RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ESTAÇÃO DE VIVÊNCIA PLURAL NO CAMINHO DA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE

MULTI-PROFESSIONAL RESIDENCY: MULTIPLE EXPERIENCES THROUGHOUT HEALTH WORKER TRAINING

Arisson Rocha da Rosa* | **Salete Maria Pretto**** | **Denis Marcelo Carvalho Dockhorn*****

RESUMO

Este estudo visa contribuir à história da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil, revisar a evolução dessa política pública focando a pós-graduação *lato sensu* na modalidade de residência multiprofissional em saúde e, finalmente, dar aporte de conteúdos para o ensino em saúde. Utiliza o método narrativo como suporte à análise qualitativa realizada durante o relato da vivência de um dos autores como cidadão, estudante e trabalhador, no papel de cirurgião-dentista, enquanto residente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os resultados evidenciaram que a EPS adquiriu definitivo caráter de política pública, e a pós-graduação em modalidade residência multiprofissional adquire esta condição desde o ano 2005 na esfera federal. A experiência possibilitou aos autores apontar fatores fundamentais ao processo do ensino em serviço de saúde: eleição dos conteúdos de estudo por processo participativo, exposição das propostas pedagógicas a cada etapa, avaliação multidimensional em ciclos constantes, incentivo a atividades práticas em equipe multiprofissional, prévio planejamento de atuação nos diferentes cenários de prática, ação de tutoria/preceptoria rotineira sem cerceamento da autonomia dos estudantes, valorização dos turnos teórico e de pesquisa no núcleo de conhecimento específico. Dentre as considerações, é enfatizado o caráter dialógico durante a cadeia do cuidado em saúde, da relação profissional-paciente, da ação e do protagonismo dos cidadãos/trabalhadores da saúde e a necessidade da implicação de todos os atores sociais com o *aprender a aprender* no objetivo de se alcançar novos patamares de qualidade no Sistema Único de Saúde e na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE

Educação de pós-graduação. Educação em saúde. Odontologia. Sistema de saúde. Sociedade.

ABSTRACT

This study aims to contribute to the history of Educação Permanente em Saúde (Permanent Education in Health - EPS) in Brazil, to review the evolution of public policy focusing on lato sensu postgraduate courses in the form of multi-professional health residencies and finally, to supply content for health education. It uses a narrative method to support the qualitative analysis conducted during the experience of one of the authors as a citizen, student and worker in the role of dentist, while in residency at the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul – PUCRS). The results showed that EPS acquired definitive public policy characteristics, and post-graduate education in the form of multi-professional residency has been the cause of this at the federal level since 2005. The experience enabled the authors to suggest key factors in the process of education in health service: the choosing of the contents of study through a participatory process, exposure of the educational proposals at each stage, multidimensional assessment in constant cycles, encouraging practical activities in multi-professional teamwork, previous planning of expertise in different practice scenarios, the use of routine mentoring / tutoring without curtailing the autonomy of the students, the appreciation of theoretical shifts, and core research of specific knowledge. Among the considerations, there is an emphasis on the dialogic character seen throughout the chain of health care, the professional-patient relationship, the action and roles of citizens / health workers and the necessity of involving all social actors with *learning to learn* in order to achieve new levels of quality in the Sistema Único de Saúde (Unified Health System – SUS) and society as a whole.

KEYWORDS

Postgraduate education. Health education. Dentistry. Health system. Society.

---

*Especialista na Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Docente da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

**Doutora em Odontologia. Faculdade de Odontologia da PUCRS.

***Doutor em Gerontologia. Faculdade de Odontologia da PUCRS.

Correspondência

Rua Ramiro Barcelos, 2492 – sala 301 – Porto Alegre – RS – Brasil – CEP: 90.035-002

E-mail: arr77@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O conceito de Educação Permanente estabelecido no documento Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2007e, p. 38) firma que

> a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Propostas metodológicas de ensino-aprendizagem em EPS são complexas justamente por englobarem educação e trabalho em saúde. Os processos implicados e necessários à sua junção temática necessariamente devem partir do seu caráter histórico-crítico, quando se exerce o constante e dinâmico exercício dialógico com a realidade dos sujeitos relacionados nesse processo e os significados dos resultados de suas ações no meio onde vivem (SOUZA et al., 1991).

É fundamental o reconhecimento de que tal metodologia, ao instrumentalizar-se de uma dinâmica de reflexões acerca das vivências e experiências no campo de prática, estará permeada por uma gama de diversos entendimentos, com resultados inequivocamente passíveis de serem subsumidos pelo status quo e pela ideologia hegemônica da sociedade em que se atua. Uma vez requerido um ensino-aprendizado transformador e promotor de autonomia, torna-se inerente a necessidade conjunta de estudantes e professores/facilitadores movidos por desejos de mudanças e impregnados de convicções pró-avanço social. São esses sentimentos que impulsionam e transformam o questionamento em ato contínuo, ação consentânea com a EPS no mundo do trabalho, afirmando a educação como meio de promover positivamente a vida. Direcionando-se o raciocínio dialógico para as situações reais da vida e buscando-se o entendimento para a transformação das vivências, é possível que os sujeitos exerçam seu protagonismo e alcancem sua autonomia, promovendo novas práticas visando construir uma sociedade mais equânime e saudável para todos. Assim, centrar as ações de EPS nos cenários reais de prática do Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciando o quadrilátero da formação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER; 2004), oportuniza que os profissionais ali atuantes tenham o trabalho como objeto mais efetivo de intervenção, pois passam a identificar seus problemas. A formação desses trabalhadores sob a ótica da EPS, tornando-os capazes inclusive do desenvolvimento dessas ações, asseguraria a mudança em prol da qualidade do cuidado com as pessoas, num caminho de maior integração entre as equipes multiprofissionais de saúde com conhecimento da realidade, com adoção de uma clínica ampliada, com ações interdisciplinares que visem a integralidade, a articulação intersetorial e o fortalecimento da participação popular e a autonomia dos indivíduos.

Diante disso, este estudo utilizou o método narrativo (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008) como suporte à análise qualitativa realizada no relato da vivência de um dos autores deste artigo como cidadão, estudante e trabalhador, no papel de cirurgião-dentista, durante o curso de residência multiprofissional da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Este trabalho visa ser uma contribuição à história da Educação Permanente em Saúde, revisar a evolução dessa política pública até o momento, focado na pós-graduação *lato sensu* na modalidade de residência multiprofissional em saúde, e dar aporte de conteúdos para o ensino da odontologia em tal modalida-

de, bem como aos demais núcleos de conhecimento envolvidos nesse processo.

METODOLOGIA

A construção textual embasada sobre o método narrativo foi justificada pelo fato de tal metodologia ter destacado potencial para o estudo de situações nas quais interessem as mediações entre experiência e linguagem, estrutura e eventos, sujeitos e coletivos, memória e ação política (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008), temas que vêm ao encontro dos objetivos deste trabalho e que são tradicionalmente de interesse da saúde coletiva brasileira.

Seguiu-se a ordem cronológica de acontecimentos para favorecer o entendimento do leitor sobre o tema e relato pessoal de um dos autores, junto de sua interpretação, arguição e contrapontos dos resultados; estes, objetos da abordagem qualitativa (MINAYO; SANCHES,1993), substanciados por revisão de literatura, consulta às bases de dados on line no site Bireme e pesquisa via provedor Google, utilizando-se como palavras-chave: "formação e saúde" e "recursos humanos e saúde", predominantemente.

RESULTADOS

Historicidade da formação de trabalhadores de saúde no Brasil

A reflexão sobre a necessidade de educação/formação de trabalhadores de saúde voltados para atuar sob um novo prisma foi inerente e desencadeada junto a todo o processo histórico do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, em meados dos anos 70 (FEUERWERKER; LIMA, 2002; PIRES-ALVES; PAIVA, HOCHMAN, 2008). Nesse período, surgia um acúmulo acadêmico referente a metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Os seminários e textos produzidos pela OPAS, bem como os trabalhos técnicos de Ceccim e Feuerwerker, alguns desses citados nas referências deste artigo, trazem muitos aportes históricos em que se encontram importantes reflexões sobre o tema. Em Porto Alegre, em 1976, foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária, pela Secretaria Estadual da Saúde, com a proposta de formar profissionais de acordo com a lógica da integração entre saúde clínica, mental e pública. Primeiramente destinada à formação exclusiva de médicos, porém acompanhada da preocupação essencial com a educação em saúde e com o trabalho interdisciplinar, esta iniciativa se transformou em residência multiprofissional em 1977 (SILVA, 2002).

A acumulação política e técnica propiciada pelas experiências de medicina comunitária e a integração docente assistencial tiveram papel fundamental para a consolidação do SUS (SANTANA; CASTRO, 1999), instituído em 1988 na Constituição Federal da República Federativa do Brasil (CFRFB) (BRASIL, 1988). O ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde passa a ser responsabilidade indelével do SUS.

Por outro lado, desde 1977, a medicina fora legalmente pioneira na pós-graduação do tipo treinamento em serviço sob supervisão, apesar da existência, na prática, de projetos multiprofissionais no setor saúde, sem legislação nacional específica. Assim, posteriormente, na Lei 8.080/90 (BRASIL, 2007a), artigo 30, foi ampliada legalmente pela primeira vez a possibilidade da formação em nível de pós-graduação de diferentes áreas profissionais nessa modalidade.

Paralelamente, a diretriz da participação popular concretizada na Lei 8.142/90 e nos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2007b) oportuniza que o ideário reformista permaneça em constante diálogo e a popula-

ção se aproprie desses temas. Emergem iniciativas e debates na perspectiva da formação por competências profissionais voltadas para a realidade da saúde da população. Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), engajado e mobilizado na disputa pela mudança dos perfis profissionais, foi fundamental para o estabelecimento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituídas em 2002 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002), as quais correspondiam às necessidades reconhecidas como relevantes ao SUS e à população.

Contemporaneamente, sob nova conformação política e frente às frequentes queixas da incongruência entre a formação e a expectativa/necessidade da população brasileira, e diante da urgência resultante do enfrentamento da demanda reprimida gerada durante os anos 90, período de diminuição da participação do Estado nesse setor, o gestor público federal assume o compromisso de induzir, coordenar e ordenar ações capazes de dar respostas positivas visando a formação de trabalhadores habilitados a desempenhar efetiva atenção integral, humanizada e resolutiva.

Dessa forma, em 2003, foi concretizada político-administrativamente no âmbito federal a importância da EPS como estratégia de suporte à efetivação do SUS. A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde (MS), foi criada para motivar e propor mudanças na formação dos níveis técnico, graduação e pós-graduação, além de promover processos de EPS para os trabalhadores do SUS a partir das necessidades de saúde da população. Sendo assim, em 2004, foi promulgada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004b) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, orientando-se pelos princípios e diretrizes históricos da Reforma Sanitária, pela atenção integral e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde na rede do SUS.

O Estado, dando continuidade em seu papel regulador e promotor do desenvolvimento da sociedade, instituiu o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem (BRASIL, 2005) e, no mesmo ato, criou a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), excetuada a médica.

Corroborando esse papel de destaque enquanto diretriz nacional, a EPS retorna a ser asseverada pelo gestor federal como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS no documento Pacto pela Saúde (Brasil, 2007d), o qual ratifica as atribuições conjuntas às três esferas de gestão.

Ainda nesse panorama, os atores políticos do Seminário Nacional de Residências Multiprofissional em Saúde e técnicos vinculados à SGTES diretamente implicados com o tema da EPS desencadeiam a formulação da Portaria Interministerial nº 45 (BRASIL, 2007c), a qual dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, forte avanço para essa modalidade de formação. No mesmo ano, se consolidou o definitivo caráter de política pública para a EPS, com a instituição das Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007e).

Conforme o exposto, o período de 2001 até 2007 foi particularmente profícuo em estímulo promovido pelo gestor federal, concretizado tanto pela elaboração de diretrizes legais

pró-EPS, elevando-a a política de Estado. Diante dessa conformação histórica, cabe a seus interessados permanecer em contínuo fomento e vigília pelo constante avanço.

A primeira edição do programa de residência multiprofissional em saúde da PUCRS (PREMUS/PUCRS)

O fomento federal para projetos de formação voltados ao estímulo de competências profissionais para atender aos princípios do SUS e da integralidade da atenção à saúde por meio de equipes multiprofissionais oportunizou que, em 2006, a PUCRS tivesse a aprovação do convênio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) (BRASIL, 2006a).

Assim, a primeira edição do PREMUS, desenvolvida entre 2007 e 2009, teve sete áreas como núcleos de conhecimento componentes de suas equipes: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, as quais atuavam em equipe multidisciplinar para o planejamento de atividades que envolviam os indivíduos, a família e a coletividade considerando-se o perfil epidemiológico da população e o conhecimento próprio de cada profissional.

Visando oportunizar melhores condições para que essas equipes desenvolvessem estratégias e processos de cuidado em saúde orientados para a integralidade do indivíduo, constituíram-se Campos de Saber e Prática (CamposSP) a partir de equipes de referência em linhas de cuidado e de equipes matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007). As equipes dos CamposSP da Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Intensivismo Adulto e Intensivismo Pediátrico configuravam-se como as equipes de referência em linhas de cuidado por ciclos de vida. Tal conformação foi proposta diante da perspectiva de que o projeto terapêutico em comum a essas equipes conduzisse seus atores a efetivamente desempenharem ações interdisciplinares e voltadas à possível criação de um conhecimento transdisciplinar.

Completando a dinâmica do PREMUS, foram estabelecidos os CamposSP a partir de equipes de apoio matricial conforme suas especificidades: Análises Clínicas e Toxicológicas, Nefrologia, Reabilitação Cardiopulmonar, Saúde Bucal e Saúde Mental, as quais, por meio de ações transversais, realizavam assessoria e promoviam inter-relação de conhecimentos e trocas de serviços junto às equipes de referência das linhas de cuidado, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção. Paralelamente, os CamposSP das equipes de Saúde Mental e Nefrologia também se conformavam como linhas de cuidado por condição de vida, recebendo ações imbricadas pelas equipes matriciais quando necessário.

Início e final demarcados na jornada, porém múltiplos itinerários possíveis na singularidade do residente

Os parágrafos a seguir compõem o processo narrativo consubstanciado pela análise qualitativa subjetiva do cirurgião-dentista residente, Arisson Rocha da Rosa, um dos autores do presente artigo.

Dois anos. Nesse período, o residente deve agregar novos conhecimentos e experiências capazes de habilitá-lo a desempenhar diversas funções relacionadas à produção de atenção e cuidado em saúde aos seus conhecimentos técnicos da graduação e de sua história de vida. Deseja-se que o egresso desenvolva aptidões para o trabalho em equipe e conheça a rede de assistência em saúde, identifique e acione os diferentes níveis de gestão, cartografe o seu território-processo para que, assim, finalmen-

te, exerça *in loco* ações de promoção, proteção, assistência, reabilitação e manutenção em saúde segundo práticas baseadas em evidência e de forma humanizada e resolutiva sem distanciar-se de seu papel de cidadão e ator histórico implicado com o desenvolvimento loco-regional. Dois anos. A amplitude se torna bem delimitada.

A equipe de saúde bucal, assim como as demais equipes do PREMUS, inicialmente, estabeleceram suas bases dentro de cenários de práticas da própria PUCRS: o Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEU-VF) e o Hospital São Lucas (HSL), os quais permaneceram presentes em nossas atividades até o final da residência. Olhando para trás, é possível dizer que, certamente, devido a esse maior envolvimento, esses locais foram os que mais sofreram os impactos da passagem dos residentes, assim como foram os que mais repercutiram em nosso íntimo. Particularmente, a experiência dentro do HSL foi extremamente enriquecedora, apesar de igualmente dura. Durante minha formação profissional, na graduação, o único contato que tivera com o ambiente hospitalar fora o ambulatório do Serviço de Prevenção do Câncer de Boca e Estomatologia do HSL, muito assemelhado a um consultório dentário tradicional. No entanto, durante a residência, tive contato com diferentes ambientes e espaços do HSL, com diversos pacientes e suas histórias de vida e morte, com equipes e estruturas hierárquicas silenciosas ou ruidosas, porém prestes a abater qualquer indício de mudança. Tive muito envolvimento junto à equipe da Saúde da Criança e do Adolescente e foi a partir de minha integração maior com essa equipe, no Ambulatório Multiprofissional de Saúde da Criança e do Adolescente (Multi-Ped), no ambulatório de pediatria, que tive suporte e consegui estabelecer uma rotina mais efetiva de cuidados voltados à saúde bucal no HSL. A troca de experiências e conhecimentos visando recuperação, bem-estar e autonomia dos pacientes e suas famílias adquiriu um novo significado para mim no ambiente hospitalar. Onde tudo parecia sempre tão urgente, grave e asséptico também se precisava de atenção, escuta e acolhimento. E, muitas vezes, constatamos a frequente ausência de diálogo entre o hospital e a rede de atenção básica, por simples falta de hábito nas equipes.

O CEU-VF é local onde tradicionalmente são desenvolvidas ações do nível de atenção primária em saúde por acadêmicos da PUCRS. Lá, ao somar-se o contexto de vulnerabilidade social da população adscrita com uma grande carência de atenção odontológica, estava montado nosso principal cenário de prática da atenção básica durante o PREMUS. A chegada da equipe de residentes deu um novo alento àquela população, até então sob parcos turnos de assistência odontológica, forte restrição de vagas e meandros confusos para o acesso. Partindo-se de um diagnóstico situacional junto da orientação de nossa tutora e preceptora em parceria com o professor responsável pela assistência odontológica no CEU-VF realizada pelos acadêmicos, iniciamos as modificações pelo acesso à atenção odontológica. Seguindo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) e orientações do MS (BRASIL, 2006b), ampliamos turnos de atendimento, estruturamos fluxos de acesso pelos grupos prioritários existentes no serviço da unidade (diabéticos, hipertensos, gestantes, idosos) e implementamos campanhas de promoção de saúde, prevenção ao câncer, combate ao tabagismo, ao mesmo tempo em que nos dividíamos para realizar visitas domiciliares a acamados. As atividades estritamente de prevenção e educação foram designadas mais focalmente aos acadêmicos de graduação, que as realizavam nas creches e escolas vizinhas, sem que

isso significasse que os residentes meramente restringir-se-iam a ações curativo-restauradoras. Essa abordagem permitiu que praticamente se triplicasse o acesso odontológico aos moradores da Vila Fátima, trazendo um novo problema identificado por nós: o atendimento integral para casos de maior agravo, com necessidade de atenção em nível secundário de complexidade, encontrava um entrave devido ao CEU-VF não vincular-se totalmente à rede de assistência de Porto Alegre e igualmente ser incipiente a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas no município. Seguiram-se audiências com gerência, com o controle social e com a universidade, porém pouco se conseguiu avançar devido a contextos políticos e culturais impeditivos. A cada acolhimento em grupo, momento de entrada para novos tratamentos, os usuários eram igualmente ouvidos e esclarecidos, tanto sobre os agravos mais prevalentes em saúde bucal e métodos preventivos quanto sobre as funções do Conselho Distrital de Saúde, numa tentativa de empoderá-los e conscientizá-los sobre suas potencialidades no exercício de sua cidadania.

Pessoalmente, desenvolvi atividades com ênfase no processo de educação e sensibilização dos usuários durante toda a cadeia de atenção odontológica. Admito que não segui a normatização da coordenação municipal de limite a três consultas por paciente, porque além de a alta por tratamento completado ser um hábito cultural, a interrupção do tratamento não beneficia o paciente. O limite a três consultas se justifica apenas como o artifício do gestor para aumentar o acesso. Além disso, constatei que tal norma cria um desconforto inicial no usuário, por ir contra sua expectativa culturalmente construída. Empiricamente, minha leitura é a de que tal diretriz repercute no eterno acesso para exodontias, pois não se enfatizam os principais objetivos da atenção em saúde: o aumento do conhecimento do cidadão/usuário e sua efetiva autonomia, junto da manutenção de sua saúde sob cuidados resolutivos, os quais são conquistados no decorrer de vários encontros, quando o são. Visando esses objetivos eu mesclava durante a cadeia de atenção odontológica o uso das tecnologias duras, leve-duras e leves, - com ênfase a esta última - ininterruptamente e conforme cada necessidade, usando humor, atualidades, um pouco de religiosidade e 'sabedoria popular' adaptadas na tentativa de levar o usuário/cuidador a aderir ao tratamento em questão. Muitas vezes, devido ao tempo necessário para tal abordagem do paciente, sobravam lacunas vazias em papéis a serem contabilizados, porém eu sabia que a lacuna de atenção e de saúde daqueles usuários estava sendo preenchida. Enfatizei ao máximo o trabalho vivo em ato, sempre estimulando a subjetividade dos usuários (FRANCO, 2007). Estes, ao reconhecerem a ação terapêutica como benéfica, predispunham-se igualmente a compreender a narrativa de educação em saúde e seu conteúdo como positivos em sua vida. Discordo quando sobrepujam a clínica por afirmarem que o usuário a enaltece quando esta é feita junto à educação. O fato é que tais processos de cuidado se completam. O âmago desse questionamento é descobrir a linguagem/abordagem certa para cada caso e estabelecer vínculo.

Paulatinamente, no confronto do bom combate diário, emergia a demanda por reforço na equipe, pois apenas um odontólogo diante do serviço terminava sobrecarregado no meio de atribuições técnicas, humanas e burocráticas. A urgência dos colegas da rede por auxiliares e técnicos em saúde bucal era totalmente compreensível e coerente. A jornada no PREMUS não teria sido completa não fosse nossa imersão na rede de atenção/assistência do SUS de Porto Alegre. Os cenários de prática diversificados, as múltiplas vivências em Gestão/Plane-

jamento, vigilância e estratégia de saúde da família foram fundamentais para a constatação da complexidade do setor de saúde e a recriação de novos questionamentos quando deparados a posturas locais não necessariamente preocupadas com o usuário. A interlocução com profissionais da rede, usuários, acadêmicos, colegas residentes de outras instituições, integrantes dos Conselhos de Saúde e professoras do PREMUS agregaram reflexões e pontos de vista que permanecerão por muito tempo ecoando em nossos pensamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O 'estado' de residente oferece múltiplas experiências àqueles diante da oportunidade de exercerem sua profissão com a incumbência de a transcenderem por meio de um filtro crítico dessa atuação. Então, a postura crítico-reflexiva seria exclusividade de residentes? Obviamente que não. Ao contrário disso, é uma atitude a ser desenvolvida por todos os cidadãos, não apenas trabalhadores da saúde ou intelectuais. Porém, o 'estado' de residente proporciona posição sui generis para que possamos relativizar as ações e as termos por objeto, sejam elas executadas por nós mesmos, nossos pares, residentes ou não.

A constatação inegável é a de que para as devidas mudanças e transformações do setor da saúde, pela concretização de um sistema nacional de saúde de qualidade, humanizado e efetivo, são necessárias articulações coletivas e individuais, partindo-se, sempre, do diálogo franco e aberto entre todos os atores do processo de saúde e à luz do benefício para a sociedade. A odontologia e os odontólogos precisam ampliar o diálogo e reatar os laços com as demais áreas da saúde na intenção de somar esforços e se fazerem presentes nessa tarefa contínua de transformação e aprendizado coletivo, e aqui dialogamos com Moysés (2004) que, ao falar sobre a avaliação curricular, diz que essa se tornará um processo participativo de construção de significados, fundando uma verdadeira cultura colaborativa a novos desafios da odontologia brasileira e das demandas sociais por mais saúde bucal.

À guisa de sugestão para outras iniciativas, apontamos fatores fundamentais ao processo do ensino em serviço em odontologia que igualmente podem ser adotados noutros núcleos: eleição dos conteúdos de estudo por processo participativo; exposição das propostas pedagógicas a cada etapa; avaliação multidimensional em ciclos constantes; incentivo a atividades práticas em equipe multiprofissional; prévio planejamento de atuação nos diferentes cenários de prática; ação de tutoria/preceptoria rotineira sem cerceamento da autonomia dos estudantes; e especial atenção para a valorização dos turnos teórico e de pesquisa no núcleo de conhecimento específico, pois a base teórica e o tempo necessário à reflexão são fundamentais para se potencializar os resultados da aprendizagem baseada em problemas (BATISTA et al., 2005; SALIBA et al., 2008).

A experiência com os participantes das Conferências de Saúde ocorridas em 2007, junto ao Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde e diante da construção de eventos como o I Seminário Estadual de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em Porto Alegre, e III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em Brasília, ambos em 2008, somente reforçara e renovara as esperanças de que uma sociedade mais fraterna, equânime e saudável é possível. Nesses espaços, tivemos oportunidade de debater, refletir, criticar, criar laços e ampliar as parcerias para impulsionarmos o crescimento conjunto pelo SUS que almejamos. Paradoxalmente, embora o tempo de residência pareça

curto diante de toda a complexidade de mudanças que queremos, é possível deixar uma marca durante essa caminhada na formação como trabalhador de saúde. A pluralidade de vivências, campos de práticas e inter-relações pessoais são tão ricas quanto a multiplicidade de fatores em torno do setor saúde. Essas experiências são o que motivam a continuar a aprender permanentemente visando chegar próximo a sonhos em comum, agora já como egressos de um projeto que igualmente deixa sua marca na história da EPS do país.

REFERÊNCIAS

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BRASIL. Aprova convênio entre Ministério da Saúde e União Brasileira de Ensino e Assistência – Hospital São Lucas da PUCRS para execução de Curso de Residência em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 138, 2006a. Seção 3, p. 59.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Institui a residência em Medicina. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/d80281.pdf> Acesso em: 7 maio 2010.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/inclus%C3%A3odejovemprojovem.htm>. Acesso em: 7 maio 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde bucal. Brasília, DF, n. 17, 2006b. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> Acesso em: 7 maio 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde. 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. In:BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. In: _____. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007a. p.10-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: _____. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007b. p. 29-30.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2007c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/ portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 7 maio

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/MS/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: _____. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 32, 2004b, seção 1, p.37-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. In:_____. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF, 2007d. 80 p. (Série Pactos pela Saúde, v.1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996/MS, de 20 de junho de 2007. Dispõe sobre as Diretri-

zes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.2007e. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm> Acesso em: 7 maio 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

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

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 7 maio 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as 14 categorias profissionais de nível superior da área da saúde para fins de atuação no Conselho. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/ Reso287.doc>. Acesso em: 7 maio 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; LIMA, V. V. de. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília, DF, 2002. p.169-178.

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

MINAYO, M. C. DE S.; SANCHES, O. Quantitativo--qualitativo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 30-37, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.1090-1096, 2008.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C. H. A.; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 819-829, 2008.

SALIBA, N. S. et al. A utilização da metodologia PBL em Odontologia: descortinando novas possibilidades ao processo ensino-aprendizagem. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 392-396, 2008.

SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: Ministério da Saúde; OPAS; EDUFRN, 1999. 452 p.

SILVA, C. H. Murialdo: história e construção na saúde coletiva do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.16, n. 2, p.105-115, 2002.

SOUZA, A. M. de A. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília, OPAS, 1991. 56 p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n.1).

Recebido em: 20/04/2010
Aprovado em: 29/05/2010