

# Desafios e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para o SUS na percepção de residentes

## Challenges and potentialities of multi-professional health residence for the SUS in the perception of residents

Fernanda de Sousa Reis<sup>1</sup>, Olga Maria de Alencar<sup>2</sup>, Jamile Luz Moraes Monteiro<sup>3</sup>

1. Especialista em Saúde Mental.  
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas -  
FESP  
E-mail: fernandadessreis@gmail.com

2. Doutora em Saúde Coletiva.  
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas -  
FESP  
E-mail: olgaalencar17@gmail.com

3. Doutora em Psicologia Social.  
Universidade Federal de Tocantins - UFT  
E-mail: jamile.luz.moraes@gmail.com

### Artigo de Pesquisa

**Resumo:** Este estudo busca identificar os desafios e as potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) para o SUS, a partir da percepção de residentes de diferentes programas. A pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório, utilizou grupos focais para coletar dados, envolvendo 15 residentes dos programas de Saúde Mental, Saúde Coletiva e Saúde da Família e da Comunidade da Fundação Escola de Saúde de Palmas. Participaram profissionais de diversas áreas, como psicologia, odontologia, serviço social, nutrição, farmácia, educação física, medicina veterinária e enfermagem. Foram realizados três grupos focais, um por programa, com duração média de 40 minutos. A análise dos dados, baseada na Análise de Conteúdo de Bardin (1977), permitiu identificar quatro categorias principais: (1) o papel do residente nos serviços de saúde, em uma tensão entre formação e trabalho; (2) o trabalho em equipe, marcado por disputas entre práticas instituídas e instituintes; (3) os desafios institucionais enfrentados pelos programas de residência; e (4) a relação entre a RMS e a Educação Permanente em Saúde. Os resultados mostram que os residentes reconhecem tanto dificuldades quanto potencialidades da RMS, destacando a importância das condições de formação como fator determinante para que a proposta da residência contribua efetivamente para o fortalecimento do SUS.

**Palavras-chave:** Capacitação de recursos humanos em saúde; Educação em saúde; Internato e residência;

**Abstract:** This study aims to identify the challenges and potentialities of the Multi-professional Residency in Health (RMS) for the Brazilian Unified Health System (SUS), based on the perceptions of residents enrolled in different multiprofessional programs. This is a qualitative, exploratory field study that used focus groups for data collection, involving 15 residents from the Mental Health, Collective Health, and Family and Community Health

programs of the Health School Foundation of Palmas. Participants represented various professional fields, including psychology, dentistry, social work, nutrition, pharmacy, physical education, veterinary medicine, and nursing. Three focus groups were conducted—one for each program—lasting between 40 and 60 minutes. Data analysis, supported by Bardin's Content Analysis (1977), led to the identification of four main categories: (1) the resident's role within health services, positioned between training and work; (2) teamwork, marked by tensions between established and emerging practices; (3) institutional challenges within the residency programs; and (4) the relationship between RMS and Continuing Education in Health. The findings show that residents perceive both difficulties and strengths within the RMS, emphasizing that the conditions under which training takes place are crucial for achieving the residency's goals and contributing effectively to the strengthening of the SUS.

**Keywords:** Health human resource training; Health education; Internship and residency

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em 1990 no contexto de redemocratização do país e fruto do movimento da Reforma Sanitária. A criação desse sistema tencionou, entre outras coisas, mudanças na forma como a saúde é definida e como os serviços de saúde se organizam. Isso se deu, especialmente, pela adoção de um conceito ampliado de saúde e a proposição do cuidado da saúde ser realizado de forma integral, abrangendo várias dimensões da vida, em oposição ao modelo biomédico (Paim, 2008).

Essa perspectiva se materializou na legislação do SUS como princípio da integralidade concebida pela reforma sanitária, a partir de quatro pontos: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária

etc.), que incidissem sobre as condições de vida e a determinação social da saúde, mediante ação intersetorial. (Paim, 2012, p.466)

O surgimento do SUS pautado nessas perspectivas implicou a necessidade de inserção de novas categorias profissionais para contemplar a concepção integral do cuidado, mas acima de tudo demandou profissionais que pudessem atuar em consonância com os princípios e diretrizes orientadores desse complexo sistema. Nesse cenário, surge a justificativa para a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) com a finalidade da “busca por um atendimento que considere as necessidades múltiplas de saúde e uma proposta de trabalho coletivo em saúde, e de uma ação interdisciplinar” (Silva, 2018, p. 205).

Assim, em 2005, a RMS, oficialmente instituída pela Lei n.º 11.129 de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005), emerge como uma estratégia para a formação da força de trabalho na área da saúde pública. Essa modalidade de formação além de objetivar a qualificação dos trabalhadores para atuar no SUS, é também, uma das estratégias empenhadas para produzir mudanças nos modelos de formação profissional e de atenção à saúde.

A modalidade de residência multiprofissional se distingue da residência médica e uniprofissional, dentre outros fatores, pelo fato de concentrar diferentes categorias profissionais em um único programa, uma vez que as demais citadas são formadas por apenas uma categoria profissional. Segundo a lei n.º 11.129 (Brasil, 2005), que instituiu as RMS no Brasil, essas são definidas como uma pós-graduação lato sensu destinada às categorias profissionais da saúde, com exceção da médica: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

As citadas categorias integram equipes com diferentes profissionais e em diferentes cenários por um período mínimo de dois anos. Durante esse período, a RMS se efetiva por meio do ensino em serviço, integrando ensino-serviço-comunidade, através da parceria entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de realizar a inserção qualificada dos trabalhadores da saúde no SUS, levando em conta as áreas prioritárias do sistema de saúde e as necessidades e realidades locais. Trata-se de uma modalidade de dedicação exclusiva realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade compartilhada entre os setores da educação e da saúde, com a obtenção do título de especialista ao final (Brasil, 2012; Brasil, 2005).

Uma grande potencialidade da RMS é favorecer a construção de uma formação em saúde alinhada às necessidades do SUS. O foco da proposta da RMS na integralidade do cuidado e no trabalho interprofissional tem capacidade de superar a lógica da fragmentação dos saberes e fazeres. Por outro lado, o alcance dessa potência “exige condições para a sua realização, caso contrário torna-se uma potência de formação em termos estritamente retóricos” (Silva, 2018, p.207), fazendo com que o sucesso desse projeto esbarre, por vezes, nos desafios micro e macropolíticos da saúde pública.

O interesse por este estudo surgiu da experiência da autora como residente e da vivência cotidiana das potencialidades e desafios da RMS no SUS. O diálogo com colegas residentes e preceptores de diferentes categorias e programas evidenciaram questões recorrentes, o que motivou o registro e a análise dessas experiências. Sendo assim, este estudo tem como objetivo central compreender a percepção dos residentes dos programas de RMS da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas quanto às potencialidades e os desafios da residência multiprofissional para o SUS na realidade local.

## **Método**

Foi realizada uma pesquisa de campo de cunho qualitativo e exploratório que utilizou como técnica de coleta de dados o grupo focal. Realizou-se um grupo focal em cada um dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Programa Integrado de Residência em Saúde (PIRS) da FESP: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva.

A coleta de dados foi realizada remotamente entre outubro e novembro de 2023, via Google Meet. Os discentes dos programas de Saúde Mental, Saúde Coletiva e Saúde da Família e da Comunidade receberam o convite e o link do formulário de inscrição para a pesquisa nos respectivos grupos de WhatsApp exclusivos de cada programa. Em observância às normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para a realização de pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (Brasil, 2021), o formulário para adesão à pesquisa apresentou o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI) para anuência dos participantes.

Participaram residentes que ingressaram nos programas de residência multiprofissional nos anos de 2022 e 2023 que se encontravam matriculados e em atuação no momento da coleta de dados. Como instrumento de registro dos dados, utilizou-se um gravador. Os conteúdos gravados foram transcritos na íntegra e analisados com apoio da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977).

Para preservar o anonimato dos participantes, as falas utilizadas na apresentação dos resultados foram identificadas por códigos alfanuméricos, tais como P1, P2, P3 e assim por diante. O prefixo “P” refere-se a *participante*, enquanto o número indica apenas a ordem de organização no corpus de

análise. Esses códigos não têm relação com identidade pessoal, categoria profissional, programa de residência ou qualquer outra informação individual. O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e gerou parecer de número 6.328.450.

## **Resultados e discussões**

Participaram da pesquisa 15 residentes dos programas de residência multiprofissional, sendo sete de Saúde Mental, cinco de Saúde da Família e da Comunidade e três de Saúde Coletiva. Oito participantes cursavam o primeiro ano da residência, enquanto sete estavam no segundo ano de formação. Quatorze residentes eram mulheres e um homem. A pesquisa contou com a participação de pelo menos um profissional das seguintes categorias: psicologia, odontologia, serviço social, nutrição, farmácia, educação física, medicina veterinária e enfermagem.

A partir dos dados coletados dos participantes nos três grupos focais, foram identificadas as seguintes categorias de análise, considerando o critério repetição: 1) O lugar do residente nos serviços de saúde: formação ou trabalho?; 2) Trabalho em equipe: tensões entre o Instituinte e o Instituído; 3) Desafios institucionais dos programas de residência; e 4) A residência multiprofissional em Saúde e sua relação com a Educação Permanente em Saúde.

### **O lugar do residente nos serviços de saúde: formação ou trabalho?**

Nessa categoria os residentes relataram as dificuldades advindas de estar inserido no SUS, a partir de uma dupla posição: trabalhador e estudante. No cotidiano isso se traduz, por um lado, em experiências como

ser confundido com estagiários, desconfiança por parte de outros trabalhadores quanto a competência técnica dos profissionais residentes, invalidação do saber do residente e não ser convocado a assumir atribuições nos fluxos de serviços. Os participantes também destacam que a maioria dos servidores dos cenários de prática desconhecem o que é a residência, quais são seus objetivos e como ocorre o seu processo formativo, como pode ser evidenciado nas falas: “Nós estamos ali no processo de formação, que é a teoria e a prática. Só que isso não é compreendido por eles (equipes fixas). Eles acham que ali é um estágio, que não é uma prática.” (P1)

Então, eu cheguei lá [primeiro dia no cenário prático] e aí eu não sabia de onde era a sala. Perguntei na recepção. O senhor que estava lá não entendeu direito o que eu queria. Ele falou, senta lá, perto daquela porta lá. Falei, tá bom, vou sentar perto daquela porta e esperar alguém chegar. (P5)

Por outro lado, os participantes destacam que o residente é convocado a assumir integralmente responsabilidades por seus núcleos, suprindo a escassez da força de trabalho nos serviços de saúde. Um exemplo disso é relatado por um participante que passou a assumir integralmente atribuições por um setor após a demissão da servidora responsável: “A sensação que tive é que eu tive que aprender mais de 20 anos do que ela [servidora demitida] sabia, em menos de três dias. [...] eu sentava lá e era uma metralhadora [de informação]. eu não podia perder nada” (P.14)

Esse mesmo fato foi evidenciado em outro estudo ao relatar a experiência de residentes de programas da RMS, onde percebeu-se falta de consenso entre os profissionais da saúde atuantes no município quanto ao papel do profissional residente, ocorrendo manejo da atuação dos profissionais residentes em prol das necessidades institucionais, como ajuste ao quadro de servidores (Fernandes *et al.*, 2017).

Essa situação não se trata de uma particularidade do cenário pesquisado, uma vez que foi constatada em outras experiência de residentes no país (Silva e Dalbello-Araújo, 2020; Queiroz e Goya, 2016; Lima *et al.*, 2022). Martins, Kuss e Wünsch (2019) destacam que esse é um tipo de inserção precarizada dos profissionais residentes nos serviços de saúde, e que a caracteriza como mão de obra barata. Assim se configura quando residentes ocupam funções que deveriam ser exercidas por servidores públicos, aliado ao fato de a RMS não caracterizar vínculo trabalhista e não representar custo significativo para as instituições envolvidas, já que é custeada por verba do governo federal.

Um dos motivos dessa forma de inserção dos residentes nos serviços de saúde são “dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios para manter profissionais da saúde para compor, por exemplo, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou da Equipe de Saúde da Família (ESF), dado o subfinanciamento do SUS, destacando a necessidade de aumentar os recursos financeiros disponíveis” (Queiroz e Goya, 2016, p.73.), somado à falta de debate acerca da proposta das RMS (Ramos *et al.*, 2006), e a falta de uma compreensão hegemônica sobre o papel dos atores envolvidos no processo da residência (Varela, 2021), inclusive por parte dos próprios residentes.

Como consequência dessa inserção precarizada do profissional residente, em que assume o papel de suprir a ausência da força de trabalho nos serviços de saúde, ocorre a priorização das atividades práticas em detrimento das atividades teóricas, percebida pelos participantes pesquisados como uma interferência negativa no processo formativo, como verbalizado nas falas a seguir: “*Geralmente a gente chega nos cenários e a gente é entupido de serviço.*” (P14). Ou ainda, o sentimento de prejuízo da

aprendizagem: “A gente parece que é só absorvido por tudo isso [sobrecarga de trabalho], que a gente não vive a vida de residente no sentido de que a gente também tá num processo de aprendizagem e que isso se compõe de outras coisas” (P9).

Além do já alertado risco de descaracterização da proposta de formação da residência (Ramos *et al.*, 2006), é necessário lembrar que as RMS, dada a sua natureza, “devem prezar por espaços mais criativos, de trocas e articulação dos serviços em rede, na perspectiva da prestação com qualidade aos usuários do SUS” (Rodrigues, 2016). Isso é reconhecido pelos residentes ouvidos: “Então, tem que existir esse espaço também para o residente produzir coisas novas, né? Não só repetir o que já está ali e ter mais um soldadinho ali, né? Dentro do serviço, né?” (P2).

A garantia desse lugar criativo e de aprendizagem na residência põe em jogo o alcance dessa proposta de formação, como apontado por um participante: *“Então, você entra numa residência e às vezes você sai um profissional que reproduz práticas estigmatizadas que já estão nos serviços, porque não priorizam você aprender”* (P8). Assim, destacamos a necessidade do debate relacionado ao papel da residência multiprofissional no cenário pesquisado, considerando os objetivos que norteiam a proposta desse modelo de formação e os atores que compõem esse processo.

Por fim, a falta de uma compreensão hegemônica quanto ao lugar do residente nos serviços de saúde parece afetar a produção de sentido dos próprios residentes em torno do seu trabalho. Percebeu-se entre os participantes um discurso de desvalorização e menos-valia quanto a sua posição nos serviços de saúde. Esse sentimento está ligado ao não reconhecimento do residente enquanto profissional formado e dificuldades

de vinculação com as equipes fixas dos campos de atuação, que acarreta um sentimento de falta de pertencimento aos cenários.

### **Trabalho em equipe: tensões entre o Instituinte e o Instituído**

Em relação ao trabalho em equipe, os participantes apontaram uma fragilidade na vinculação entre equipes fixas dos cenários práticos e residentes, com relatos de pouca abertura para construção de vínculo e baixa disponibilidade dos servidores em orientar e inserir os residentes no processo de trabalho:

Eu acho que eles pensam assim: está chegando mais alguém que não sabe de nada e a gente vai ter que passar de novo. Aí, quando essa pessoa já tiver aprendido alguma coisa, ela vai sair. Então, não tem uma preocupação muito grande em construir vínculo com a gente, sabe? (P1)

Essa dificuldade na vinculação, por vezes, é acompanhada de tensões de diferentes naturezas que afetam a organização do trabalho e produzem fragmentações entre as equipes, conforme relatado pelos residentes P6 e P9:

A gente não consegue fazer atendimento compartilhado, não tem mesmo, assim, um espaço mínimo. (P6)

Em uma unidade, o ACS é sempre muito raro falar com a gente, mesmo que a gente esteja disposto e aberto a tudo. Então, é mais complicado e a relação é mais distante. (P9)

Os participantes destacam ainda dificuldade de trabalhar em equipe em decorrência das diferentes lógicas de trabalho nas instituições de saúde, especialmente pela fragmentação do trabalho, hierarquização dos

saberes, predominância do modelo biomédico e as resistências dos trabalhadores fixos dos serviços às mudanças propostas por novos profissionais. Somado a esses fatores, ao chegar nos cenários, os residentes citam deparar-se com trabalhadores cansados, desestimulados e adoecidos.

Então, parece que alguns profissionais ainda têm a percepção de cada qual o seu cada qual: faço meu trabalho, compete a mim, e você faz o seu trabalho. Então, assim, não mistura muitas coisas. (P6)

Equipes cansadas e desmotivadas dificultam as novas práticas. (P15)

Para analisar as dinâmicas relacionais estabelecidas descritas, consideramos importante a análise do cenário, onde ocorre a inserção dos profissionais residentes, como destaca Rodrigues (2016, p. 77) ao afirmar que “no transcorrer histórico da construção do SUS, inserido em uma política pública de saúde, tem-se processos articulados às transformações do mundo do trabalho com consequências centrais aos trabalhadores”. Trata-se, portanto, de reconhecer a existência de cenários atravessados pela intensificação da precarização do trabalho (Machado *et al.*, 2023a), e pelo agravamento das já precárias condições de trabalho na saúde após a Pandemia de Covid-19 (Machado *et al.*, 2023b).

Assim, “a inserção de equipes de residentes neste âmbito oportuniza tensões de diferentes naturezas” (Rodrigues, 2016, p.78). O debate acerca dessas tensões se amplia se considerarmos as RMS como forças instituintes indutoras de mudanças (Lago, 2019). Por isso, recorremos à análise institucional para auxiliar na tarefa de discutir as complexas relações produzidas dentro do cenário pesquisado. Vejamos, primeiramente, alguns conceitos-chave para a nossa discussão: instituição, instituído e instituinte.

As instituições, segundo Baremblitt (1996, p. 177), "são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação, podem estar expressas em leis, princípios ou fundamentos, em normas ou pautas". No interior das instituições, ocorre a dialética instituinte-instituído, sendo o primeiro a "contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como 'significante' da prática social", e o segundo "a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)" (Lourau, 2004, p. 47).

Assim, os profissionais residentes adentram a instituições que já possuem suas normas, valores, modos de fazer e dinâmicas estabelecidos e incorporados pelos membros das instituições. A inserção desses novos profissionais — que se orientam por diretrizes pedagógicas que visam mudanças na formação, no trabalho e gestão na saúde — constitui um movimento instituinte que se tensiona com o instituído. Dentre estas tensões, destacam-se as forças conservadoras do instituído, surgindo na forma de resistência às novas propostas e às propostas de mudança na lógica de trabalho, como aponta a fala de um participante: "*É comum ouvir [dos trabalhadores]: eu tenho x anos aqui, e é desse jeito que funciona*" (P14).

Essa reação ao instituinte representa uma resistência às mudanças mobilizadas por ele, já que o instituído "reflete na tendência de permanecer estático e imutável" (Baremblitt, 1996, p. 157). Ao considerar que a própria história do SUS, especialmente a reforma sanitária brasileira, trata-se de um constante dilema entre o instituinte e o instituído (Fleury, 2009), a tensão entre os cenários práticos e a RMS pode representar, inclusive, um choque entre as práticas tradicionais em saúde e um novo modelo de cuidado

(baseado em uma abordagem multiprofissional), uma vez que o campo de atuação (os serviços de saúde) da RMS é marcado pela hegemonia do modelo biomédico (Silva e Dalbello-Araújo, 2020).

Por outro lado, ao mesmo tempo que figura um desafio, o trabalho em equipe também é apontado pelos participantes da pesquisa como uma grande potencialidade da RMS para o cenário estudado. Assim é apontado pelo fato de o trabalho desenvolvido por profissionais residentes objetivar o desenvolvimento de práticas baseadas na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Segundo as definições realizadas por Marina Peduzzi (2001, p.108), a multiprofissionalidade “consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”. Já a interdisciplinaridade em saúde ocorre “com base na interação e na integração das diferentes disciplinas de cada área” (Peduzzi *et al.*, 2013, p. 980).

Essa contribuição é percebida no cenário pesquisado através do fomento ao trabalho em equipe em uma perspectiva multiprofissional, da articulação intra e intersetorial, da proposição de ações que visem o cuidado integral do usuário e através do uso de dispositivos como a clínica ampliada, o matriciamento e o Projeto Terapêutico Singular. Os participantes também relatam notar que profissionais egressos de programas de residência em saúde e reinseridos no SUS (embora poucos) possuem maior abertura para o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional. Todavia, a maior parte dos residentes reinseridos no SUS eram egressos da residência médica.

Ademais, um fator determinante para o desenvolvimento de novas atividades nas instituições de saúde que recebem a residência é a motivação.

Os participantes da pesquisa apontam que os profissionais residentes chegam aos cenários com muita motivação, desejo de desenvolver seus trabalho e curiosidade. Esse processo por vezes contagia as equipes, que se mobilizam para inserir os novos profissionais nos serviços.

Dessa maneira, o trabalho em equipe é transformado pela RMS a partir da inserção dos profissionais residentes em processo formativo, que nutrem práticas colaborativas, multiprofissionais, interdisciplinares e alinhadas aos princípios do SUS, como estabelecido na proposta da residência multiprofissional (Brasil, 2014). Essa contribuição não se encerra quando os residentes deixam os cenários práticos, pois é percebida como uma competência de profissionais egressos da RMS.

### **Desafios institucionais dos Programas de Residência: não basta formar para SUS, é preciso incorporar os residentes no SUS**

Quanto aos desafios institucionais, os residentes relataram a necessidade de maior suporte das instituições envolvidas no processo da residência em saúde. Citam como dificuldades: falhas de comunicação entre as instituições, processos demasiadamente burocráticos, instabilidades dos processos formais da residência, necessidade de maior apoio pedagógico, insuficiência de capacitação profissional para as demandas cotidianas, e a necessidade de maior articulação entre as instituições envolvidas na residência. Em pesquisa realizada no mesmo cenário do nosso estudo alguns desses fatores que compõem o processo da residência foram apontados como causas estressoras entre os residentes (Guimarães e Carrasco, 2020).

Ademais, os participantes apontam a dificuldade das instituições envolvidas no processo da residência em darem continuidade a projetos e

iniciativas desenvolvidas por eles após a saída de suas turmas dos cenários práticos. Isso resulta na interrupção de projetos iniciados nos serviços de saúde (como grupos terapêuticos e ações de educação permanente), a perda de materiais produzidos no decorrer das unidades educacionais e até mesmo a descontinuidade do cuidado de usuários que eram acompanhados majoritariamente por profissionais residentes.

Outra preocupação dos residentes entrevistados tem sido a incerteza quanto à sua incorporação pelo SUS após a conclusão da especialização. Apesar das poucas pesquisas envolvendo egressos da RMS no SUS, um estudo de abrangência nacional aponta que menos da metade (47,9%) dos especialistas formados pelas RMS voltados à Atenção Primária em Saúde entre 2015 e 2019 voltaram a trabalhar no SUS (Flor *et al.*, 2021). Essa é uma realidade constatada pelos participantes da presente pesquisa no cenário local, que citam a presença de poucos ou nenhum profissional egresso dos programas de residências multiprofissionais nos cenários em que atuam: *“Porque têm residência há muitos anos, mas a gente não vê a volta dos residentes para o SUS”* (P5).

Isso produz questionamentos sobre a valorização da proposta da RMS e sua efetividade enquanto formação de recursos humanos para o SUS. Também revela a ausência de políticas de contratação de força de trabalho para o SUS, que favorecem o ingresso de especialistas formados pelos programas de RMS. Exemplo disso, são os concursos públicos que contam com a etapa de avaliação de títulos, que equiparam a pontuação da formação pela RMS a outras modalidades de pós-graduação lato sensu, sendo inferior à da pós-graduação stricto sensu (Almeida, 2020).

## **A residência multiprofissional em saúde e sua relação com a Educação Permanente em Saúde**

Os residentes apontam que a articulação entre teoria e prática proposta de formação na RMS reflete em suas contribuições para os cenários práticos de atuação. *“Acho que na residência, um ponto positivo é justamente por a gente estar nesse espaço entre teoria e prática, de alinhar teoria e prática. Eu acho que é extremamente rico”* (P1). Isso se reflete no cotidiano como práticas atualizadas, e indutoras de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A RMS é tida como um campo intercessor para o incremento de ações da EPS (Silva *et al.*, 2016), que possui um caráter pedagógico implicando na atualização da prática cotidiana em saúde de acordo com as referências teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas mais recentes (Ceccim, 2005). Por outro lado, a EPS é sobretudo uma prática que se desenvolve na dimensão relacional no interior das equipes de saúde, que possibilita “invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas” (Brasil, 2014).

Nesse caminho, EPS no âmbito da RMS acontece principalmente a partir dos encontros entre os atores envolvidos. Uma participante lembra uma experiência vivida na residência que remete à potência do encontro entre residentes e os trabalhadores fixos dos serviços:

Eu lembro de ter um dia, num desses cenários de prática, ter tido uma conversa muito legal com uma profissional sobre a importância da gente levar em consideração o conceito de raça para quando a gente pensa a saúde do usuário, né? E foi uma conversa super, assim, descontraída, mas foi algo que a profissional pegou e depois eu começava a observar que ela falava: “não, vamos ver aqui, olha, ela [usuária] é uma mulher

preta... é um homem preto... então vamos olhar para esse determinante também, né?" (P5)

A EPS também acontece nos encontros entre os integrantes da residência, a exemplo das preceptorias, unidades teóricas, eventos científicos da residência, capacitações e outros espaços coletivos. Esses espaços possibilitam trocas de informações e experiências entre os envolvidos e propicia a construção de conhecimentos que são levados para a prática cotidiana. Essas zonas de encontros favorecem ainda a comunicação, a articulação e o conhecimento da rede, já que o profissional entra em contato com outros residentes inseridos em outros pontos da rede de saúde.

Ainda em decorrência da presença em espaços que intercalam teoria e prática, os residentes levam novos olhares e instrumentos para os serviços que estão inseridos, possibilitando a identificação das necessidades de gestão do trabalho e da assistência à saúde:

Acho que a grande potência é isso, né: é formar profissionais que conseguem pensar criticamente, que conseguem fazer uma leitura da realidade, que conseguem fazer um diagnóstico da situação e que conseguem pensar e produzir saúde a partir de dados, a partir de informações. (P13)

Um exemplo disso é a realização do Diagnóstico Situacional em Saúde no momento em que os profissionais residentes são inseridos nos cenários, dando subsídio para uma prática alinhada às demandas do território. Também são citados processos de qualificação do processo de trabalho conjuntamente com os demais profissionais dos cenários práticos através da construção de protocolos de atendimento, atualização de fichas de registros, e elaboração de novos fluxos de atendimento.

A RMS também fomenta a atualização dos conhecimentos da prática profissional, a partir de sua orientação formativa composta por uma grande carga teórica: *“Querendo ou não, a gente passa por um processo de formação, que de alguma forma está saindo o nosso olhar para essas questões que talvez pessoas que se formaram antes da gente talvez não tenham”* (P3).

Algumas fragilidades percebidas foram a não priorização das atividades de EPS nos serviços e a ausência de planejamento e execução de atividades coletivas, tais como grupos e reuniões de equipe. Assim, destaca-se a importância da valorização da EPS como prática cotidiana nos serviços e a necessidade da criação de espaços coletivos para os trabalhadores da saúde.

### **Considerações Finais**

O estudo possibilitou a identificação dos principais desafios da RMS para o SUS, assim como suas maiores potencialidades. Os dados encontrados põem em dúvida o alcance da proposta de formação que ancora os programas de RMS, uma vez que as condições de formação no qual os participantes estão inseridos podem interferir na potência deste modelo. A melhoria das condições em que o processo formativo ocorre possibilitará a efetivação da potência da RMS enquanto formadora de profissionais alinhados às necessidades e princípios do SUS. Surgem também questionamentos quanto ao fruto do investimento na RMS para a saúde pública no cenário local, uma vez que os profissionais formados pela residência para atuar no SUS não são reinseridos nesse sistema.

Por fim, destacamos como limitações para a realização desse estudo o fato da autora principal estar inserida no processo investigado, a ausência de publicações sobre a residência multiprofissional no município de Palmas

e a impossibilidade de acessar estudos produzidos no âmbito da FESP, uma vez que o repositório de trabalho se encontrava inacessível durante o desenvolvimento deste estudo.

## Referências

ALMEIDA, F.V. Residência Multiprofissional em Saúde: formação continuada ou trabalho precarizado?. **Revista Eletrônica de Políticas Sociais e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, v. 70, p. 225, 1977.

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

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 de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Imprensa Nacional, 2005.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**. dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: Secretaria de Educação Superior, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 16 jan.2024.

BRASIL. Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasilia: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2021.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 9, p. 161-168, 2005.

FERNANDES, D.A.A.; SILVA FILHO, D.A.; NUNES, J.R. Políticas públicas e saúde mental: a visão dos residentes em saúde a partir dos cenários de atuação. **Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 4, n. 2, p. 1-9. 2017. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/263>. Acesso em: 20 jan. 2024.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <https://encurtador.com.br/6RLL4>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FLOR, T.B.M. *et al.* Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n.88, p. 1-11, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003347

GUIMARÃES, E.M.; CARRASCO, L.M.C.M. Fatores de estresse em residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade de Palmas- TO. In: COSTA, E.F. **Psicologia em Foco**: temas contemporâneos. São Paulo: Editora Científica, cap. 9, p. 97-111, 2020.

LAGO, L.P.M. **Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde**: uma pesquisa sócio- clínica. São Paulo: Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto - Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós- Graduação Enfermagem em Saúde Pública, 2019. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-195614/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

LIMA, M.M.P. *et al.* Fragilidades e desafios enfrentados por residentes multiprofissionais de um hospital escola. **Nursing**, São Paulo, v.22, n.293, p. 8854-8865, 2022. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2801/3402>. Acesso em: 22 dez. 2023.

LOURAU, R. O instituiente contra o instituído. In: **René Lourau**: analista institucional em tempo integral, São Paulo: Hucitec, p. 47-65, 2004.

MACHADO, M.H., *et al.* Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio

de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2273-2784, 2023a. DOI: 10.1590/1413-812320232810.10702023.

MACHADO, M.H. *et al.* Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2809-2822, 2023b. DOI: 10.1590/1413-812320232810.10072023

MARTINS, J.; KUSS, C.; WÜNSCH, D.S. A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. In: **Humanidades e Inovação**, Palmas , v. 6, n. 17, p. 81-95, 2019. Disponível em:  
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1767>. Acesso em: 12 dez. 2023.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). *Política e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-573.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. DOI: 10.1590/S0034-89102001000100016

PEDUZZI, M, *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000400029

QUEIROZ, I.M.M.; GOYA, N. Percepções da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Sanare – Revista de Políticas Públicas, Sobral: Escola** de Saúde Pública Visconde de Saboia, v. 15, n. 2, p. 68-77, 2016. Disponível em:  
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1040/586>. Acesso em: 21 jan. 2024.

RAMOS, A.S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais, p.375-390. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios.

Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006.

RODRIGUES, T.F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 71-82, 2016. DOI: 10.20396/ssss.v15i1.8647309.

SILVA, C.T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n.1, p. e2760014, 2016. DOI: 10.1590/0104-0707201600002760014

SILVA, L. Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 01, p. 200-209, 2018. DOI: 10.1590/1982-02592018v21n1p200

SILVA, C.A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>

VARELA, L.B. *et al.* **A percepção dos atores envolvidos sobre um programa de residência multiprofissional de saúde.** Santa Catarina- Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- Trabalho de Conclusão (Residência). Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, 2021. 21f

---

**Conflito de interesses**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

---

**Contribuição dos autores**

Concepção e conceitualização: OMA, FSR, JLMM

Redação do manuscrito original: OMA, FSR, JLMM

Curadoria de dados: OMA, FSR, JLMM

Análise de dados: OMA, FSR, JLMM

Redação textual: OMA, FSR, JLMM

Supervisão: OMA, JLMM

**Financiamento**

Este estudo contou com apoio financeiro da bolsa de Residência Multiprofissional em Saúde, financiada pelo Ministério da Saúde. A autora também recebeu auxílio do Programa Municipal de Bolsa de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho (PET Palmas), da Prefeitura Municipal de Palmas, durante o período de realização da pesquisa.

**Consentimento de uso de imagem**

Não se aplica

**Aprovação, ética e consentimento**

O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e gerou parecer de número 6.328.450.

---