



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

LUISA BOHNENBERGER VARELA

**A PERCEÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS SOBRE UM PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2021

Luisa Bohnenberger Varela

**A PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS SOBRE UM PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), na Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de especialista em saúde multiprofissional.

Orientadora: Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese.

FLORIANÓPOLIS

2021

## RESUMO

O presente artigo tem como tema a Residência Multiprofissional em Saúde e objetiva analisar a compreensão sobre o curso de residência a partir da perspectiva dos atores envolvidos: residentes, preceptoras(es) e tutoras(es) da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RIMS) do HU/EBSERH/UFSC. Além disso, o estudo busca verificar a percepção desses atores em relação aos papéis desenvolvidos pelos três segmentos participantes, no que diz respeito às funções desempenhadas no programa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva com aplicação de entrevista para coleta, interpretação e análise dos dados primários. Os resultados apontam visões heterogêneas sobre as funções desempenhadas pelas(os) residentes, preceptoras(es) e tutoras(es), além de evidenciarem a existência de dúvidas acerca dos papéis. Conjuntamente, os sujeitos de pesquisa indicam sobrecarga de trabalho, adoecimento mental e carência de apoio institucional. Ademais, buscou-se com a pesquisa agregar aos estudos já realizados nessa área, a fim de contribuir para a produção de conhecimentos que visem difundir um modelo de residência fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde e da reforma sanitária, e com posição intransigente à precarização do trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional. Formação em Saúde. Trabalho em Saúde. Residência em Saúde.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo está relacionado ao tema de pesquisa que versa sobre a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), e aborda o desconhecimento de alguns sujeitos envolvidos no programa sobre suas atribuições, direitos e deveres, além da concepção equivocada existente em relação aos papéis desenvolvidos pelos três segmentos participantes (residentes, preceptoras/es e tutoras/es).

Segundo a Lei Federal n. 11.129/2005, a RMS configura-se como uma especialização em nível de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada à educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, em regime de dedicação exclusiva e com duração de dois anos (BRASIL, 2005).

Essas especializações, em sua maioria, são desenvolvidas em parcerias entre as Instituições de Ensino Superior (IES), nomeadas de instituições formadoras, e os serviços de saúde, mencionados como instituições executoras. Desse modo, os programas de residência são orientados a partir das necessidades e realidades locais e regionais, pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo catorze (14) profissões da área da saúde, sendo elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

A área médica foi pioneira na execução de propostas de ensino na modalidade de residência. A primeira experiência documentada ocorreu em 1945 no Serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Já o primeiro registro de residência multiprofissional é de 1977, com o programa de saúde coletiva desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e pelo Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) (UEBEL; ROCHA; MELLO, 2003).

A implementação e regulamentação da residência multiprofissional ocorre em razão da debilidade das grades curriculares dos cursos da saúde em discutir o SUS e a realidade brasileira, da mesma maneira que as(os) profissionais formadas(os) demonstram desconhecimento acerca dos princípios e diretrizes do SUS (VASCONCELOS, 2010 *apud* SILVA; BROTTTO, 2016).

De acordo com Silva e Brotto (2016), essa situação pode comprometer a assistência e fragilizar a universalidade e integralidade na saúde, minimizando a atuação profissional em relação aos aspectos clínicos e biomédicos. Essa consideração foi feita a partir dos dados do relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos (1993), e também das diretrizes

apresentadas pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS).

Ceccim (2009) menciona a importância do conteúdo das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Política Nacional de Educação na Saúde. De acordo com as diretrizes, a formação básica nas profissões de saúde deveria contemplar o desenvolvimento de habilidades específicas (de cada profissão), norteado pela noção multidimensional da integralidade, pelo trabalho em equipe e pela apreensão do SUS.

Uma das medidas adotadas, a fim de solucionar essa questão, foi a regulamentação e expansão das RMS (SILVIA; BROTTTO, 2016), sendo concebidas com o objetivo de contribuir para o processo formativo voltado prioritariamente para o SUS (BRASIL, 2005), tendo como intuito formar um novo perfil de atuação, com um olhar ampliado e de acordo com a integração profissional, ou seja, um curso de especialização voltado ao trabalho interdisciplinar (SILVA, 2018).

No entanto, a demora na publicação dos marcos normativos resultou em graves problemas que persistem na atualidade, como a falta de avaliação para o credenciamento de programas, a falta da construção de diretrizes pedagógicas e a precisão em relação às funções da própria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CFESS, 2017). Além disso, também houve carência na compreensão sobre a definição do papel da(o) preceptora(r), da(o) residente e da tutora(r).

Na literatura há diversas compreensões sobre a modalidade, desde interpretações que apontam a residência enquanto uma proposta inovadora e potente, até problematizações acerca da precarização do trabalho em saúde (MENDES, 2013; RODRIGUES, 2016; SILVA, 2018; FEUERWERKER, 2009).

A extensa carga horária prevista, inserida na lógica de insuficiência de recursos humanos, as práticas rotineiras, a intensificação das demandas para os serviços de saúde e as fragilidades dos cursos de RMS, no que se refere ao ensino e à supervisão/preceptoria (RODRIGUES, 2016), acabam, por vezes, por descaracterizar a modalidade. A RMS, porém, também abarca as três dimensões, a saber: educação em serviço, educação continuada e educação formal de profissionais; contribuindo para a formação, a construção de quadros institucionais e a formação continuada das(os) trabalhadoras(es) dos serviços de saúde (CECCIM, 2005 *apud* RODRIGUES, 2016).

Enquanto pós-graduação, a modalidade tem como característica unir momentos de estudo e de prática. A implementação da RMS tende a favorecer a reflexão sobre a reorganização do trabalho, potencializando as práticas colaborativas e suas implicações na atenção à saúde. Desta forma, podemos refletir que, por meio das metodologias ativas, os

processos pedagógicos se relacionam com a resolução de problemas de forma crítica e reflexiva, assumindo a necessidade do desenvolvimento de outras habilidades interpessoais e atitudes para o trabalho em equipe, compreendendo o processo de trabalho em saúde em grupo e a interprofissionalidade (ARAÚJO *et al.*, 2017).

No entanto, apesar de estarem elencados como objetivos da residência, os momentos de estudo e trocas de conhecimento nem sempre são priorizados pela equipe de preceptoras(es) e coordenadora(es). Além disso, em cada setor do serviço o papel da(o) residente é compreendido de uma forma diferente, havendo o entendimento de que o residente atuaria simplesmente compondo a equipe do cenário de prática, atuando, inclusive, como uma(un) trabalhadora(r) temporária(o) com a finalidade de desafogar a grande demanda de atividades e atendimentos que refletem as fragilidades que envolvem a gestão e a tímida apropriação da função das(os) residentes (MELLO, 2018).

Dessa forma, a partir da realidade vivida na RMS, foram suscitadas as seguintes problematizações: a) a compreensão de que a modalidade de ensino (residência multiprofissional) e o papel do(a) residente dentro da instituição não são homogêneos; b) o fato de quem nem todos os atores envolvidos no processo estão esclarecidos quanto às suas atribuições e competências; e c) a situação de que falta de apropriação em relação aos documentos base e à trajetória histórica da residência contribuem para o processo de descaracterização do programa.

A partir dessas problematizações, o objetivo deste artigo é analisar a compreensão sobre a residência na perspectiva das/os residentes, preceptoras/es e tutoras/es da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RIMS) do HU/UFSC/EBSERH, além de verificar a percepção sobre os papéis e funções que elas(es) desempenham no programa. Salienta-se que o programa está estruturado em áreas de concentração: Urgência e Emergência, Alta Complexidade e Saúde da Mulher e da Criança, e possui um total de trinta e seis (36) vagas para profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia.

O artigo apresenta quatro seções, iniciando-se por esta introdução que contextualiza a pesquisa e apresenta as discussões que serão abordadas. Em seguida, apresenta-se o método, com a finalidade de evidenciar o traçado metodológico utilizado e como ocorreu a obtenção e análise dos dados. A terceira seção objetiva desenvolver a discussão e divulgar os resultados, apresentando a compreensão das(os) entrevistadas(os) sobre os papéis e funções dos atores do programa, as supervisões, a qualidade das atividades oferecidas pelo programa, o apoio institucional, as capacitações, a sobrecarga de trabalho e o relacionamento interpessoal no

ambiente de trabalho. Para finalizar o estudo, apresentam-se as considerações finais e as referências utilizadas na pesquisa.

## MÉTODO

Tendo em vista o objetivo proposto, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, a fim de se compreender a temática por meio da coleta de dados narrativos, estudando as particularidades, experiências e percepções dos atores envolvidos no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (RIMS/HU/UFSC/EBSERH). O estudo configura-se como exploratório e descritivo, envolvendo uma pesquisa de campo e a coleta de dados primários.

Com relação à pesquisa de campo, foi utilizada a entrevista semiestruturada, técnica de investigação científica que funciona como recurso para coleta de dados a partir de um roteiro mais flexível de perguntas (MINAYO, 2010), o que possibilita inclusão de elementos ao decorrer da entrevista que não foram planejados inicialmente.

A etapa da entrevista foi realizada por meio de um roteiro apresentando questões dissertativas e de múltipla escolha, contendo três módulos de perguntas e totalizando 25 questões. O primeiro módulo foi composto por perguntas focadas em caracterizar os sujeitos de pesquisa. O segundo módulo tratou sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, os papéis desenvolvidos pelos três segmentos participantes e a política de formação em serviço. Ao fim, o último módulo foi personalizado para cada categoria, na busca por acrescentar informações ao que foi coletado.

Sobre a realização das entrevistas, ela ocorreu de forma remota e online (BRASIL, 2021), devido à conjuntura de pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, por meio da plataforma *Google Meet*, que disponibiliza um serviço de videoconferências.

Os sujeitos de pesquisa compreendem os três principais atores envolvidos na RIMS: residentes, preceptoras(es) e tutora(es) atuantes no ano de 2020 e que permaneciam inseridos no programa em 2021. Com vistas à concretização do objetivo proposto, a ideia inicial foi entrevistar um(a) (01) representante por profissão (enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia) de cada segmento. No entanto, apenas no primeiro segmento foi possível atingir o número desejado, ou seja, oito (08) residentes participantes, nos demais somente três (03) tutoras(es) e três (03) preceptoras(es), devido à recusa ou ausência de respostas aos convites realizados via e-mails e mensagens telefônicas.

Com base no cadastro de dados do corpo clínico da RIMS de 2020 foi realizado um sorteio utilizando-se programa digital, o *sorteador*, com o objetivo de selecionar as pessoas que foram convidadas a participarem da pesquisa. Após o sorteio, a pesquisadora deu

seguimento aos trâmites, colhendo as assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e iniciando a realização das entrevistas.

A organização dos dados ocorreu após a sistematização, tabulação e elaboração de gráficos. As respostas referentes às questões discursivas foram submetidas à análise de conteúdo, processo em que a autora assumiu um papel investigativo, desvelando os discursos cunhados por meio das respostas (CHIZZOTTI, 2006; MINAYO, 2009).

A organização da análise de conteúdo envolveu três fases: i) pré-análise; ii) exploração do material; e iii) análise e interpretação dos resultados (ZANELLA, 2013). Em seguida os resultados foram cruzados com as conclusões obtidas a partir da análise de referenciais teóricos relacionados à temática, culminando na elaboração do texto apresentando a discussão e os resultados, cujo objetivo consiste na articulação das informações obtidas.

Cabe ressaltar que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UFSC e cumpriu todos os requisitos, conforme preconizado na Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012a), no que se refere às normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada com o parecer n. 4.796.199. Ressalta-se, também, que o estudo foi submetido à anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/UFSC/EBSERH.

## **DISCUSSÃO E RESULTADOS**

A partir dos procedimentos metodológicos destacados na seção anterior, na primeira parte do roteiro foi realizada a coleta de informações sobre gênero, raça e etnia, deficiência, acesso à educação, idade, estado civil e sobre a categoria da qual a(o) entrevistada(o) faz parte. Os resultados desse processo estão demonstrados no Quadro 1.

Analisando os resultados sobre os dados gerais de identificação, percebe-se um total de 14 participantes, sendo oito (08) residentes, três (03) tutoras(es) e três (03) preceptoras(es), além disso, o grupo entrevistado é constituído majoritariamente por mulheres, treze (13) e por apenas um (01) homem, dados que evidenciam o protagonismo feminino e a predominância das mulheres na força de trabalho da saúde e educação (HERNANDES; VIEIRA, 2020; MANGUINHO, 2017).

No que se refere à questão étnico-racial, a maioria se declara branca, com 71,4 % (10 pessoas), seguida de 21,4% que se identificam como pretas (3 pessoas) e 7,1% como parda (1 pessoa). Também foi identificado que nenhuma(m) das(os) participantes são pessoas com deficiência. Cabe salientar que o sistema de pós-graduação é marcado por desigualdades sociais, o que restringe o acesso e dificulta a formação de profissionais de saúde que sejam

pertencentes a esses grupos (VENTURINI; FERES JÚNIOR, 2020). No entanto, espera-se mudanças nesse cenário, visto que houve a adoção da política de ações afirmativas na RIMS no ano de 2020, fruto das lutas da classe trabalhadora via movimentos sociais, estudantis e de partidos políticos.

Tabela 1 - Dados gerais de identificação dos sujeitos de pesquisa

Dados do Perfil	Resultados
Participantes da pesquisa	57,1% Residentes
	21,4% Tutoras(es)
	21,4% Preceptoras(es)
Gênero	92,9% Mulheres cisgêneros <sup>1</sup>
	7,1% Homens cisgêneros
Raça/etnia	71,4% Brancas
	21,4% Pretas
	7,1% Pardas
Idade	57,1% 20 a 30 anos
	35,7% 31 a 40 anos
	7,1% 41 a 50 anos
Escolaridade	57,1% Graduação
	14,3 % Doutorado
	14,3% Mestrado
	14,3% Especialização
Estado civil	57,1% Solteiras
	21,4% Casadas
	14,3% União estável
	7,1% União consensual
Deficiência	100% Não possuem deficiências

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Ainda sobre os dados gerais de identificação, de acordo com os resultados da pesquisa, 57,1% possuem apenas graduação, o que representa um total de oito (08) entrevistadas(os) – todos(as) residentes. Em relação às(aos) tutoras(es) duas (02) detêm doutorado e uma (01) tem especialização. Salienta-se que uma das tutoras não exerce docência formalmente, pois é trabalhadora efetiva do hospital alocada na assistência. Entre as(os) preceptoras(es) tem-se que duas (02) possuem mestrado e uma (01) especialização.

Aponta-se, também, que a maior parte indica idade entre 20 e 30 anos, sendo sete (07)

<sup>1</sup> Indica uma pessoa que tem anatomia, sexo e biologia alinhados com o gênero ao qual se identifica. Oposição a transgênero.

residentes e uma (01) preceptora. Tal fato corrobora com o marco normativo e com o projeto das residências em saúde, em relação ao perfil de residente: jovem, recém-formado e com desejo de inserção profissional no SUS (BRASIL, 2005).

Sobre o estado civil, oito (08) – 05 residentes, 02 tutoras, 1 preceptora – referem-se como solteira(o), três (03) como casadas – 1 residente, 1 preceptora, 1 tutora –, duas (02) afirmam união estável e, por fim, uma (01) residente menciona união consensual.

### **A compreensão das/os atores sobre a RMS**

A segunda parte da entrevista retratou diretamente sobre a RMS, os papéis dos atores no programa, suas funções, atribuições e competências. A primeira pergunta teve como propósito desvelar qual era a opinião, das(os) participantes sobre a política de formação em serviço por meio dos programas de residência. Como respostas, foram obtidos os seguintes trechos:

Bom, considerando a multiprofissional, penso como algo bem válido, principalmente pela troca multi, contato com diferentes profissões, aprender lidar com os colegas e trabalhar em conjunto. Vejo a formação em serviço como algo excelente, a gente realmente aprende e a parte teórica vem como apoio e complemento (Residente 3, 2021).

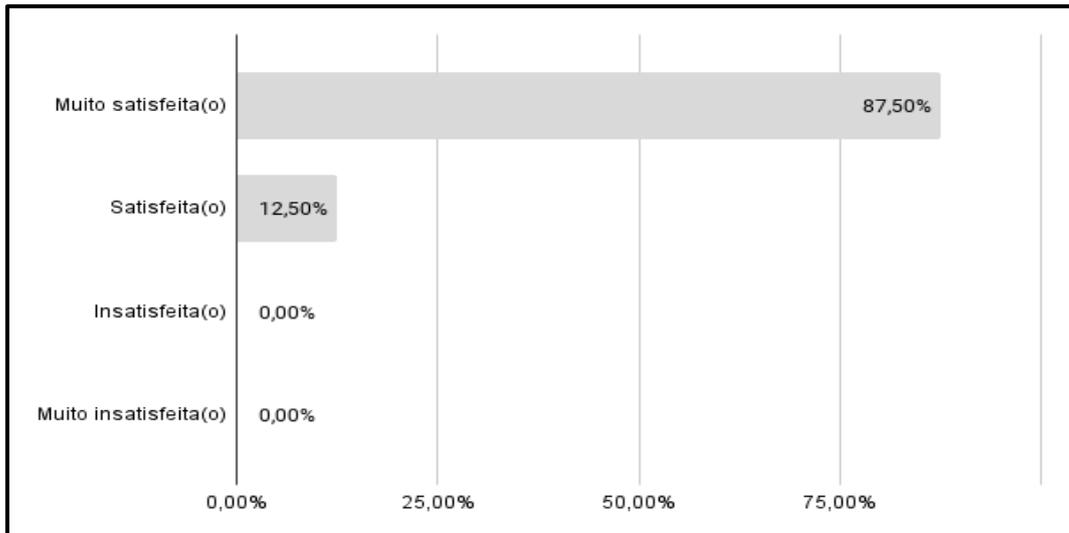
É um programa com muitas potencialidades, mas com alguns limites. O mesmo foi pensado a partir da residência médica e isso traz algumas limitações quando pensamos a residência multiprofissional. Possibilita aos residentes vivenciar o SUS, a integralidade, as equipes multiprofissionais, o que gera muitos aprendizados. Como limitações, temos o Plano Político Pedagógico, a execução e a relação entre os autores envolvidos (Preceptora 1, 2021).

É uma modalidade de ensino, observação e inserção na prática, com muitos ganhos pedagógicos em comparação com outras modalidades. Há uma dificuldade em fazer o multi devido à ausência na formação (desafio para tutores, professores e preceptores). Penso que a modalidade de RMS não vê o residente como mão de obra barata, mas sim enquanto profissional em formação, com responsabilidades de responder como tal. Como problemáticas, temos a carga horária excessiva, diferenças entre os programas de RMS, principalmente entre saúde da família e hospitalar, e, por fim, a falta de reconhecimento e valorização do título (Tutora 1, 2021).

De forma unânime, as entrevistadas pontuaram concordância com a modalidade, apresentando potencialidades e elucidando os aportes da RMS na formação em saúde. Percebe-se conformidade nas respostas, quando comparada a última questão feita com as residentes sobre como estava sendo a experiência e como elas avaliavam a contribuição da residência na formação profissional, pois sete (07) residentes se declaram “muito satisfeita(o)” e um (01) residente indicou “satisfeita”. O gráfico 1 indica os percentuais

referentes ao entendimento das(os) participantes da pesquisa em relação à contribuição da RMS na sua formação profissional.

Gráfico 1 - Contribuição da RMS na sua formação profissional



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Segundo Gadelha e Barreto (2018, p. 1.340), o regime didático dos programas visa “[...] o desenvolvimento do saber (conhecimentos), do fazer (habilidades) e do ser (atitudes) dos profissionais residentes”. Ademais, Silva (20018) pontua sobre a possibilidade de construção de práticas interdisciplinares capazes de superar a fragmentação dos saberes e dos fazeres do trabalho em saúde, por contemplar a inserção nos serviços, o pode fortalecer a transformação das práticas no dia a dia profissional.

Entretanto, os sujeitos de pesquisa salientam limites e desafios, tais como: o Plano Político Pedagógico (PPP) e sua execução; a relação entre os autores envolvidos; a carga horária excessiva; as diferenças entre os programas de RMS; a falta de reconhecimento e valorização do título; e a polêmica sobre a(o) residente enquanto “mão de obra barata”. Esse último ponto evidencia a complexidade, dualidade ou até mesmo confusão de entendimento sobre o residente: seria estudante? trabalhadora(r)? estudante-trabalhadora(r)?

Não consigo visualizar a diferença, no dia a dia, das atividades desenvolvidas por residentes e preceptores, me parece um trabalho comum a ambos, o que me faz considerar que há ausência da dimensão pedagógica (serviço) [...] aquela coisa de acompanhar, supervisionar, momentos de preceptoría [...] (Residente 4, 2021).

Vejo o residente enquanto estudante, que vai usufruir do espaço de formação, da inserção no campo, não deve repor RH/escala, mas tem formação básica completa, registro profissional e responde como tal. A visão geral (do hospital) é que o residente é trabalhador temporário da instituição [...] Pressão para fazer o serviço toda hora (Residente 5, 2021).

Tenho dúvida sobre o nosso dever nos serviços, penso que a pandemia complicou isso, devido ao número de paciente e sobrecarga, assumimos papel de efetivo. Tivemos que se virar nos 30 para assumir esse papel, com apoio dos preceptores e equipe, mas fico em dúvida (Residente 6, 2021).

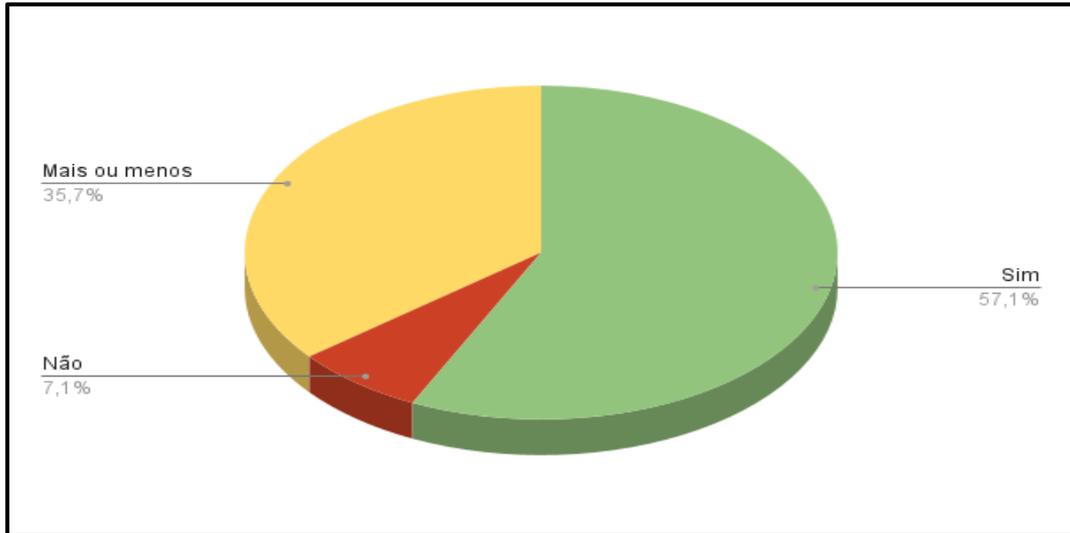
Para Silva (2018), a condição de residente apresenta especificidades, mas a jornada demasiada, os déficits curriculares e a realidade concreta da implementação dos programas, em uma conjuntura de fortes disputas sobre os projetos de SUS e direitos sociais, não os livram dos marcos de exploração do capital.

[...] não é admissível o movimento de tratar a intenção de uma formação interdisciplinar como realização da mesma, na medida em que essa retórica de formação pode apear-se como faces de um aprender fazendo, de mais uma mão de obra no serviço [...] Aprender a RMS enquanto processo histórico e não como afirmação retórica de sua potência enquanto formação é o que possibilita uma reconexão com os princípios basilares do SUS. Ou seja, para buscar a construção de uma RMS que esteja vinculada a uma proposta de formação em serviço no SUS e não a uma lógica de trabalho precário premiado com um título de especialista. (SILVA, 2018, p. 207).

A ofensiva neoliberal pós-1990 e os elementos que ela trouxe consigo reforçam a análise da precarização do trabalho, um cenário que impacta nas relações de trabalho que perpassam os programas de residência (RODRIGUES, 2016). Nesse sentido, alguns cursos poderiam estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que a uma experiência de formação para o SUS (SILVA, 2018).

De volta à análise dos dados, tem-se a questão central do trabalho, ou seja, qual o entendimento dos atores da RMS sobre seu papel e o dos outros participantes no Programa de Saúde Multiprofissional e Hospitalar do HU/UFSC/EBSERH. O gráfico 2 apresenta o percentual do entendimento dos pesquisados acerca do papel da(o) residente na RMS, ou seja, se tinham conhecimento e clareza sobre a função da(o) residente.

Gráfico 2 - O entendimento dos atores sobre o papel da(o) residente na RMS



Fonte: elaborado pela autora (2021).

O gráfico acima representa o cruzamento das respostas dos três (03) segmentos, sendo que, entre as(os) residentes, três (03) responderam “sim”, quatro (04) “mais ou menos” e uma (01) “não”. As preceptoras declararam, de forma concordante, três (03) “sim”. E as tutoras apresentaram dois (02) “sim” e um (01) “mais ou menos”. Desse modo, obtivemos um total de oito (08) respostas positivas, uma (01) negativa e cinco (05) com dúvidas sobre o papel do residente, qual sua função, atribuições e competências.

Pela diferença de cada setor, não é algo definido e isso causa dúvida [...] cada preceptor e residente vê de uma maneira (Residente 2, 2021).

O R1<sup>2</sup> é a aproximação para integrar ao programa, necessita de acompanhamento mais próximo nesse primeiro ano; o R2<sup>3</sup> fica como responsável pela unidade, com bastante autonomia, assistência e suporte quando o mesmo julgar necessário. Nosso objetivo é contribuir para o mercado de trabalho, objetivando formar um residente maduro e preparado, com bagagem profissional (Preceptora 2, 2021).

Percebo que o residente tem mais propriedade e compreensão do seu papel, mas vejo que nem sempre a equipe entende o papel do residente, há uma falta de clareza sobre a residência, além disso, os desdobramentos em relação à precarização e sucateamento da formação pioram esse cenário (Tutora 2, 2021).

A(o) residente é uma(um) profissional de saúde, com registro profissional, graduação completa e inserção na RMS após processo seletivo. Sua inclusão em serviço ocorre com o propósito de formação, exercendo papel importante, de forma eficaz, com a participação ativa e resolutiva no dia a dia, tendo como responsabilidade desenvolver atividades práticas, teóricas e teórico-práticas, e nota-se que a sua incumbência vai muito além da assistência direta aos usuários (ARAÚJO *et al.*, 2017).

<sup>2</sup> Refere-se às(os) residentes do primeiro ano de curso.

<sup>3</sup> Trata-se das(os) residentes veteranas(os) do segundo ano de curso.

Em relação ao papel da(o) preceptora(r), não houve resposta negativa, e nove (09) das(o) participantes apontaram “sim” e cinco (05) “mais ou menos”. Entre as residentes, quatro (04) replicaram “sim”, enquanto o restante (04) respondeu “mais ou menos”. As preceptoras (03) assinalaram “sim” e as tutoras manifestaram dois (02) “sim” e um (01) “mais ou menos”.

Preceptor é o profissional efetivo, da mesma profissão, para acompanhar o processo formativo do residente. Percebo que muitos não estão preparados para dar esse suporte, esse acompanhamento técnico, pois não sabem como funciona [...] há um certo despreparo para os momentos de preceptoría (Residente 1, 2021).

Tem por função guiar o residente nessa trajetória de aprendizados, prestar apoio técnico, construir junto com o residente, um professor do campo prático (Preceptora 3, 2021).

Quem vai acompanhar o residente nesta busca de conhecimento e aprimoramento, supervisionar o cotidiano, as atividades [...] é o membro mais próximo ao residente (Tutora 3, 2021).

O preceptor é o profissional de saúde efetivo, com formação mínima de especialista e da mesma área profissional da(o) residente sob sua supervisão, tendo como responsabilidade acompanhar a(o) residente de maneira mais direta, em seu lócus de atuação (BRASIL, 2012b). Além disso, de acordo com Carvalho e Gutiérrez (2021, p. 2.019), “o preceptor é compreendido como professor, orientador, facilitador e condutor do processo de aprendizagem; cabe a ele a responsabilidade de [...] estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades que articulem a formação e o exercício do trabalho”.

Após questionar as(o) participantes sobre o papel da(o) tutora(r), observa-se que 64,3% (9 pessoas) mencionam ter clareza sobre o papel e a função da(o) tutora(r) e 35,7% (5 pessoas) apontam ter dúvidas. Desse número, temos cinco (05) residentes que relataram “sim” e três (03) “mais ou menos”; e entre as preceptoras obtivemos dois (02) “sim” e um (01) “mais ou menos”, da mesma forma como ocorreu com as(os) tutoras(es).

Professor que vai acompanhar a parte “mais” teórica, auxiliar na pesquisa e TCR, fomentar reflexões, discussões de casos [...] Mas na minha área não há uma organização para os momentos de tutoria (Residente 8, 2021).

Tem como função guiar o residente no que tange a linha teórica, agrega ao conhecimento do campo, contribui na matriz teórica, fornece apoio nas atividades de ensino e pesquisa (Preceptor 3, 2021).

É o intermediador do processo entre residente e preceptor. Deve conhecer o cenário de prática, o serviço, estrutura, fluxos [...]. Mediando conflitos interpessoais (residente e preceptor), participa da avaliação, contribui na relação teórica e prática. Processo horizontal, contamos com a participação ativa dos residentes no planejamento e escolha de temas das tutorias (Tutora 1, 2021).

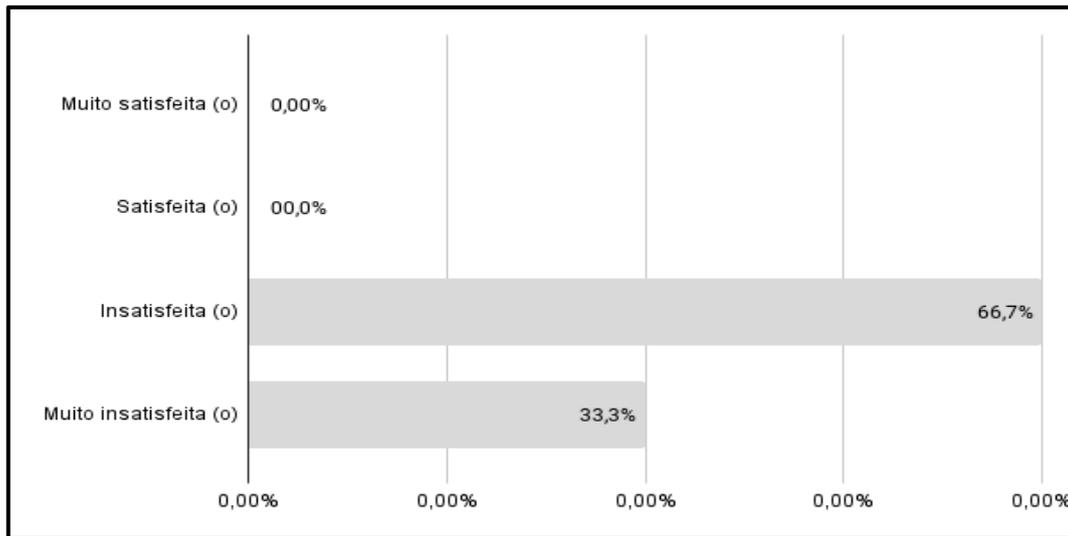
Sobre a(o) tutora(r), há duas possibilidades de atuação, ser tutora(r) de núcleo, que é específico da profissão, ou de campo, que corresponde à integração dos núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. Tal função pode ser exercida por professores vinculados às instituições formadoras ou por trabalhadores da saúde das instituições executoras. Sua função caracteriza-se pelo acompanhamento e orientação acadêmica, além de dar apoio e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Curso (BRASIL, 2012b).

As incertezas e visões heterogêneas podem ser sintomas da descaracterização da modalidade e de disputas em torno do projeto de RMS e SUS, mas também podem indicar fragilidades no interior dos programas. A partir da observação da autora e dos relatos das entrevistadas, constatou-se que alguns residentes iniciaram suas atividades sem preceptoras(es) diretos, além de algumas profissões estarem sem tutoras(es) e com uma coordenação ainda em alinhamento, devido à mudança recente de gestão.

Outro ponto citado é que o PPP não é amplamente divulgado, não há uma apresentação formal para os atores que ingressam no programa, não existe um regimento interno e as instruções normativas estão desatualizadas e são pouco disseminadas. Acrescente-se a isso a inexistência de materiais informativos (cartilhas, folders, guias) e de uma divulgação ampliada sobre o programa, o que proporcionaria maior visibilidade à RIMS/HU/UFSC/EBSERH, além de elucidar e facilitar a compreensão desse universo, suas atividades e as atribuições dos sujeitos envolvidos.

Ademais, as poucas iniciativas de capacitações para os cargos, principalmente para a(o) preceptora(r), geram dúvidas, insegurança e estranhamento a esses indivíduos, prejudicando direta e indiretamente a atuação da(o) residente e a execução do programa. Duas (02) preceptoras indicaram insatisfação e uma (01) muita insatisfação sobre oferta e o incentivo a capacitações, conforme explicitado no gráfico 3.

Gráfico 3 - Oferta de capacitação para as atividades de preceptoria



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Também se pode observar que, apesar de estarem elencadas como objetivo da residência, as horas correspondentes a estudos e construção coletiva são secundarizadas. A exemplo disso temos as dificuldades para a realização dos momentos de tutoria, do momento integrado, da liberação para eventos e impasses na utilização das quatro (04) horas mensais previstas para participar de grupos de estudos ou pesquisas.

Não iniciamos com tutor, durante a pandemia também ficamos sem, apenas em junho (2021) tivemos a primeira tutoria (Residente 3, 2021).

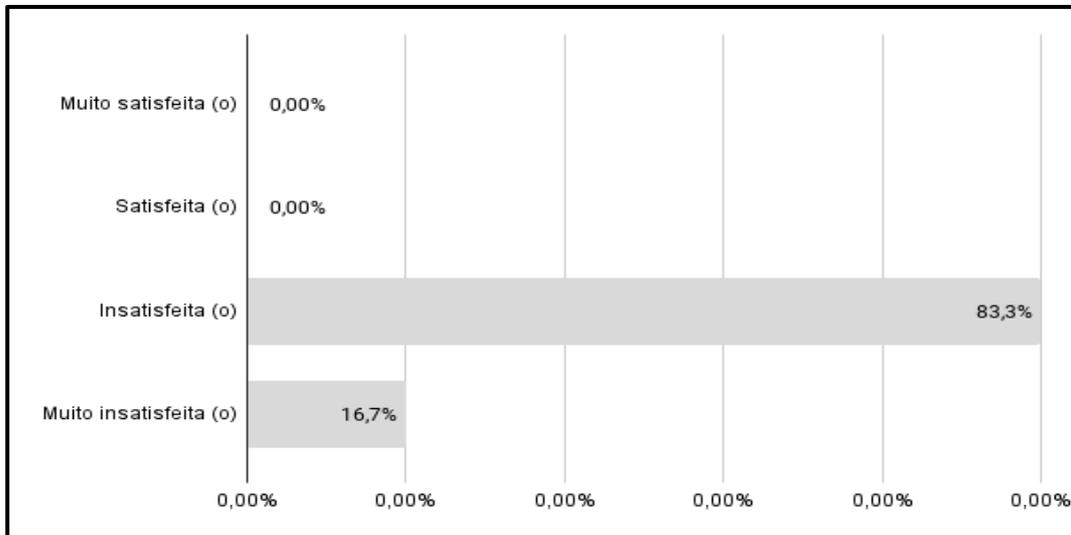
Vejo os tutores mais preparados, conseguimos ter mais retorno, [...] é uma relação bem mais tranquila e horizontal, com os preceptores temos dificuldades até para conseguir as liberações de eventos (Residente 1, 2021).

Outro aspecto que apareceu nas entrevistas está relacionado à carga horária de 10h/semanais ofertada pela UFSC para o trabalho da coordenação, o que é totalmente insuficiente diante das demandas postas, ressaltando-se também que há ausência de técnicos-administrativos, o que sobrecarrega ainda mais a função. Essa situação gera ausência e/ou demora na divulgação de informações sobre as atividades da residência multiprofissional, tais como, calendário acadêmico, organização para os estágios e informes internos, o que fragiliza a integração das(os) residentes com os campos de trabalho, equipe, preceptoras(es) e tutoras(es).

Conforme exposto, os achados da pesquisa levam a reflexões importantes sobre o mundo do trabalho das(os) profissionais de saúde e educação, como quando abordado com as preceptoras e tutoras acerca da disponibilidade de tempo para a realização do acompanhamento ao residente e execução das demais tarefas da residência, obtendo-se os

resultados apresentados no gráfico 4.

Gráfico 4 - Tempo disponível para o acompanhamento e execução das atividades da RMS – preceptoras e tutoras



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Os dados apresentados no gráfico revelam a escassez de tempo para o desenvolvimento das atividades da RMS. Mesmo sendo distintas as atividades desempenhadas pelas tutoras e preceptoras, muitas(os) relataram haver acúmulo de funções, sobrecarga de trabalho e adoecimento mental, isso tudo aliado à carência de apoio institucional, tendo como resultado 83,3% dos participantes insatisfeitos, sendo duas (02) preceptoras(es) e três (03) tutoras(es) relatando essa condição. Ressalta-se que tal situação pode causar prejuízo no processo de formação dos profissionais envolvidos na residência e conflitos relacionais no ambiente de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa apontam que a compreensão sobre a modalidade de RMS e o papel dos atores dentro da instituição não é homogênea. Verificou-se que nem todos os sujeitos envolvidos estão esclarecidos acerca de suas funções, atribuições e competências, além de haver entendimentos conflitantes. Ou seja, há compreensões que apontam o residente como responsável pela clínica de imersão, evidenciando um suposto papel de trabalhador temporário da instituição, em divergência com alegações que afirmam que a inclusão do residente na residência e nos serviços ocorre com o propósito de formação, e que a “pressão para fazer o serviço toda hora” (Residente 5, 2021) atrapalharia essa vivência, devido às

dificuldades de liberações para aulas, eventos e demais momentos de reflexões e estudos.

Por outro lado, as entrevistadas pontuaram concordância com a política de formação em serviço, apresentando potencialidades e elucidando os aportes que proporcionam na formação em saúde. As residentes validam a experiência e indicam que ela está contribuindo para sua formação profissional. Contudo, a falta de apropriação em relação aos documentos base e à trajetória histórica da residência são aspectos que podem indicar um afastamento do modelo de residência fundamentado nos princípios do SUS e da reforma sanitária, e com posição intransigente à precarização do trabalho em saúde.

Outro ponto evidenciado é sobre o papel das(os) preceptoras(es) e tutoras(es), pois suas funções são de potenciais educadores, desenvolvendo processos pedagógicos fundamentais. No entanto, o acúmulo de funções, a sobrecarga de trabalho e o adoecimento mental, somados à carência de apoio institucional, criam dificuldades para essa materialização e, em alguns casos, desencadeiam conflitos interpessoais e redução do papel da(o) preceptora(r) e tutora(r) a uma posição de autoridade e controle.

Logo, sobressai que os aspectos citados são também desdobramentos e expressões da natureza do trabalho no capitalismo e da contrarreforma do Estado brasileiro. Por isso, faz-se fundamental avançar da esfera micropolítica e do pessoalismo, pois são necessárias medidas institucionais como a diminuição da carga horária das residentes, garantias de direitos trabalhistas e estipulação da carga horária dos atores que realizam supervisão (preceptoras e tutoras). Assim como, maiores condições, organização e estrutura para o desenvolvimento dos programas de RMS, a fim de combater a precarização da formação e do trabalho.

Ressalta-se também que este estudo apresenta limites, no tocante à quantidade da amostra adquirida e aos impactos da pandemia de COVID-19 na pesquisa, que impactaram na coleta de dados. Entretanto, o estudo explicita alguns pontos de análise e pretende colaborar com o debate, a fim de contribuir com o processo de avaliação do referido programa, auxiliando no processo de análise das condutas e da dimensão pedagógica, com vistas a impulsionar a qualificação das ações e as percepções dos atores envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 601-613, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular n. 2/2021 1/CONEP/SECNS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, 24 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Federal n. 11.129/2005, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2005.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2012b.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de; GUTIÉRREZ, Adriana Coser. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 2013-2022, jun. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 233-235, mar. 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Brasília, DF: CFESS, 2017.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FEUERWERKER, Laura. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009.

GADELHA, Ana Karina de Sousa; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Residência Integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em saúde da família e comunidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 1339-1351, 2018.

HERNANDES, Elizabeth Sousa Cagliari; VIEIRA, Luciana. A guerra tem rosto de mulher:

trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. **Anesp**, São Paulo, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 14 nov. 2021.

MANGUINHO, Julyana Vilar de França. Protagonismo feminino no contexto escolar: entre negociações, enfrentamentos e tensões. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: 2017.

MELLO, Amanda Lemos *et al.* Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, 2018.

MENDES, Alessandra Gomes. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. *In*: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

RODRIGUES, Terezinha de Fátima. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 71-82, jan./jun. 2016.

SILVA, Leticia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p-200-2009, jan./abr. 2018.

SILVA, Luciana da Conceição; BROTTTO, Marcio Eduardo. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 37, p. 126-149, 1 out. 2016.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medero; MELLO, Vania Roseli Correa de. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123, 2003.

VENTURINI, Anna Carolina; FERES JÚNIOR, João. Política de ação afirmativa na pós-graduação: o caso das universidades públicas. **Cadernos de Pesquisa**, [S.l.], v. 50, n. 177, p. 882-909, set. 2020.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa**. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2013.