, visando a saúde geral do indivíduo em todas as suas necessidades. A residência faz muito bem esse papel.” (P9).

E também que

“a residência proporciona uma experiência prática muito importante; proporciona uma visão ampliada para além do seu núcleo de conhecimento; embasamento teórico; aprende-se na prática a aplicar ferramentas e conceitos da saúde coletiva. Assim, capacita e qualifica os profissionais para atuarem no SUS.” (P10).

Aspecto que para alguns participantes se traduz na formação de

“um profissional diferenciado, que não seja apenas focado em uma estratégia curativa e sim preventiva.” (P11).

E na percepção de que

“a maioria dos cirurgiões-dentistas que trabalham ou pretendem trabalhar no SUS se voltam totalmente para o atendimento clínico, esquecendo das ações de promoção e prevenção e se restringindo ao ambiente do consultório. A residência pode potencializar a mudança dessa visão.” (P12).

“Os cirurgiões-dentistas podem aprofundar seus conhecimentos sobre a saúde pública que nem sempre são contemplados pelas grades curriculares da graduação, reorientando assim a atuação no SUS.” (P13).

Para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), o cirurgião-dentista precisa desenvolver competências para além do seu “núcleo do saber”, um desafio constante e contínuo que deve romper com a tendência de o profissional operar de forma isolada sob a lógica da produção de procedimentos curativos. Na ESF o profissional é incentivado a assumir uma estratégia de produção do cuidado que requer uma compreensão ampliada dos determinantes



do processo saúde-doença, orientada por uma abordagem interdisciplinar cujas respostas exigirão uma ação multiprofissional voltada aos indivíduos, à família e à comunidade. Parcela importante dessas ações é destinada à prevenção de doenças e à promoção da saúde e pode se expressar por meio de atividades grupais em interação nos espaços socialmente reconhecidos – organizações e instituições que são áreas por excelência da desmonopolização do saber, ou seja, democratização do conhecimento e também representam espaços privilegiados do exercício da cidadania. Trata-se, portanto, de aproximar as práticas de saúde bucal das demais práticas de saúde e de superar a clientela escolar e a prestação de serviços públicos apenas para pobres<sup>19,20</sup>.

Para os entrevistados, a RMSF cumpre este papel, uma vez que ela “amplia a visão do profissional, ajuda a entender o contexto social no qual os pacientes estão inseridos e assim atender melhor as demandas que eles precisam”. Assim, considerar o território no qual a família e os sujeitos estão inseridos, bem como as relações de poder que se estabelecem, tanto no nível micro quanto macropolítico, são fundamentais para pensar criticamente os alcances e os limites das práticas vigentes e a necessidade de uma articulação social mais ampla para se aproximar da integralidade do cuidado.

Sobre a ESF, alguns entrevistados comentaram que:

“Ela nos permite conhecer todo esse processo de trabalho multiprofissional importante na resolutividade dos casos uma vez que o processo saúde-doença é complexo e exige uma visão ampliada, considerando o contexto biopsicosocial como determinante da saúde dos indivíduos, famílias e sociedade. Acredito que desse modo estaremos buscando uma odontologia mais humanizada com maiores chances de mudar o perfil odontológico de nosso povo brasileiro.” (P14).

“Ser um profissional ‘multi’ nos auxilia a estar aptos para as dificuldades e necessidades encontradas na atenção básica. Poderemos com o olhar integrado, tratar de forma significativa o usuário que chega à Estratégia de Saúde da Família.” (P15).

Tais percepções sugerem aproximações aos conceitos de colaboração interprofissional e integralidade da atenção. Utilizado para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, e proporcionar uma atenção à saúde mais abrangente, a colaboração interprofissional é definida como uma estratégia relacionada ao cuidado integral, que busca desvelar as relações de interdependência e reciprocidade e instaurar práticas participativas entre os integrantes das equipes, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas. Envolve um constante processo de comunicação e de tomada de

decisões, que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com o usuário e a comunidade<sup>21</sup>.

Quanto à integralidade da atenção, as narrativas ensinam o alcance de ao menos duas dimensões da integralidade, uma relativa ao “ser humano integral”, requerida para uma adequada abordagem clínica e outra à “integração de programas e serviços”, exigência para uma gestão compromissada com o interesse público<sup>22,23</sup>. Nenhuma resposta ensinou a dimensão mais ampla da integralidade relacionada às políticas públicas intersetoriais que incidem sobre os determinantes ambientais, econômicos, culturais e institucionais do processo saúde-doença. Embora as necessidades básicas possam ser equivalentes no plano formal abstrato, no terreno concreto da vida social elas fazem parte de processos e determinações distintos, cujas especificidades mereceriam enfoques diferenciados traduzidos em linhas de atuação transversal e criação de redes intersetoriais de políticas capazes de operar ações articuladas e espacialmente contextualizadas, com vistas ao enfrentamento dos determinantes mais gerais relacionados às iniquidades sociais, às causas e aos riscos atinentes às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as formas crônicas das doenças bucais<sup>24</sup>.

A despeito desse aspecto, as dimensões da integralidade abordadas trazem conexões importantes tanto em relação à vivência de uma prática mais humanizada quanto à percepção de uma rede de serviços funcionando de forma integrada.

“A residência proporciona uma experiência de forma integral com toda rede de atenção e cuidado aos usuários que auxilia o cirurgião-dentista a conhecer e integrar-se sobre o seu papel de forma mais abrangente e acolhedora, indo além dos cuidados com a saúde bucal, pensando o indivíduo no seu contexto cultural, social e humano.” (P16).

“A vivência e embasamento teórico adquirido [...] essenciais para formação de profissionais de saúde mais humanos, com olhar ampliado, que compreendem, acreditam e trabalham para qualificação do SUS.” (P17).

“Na graduação passamos por estágios nas unidades básicas, mas não nos envolvemos como numa residência, potencializamos além do conhecimento científico o nosso lado humano também, o que podemos fazer com o pouco que temos sem deixar as pessoas desassistidas.” (P18).

Essas percepções denotam aspectos formulados no âmbito da Política Nacional de Humanização<sup>25</sup>, que preconiza a incorporação dos trabalhadores na dinâmica de reinvenção

dos processos de trabalho como agentes ativos de mudanças nos serviços de saúde. A inclusão de usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para ampliar a corresponsabilização no cuidado em si. Estudos têm mostrado que usuários de serviços públicos frequentemente se queixam que não são compreendidos e sentem que são rejeitados por dentistas<sup>26</sup>, situação que exige mudança de atitude, que as abordagens propiciadas pela RMSF parecem ter despertado. Além disso, as narrativas desvelam a noção do processo de transição em curso, por meio do qual, serviços deixam de operar de forma isolada e vão criando vínculos em torno de objetivos comuns e linhas de cooperação sob coordenação da atenção primária à saúde<sup>27</sup>.

Alguns depoimentos indicaram benefícios proporcionados por essa modalidade de ensino como:

“Aprendizado e ampliação do olhar profissional, especialmente pelo contato com outras categorias profissionais.” (P19).

“Abre o olhar do cirurgião-dentista pois nossa formação ainda é muito centrada nos atendimentos clínicos assistenciais; a experiência com outras profissões desperta a ampliação do cuidado.” (P20).

“Antes da residência, pensava em ser meramente “prática”. Agora, atuando no estágio, trabalhando e conhecendo a estrutura da ESF penso ter desempenhado melhor o meu papel como profissional dentro da ESF.” (P21).

“Instrumentalizam para uma prática multiprofissional e proporcionam que o profissional adquira conhecimentos fora do núcleo da Odontologia.” (P22).

“Permitem vivenciar o trabalho em equipe, central na lógica do SUS e pouco exercitado nas universidades.” (P23).

Esses aspectos confirmam a noção de que a aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional é uma alternativa muito importante para a formação de novos trabalhadores que visam a integralidade da atenção, desenvolvendo habilidades para atuação no SUS, reconhecendo as necessidades sociais em saúde<sup>28,29</sup>. Em relação aos aspectos pedagógicos, a maioria dos entrevistados declarou que predominaram as estratégias ativas de ensino reforçando as tendências atuais na área da educação e saúde, nas quais os métodos e instrumentos devem despertar a capacidade de enxergar integralmente a realidade na perspectiva da transformação social<sup>30,31,32</sup>. Essa educação problematizadora ou educação para libertação, idealizada por

Paulo Freire, busca estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa de alunos e educadores no processo ensino-aprendizagem<sup>33</sup>, a fim de que cada um se torne sujeito e protagonista do seu processo de formação. Segundo o Sistema da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (SisCNRMS)<sup>12</sup>, em 2013, dos 5.069 residentes cadastrados, apenas 384 eram graduados em odontologia. Para a maioria dos entrevistados (28/37), é necessário ampliar a oferta de vagas para a categoria nestes programas.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se as dificuldades inerentes às pesquisas que se valem de entrevistas. É reconhecido que elas não oferecem dados sobre o que os sujeitos fazem, mas sim o que eles relatam sobre uma determinada questão, e principalmente de que modo relatam, o que pode ser muito importante para a compreensão do significado que certa questão assume para determinado entrevistado. Assim, não foi objetivo deste estudo investigar o alcance e as limitações que a residência multiprofissional, enquanto dispositivo político-pedagógico, teria para superar os equívocos da graduação, nem o elenco de conexões e parcerias entre os serviços de saúde, os órgãos formadores e a comunidade necessário para potencializá-lo. Dadas as características da abordagem dos participantes, não foi possível colher um conjunto mais rico de elementos de percepção dos entrevistados, como os ligados à relação entre a preceptoria e os residentes, o que possibilitaria captar maior diversidade de sentidos e produzir uma interpretação de maior envergadura. Outra restrição diz respeito à seleção dos entrevistados, que impede a extrapolação dos achados para o universo de residentes graduados em odontologia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conteúdo das narrativas indicou que os programas de residência multiprofissional em saúde da família/atenção básica sob a orientação de uma estratégia de aprendizagem significativa podem ser muito relevantes para complementar a formação dos profissionais de odontologia que pretendem atuar no SUS. Os entrevistados atribuíram significados compatíveis com os objetivos dos programas de residência e os desafios de qualificação do SUS sugerindo que tais programas deveriam ser expandidos.

## **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto: Joana Danielle Brandão Carneiro, Arlete Maria Gomes Oliveira, Luciane Zanin e Flávia Martão Flório.
2. Análise e interpretação dos dados: Joana Danielle Brandão Carneiro e Paulo Frazão.
3. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Joana Danielle Brandão Carneiro e Paulo Frazão.

4. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Joana Danielle Brandão Carneiro e Paulo Frazão.

5. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Joana Danielle Brandão Carneiro.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
2. Aguiar DML, Frazão P. A insuficiência da política pública para inclusão do técnico em saúde bucal na atenção primária no Brasil. In: Chaves SCL, organizador. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador (BA): EDUFBA; 2016. p. 298-318.
3. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005;21(2):490-8.
4. Dallegrave D, Kruse MHL. No olho do furão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface. 2009;13(28):213-37.
5. Lobato CP, Melchior R, Baduy RS. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. Physis. 2012;22(4):1273-91.
6. Abib LT. "Caminhando contra o vento...": a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
7. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. Saúde Soc. 2010;19(4):814-27.
8. Santos IG, Batista NA, Devincenzi MU. Multiprofessional residency in Family health: the conceptions of healthcare professionals regarding nutritionists' performance. Interface. 2015;19(53):349-60.
9. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005 jun 1. Seção 1, p. 1.
10. 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 (SP): Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2010.
11. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador da saúde. Interface. 2015;19(55):1221-32.

12. Silva LC, Brotto ME. Residência multiprofissional em saúde e serviço social: dilemas na formação e trabalho profissional. *Revista em Pauta*. 2016;37(14):126-49.
13. Oliveira FP. Política de residência em área profissional de saúde. *Anais do 1o Seminário Regional de Residência em Área Profissional da Saúde*; 2014 nov 13-14; Porto Alegre. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
14. Jesus ML, Araújo D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. *Psicol Teor Prát*. 2011;13(3):67-80.
15. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
16. Narvai PC, Frazão P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2008.
17. Zilbovicius C, de Araujo ME, Botazzo C, Frias AC, Junqueira SR, Junqueira CR. A paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. *J Dent Educ*. 2011;75(4):557-64.
18. Nash DA. Can dentistry have two contracts with the public? *J Am Coll Dent*. 2015;82(3):4-11.
19. Botazzo C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. *Saúde Atual*. 1992;(1):14-23.
20. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, de Santana SF, Barros SC, Santos CML. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1791-803.
21. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(8):2511-21.
22. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc; 2005. p. 39-64.
23. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da estratégia saúde da família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface*. 2015;19(55):1089-100.
24. Melo MMD, Frazão P, Jamelli S. Saúde bucal e as doenças crônicas não transmissíveis: determinantes e fatores de risco que exigem ação articulada no contexto de construção do sistema de vigilância à saúde. In: Freese E, organizador. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife (PE): Ed. Universitária UFPE; 2006. p. 231-266.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília (DF): MS; 2013.
26. Loignon C, Allison P, Landry A, Richard L, Brodeur JM, Bedos C. Providing humanistic care: dentists' experiences in deprived areas. *J Dent Res*. 2010;89(9):991-5.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(5):2297-305.
28. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
29. 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.
30. Cardoso DSA, Oliveira JM, Costa LMC, Rozendo CA. Aprendizagem reflexiva: o uso do portfólio coletivo. *Rev Bras Educ Méd*. 2015;39(3):442-9.
31. Giannini DT, Afonso DH, da Silveira LMC. Construção colaborativa de um manual: estratégia no processo ensino e aprendizagem na residência. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012; Suppl 11.
32. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30(5):415-21.
33. Chiarella T, Bivanco-Lima D, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2015;39(3):418-25.

Recebido: 21.3.2018. Aprovado: 10.8.2018.