

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE



INVESTIGAÇÕES,  
VIVÊNCIAS E  
POSSIBILIDADES  
NA FORMAÇÃO

ORGANIZAÇÃO

ANA LÚCIA ARCANJO OLIVEIRA CORDEIRO  
ROSANA MARIA DE OLIVEIRA  
GILBERTO TADEU REIS DA SILVA





## ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal  
Gestão 2020/2022

### **Sonia Acioli de Oliveira**

Presidente

### **Marcia Regina Cubas**

Vice-Presidente

### **Lenilma Bento de Araújo Menezes**

Secretária Geral

### **Sonia Maria Alves**

Diretora do Centro Financeiro

### **Idenise Vieira Cavalcante Carvalho**

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática Profissional e do Trabalho de Enfermagem

### **Dulce Aparecida Barbosa**

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

### **Esrn Soares Carvalho Rocha**

Diretor do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem

### **Edlamar Kátia Adamy**

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

### **Maria Goreti de Lima**

### **Aline Macedo de Queiroz**

### **Keli Marini Dos Santos Magno**

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

### **Claudia Capellari**

### **Quesia Nayrane Ferreira**

### **Maria do Amparo Oliveira**

APOIO TÉCNICO

**Aldacy Gonçalves Ribeiro\*** | ORCID: 0000-0002-7021-6099

**Cristiano Oliveira de Souza\*** | ORCID: 0000-0002-4884-3125

**Ingredy Nayara Chiacchio Silva\*** | ORCID: 0000-0003-1815-8650

**Queam Ferreira Silva de Oliveira\*** | ORCID: 0000-0002-3347-4339

\*Universidade Federal da Bahia . Salvador, BA, Brasil.

## PRODUÇÃO EDITORIAL

**Paulo Roberto Pinto** | Projeto gráfico e diagramação  
**Magdalena Avena** | Assistente editorial

C744 Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação / Organização e aprendizado / Organização Gilberto Tadeu Reis da Silva; Rosana Maria de Oliveira; Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro.  
il., color.; -- Brasília, DF : Editora ABEn, 2022.  
94 p.  
ISBN 978-65-89112-12-9  
e-Book (PDF)  
Texto de vários autores.

1. Educação. 2. Enfermagem. 3. Residência Multiprofissional. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro (Org). III. Rosana Maria de Oliveira (Org). IV Gilberto Tadeu Reis da Silva.(Org).

CDU 614.2  
CDD 614

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663

2022.v1



## APRESENTAÇÃO

É com imensa alegria que apresentamos a obra **“Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação”**, compilado de saberes advindos da dedicação científica na temática e de amplas reflexões da formação na Pós-Graduação *lato sensu* Brasileira, sob o formato de Residência.

Esta obra foi construída por docentes e discentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE), pautando-se na importância do protagonismo de enfermeiras visionárias da Bahia, em destaque da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), que foi precursora da Pós-Graduação *lato sensu* em Enfermagem na região Norte e Nordeste, com a implantação do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em 1973, sendo o primeiro na América Latina.

Destaca-se que essa implementação se deu por meio da perspectiva inovadora de enfermeiras e docentes da EEUFBA, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Hélia de Almeida, docente dessa Escola de Enfermagem, a partir do convênio entre a Universidade Federal da Bahia e a Fundação Kellog. Nessa tônica, é necessário demarcar, também, que a Profa. Dra. Maria Hélia de Almeida e a Profa. Dra. Hyeda Rigaud, fundaram o GEPA-SE em 1987, grupo de pesquisa que, ao longo dos anos, tem disseminado e fortalecido a ciência a partir da orientação, viabilização, desenvolvimento de formações, realização e publicação de produções científicas de pesquisas nas linhas de Administração da Qualidade dos Serviços de Saúde, Avaliação da Qualidade em Saúde, Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem, Organização e avaliação dos sistemas de cuidados à saúde; Políticas, Práticas e Tecnologia de Educação em Saúde e Enfermagem e na Formação.

Decorridos 49 anos desse marco histórico, a formação por meio da pós-graduação *Lato sensu* na forma de Residência teve avanços significativos a partir de novas resoluções e legislações que direcionam a oferta das modalidades Multiprofissional e Uniprofissional, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, com a finalidade de capacitar, coletivamente, equipes em serviço, contribuindo para a integralidade no atendimento à pessoa, contemplando todos os níveis de atenção à saúde e gestão do sistema, em articulação com outras modalidades de Residências.

Esta obra tem, como objetivo, evidenciar o protagonismo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia frente ao processo de formação por meio das Residências, assim como evidenciar experiências exitosas do Brasil nesta modalidade de formação.

O livro foi construído a partir de autores que possuem *expertises* na temática, que sistematizam e refletem sobre a formação em saúde, assim como, de profissionais que constroem aspectos de excelência nos Programas de Residência nas regiões do país. Portanto, fazem parte dessa obra discentes, docentes, egressos e profissionais de saúde do Programa de Pós-Graduação da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidades Estadual da Bahia, Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal de Alfenas e Universidade Federal de Santa Catarina.

Pautados nos princípios do SUS e nos objetivos da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais, os autores oferecem ao público uma sistematização de investigações teóricas sobre o contexto histórico dos Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional no Brasil, com destaque para os programas da Bahia e de São Paulo; reflexões que apontam potencialidades e desafios sobre esses programas; aspectos do desenvolvimento de competências nos programas; inserção profissional de egressos; e tessituras sobre as experiências exitosas que perpassam pela implantação de uma Residência, estresse laboral das residentes,



abordagem interprofissional em uma disciplina da Residência, impactos dos programas, importância do preceptor e a tele-enfermagem nos Programas de Residência.

A leitura desta obra pode alcançar os mais diversos leitores, contudo, merece especial alcance aos profissionais de saúde, docentes, discentes, coordenadores dos Programas de Residências, gestores de serviços de saúde e demais atores que se aproximam dessa temática e se debruçam no fazer a formação de Residências no Brasil.

Desejamos que, ao disponibilizarmos esse produto para a comunidade acadêmica e profissional, ao debruçarmo-nos sobre reflexões e vivências, possamos descortinar novos caminhos e direcionar interfaces de transformações, nos diversos espaços em que os leitores estiverem, favorecendo avanços na formação de profissionais, qualificando-os em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro, bem como nos diversos cenários e sistemas de saúde.

**Josicélia Dumê Fernandes\***

**Aldacy Gonçalves Ribeiro\***

**Cristiano Oliveira de Souza\***

**Ingredy Nayara Chiacchio Silva\***

**Queuam Ferreira Silva de Oliveira\***

\*Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.



## PREFÁCIO

Este livro que tenho a satisfação de prefaciar é fruto de um trabalho primoroso organizado pelos pesquisadores Gilberto Tadeu Reis da Silva, Rosana Maria de Oliveira Silva e Ana Lúcia Arcanjo Cordeiro. Os três são professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com notada experiência profissional e científica na área de formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a formação que se desenvolve nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Os organizadores da obra nos oferecem uma imersão no universo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), a partir de uma coletânea de 12 textos escritos por docentes, pesquisadores e profissionais de saúde de diferentes regiões do país.

Com o título **“Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação”**, o livro apresenta aos leitores o contexto histórico, instrumentos legais e avanços das RMS e em área profissional da saúde (capítulo 2), que leva à compreensão de que as mudanças ocorridas em cada fase, refletem o contexto político, histórico e social da sociedade, do modelo assistencial e das profissões da saúde no Brasil.

As RMS é um tipo de formação que se realiza por meio do trabalho em serviços de saúde e na comunidade e, por isso, não está alheia às complexidades e contradições do mundo do trabalho contemporâneo; fortemente marcado pela hiperespecialização, intensificação e precarização do trabalho.

Diante deste cenário, os autores investigam aspectos relacionados ao mundo do trabalho, ao apontar a retenção de enfermeiras egressas dos programas de residência multiprofissional nos cenários de práticas (capítulo 6); evidenciar o estresse laboral e síndrome de *burnout* que afetam profissionais residentes durante sua formação (capítulo 11); discutir a inserção profissional de enfermeiras egressas dos programas residência multiprofissional em saúde mental (capítulo 7); destacar e incorporar tecnologias com a implementação da Telenfermagem na residência em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (capítulo 12)

Entendendo o conhecimento como algo inacabado, que se desenvolve continuamente e, portanto, a importância do aprender-fazendo, os autores compartilham suas vivências nas RMS ao relatarem as contradições, desafios e potencialidades da residência de enfermagem em saúde mental (capítulo 3); o processo de formação de especialistas com excelência nos Programas de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de São Paulo (capítulo 4); e os impactos do programa de residência em enfermagem do Estado da Bahia (capítulo 8).

São apresentadas possibilidades na formação com a discussão de conteúdos e adoção de metodologias que favoreçam o ensino-aprendizagem nos cenários formativos, reconhecendo a RMS como uma formação em e pelo serviço, que articula teoria e prática, ensino e serviço, provocando inquietações nos profissionais que ali estão no exercício da profissão, nos que estão em formação e nos mediadores do processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, são relatadas experiências de aplicação de conteúdos na residência em saúde da família (capítulo 9); e desenvolvimento de competências pela experiência nos programas de residência (capítulo 5). Discutem, ainda, a importância do preceptor na residência multiprofissional em saúde (capítulo 10) e a interdisciplinaridade e interprofissionalidade como perspectivas para educação e trabalho em saúde (capítulo 1).

A leitura dos textos, cuidadosamente selecionados para compor esta obra, nos leva a compreender o passado, aprender com as experiências compartilhadas, construir possibilidades para o presente e planejar o futuro frente aos desafios do mundo do trabalho e da educação. É um convite à reflexão sobre nossas práticas educativas e sobre a potência dos Programas de RMS na formação de profissionais alinhados com os princípios do SUS e comprometidos com a revolução dos modelos de cuidado em saúde.

**Giselle Alves da Silva Teixeira**

Primavera de 2022



## SUMÁRIO

### 6 CAPÍTULO I

**INTERDISCIPLINARIDADE E  
INTERPROFISSIONALIDADE: PERSPECTIVAS  
PARA EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE**

### 12 CAPÍTULO II

**CONTEXTO HISTÓRICO, INSTRUMENTOS  
LEGAIS E AVANÇOS DA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA  
PROFISSIONAL DA SAÚDE**

### 22 CAPÍTULO III

**REFLEXÕES SOBRE A RESIDÊNCIA DE  
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:  
CONTRADIÇÕES, DESAFIOS E  
POTENCIALIDADES**

### 29 CAPÍTULO IV

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO PAULO: FORMAÇÃO DE  
ESPECIALISTAS COM EXCELÊNCIA**

### 35 CAPÍTULO V

**CONTEXTO EXPERIENCIAL DE ENFERMEIRAS  
PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA**

### 45 CAPÍTULO VI

**RETENÇÃO DE ENFERMEIRAS EGRESSAS  
DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL: INSERÇÃO  
PROFISSIONAL NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA**

### 51 CAPÍTULO VII

**INSERÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS  
EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

### 59 CAPÍTULO VIII

**IMPACTOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
EM ENFERMAGEM DO ESTADO DA BAHIA  
EM ENFERMEIROS INGRESSANTES:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### 67 CAPÍTULO IX

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ABORDAGEM  
INTERPROFISSIONAL: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA DOCENTE EM UMA DISCIPLINA  
DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

### 76 CAPÍTULO X

**O CAMINHO SE FAZ AO CAMINHAR: A  
IMPORTÂNCIA DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

### 82 CAPÍTULO XI

**ESTRESSE LABORAL E SÍNDROME DE  
*BURNOUT* EM PROFISSIONAIS RESIDENTES  
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UMA  
REVISÃO NARRATIVA**

### 88 CAPÍTULO XII

**TELENFERMAGEM NA RESIDÊNCIA  
EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA:  
IMPLEMENTAÇÃO E REFLEXÕES**



<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c01>

# INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE: PERSPECTIVAS PARA EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE

**Sanay Vitorino de Souza<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6655-6720

**Beatriz Jansen Ferreira<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-1583-8829

**Rosana Aparecida Salvador Rossit<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-0563-7188

<sup>I</sup> Universidade Federal do Amazonas. Hospital  
Universitário Getúlio Vargas.  
Manaus, Amazonas, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de São Paulo. PPG Ensino em  
Ciências da Saúde.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal de São Paulo. PPG Interdisciplinar  
em Ciências da Saúde.  
Santos, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Sanay Vitorino de Souza  
E-mail: [sanayvitorino@gmail.com](mailto:sanayvitorino@gmail.com)



## Como citar:

Souza SV, Ferreira BJ, Rossit RAS. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: perspectivas para educação e trabalho em saúde. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 6-11 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c01>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil

## INTRODUÇÃO

O texto a seguir, é originado da tese intitulada “Educação interprofissional e prática colaborativa nos cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas da região Norte do Brasil”. Desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, e que foi defendida em 2021<sup>(1)</sup>.

O paradigma da disciplinaridade e toda a revolução proveniente do conhecimento científico abrangem uma diversidade de áreas disciplinares. É constituído e organizado por saberes fragmentados, compartimentalizados, que atrofiam a capacidade de compreender e lidar com problemas cada vez mais complexos e globais<sup>(2,3)</sup>. A organização disciplinar foi instituída no século XIX, e sua prática institucional foi incorporada por Universidades modernas, evoluindo e adotando uma estrutura histórico-institucional da ciência, baseada na fragmentação e na delimitação rigorosa dos territórios disciplinares, desdobrando-se rapidamente em uma crescente especialização do saber. Esse movimento é denominado de disciplinaridade.

Porém, Santos<sup>(3)</sup> afirma que “a ciência do paradigma emergente incentiva os conceitos e as teorias desenvolvidos localmente a emigrarem para outros lugares cognitivos, de modo a poderem ser utilizados fora do seu contexto de origem<sup>(3)</sup>. O despertar para novos caminhos e saberes implica em desconstruir e construir novos hábitos e formas diferentes de aprender e de se conectar com os diversos saberes, vislumbrando perspectivas que implicam integralidade, completude.

Embora a interdisciplinaridade se efetive na prática e no enfrentamento da realidade, ela consiste na

[...] convergência de duas ou mais áreas do conhecimento, não pertencentes à mesma classe, que contribua para o avanço das fronteiras da ciência e tecnologia, transfira



métodos de uma área para a outra, gerando novos conhecimentos ou disciplinas e faça surgir um novo profissional com um perfil distinto dos existentes, com formação básica sólida e integradora<sup>(4)</sup>.

O paradigma positivista obteve reconhecidamente importantes êxitos, mas também contribuiu para marginalizar e silenciar muitas dimensões da realidade<sup>(2)</sup>. A emergência de compreender novos percursos e métodos é uma forma de construir e superar dicotomias que promovem prática profissional isolada, não integrada, e que não reconhecem o campo da saúde como um sistema altamente complexo e interdisciplinar<sup>(5)</sup>.

É importante observar que o exercício da formação em saúde tem possibilitado um aprofundamento e compreensão política e epistemológica de saberes e práticas, permitindo movimentos e arranjos que parecem colaborar com o avanço da profissionalização para além do modelo biomédico instituído<sup>(6)</sup>.

Ao refletir sobre a interdisciplinaridade, Pombo<sup>7</sup> elabora uma investigação ampliada, incluindo várias perspectivas. Sua proposta reconhece a interdisciplinaridade como fenômeno da ciência contemporânea, caracterizada pelo deslocamento na maneira do homem fazer ciência. Ou seja, as diversas perspectivas interdisciplinares permitem a construção de novos saberes e conhecimentos científicos.

O movimento de reordenação disciplinar passa a acomodar novos tipos de configurações disciplinares. Tais arranjos sinalizam a existência de novas práticas, desenvolvidas nos limites das disciplinas especializadas e no reconhecimento da necessidade de transcender as suas fronteiras<sup>(7)</sup>.

Nessa direção, a interdisciplinaridade envolve outras formas de organização do conteúdo, proporcionando flexibilidade, estimulando o pensamento correlativo, formação e prática de habilidades metacognitivas, competências transversais, como estratégias de comunicação, habilidade de relacionamento<sup>(8)</sup>.

Essas mudanças também promoveram discussões em torno do ensino superior, das práticas e processos de aprendizagem. O ensino, inicialmente conduzido por um currículo baseado em disciplinas isoladas, tem o desafio de se tornar campo de integração de saberes, formando sujeitos aptos para compreenderem e intervirem sobre a realidade<sup>(2)</sup>.

Nessa perspectiva, Jeder<sup>(8)</sup> sinaliza desafios relativos ao movimento interdisciplinar, como a reconceitualização dos papéis do professor e do aluno, capacidade de alcançar conexões entre as diferentes áreas buscando conhecimento profundo, habilidade na tomada de decisão em situação complexa, capacidade para o trabalho em equipe, aprendizagem cooperativa e resolução colaborativa de problemas. Por outro lado, o autor nos alerta quanto à responsabilidade das instituições formadoras de adotarem um currículo flexível e apto para o ensino interdisciplinar. Com metodologias e objetivos pedagógicos estruturados no modelo de ensino e aprendizagem centrado no estudante, proporcionando um processo formativo sustentado pela interação ativa, diálogo, resolutividade e pensamento crítico<sup>(8)</sup>.

O desenvolvimento de uma abordagem curricular integral deve contemplar, fundamentalmente, a visão integrada e multidimensional dos fenômenos, objetos e processos inovadores produzidos a partir do encontro de elementos estruturantes e funcionais que formam o todo e as partes<sup>(2,8)</sup>.

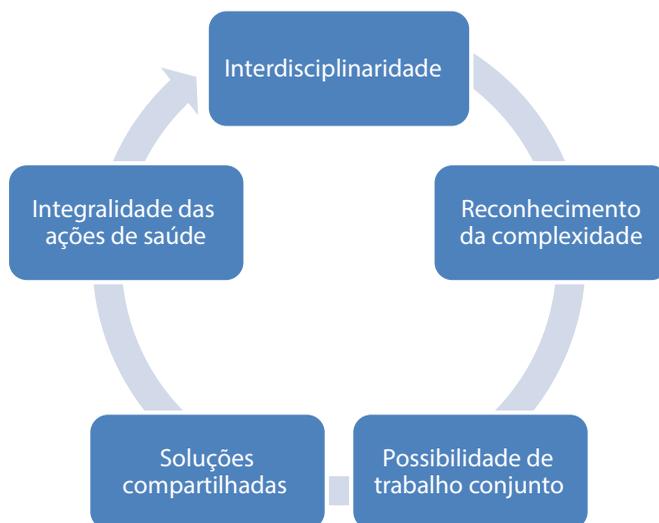
As concepções e características da interdisciplinaridade margeiam a diversidade e singularidade de novas aprendizagens. O ato de aprender passa a ser estimulado por novas dúvidas e deslocamentos que nascem da disposição de olhar o horizonte e desejar a totalidade.

O ato formativo ou o processo de formação do indivíduo precisa reconfigurar movimentos condicionados anteriormente em atitudes passivas, e ancorar-se nos desafios capazes de questionar o efeito e ganho gerados por meio das diversas ciências existentes. Este embate possibilita a revisão de itinerários, passando a privilegiar atitudes de questionamento construtivo, teórico e prático, mudando o modo de ver a realidade e de intervir nela<sup>(2)</sup>.

Furtado<sup>(9)</sup> aponta a existência de relativo consenso em torno da necessidade de integração entre disciplinas, saberes e práticas. O autor afirma que a necessidade de desenvolvimento interdisciplinar já ecoa no cotidiano do trabalho em saúde e no discurso de profissionais e suas equipes. Com perspectiva similar, Saupe<sup>(10)</sup> analisam a interdisciplinaridade como temática nuclear para formulação e consolidação das políticas públicas em saúde. Na ótica dos autores, a perspectiva contemporânea da interdisciplinaridade está ancorada no

Reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde<sup>(10)</sup>.

A figura 1 destaca os principais aspectos necessários para o trabalho interdisciplinar em saúde.



**Figura 1** – Aspectos necessários para o trabalho interdisciplinar em saúde, Santos, São Paulo, 2021

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Na diversidade que marca conceitos, é possível observar que as terminologias muitas vezes acabam sendo confundidas. Nesse sentido, destacamos a definição da multidisciplinaridade que, na maioria das vezes, é tratada como sinônimo da interdisciplinaridade. A multidisciplinaridade é definida como [...] estudo que agrega diferentes áreas do conhecimento em torno de um ou mais temas, no qual cada área ainda preserva sua metodologia e independência<sup>(4)</sup>.

Percebe-se que, apesar de existir um sentido plural na multidisciplinaridade, as disciplinas não compartilham objetivos comuns, o que inviabiliza o estabelecimento de interação, aproximação ou cooperação entre as diversas áreas disciplinares.

Outra questão importante, e que não pode ser excluída da discussão, é a interação entre educação e processo de trabalho. Nesse contexto, a interprofissionalidade emerge como peça fundamental para a recondução e realinhamento de concepções e práticas capazes de desencadear mudanças dinâmicas no ensino e serviço em saúde. Trata-se de uma temática complexa, que requer aprofundamento e vivência concreta nos diversos contextos, como forma de qualificar e aperfeiçoar as realidades de formação e de trabalho em saúde<sup>(6)</sup>.

É importante destacar que a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade adotam conceitos e significados distintos. Para clarificar os conceitos, é preciso entender que essas palavras expressam um grau menor ou maior de interação entre diferentes áreas de conhecimentos e de práticas<sup>(11)</sup>.

Em um debate sobre interprofissionalidade na saúde, Pereira<sup>(6)</sup> aponta evidências que reforçam sua incorporação nos processos formativos e no trabalho em saúde, inspirando a construção de redes ampliadas e contextualização de práticas profissionais mais aderentes, compartilhadas, colaborativas e seguras.

Ellery, Pontes e Loiola<sup>(12)</sup>, particularmente, analisaram saberes e práticas relacionadas à atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família. O estudo ressaltou que o trabalho multiprofissional

tem o desafio de construir a interprofissionalidade, na perspectiva de produzir resultados qualitativos para a população e para as próprias equipes de saúde.

Compreender a interprofissionalidade requer cuidadoso reconhecimento das diversas dimensões afetadas pelas necessidades de saúde: social, psicológico, biológica e cultural. Isso significa dizer que um profissional de saúde não dará conta de toda a demanda de cuidado individual e coletivo, resultantes das condições complexas de saúde pública<sup>(13)</sup>.

No cenário de trabalho em saúde, a interprofissionalidade é uma resposta às realidades com práticas de cuidado fragmentado. É o processo pelo qual os profissionais refletem sobre como desenvolver uma prática coesa que forneça uma resposta integrada às necessidades do cliente/família/população<sup>(14)</sup>. As autoras apresentam apontamentos que auxiliam na compreensão das conexões existentes entre a educação e prática interprofissional, e que a interação contínua dessas duas áreas produzirá melhores resultados na prestação de cuidados na área da saúde. Rios, Sousa e Caputo<sup>(15)</sup> reiteram que a interprofissionalidade, de certo modo, tem colaborado para a reorganização das propostas curriculares e de estruturas acadêmicas fortemente vinculadas ao pensamento hegemônico.

Para além de conceitos e definições, é importante destacar a articulação, interação, integração que traduzem e sinalizam novos caminhos e perspectivas entrelaçadas e conectadas ao movimento de interprofissionalidade e interdisciplinaridade, essenciais para a definitiva superação de práticas descontextualizadas, fragmentadas e incompatíveis com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas palavras do pesquisador Soares<sup>(16)</sup>, o SUS é destacado como lugar de “cuidado e de proteção da existência humana”<sup>(16)</sup>. Inegavelmente, o SUS não se encerra apenas como um direito constitucional, o SUS acolhe, inclui direitos que devem ser respeitados e assegurados por todas as esferas que se ocupam em elaborar e implementar diretrizes, políticas públicas que de fato possam traduzir e concretizar em ato o direito genuíno que a população brasileira conquistou como um dever constitucional do Estado.

Nesse sentido, o SUS vem com bravura ao longo do tempo, assumindo seu compromisso em defesa da vida, do cuidado individual e coletivo. Sua trajetória reúne lutas sociais, conquistas e avanços, que continuam a alertar e sinalizar o quanto é urgente defender e traçar estratégias para sustentabilidade do sistema público de saúde brasileiro.

Com a aprovação da Constituição do Brasil, em 1988, novos rumos foram traçados. Nesse contexto, a saúde é assumida como um direito de todos e um dever do Estado. O SUS é definido como uma nova formulação político-organizacional para o redimensionamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição do Brasil. De acordo com a Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, este sistema é norteado pelos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, igualdade, integralidade, equidade, participação social<sup>(17)</sup>.

O modelo de atenção à saúde deve concentrar-se no usuário-cidadão como ser integral, recusando a fragmentação do cuidado das pessoas. As práticas do cuidado devem tomar por base a integralidade definida como um princípio do SUS, que, considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços devem orientar as políticas e ações de saúde<sup>(18)</sup>.

Percebe-se, portanto, que a integralidade da atenção pressupõe ações em redes ampliadas, interativas e, em um contexto diverso, envolvendo instituições formadoras, serviços de saúde e outros setores. Nessa perspectiva, os cursos da área da saúde precisam desenvolver estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, interprofissionalidade e intersetorialidade<sup>(19)</sup>.

É importante reconhecer que, no atual contexto de necessidades de saúde, é insuficiente limitar a formação dos profissionais de saúde à sua área específica<sup>(5)</sup>. Logo, é fundamental a mobilização e experimentação de novos caminhos, que efetivamente colaborem para a melhoria da prestação do cuidado em saúde e segurança do usuário/paciente.

Os desafios interligados à complexidade do indivíduo e às demandas de saúde da sociedade contemporânea merecem ser discutidos e analisados, além das diferentes visões e especialidades existentes. É urgente

a revisão de posturas e posicionamentos que colocam em risco a efetiva ampliação, aprimoramento e sustentabilidade do SUS.

Além disso, para a saúde pública, o SUS é o cenário responsável por ordenar a formação dos profissionais, sempre no esforço de responder ao contexto de vida e saúde da população. Para isso, as propostas que visam qualificar o atendimento em saúde precisam incluir também metas para melhorar as relações e o trabalho em equipe, visando à integração entre as diversas áreas do conhecimento, produzindo resultados em que “o usuário beneficia-se de um cuidado com olhares diferentes e os profissionais envolvidos ampliam o aprendizado da clínica do cuidado”<sup>(20)</sup>.

Nessa direção, cabe destacar que as políticas públicas indutoras da reorientação da formação em saúde no Brasil vêm, gradativamente, qualificando a formação de recursos humanos em saúde, contribuindo com transformações no binômio saúde-educação. Dentre elas, vale mencionar iniciativas apoiadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), concebido por meio da Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, com o objetivo de promover integração ensino-serviço, com ênfase na Atenção Básica; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008, com o objetivo de estimular a interação e comunicação entre os diferentes cursos de graduação partir do trabalho coletivo e integração ensino-serviço.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) estimulam a formação de diferentes categorias profissionais no âmbito dos serviços de saúde. O processo de regulamentação das RMS foi iniciado a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005; o Programa Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), que tem como finalidade integrar ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologia da informação e comunicação, teve seu processo de implementação iniciado em 2007; a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi desenhada e apoiada pelo Ministério da Saúde, Estados, Municípios, Instituições de Ensino Superior e representantes internacionais. Sua proposta tem a finalidade de atender às necessidades de educação permanente dos profissionais do SUS.

Dessa forma, é indiscutível incluir e fomentar nos cenários acadêmicos (graduação e pós-graduação), e de assistência, reflexões acerca da interdisciplinaridade e do trabalho interprofissional, assim como, impulsionar a disseminação de novas práticas voltadas às aprendizagens compartilhadas. Experiências exitosas precisam ser divulgadas e aprimoradas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É durante a experiência formativa que é possível provocar deslocamentos e criar novas maneiras de se produzir conhecimentos e competências na perspectiva da interdisciplinaridade e trabalho interprofissional. Para tanto, é fundamental engajamento institucional, desenvolvimento docente e comprometimento da comunidade acadêmica para a produção de uma formação contextualizada, integrada e centralizada no indivíduo/comunidade.

Para que essas transformações aconteçam, temos como pano de fundo o SUS, as políticas de reorientação da formação em saúde, a educação permanente em saúde. Os arranjos e proposições assumidos por essas políticas de formação e trabalho em saúde precisam ser incorporados em sua plenitude por nossas instituições de ensino superior e equipamentos de saúde, servindo e compondo possibilidades de aprofundamento e fortalecimento da inter-relação ensino-serviço-comunidade.

Trata-se de um processo que exige um olhar transversal, com alargamento das estruturas que compõem o itinerário de aprendizagem e de produção do conhecimento. O caminho se faz *em* e *com* equipes interprofissionais. Os territórios interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar podem e devem ser ocupados pelo anseio de superar vazios/lacunas. Diante do atual contexto que atravessamos, não podemos poupar ou adiar oportunidades.

## REFERÊNCIAS

1. Souza SV. Educação interprofissional e prática colaborativa nos cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas da região Norte do Brasil [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 30]. 199p. Available from: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/62678>
2. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 23. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2017. 128p.
3. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 92p.
4. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Avaliação. Documento de área [Internet]. 2009[cited 2022 Sep 30]. Available from: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/INTER13jan10.pdf>
5. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):199-201. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>
6. Pereira MF. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. Interface (Botucatu). 2018;22(Suppl 2):1753-6. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0469>
7. Pombo O. Epistemologia da interdisciplinaridade. Ideação. 2008;10(1):9-40. <https://doi.org/10.48075/ri.v10i1.4141>
8. Jeder D. Transdisciplinarity: the advantage of a holistic approach to life. Procedia Soc Behav Sci. 2014;137:127-31. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.264>
9. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Cad Bras Saúde Mental. 2009;1(1):178-89. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68439>
10. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface (Botucatu). 2005;9(18):521-36. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300005>
11. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2017 [cited 2022 Sep 30]. 102p. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf?sequence=1&isallowed>
12. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis Rev Saúde Coletiva. 2013;23(2):415-37. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>
13. Arruda LS, Moreira COF. Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for Elderly. Interface (Botucatu). 2018;22(64):199-210. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
14. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessional as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. J Interprof Care. 2005;19(Suppl 1):8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
15. Rios DRS, Sousa DAB, Caputo MC. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. Interface (Botucatu). 2019;23:e180080. <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>
16. Soares WTB. Sistema Único de Saúde: um direito fundamental de natureza social e cláusula pétrea constitucional: a cidadania e a dignidade de pessoa humana como fundamentos do direito à saúde no Brasil. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 311-342.
17. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Brasília; 1990; [cited 2022 Sep 30]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
18. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1135-41. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2022 Sep 30]. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
20. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. O apoio matricial na atenção primária em saúde e a potencialidade de suas ferramentas. In: Seiffert OML, Rossit RAS. Educação Permanente em Saúde: Saberes, Trajetórias e Formação [Internet]. São Paulo: 2020 [cited 2022 Sep 30]; 225-241p. Available from: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58427>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c02>

# CONTEXTO HISTÓRICO, INSTRUMENTOS LEGAIS E AVANÇOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

**Rosana Maria de Oliveira Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3371-6550

**Josicélia Dumêt Fernandes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2946-5314

**Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0375-7709

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Rosana Maria de Oliveira Silva  
E-mail: [rosanaosilva@hotmail.com](mailto:rosanaosilva@hotmail.com)



**Como citar:**

Silva RMO, Fernandes JD, Cordeiro ALAO. Contexto histórico, instrumentos legais e avanços da residência multiprofissional e em área profissional da saúde. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 12-21 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c02>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Os Cursos de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da saúde são oferecidos através de cooperação intersetorial para qualificar jovens profissionais no e para o mercado de trabalho, particularmente, em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Entende-se que esta modalidade de curso objetiva responder à política governamental, no âmbito institucional de transformação, com base na natureza significativa do aprendizado em ambiente de prática em um contínuo de análise reflexiva da realidade. Neste contexto é interessante registrar a trajetória histórica, evolutiva e os atuais avanços das Especializações de Enfermagem sob a forma de residência.

Importante destacar, historicamente, a necessidade de criação das residências médicas no Brasil, motivadas pela crise de desenvolvimento do país na década de 1950, muitas pessoas saíram do campo para as capitais em busca de melhorias, provocando um caos urbano com o surgimento de várias doenças e das precárias condições de saúde. Esse fato elevou a demanda por serviços de saúde, que, associada ao desenvolvimento tecnológico e científico da área médica, mobilizou empresas médicas e farmacêuticas que tiveram como resposta do governo o financiamento da assistência à saúde pela Previdência Social<sup>(1-3)</sup>.

Dessa maneira, nas décadas de 1960 e 1970 houve ampliação do número de programas de Residência em virtude da valorização da especialização, demonstrada pela remuneração diferenciada do médico especialista, pago pelo Governo, para o desenvolvimento tecnológico, que necessitava de profissionais especializados<sup>(1,3)</sup>.

Diante das repercussões positivas da Residência Médica, da necessidade de formar docentes e profissionais especializados na área de enfermagem e diante do incremento dos serviços de saúde, dos recursos tecnológicos e do número de vagas nas universidades nas regiões



Norte e Nordeste houve um estímulo do Governo Federal para a abertura de cursos de especialização, na área da saúde.

Nesse contexto, sob o modelo do Programa de Residência Médica no Brasil, que celebrava, nessa época, 28 anos de experiência bem-sucedida, foi criado o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica sob a forma de residência (CESER) da América Latina em 1973, na Bahia, durante a implementação do programa de Cuidado Progressivo do Paciente, desenvolvido pela Profa. Dra. Maria Hélia de Almeida, docente da Escola de Enfermagem, em convênio entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Fundação Kellogg<sup>(2,7)</sup>.

Registra-se que, na época, as considerações que fundamentaram a opção pelo formato de Residência para o desenvolvimento do Curso englobaram os seguintes aspectos: necessidade de oferecer uma formação aprofundada sobre o cuidado ao paciente grave; ampla utilização dos recursos tecnológicos já existentes; necessidade de desenvolver uma estrutura baseada na enfermagem médico-cirúrgica com visão gerencial, capacitando o profissional para essa área; possibilidade de oferecer recursos financeiros ao aluno, através de bolsas, o que provavelmente o estimularia para cumprir o regime de dedicação exclusiva; possibilidade da troca contínua de experiências entre docentes, alunos e equipe de Saúde; e, a experiência positiva da Residência Médica<sup>(8,9)</sup>.

Considerando a evolução histórica marcada por desafios, construção e elaboração de diretrizes para a estruturação e desenvolvimento dos projetos pedagógicos e de edição dos diversos instrumentos normativos que vem norteando os Cursos de Residência no país, faz-se necessário e relevante registrar, neste estudo, no âmbito acadêmico científico, como ocorreu esta construção, a trajetória, conquistas e os avanços, visto que, entende-se que, registros históricos tem sentido de divulgar conceitos e ideologias, norteando e fornecendo elementos para a compreensão que ajudem a desenvolver pensamentos críticos e orientador para os novos projetos de cursos e realinhamento dos existentes. Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever a história da Residência e refletir sobre as conquistas e avanços, especialmente, no âmbito dos instrumentos regulamentadores.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo teórico reflexivo, realizado com base em instrumentos normativos como leis e portarias disponíveis no portal do Ministério da Educação e Cultura (MEC), nas recomendações dos seminários promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e na legislação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que regulamentaram e definiram padrões mínimos para estrutura e funcionamento de um Curso sob a forma de Residência em Enfermagem e Multiprofissional em Saúde, bem como, as produções científicas publicadas.

Estes documentos possibilitaram as bases analíticas sobre a evolução histórica, instrumentos legais e avanços dos cursos no atual contexto. Foram extraídos desses documentos, apontamentos, considerações, recomendações e deliberações sobre a estruturação, funcionamento e projetos pedagógicos, permitindo assim, retratar a trajetória dos Cursos de Especialização sob a forma de Residência. Buscou-se destacar intencionalidades e avanços ao longo de mais de 4 décadas, de 1973 até primeiro semestre de 2022.

## **EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM E AVANÇOS PARA A MULTIPROFISSIONAL**

O curso foi criado através do então Ministério da Educação e Cultura (MEC), visando ao preparo de profissionais para a abertura da UTI do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, vinculado a UFBA. Foi desenvolvido de forma sistemática, através do treinamento em serviço, na área específica do espaço intra-hospitalar, para prestação da assistência aos pacientes críticos, proporcionando aos recém-formados elevação do conhecimento técnico e intelectual e imersão gradual na área hospitalar, a fim de adquirirem competências administrativas e habilidades para desenvolverem, também, a capacidade para implementarem pesquisas.

O CESER foi desenvolvido durante 12 meses, em regime de dedicação exclusiva, com carga horária semanal de 44 horas totais distribuídas nos períodos da manhã, tarde e noite. Por se desenvolver em regime de dedicação exclusiva, caracterizou-se como Curso de Residência, oportunizando ao aluno o contato permanente com os cenários de prática, ao tempo em que se cumpria, também, a carga horária teórica<sup>(4,8)</sup>. Nesse sentido, os cursos de Residência na área de Enfermagem, foram elaborados visando alcançar alguns objetivos: estimular a continuidade dos estudos após a graduação; oferecer às enfermeiras recém-graduadas a oportunidade para aprofundar o conhecimento técnico-científico; possibilitar o treinamento para exercer cargos de chefia e liderança; preparar candidatos para o Mestrado; qualificar docentes para o Curso de Graduação e ampliar as oportunidades de inserção das enfermeiras recém-graduadas no mundo do trabalho, que exigia profissionais cada vez mais, qualificados para atender à especificidade da clientela e às inovações tecnológicas<sup>(2,3,8,10)</sup>.

Através de edital público o processo seletivo oferecia dez vagas. A seleção era realizada por uma Comissão e constava de prova de conhecimentos de enfermagem, entrevista e avaliação dos currículos. No seu primeiro ano, a estrutura curricular do programa, foi organizada com a distribuição de 29 créditos obrigatórios, equivalendo a 1765 h, distribuídos em duas áreas: a de concentração, com 22 créditos (75%) e a de disciplinas integrativas obrigatórias, com 07 créditos (25%)<sup>(8)</sup>.

O corpo docente do Curso era constituído por seis docentes em regime de tempo integral (DE) e uma de vinte e quatro horas semanais; quatro eram professores adjuntos e duas assistentes; todas tinham realizado Curso de Pós-Graduação (no Brasil ou no exterior). Na época, os docentes também assumiam a chefia das unidades do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, com a Integração Docente Assistencial, ocorrendo o mesmo com os docentes do CESER, o que facilitava o acompanhamento das enfermeiras residentes. Participavam, também, do corpo docente, professores de outras unidades da UFBA, os quais deveriam ter Pós-Graduação e currículo compatível com as disciplinas que lecionariam no Curso<sup>(4)</sup>.

No que se refere ao pioneirismo da Escola de Enfermagem da UFBA na oferta da residência no Brasil, é importante ressaltar que alguns autores<sup>(2,11,12)</sup> colocam em seus trabalhos que o primeiro Programa de Residência em Enfermagem foi criado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, da Legião Brasileira de Assistência (LBA), seção São Paulo, muito embora sendo denominado de Programa de Aperfeiçoamento para Enfermeiros em Pediatria e não atendendo à Resolução do Conselho Federal de Educação (CFE) 14/1977 que regulamentava as Especializações no país.

Nesse contexto de intensa especialização dos serviços médico-hospitalares e aumento do número de vagas nas universidades, houve a expansão dos cursos de Residência pelo país nas seguintes Instituições: Universidade Federal de Pernambuco (1974); Universidade Federal Fluminense (1975); Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (1976); Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; Hospital Barros Barreto, no Pará (1977); Universidade Federal da Paraíba; e, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1978)<sup>(11)</sup>.

Diante do aumento vertiginoso dos cursos de Residência, a Associação Brasileira de Enfermagem (Nacional), pela Comissão de Educação, promoveu em 1978, na cidade do Rio de Janeiro, o Seminário sobre Residência de Enfermagem, considerado o marco das discussões em torno da especialização sob forma de Residência<sup>(13)</sup>. Esse evento foi motivado, também, pela inexistência de legislação e/ou critérios normatizadores dessa modalidade de formação, desencadeando, no evento, a elaboração de recomendações normativas às instituições de ensino e assistenciais; à ABEN e Instituições educacionais de Enfermagem, às Instituições que desenvolviam ou pretendiam desenvolver o Curso e aos Órgãos de credenciamento da Residência.

Para às instituições de ensino e assistenciais foi recomendado que a conceituassem como uma modalidade de ensino de pós-graduação, em nível de especialização, para enfermeiras habilitadas segundo o parecer 163/1972 do CFE; que o curso fosse eminentemente prático, respeitando os vários níveis de prevenção; que integrasse a assistência, a gerência o ensino e a pesquisa e que as atividades fossem desenvolvidas em tempo integral com supervisão contínua. Para a ABEN caberia a promoção de novos eventos para dar continuidade ao estudo realizado. Às Instituições que desenvolviam ou pretendiam desenvolver o Curso foi

recomendado que seus programas objetivassem aprimorar a prática profissional e oferecer, ao mercado de trabalho, profissional especializado para elevar a qualidade da assistência da própria instituição; além de outras recomendações para promover e normatizar a oferta do curso. À ABEN e as Instituições educacionais de Enfermagem foi recomendado estudos que permitissem diagnosticar as prioridades da especialização nas diversas regiões do País; pré-requisitos para os candidatos como a graduação e habilitação em enfermagem, inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de seu Estado e disponibilidade de tempo integral; processo seletivo constituído de prova escrita, histórico escolar, currículo e entrevista.

Aos Órgãos de credenciamento da Residência foi recomendado que exigissem das instituições assistenciais comprovação de condições para o desenvolvimento das práticas e que estabelecessem convênio com as Instituições de Ensino Superior (IES); que o Curso tivesse carga horária mínima global de 1800 horas, distribuídas em 40 horas semanais, sendo 70% desenvolvida em campos de prática e 30% em estudos teóricos e pesquisa.

Quanto aos campos de práticas recomendou-se que deveriam possuir as seguintes condições para que ocorresse o processo ensino-aprendizagem: comprovação da prestação de assistência especializada na área; número de leitos adequado ao número de vagas oferecidas no Curso; corpo de enfermagem dirigido por enfermeira, observando a proporção quantitativa e por categorias; disponibilidade de instrumentos operacionais; possuir estrutura organizacional e funcional da residência definida pela instituição; estrutura física adequada ao desenvolvimento da assistência especializada e à atividade didático-pedagógica; comprovação da condição de arcar com o pagamento da bolsa e do uniforme; e, manutenção de corpo docente qualificado e proporcional ao número de residentes, além de garantir aos residentes; supervisão contínua por profissionais de reconhecida capacitação técnica.

Atentando para o fato de que, a própria legislação da Organização do Sistema Nacional de Saúde atribui ao MEC, a coordenação de ações relativas à formação de recursos humanos, foi recomendado, quanto ao credenciamento, que a entidade mantenedora celebrasse convênio com a IES autorizada para oferecer cursos de especialização em enfermagem, a fim de obter autorização do CFE/MEC, considerando que as exigências para a aprovação do Programa de Residência incluíam: justificativa, atendimentos dos requisitos mínimos indicados para implantação do programa; estabelecimento de convênio elaborado por comissão constituída de enfermeiras representantes de Instituições de Saúde, de Ensino, Órgãos de Controle do Exercício Profissional e da Associação Cultural da Classe. Do mesmo modo, o Seminário preconizou, considerando ser essa modalidade de ensino prevista pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que sua certificação seria de Especialização, modalidade Residência, na área de concentração em que foi realizada.

Quanto ao processo pedagógico, recomendou-se às Instituições que desenvolviam ou pretendiam desenvolver o Curso, considerando que a avaliação da residência deve ser coerente com as características do processo de ensino-aprendizagem, e ser caracterizada pela aprendizagem mediante a intervenção em situações problemas, que a avaliação da prática do residente fosse decisiva para o mesmo obter o título de especialista. E, ainda, que qualquer programa de residência observasse as seguintes orientações: utilização do processo de resolução de problemas para atender à família, ao paciente e à comunidade; oferecimento de informações ao residente quanto às instituições, esclarecendo o papel da instituição na prestação de serviços à comunidade e na oferta de serviços de enfermagem em vários níveis de prevenção, para que o aluno desenvolva, avalie e proponha novos procedimentos relacionados à assistência de enfermagem; participação e realização de atividades de pesquisa voltadas para a sua especialidade.

Diante desses constructos, pode-se inferir que esse Seminário discutiu e elaborou elementos básicos para a formação do especialista que cursa a Residência em Enfermagem, ao construir diretrizes básicas para as instituições assistenciais e de ensino planejarem seus cursos de forma similar, evitando distorções no processo ensino aprendizagem, além de promover o conhecimento dessa modalidade de formação.

No transcorrer das ofertas de programas de residência após as recomendações acima apresentadas, observou-se várias inconformidades como o excesso de carga horária, ausência de parcerias com as IESs, impedindo

que sejam assegurados os aspectos acadêmicos e a contribuição positiva, dessa formação, para que o enfermeiro torne a se aproximar do paciente, entre outras. Recomendaram então, que as chefias de serviços de enfermagem explorassem, ao máximo, os cursos de residência como uma forma de aperfeiçoamento científico, instrumental e ético do recém-graduado; e, para a Comissão de Aperfeiçoamento Técnico-Profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), recomendou redução da carga horária para 40 horas semanais.

No ano de 1994, preocupada com a expansão dos cursos de Residência e a falta de regulamentação para essa formação, a ABEN, através da sua Comissão Permanente de Educação da ABEN – Nacional, realizou, durante o Encontro de Enfermagem do Nordeste (ENFNORDESTE), em Salvador-Bahia, uma oficina de trabalho intitulada Residência em Enfermagem no Brasil para dar continuidade às discussões sobre a residência, considerando a análise das experiências concebidas como residência, e a identificação das consequências dessa modalidade de formação, na organização dos serviços, no mercado de trabalho e na qualidade da assistência. No evento foram identificadas questões divergentes que precisariam de melhor definição em virtude das características do Curso: a bolsa-trabalho e a jornada de trabalho; o plano didático e pedagógico; e aspectos relativos ao exercício profissional<sup>(11,12)</sup>.

Já o quarto Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN) estabeleceu o perfil do especialista e tentou associar a Residência aos cursos de Pós-Graduação. Em 1994, ocorreu, também, na cidade de Salvador, o Seminário Nacional do Sistema COFEN/COREN's, que após discutir o tema construiu um documento sobre Residência enviando ao congresso para apreciação. Este Anteprojeto foi apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1997 e obteve parecer favorável normatizando a modalidade de pós-graduação pela Lei 2.264/96<sup>(12)</sup>.

Com o objetivo de elaborar padrões mínimos para o registro do enfermeiro que se especializou por meio de um Curso sob a forma de Residência, o COFEN constituiu um grupo de trabalho com representantes dos programas de Residência que estavam em funcionamento no país. O trabalho desse grupo resultou na Resolução n. 259/2001 que estabeleceu os padrões mínimos para o registro de Residência em Enfermagem e que são descritos a seguir<sup>(14)</sup>. Pode ser desenvolvido em organizações de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, podendo ser oferecido por: IES de Enfermagem; Instituição de Saúde Pública ou Privada, não ser vinculada a IES, porém, sempre com a parceira de uma IES; Instituição de Saúde Pública ou Privada que possua enfermeiros com titulação profissional ou acadêmica reconhecida.

Ainda nessa Resolução, foram definidos diretrizes em relação ao Projeto Pedagógico e em relação aos recursos humanos. O projeto pedagógico deve contemplar conteúdos de natureza assistencial, administrativa, educativa e de investigação científica, a serem desenvolvidos durante uma carga horária mínima de 2.960 (duas mil novecentos e sessenta horas) por um período mínimo de 18 meses, distribuída em 40 horas semanais, com 20% (vinte por cento) da carga horária total e semanal destinada ao desenvolvimento de atividades teórico. Como pré-requisito para a certificação o aluno deverá elaborar e entregar ao Programa um trabalho científico – monografia, artigo científico para publicação, ou equivalente. Para ter direito à titulação o aluno deve obter aprovação nas suas avaliações e cumprir uma frequência mínima de 75% da carga horária total do Curso. No certificado deverá estar registrado a área de conhecimento do Curso, o local e período em que o mesmo foi desenvolvido; deve vir acompanhado com o histórico completo.

Em relação aos recursos humanos, o Curso deve possuir corpo docente e/ou técnico profissional de Enfermeiros com titulação profissional ou acadêmica reconhecida; o Coordenador Geral dos Programas de Residência em Enfermagem deverá ter o título de Mestre. Os preceptores, responsáveis pelo acompanhamento do treinamento em serviço, devem estar em proporção de 01 para 05 alunos e possuir no mínimo o título de Especialista; caso não haja número suficiente, poderão participar Enfermeiros de alta competência e experiência comprovadas nas áreas específicas. As Instituições de Saúde devem possuir um corpo técnico-profissional de enfermeiros próprio, que corresponda no mínimo, ao dobro do número de vagas oferecidas pelo programa, não podendo contabilizar, no seu quadro funcional, os alunos.

Nesse sentido, foi criada no artigo 11, dessa resolução de 2001, a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (CONARENF) a ser constituída com representação paritária docente-assistencial que se responsabilizaria pela elaboração das normas complementares para o cumprimento da resolução. Os membros dessa Comissão foram nomeados por meio da Portaria nº 004/ 2002. Essa comissão, desde então, passou a ser reconhecida pela Enfermagem como referência para a criação e implantação de novos Programas de Residência em Enfermagem com as seguintes atividades: subsidiar o aperfeiçoamento dos programas já existentes; contribuir para a implantação de novos programas no País; organizar o Congresso Nacional de Residência em Enfermagem para discutir questões referentes à Residência e divulgar a produção científica; emitir parecer técnico para fins de titulação de especialista; receber e analisar solicitação para credenciamento de novos programas; realizar visitas técnicas; credenciar junto ao Sistema COFEN/ CORENS, os programas; criar e manter o site da Comissão Nacional de Residência em Enfermagem; elaborar e atualizar o Catálogo de Programas de Residência em Enfermagem; e promover a Integração à Câmara Técnica do Mercosul CTM/COFEN.

Ainda com a intenção de melhorar a regulamentação dos Programas de Residência Nacional, o COFEN, em 2003, aprovou o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (CONARENF) por meio da decisão nº 064/2003 que tem por finalidade orientar e estabelecer normas para o efetivo cumprimento da Resolução do COFEN<sup>(15)</sup>. Frente às discussões para regulamentação dos Programas de Residência, à publicação da política nacional de recursos humanos para o SUS em 2002, e diante da notável contribuição, já sensíveis, nas experiências que ocorriam, houve expansão e melhoria dos programas de residências para a área da Enfermagem em 2005.

Com a publicação da Lei nº 11.129/2005 que instituiu o Programa Nacional de Inclusão de Jovens; no seu Art 13 cria a Residência em Área Profissional da Saúde como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço, destinada aos profissionais da área de saúde, excetuando a área médica. Constituiu-se em um programa de cooperação intersetorial, para facilitar a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde, no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Definiu-se também, que nessa modalidade de ensino, deverá ser desenvolvido em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Nessa Resolução, no Art. 14, foi criada no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento são disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde

O processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), foram elaboradas, então, pelo Ministério da Saúde (MS) e por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), por meio de portarias que regulamentam a Lei e que subsidiam o financiamento das RMS. A RMS foi instituída, em novembro de 2005, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117; e a Portaria Interministerial nº 2.118 formalizou a ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da integralidade. Ela instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação e para o desenvolvimento de RHS<sup>(16,17)</sup>. Concomitante à regulamentação da Lei, o DEGES intensificou também um processo de socialização e ampla discussão sobre o tema com a participação do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O DEGES, em 2006, em parceria com o CNS e com o Fórum de Residentes Multiprofissionais em Saúde, iniciou a realização de seminários regionais para discutir a RMS e dar seguimento ao seu processo de regulamentação. O tema principal dos seminários regionais foi a definição da composição e das atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Baseou-se, como ponto de partida das discussões, no relatório produzido pelo I Seminário Nacional<sup>(16)</sup>.

Importante destacar o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em dezembro de 2005, teve como escopo iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, a fim de avançar na obtenção de subsídios.

Aduziu os seguintes temas: estratégias para a construção da multidisciplinaridade; construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde; composição da Comissão Nacional de RMS (CNRMS) com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação; e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema<sup>(16)</sup>.

No II seminário, foi apresentado como produto de longos debates, a composição da CNRMS, assim, a dimensão político-institucional desse movimento é dada a partir da implantação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais, o que, por um lado, aprofundaria a relação com o MEC e, por outro, consolidaria o campo da gestão da educação como estratégia fundamental em busca de alternativas que levassem à consolidação do SUS. Paralelo a isso o DEGES se reorganizava no sentido de dar conta da ampliação do número de projetos pleiteantes de apoio do MS. Este esforço objetivou manter e estabelecer novas parcerias com as instituições de ensino e as secretarias de saúde interessadas em formar profissionais habilitados para o trabalho em equipe (BRASIL, 2006). Essa Comissão tem como atividades: credenciar e renovar o credenciamento de cursos, fiscalizar o funcionamento, sugerir modificações e suspender credenciamento dos programas de Residência em área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional, regidos pela Portaria interministerial 45/2007<sup>(18)</sup>.

A ampliação do número de projetos de RMS, construídos pelas várias regiões do País, apresentava significativas diferenças no valor residente por programa, financiado pelo MS. Para estabelecer um padrão de análise dos programas afinados com a Política Nacional de Educação para o SUS, o DEGES elaborou critérios de análise a serem observados na acreditação destes projetos com base na legislação vigente. Com os novos critérios de análise, tendo como base as peculiaridades dos sistemas de saúde locais, pretendeu-se valorizar a estratégia pedagógica com foco na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos nos serviços, além de racionalizar a construção dos projetos por meio da definição mais clara das funções de cada um dos parceiros quanto ao desenvolvimento e financiamento<sup>(16)</sup>.

Os Programas de RMS existentes no Brasil, regulamentados como Pós-Graduação *Latu Sensu*, intentam o rompimento com os paradigmas da formação de profissionais para o SUS, bem como auxiliam na qualificação dos serviços de saúde ofertados às comunidades. Seguindo por essa perspectiva, é possível aduzir que ela se apresentou como uma estratégia do Estado com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma cultura de intervenção e de entendimento da saúde, no âmbito da implantação do SUS, por meio da formação em serviço<sup>(19)</sup>. Esses programas externam uma variedade de desenhos metodológicos, mas todos, em uníssono, defendem a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico<sup>(16)</sup>.

Em 2010, a CNRMS lançou duas resoluções definindo carga horária, duração das residências, organização, funcionamento e atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde (COREMU), sendo assim a Residência foi regida pela publicação da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que foi revogada pela Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Esta, por sua vez, foi alterada pela Portaria Interministerial nº 1.224, de 03 de outubro de 2012<sup>(18,20,21)</sup>.

Em processo evolutivo a CNRMS vem revogando, alterando e editando resoluções para a consolidação dos programas, uniformização, modernização e desenvolvimento dos projetos dos cursos de forma a serem legalmente conduzidos. Desse modo, serão citadas a seguir, para não desgastar a leitura, algumas resoluções, sem se ater ao conteúdo, a fim de demonstrar o processo evolutivo ocorrido.

As resoluções estão disponibilizadas no site do Ministério da Educação que trata das CNRMS. Em fevereiro de 2011, foram editadas resoluções que dispõem sobre o processo de ensino e trabalho, como afastamentos, licenças, trancamento, preenchimento de vagas, calendários entre outras. Em 2012, foi instituída a câmara técnica, nomeação de seus integrantes, além das Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. Foi instituído no mesmo ano, o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – SisCNRMS; em 2013 foram publicadas resoluções centradas na

composição e nomeação de avaliadores da comissão. Em 2014 retificaram e revogaram a resoluções de 2013 que dispõe sobre a duração e a carga horária dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uni profissional e sobre a avaliação e frequência dos profissionais residentes, que sofreu retificações posteriores, como também, regulamentou os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Em 2015 foram publicadas resoluções que dispuseram sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uni profissional. Já em 2017, dispuseram sobre a transferências de residentes e número de profissionais cursados per egressos de programas. No segundo semestre de 2021 foi publicada resolução que estabeleceu o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). No primeiro semestre de 2022, foram editadas resoluções que dispõem sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência – CODEMUs, e a estrutura e funcionamento das Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Seguindo esta trajetória de crescimento e desenvolvimento dos Cursos de Residência, faz-se importante destacar a distribuição de programas de residência com vagas para enfermagem no Brasil, por região, de acordo com os Editais 2021/2022 publicados por Universidades, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Organizações Hospitalares, Escolas de Saúde Pública e Edital Nacional da Rede Ebserh, totalizando 377 programas, sendo 295 na modalidade multiprofissional e 82 uniprofissional, com destaque para a região Nordeste e Sudeste que oferecem o maior quantitativo de programas nas duas modalidades, conforme a figura 1.



**Figura 1** – Distribuição de programas de residência com vagas para enfermeiras(os) por regiões no Brasil, conforme editais 2021/2022 publicados, Salvador, Bahia, 2022

Como apresentado, a Residência na modalidade multiprofissional oferece maior quantitativo de programas e se destaca, neste sentido, de forma relevante em relação aos programas uniprofissionais. Importante destacar, a conformidade com os indicadores de resultados, apontados pela CNRMS, no Portal de Informações do MEC, que revelam este crescimento, informando que a partir de outubro de 2021, já foram autorizados

175 programas de Residência Multiprofissional e Profissional em Área da Saúde, habilitados para a oferta de 1754 novas vagas em 2022, para 15 categorias profissionais de saúde, demonstrando assim, o crescimento e consolidação dessa modalidade de ensino em serviço, sob a forma de especialização, como importante qualificação de profissionais que atendam às reais necessidade de saúde da população brasileira<sup>(22)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a trajetória de conquistas, desafios e de avanços da Residência em Enfermagem, foram grandiosas e importantes para a consolidação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, desenvolvidas com 80% da carga horária total, sob a forma de atividades práticas e com a mesma remuneração de bolsa independente da área profissional.

Por fim, somado a todos os avanços e conquistas, a intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas, demonstrado, principalmente, por meio da inclusão de treze categorias profissionais da saúde. Este modo de operar a formação intercategorias visa a formação coletiva inserida no mesmo campo de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes de cada profissão. Com tal iniciativa, a atenção multiprofissional se fortalece no que concerne à atenção integral à saúde, já que o ser humano é um ser completo que necessita de assistência de forma geral e contextualizada com os diversos conhecimentos específicos de cada profissão.

Questionamentos sobre a relação entre a prática da Residência e o exercício da enfermagem, ainda é contemporâneo, constitui-se como uma preocupação para as instituições formadoras e para as associações de classe; em função de o curso caracterizar-se como um treinamento em ambientes reais de trabalho onde, muitas vezes, o papel da residente se confunde com a da enfermeira da unidade que é graduada, uma vez que pode desenvolver as mesmas atividades pertinentes a esta enfermeira.

Nesse contexto evolutivo a Residência em Enfermagem continua sendo um Curso de reconhecida importância social por incorporar à sua concepção o grande valor da articulação entre as organizações prestadoras de serviço de saúde e as IES, o que é conseguido e mantido por meio das parcerias que são estabelecidas, seja na modalidade uniprofissional ou multiprofissional. Por outro lado, ao conduzir o residente ao desenvolvimento de uma prática que é exercida em contextos reais de trabalho, de modo a ser problematizada e discutida na academia, o curso leva à constatação de que tem como propósito a formação do profissional de enfermagem com destacado conhecimento técnico-científico e ético, viabilizando, desse modo, o cuidado crítico, reflexivo e humanizado e, conseqüentemente, de qualidade, aos usuários da rede de prestação de Serviços de Saúde do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: HUCITEC, Rede Unida, 1998. 190 p.
2. Lopes GT, Batista SSB. Residência de Enfermagem: o cotidiano e seus desafios. In: Lopes GT. Residência em enfermagem: um espaço de lutas e contradições. Rio de Janeiro: EPUB; 2000. p. 01-34.
3. Lima JCS. A Residência médica: articulações entre a prática e o ensino[Tese]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2008 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4641>
4. Almeida MH, Oliveira C. Projeto do Curso de especialização sob a forma de Residência para enfermeiros[Datilografado]. Universidade Federal da Bahia. Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador: UFBA; 1973. 35 p.
5. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Escola de Enfermagem. Fórum do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica sob a forma de Residência na ótica dos enfermeiros de serviço[Datilografado]. Salvador: UFBA; 1993.
6. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Escola de Enfermagem. Relatório das atividades desenvolvidas pela Comissão de Estudo para reorientação da Pós-Graduação-UFBA [Datilografado]. Salvador: UFBA, 1994. 05 p.

7. Tahara ATS, Wolfovitch C, Rigaud HMDG. Escola de Enfermagem: trajetória de lutas e êxitos – 1946-2008. In: Toutain LMBB, Silva RRG. UFBA: do século XIX ao século XXI. Universidade Federal da Bahia. Instituto da ciência da informação. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 313-336.
8. Almeida MH, Oliveira C. Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica sob a Forma de Residência: relato da experiência do 1º ano. Rev Bras Enferm. 1975;28(2):88-97. <https://doi.org/10.1590/0034-716719750002000014>
9. Oliveira C. Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica sob a Forma de Residência (CESER). Projeto de expansão por um período de 04 anos [Datilografado]. Salvador: UFBA; 1975. 07 p.
10. Michel JLM, Vieira CM, Gutiérrez MGR. Especialista em enfermagem médico-cirúrgica: há interesse neste profissional? Acta Paul Enferm [Internet]. 1992 [cited 2022 Aug 14];5(1/4):26-35. Available from: [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-S0103-210019920005000103/1982-0194-ape-S0103-210019920005000103.x56131.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-210019920005000103/1982-0194-ape-S0103-210019920005000103.x56131.pdf)
11. Lopes GT, Batista SSB. Residência de Enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999. 211 p.
12. Barros ALBL, Michel JLM. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2000;8(1):5-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-1169200000100002>
13. Associação Brasileira de Enfermagem. Comissão de Educação. Recomendações do Seminário sobre Residência em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 1979;32(1):121-5.
14. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº. 259, de 12 de julho de 2001. Estabeleceu os padrões mínimos para o registro de Residência em Enfermagem[Internet]. Rio de Janeiro: COFEN. 2001 [cited 2022 Aug 14]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2592001\\_4297.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2592001_4297.html)
15. Carbogim FC, Santos KB, Alves MS, Silva GA. Residência em Enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. Rev APS [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 14];13(2):245-9. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14422/7783>
16. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2022 Aug 14]. 414 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
17. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. Rev Cogitare Enferm. 2013;18(3):592-5. <https://doi.org/10.5380/ce.v18i3.46360>
18. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação e Cultura (BR). 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[Internet]. Diário Oficial da União. 15 de janeiro de 2007 [cited 2022 Aug 14];Seção 1. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degas/legislacao/2018-e-antes/2007/portaria-45-12012007.pdf/view>
19. Goulart CT, Silva RM, Bolzan MEO, Guido LA. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma Universidade Pública. Rev René[Internet]. 2012 [cited 2022 Aug 14];13(1):178-86. 2012. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/29/25>
20. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação e Cultura (BR). Portaria Interministerial nº. 1077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde[Internet]. Diário Oficial da União. 13 de novembro de 2009 [cited 2022 Aug 14];Seção 1. Available from: <http://sbfa.org.br/portal/pdf/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%201077%20DE%2012%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202009.pdf>
21. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação e Cultura (BR). Portaria Interministerial nº. 1224, de 03 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial no 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS[Internet]. Diário Oficial da União. 04 de outubro 2012 [cited 2022 Aug 14];Seção 1. Available from: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15430-port-inter-n1224-3out-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15430-port-inter-n1224-3out-2012&Itemid=30192)
22. Ministério da Educação (BR). Portal da informação sobre a Residência Multiprofissional [Internet]. [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamultiprofissional/pagina-inicial>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c03>

# REFLEXÕES SOBRE A RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: CONTRADIÇÕES, DESAFIOS E POTENCIALIDADES

**Itanna Vytoria Sousa Serra<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6781-7336

**Ingrede Nayara Chiacchio Silva<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1815-8650

**Gilberto Tadeu Reis da Silva<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0595-0780

**Monalisa Viana Sant'Anna<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3336-2510

<sup>I</sup> Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup> Hospital Universitário Professor Edgard Santos.  
Salvador, Bahia., Brasil.

**Autora Correspondente:**

Itanna Vytoria Sousa Serra  
E-mail: [itannaserra@gmail.com](mailto:itannaserra@gmail.com)



**Como citar:**

Serra IVS, Silva INC, Silva GTR, et al. Reflexões sobre a residência de Enfermagem em Saúde Mental: contradições, desafios e potencialidades. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 22-8 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c03>

Revisora: Rosana Maria de Oliveira Silva.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia.

## INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, a Enfermagem teve sua prática atravessada por características do modo de produção capitalista: a reprodução da divisão do trabalho e a utilização de mulheres em atividades que exigiam pouca qualificação<sup>(1)</sup>. Enquanto profissão, surgiu como instrumento de resposta social às necessidades coletivas de modo que a estruturação do seu fazer foi determinada pelas relações sociais a partir de cada momento histórico do campo da saúde. Também foi e é influenciada pelas transições demográficas, revoluções tecnológicas, educacionais, culturais e por seus arcabouços epistemológicos<sup>(2-3)</sup>.

Na perspectiva da atuação da Enfermagem na área da Saúde Mental, é necessário apontar a influência das transformações no campo da Atenção Psicossocial, no qual foram introduzidos os novos modelos de atenção à saúde mental adotados na atualidade<sup>(4)</sup>. Esse processo sustentou mudanças no campo da assistência e, conseqüentemente, na reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à pessoa em sofrimento mental<sup>(5,6)</sup>. Neste contexto, investiu-se em uma nova concepção de cuidado, baseada em práticas substitutivas ao modelo asilar, as quais reconhecem o usuário como um ser biopsicossocial e cidadão de direitos e que, por isso, requer um olhar ampliado, não restrito aos aspectos da doença<sup>(4)</sup>.

Nessa ótica, visando ao compromisso com o processo formativo e à inserção de profissionais que estejam condizentes com as transformações do cuidado em saúde mental, as propostas dos Programas de Residência Multiprofissionais buscam formar profissionais com uma visão integrada, com perfil humanista, reflexivo e crítico, promovendo soluções a partir das necessidades de saúde da comunidade<sup>(7)</sup>. Ou seja, um espaço que a Enfermagem utiliza como estratégia para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores no setor, tendo



em vista a necessidade de romper com a prática de Enfermagem tradicionalmente instituída e reproduzida na cultura desta profissão<sup>(8)</sup>.

No Brasil, registros mostram que, em 1973, a Universidade Federal da Bahia (UFBA) aprovou, em resolução, a criação do curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica sob a forma de residência<sup>(9-10)</sup>. Seguindo o modelo de prática hegemônica em saúde, surge, em 1976, o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária Saúde, na cidade de Porto Alegre, e, dois anos depois, esse programa torna-se multiprofissional com vagas para enfermeiras, assistentes sociais e médicos veterinários<sup>(7)</sup>.

Os cursos na forma de residência constituem-se em um ensino de pós-graduação *Lato sensu* destinado aos profissionais de saúde, ofertado sob a forma de curso de especialização. Caracteriza-se por ensino em serviço, em regime de dedicação exclusiva, com o acompanhamento em serviço de docentes-preceptores, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos<sup>(11)</sup>.

Tem seus pressupostos a partir da instituição da Política de Educação Permanente como um dos eixos de ação. Oferecida nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional, foi regulamentada por meio da promulgação da Lei nº 11.129, de 2005, e orientada pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nas necessidades e nas realidades locais e regionais<sup>(7)</sup>. Assim, os programas de residência multiprofissional seguem as normativas de regulamentação, embora a estruturação do curso siga as diretrizes da instituição formadora.

Essa modalidade de formação mostra-se com impactos potentes no aprimoramento das práticas da enfermeira em saúde mental, contribuindo para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado nos serviços de saúde mental e na formação de profissionais para a área de saúde, conforme indicam as regulamentações do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, é necessário refletir as contradições, os desafios e as potencialidades do Programa de Residência Integrada Multiprofissional, na área de concentração Saúde Mental, em um hospital universitário situado na capital da Bahia, sob o paradigma da Reforma Psiquiátrica, a partir da análise do seu Projeto Político Pedagógico e de documentos regimentares. O estudo torna-se relevante na medida em que promove reflexões acerca do processo formativo das enfermeiras residentes com o intuito de contribuir com a formação de profissionais comprometidos ético-politicamente para o cuidado pautado nas prerrogativas da Reforma Psiquiátrica.

## **CONHECENDO O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS: ASPECTOS HISTÓRICOS E O SEU PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO**

Na UFBA, a criação do Programa de Residência Multiprofissional Hospitalar (PRMH) em hospitais universitários surgiu em 2010 a partir de discussões realizadas na Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). Ainda naquele ano, as atividades do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com área de concentração Saúde Mental, tiveram início no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES), que, atualmente, é formado pela integração de três unidades: Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES); Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO); Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto (AMN)<sup>(12-14)</sup>.

Em 2019, o Conselho Acadêmico de Ensino (CAE) da UFBA, por meio da Resolução nº 01/2019, estabeleceu as normas complementares para cursos de pós-graduação *Lato sensu* sob a forma de Residências Profissionais<sup>(15)</sup>. O Art. 4 desta resolução menciona que as Residências Multiprofissionais e Profissionais da Saúde da UFBA estão reunidas na Comissão de Residência Multiprofissional e em área Profissional da Saúde (COREMU) por meio dos seus respectivos coordenadores, sendo a mesma um órgão colegiado vinculado à Pró-Reitora de Ensino de Pós-Graduação da UFBA.

De acordo com o Art. 6, os cursos de Residências Profissionais da UFBA serão autorizados a funcionar por deliberação do CAE, mediante projeto aprovado pela(s) Congregação(ões) da(s) Unidade(s) Universitária(s)

proponente(s), bem como após prévio pronunciamento favorável da Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação. Além disso, devem ser seguidos os trâmites de credenciamento junto ao Ministério da Educação (MEC) de acordo com a legislação vigente.

A COREMU define o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Complexo HUPES da seguinte forma:

Uma modalidade de educação profissional desenvolvida em serviço, mediante supervisão docente-assistencial, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que pretende proporcionar aos Residentes uma formação calcada numa visão abrangente do processo saúde-doença e em formas de atuação integral, multiprofissional e interdisciplinar, com foco na Atenção Hospitalar<sup>(16)</sup>.

A residência com área de concentração Saúde Mental é formada pelas seguintes profissões e respectivos números de vagas: Enfermagem (01);Farmácia (01);Fonoaudiologia (01);Nutrição (01);Odontologia (01);Serviço Social (01) e Psicologia (01), mantendo esse quantitativo desde o seu início<sup>(16)</sup>.

Como competência, espera-se que o profissional, ao longo do processo de formação, desenvolva as seguintes habilidades:

1. Conhecer o processo da internação hospitalar (regulação, referência e contrarreferência, porta de entrada);2. Reconhecer os tipos de isolamento do paciente, os EPIs e como usá-los; 3. Conhecer o processo de instalação das principais doenças que afetam os adultos, idosos e crianças (traumas, afecções respiratórias, oncológicas, cardíacas, distúrbios psiquiátricos, etc.), suas causas e consequências para o paciente e família; 4. Conhecer as indicações, contraindicações e os cuidados ao adulto, idoso e criança em uso de tubo orotraqueal, traqueostomia, gastrostomia, sonda enteral, sonda vesical, cateteres centrais, Portocath, eletroconvulsoterapia etc.; 5. Identificar os cuidados ao adulto, idoso e criança em pré, trans e pós-operatório, analisando os fatores que podem colocar em risco a vida do paciente; 6. Conhecer os cuidados e risco ao adulto, idoso e criança em uso de medicamento; 7. Conhecer o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão<sup>(16)</sup>.

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com área de concentração Saúde Mental, acontece no Complexo HUPES, no primeiro ano, e em unidades da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, no segundo ano. Apresenta os seguintes campos de prática: um CAPS II; uma enfermagem especializada em Psiquiatria; ambulatórios de saúde mental anexos ao hospital e, ainda, acompanhamento de atividades desenvolvidas pela equipe da área técnica em saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia <sup>(15)</sup>.

Tem como objetivo:

Capacitar profissionais de saúde, mediante a educação em serviço, para uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, de caráter crítico, investigativo, criativo e propositivo no âmbito técnico, político, ético e de gestão na área de saúde, nos três níveis assistenciais, com ênfase na prática hospitalar, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS <sup>(16)</sup>.

A matriz curricular organiza-se por eixos temáticos, que são desenvolvidos em diferentes espaços de formação, com ênfase na prática hospitalar:

Os módulos integram conteúdos complementares, essenciais para a formação do residente, organizados em 4 blocos: **Bloco 1. Planejamento e gestão de saúde e gestão do trabalho hospitalar** (Organização e gestão do Sistema Único de Saúde; Planejamento, organização e gestão em saúde; Hospital como organização e sua importância no Sistema Único de Saúde: organização, estrutura e gestão do Complexo HUPES/UFBA; Vigilância em saúde e controle da infecção);**Bloco 2. Tecnologias hospitalares** (Tecnologia em saúde; Terapia intensiva);**Bloco 3. Humanização na saúde e trabalho em equipe** (Educação, comunicação e práticas pedagógicas em saúde; Equipe de saúde e integração no processo de assistência ao paciente e humanização na saúde; Aspectos psicológicos do

adoecimento para o paciente e família); **Bloco 4. Atenção à saúde de grupos populacionais específicos** (Saúde da criança; Saúde do idoso; Saúde do adulto; Saúde mental)<sup>(16)</sup>.

Há oferta de um componente curricular específico sobre saúde mental, com carga horária de 34 horas, cuja ementa prevê:

O paciente em sua integralidade vital e a doença como um momento de crise relacionada com a vida comunitária. O funcionamento mental normal e patológico do paciente. A importância dos achados semiológicos para a interação com o meio. Articulação da continuidade do cuidado hospitalar com o cuidado ou vivência comunitária pós-alta. Técnicas de orientação e cuidado em saúde mental para o paciente hospitalizado<sup>(12)</sup>.

Conforme o Projeto Pedagógico (PP), as atividades desenvolvidas são: seminários de estudos, produção científica, Trabalho de Conclusão de Curso, encontro de saberes e prática pedagógica-assistencial. A avaliação é formativa-processual, com base em critérios claros e compartilhados, no intuito de favorecer um compromisso institucional com a qualidade do programa<sup>(12,14)</sup>.

O PP da Residência do Complexo HUPES apresenta carga horária total de 6.245 horas e creditação final de 146 créditos organizada da seguinte forma<sup>(12)</sup>:

- aulas teóricas – 391 horas/23 créditos;
- atividades teórico-práticas (laboratório ou equivalente) – 884 horas/26 créditos;
- atividades práticas (estágio ou equivalente) – 4.970 horas/97 créditos.

Segundo previsto na Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a residência terá duração mínima de dois anos e carga horária de 5.760 horas. Oitenta por cento da carga horária total desenvolve-se em atividades práticas e 20% em atividades teóricas ou teórico-práticas, incluindo o período de férias de 30 dias consecutivos, que pode ser fracionado em dois períodos de 15 dias por ano de atividade.

Diante deste contexto, pode-se conhecer e elencar as normativas para a construção do curso. Assim, dá-se voz àqueles que estão na gestão deste processo, que vem sendo consolidado ao longo dos anos, com o envolvimento conjunto dos profissionais do serviço e dos residentes, a fim de transformar as formas produção de saúde/cuidado/vida.

### **CONTRADIÇÕES, DESAFIOS E POTENCIALIDADES QUE SE APRESENTAM NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL SOB O PARADIGMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Estudos apontam que os avanços advindos do processo da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, trouxeram transformações para o campo da assistência em saúde mental. Entretanto, existem contradições significativas entre os avanços alcançados nas últimas décadas e os processos de formação em saúde mental, fato revelado nas recentes discussões e nas práticas apoiadas na educação interprofissional com a perspectiva de desenvolver habilidades para o trabalho coletivo a fim de superar a fragmentação do cuidado e melhorar a qualidade da assistência em saúde<sup>(17)</sup>.

Desse modo, pode-se apontar o contexto analisado no qual seus direcionamentos são para práticas institucionalizadas, uma vez que, dentre as competências apresentadas, se pretende desenvolver habilidades apenas em campos de práticas hospitalares, o que demonstra uma frágil apreensão do modelo de Atenção Psicossocial e do paradigma da desinstitucionalização advindos da Reforma Psiquiátrica no Brasil por meio de legislações que redirecionam o cuidado em saúde mental na perspectiva dos dispositivos comunitários e extra-hospitalares. Portanto, mostram-se contradições importantes entre as práticas de saúde mental reorganizadas e estimuladas pela Reforma Psiquiátrica com as práticas delineadas do programa de residência aqui abordado.

No tocante às contradições, também o referido programa sustenta sua formação teórica vinculada às práticas e pautada na atenção multiprofissional no ambiente hospitalar, embora a descrição dos cenários de prática não se limite ao ambiente hospitalar. Além disso, ao olhar a especificidade dessa formação em sua matriz curricular, apresenta-se uma carga horária insuficiente para a complexidade do cuidado ofertado, que pode resultar, assim, em uma visão limitada e fragmentada no processo formativo dessas profissionais, que necessitam transcender o tecnicismo.

É necessário refletir a transformação no cuidado em Saúde Mental como oportuna e necessária com a construção de novos modelos de atenção voltados a esse campo específico. Nesse sentido, as novas concepções de cuidado, baseadas em práticas substitutivas ao modelo asilar, as quais reconhecem o usuário como um ser biopsicossocial e cidadão de direitos, requerem, dos profissionais enfermeiros e de saúde, um olhar ampliado, não restrito aos aspectos da doença <sup>(18)</sup>.

O papel da enfermeira no campo da saúde mental impacta a qualidade do cuidado e, portanto, infere-se que essa profissional adote uma postura de agente terapêutico e, conseqüentemente, estabeleça uma relação terapêutica, a qual será o cerne de sua prática. Para tanto, é fundamental a efetivação do processo de Enfermagem, o qual delinea a forma de pensar da enfermeira e repercute na formulação do cuidado <sup>(4,18)</sup>.

Consoante aos desafios, a avaliação feita pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas assinalou a perspectiva de integrar as necessidades do Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para tanto, uma das estratégias traçadas foi a implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que tiveram impulso em 2009 <sup>(12)</sup>.

Ao passo que se compreende a historicidade da constituição hospitalar deste programa, torna-se evidente outro desafio, o de ampliar as conexões com a rede de saúde e com outros dispositivos com a Rede de Atenção Psicossocial na qual está inserido, uma vez que enriquece os processos formativos, inclusive para trabalhadores da saúde mental, e cria um comprometimento ético com a defesa da saúde mental a partir dos paradigmas de Reforma Psiquiátrica <sup>(17)</sup>.

Na medida em que se amplia o olhar sobre essa temática, fica evidente a necessidade de, além de dialogar, construir espaços que proporcionem encontros e o compartilhamento de afetações que fortaleçam a equipe cotidianamente e que sejam coerentes com as políticas públicas de saúde, dessa forma, favorecendo uma formação qualificada com efetiva transformação do modelo de assistência ofertada na saúde.

No tocante às potencialidades, pode-se evidenciar que o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com área de concentração Saúde Mental, representa um espaço privilegiado de formação para o SUS, por possibilitar uma formação singular, além de ancorar-se em campos de práticas não restritos à instituição hospitalar <sup>(17)</sup>.

Cabe destaque, também, à própria implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com área de concentração na Saúde Mental, em um hospital universitário da Bahia, devido aos impactos econômicos, sociais e de condições de saúde impulsionados por processos formativos dentro do Sistema Único de Saúde. Assim como é uma importante estratégia dentro da Educação Permanente em Saúde, a qual possibilita mudanças na conexão e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, uma vez que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho mediante uma aprendizagem significativa e com a possibilidade de transformar as práticas profissionais <sup>(19-20)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, descreveu-se e analisou-se o Projeto Político Pedagógico de um Programa de Residência Integrada Multiprofissional, na área de concentração Saúde Mental, em um hospital universitário, fundamentado em discussões referentes ao paradigma da Reforma Psiquiátrica brasileira. A experiência discutida, além de ser uma das estratégias da Política de Educação Permanente, que se vem consolidando ao longo dos

anos, proporciona, aos profissionais do serviço e aos residentes, a transformação das formas de produção de saúde/cuidado/vida.

Acerca das contradições apresentadas no PPP do programa estudado, salienta-se a importância deste documento ser avaliado de forma periódica com o olhar ampliado para o cuidado integral e para os paradigmas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No mesmo sentido, apontou que o programa oportuniza uma formação para profissionais, desenvolvendo habilidades para a gestão e a assistência à pessoa em sofrimento mental, no exercício da profissão de enfermeiros, embora ainda com um processo guiado pelo cuidado hospitalocêntrico. Por isso, a necessidade de refletir sobre os desafios, criando caminhos para superá-los e permitindo outros espaços formativos pautados nas políticas públicas de saúde em que se possam fomentar saberes críticos e reflexivos e aumentar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na Saúde Mental.

No tocante à implantação do programa e à representação de ser ambiente de transformações em saúde, essas potencialidades devem ser valorizadas e estimuladas no intuito da continuação de saberes e de práticas que colaboram para a valorização dos usuários de saúde mental e para o cuidado dentro da Rede de Atenção Psicossocial de modo integral, resolutivo e equânime.

## AGRADECIMENTOS

Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Brasil referente ao código de financiamento 001.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) referente à Bolsa de Produtividade em Pesquisa sob o Processo nº 205736/2018-1.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (GEPASE/UFBA).

## REFERÊNCIAS

- Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(3):333-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300011>
- Magnago C, Pierantoni CR. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(1):15-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28372019>
- Frota MA, Werner MCM, Vieira LJES, Guimarães FR, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(1):25-35. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>
- Brusamarello T, Maftum MA, Mantovani MF, Alcantara CA. Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. *Saúde (Sta. Maria)*. 2018;44(2):1-11. <https://doi.org/10.5902/2236583427664>
- Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):209-18. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>
- Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):736-41. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300030>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [cited 2022 Aug 29]. 414 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
- Muniz M, Tavares C, Abrahão A, Souza A. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. *Rev Port Enferm Saúde Mental USP*. 2015;13:61-5. <https://doi.org/10.19131/rpesm.320>

9. Silva RMO. Especialização em Enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas[Dissertação] [Internet]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2012 [cited 2022 Aug 29]. 285p. Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12128>
10. Cordeiro ALAO, Cruz EA. Curso de Especialização em Enfermagem sob Forma de Residência da Universidade Federal da Bahia. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2001 [cited 2022 Aug 29];14(1):67-71. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3843/2811>.
11. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 29]. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>
12. Universidade Federal da Bahia. Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde. Salvador: UFBA; 2010. 52p.
13. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ensino de Pós-graduação [Internet]. Brasília: EBSEERH; c2022 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/ensino-e-pesquisa/ensino/pos-graduacao>
14. Santana MS. Formação de enfermeiras especialistas para a atenção em saúde mental[Dissertação] [Internet]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2012 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18909>
15. Conselho Acadêmico de Ensino da Universidade Federal da Bahia (CAE-UFBA). Resolução nº 01/2019, de 05 de junho de 2019. Estabelece as normas complementares para Cursos de Pós-Graduação lato sensu sob a forma de Residências Profissionais da Universidade Federal da Bahia[Internet]. Conselho Acadêmico de Ensino. 2019 [cited 2022 Aug 30]. Available from: [https://ufba.br/sites/portal.ufba.br/files/resolucoes/resolucao\\_01.2019\\_-\\_cae.pdf](https://ufba.br/sites/portal.ufba.br/files/resolucoes/resolucao_01.2019_-_cae.pdf)
16. Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA). Processo seletivo unificado para residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional). Edital nº 001/2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 30]. Available from: [https://secure75.securewebsession.com/fundacaocefetbahia.org.br/sesab/eesp/2019/residencia/edital\\_residencia\\_001\\_2018.pdf](https://secure75.securewebsession.com/fundacaocefetbahia.org.br/sesab/eesp/2019/residencia/edital_residencia_001_2018.pdf)
17. Lima ICBF, Passos ICF. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. Trab, Educ Saúde [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 30];17(2):e0020940. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>
18. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2017;70(1):209-18. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>
19. Merhy E, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-60. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 30]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c04>

# PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO: FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS COM EXCELÊNCIA

**Ana Paula Dias França Guareschi<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2739-3118

**Rita Simone Lopes Moreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3743-9044

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Ana Paula Dias França Guareschi  
E-mail: [guareschi@unifesp.br](mailto:guareschi@unifesp.br)



## Como citar:

Guareschi APDF, Lopes RSM. Programas de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de São Paulo: formação de especialistas com excelência. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 29-34 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c04>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Universidade Pública deve estar em consonância com os problemas vivenciados pela sociedade na qual está inserida e oferecer alternativas viáveis e efetivas para solucioná-las. Ao mesmo tempo, deve estar atenta às necessidades do mercado de trabalho, a fim de capacitar profissionais para que tenham condições de se adequar às rápidas transformações que ocorrem num mundo globalizado e de constante avanço científico-tecnológico.

A UNIFESP e o Hospital São Paulo, cientes de suas responsabilidades institucionais de formadora e prestadora de assistência à saúde, respectivamente, de um contingente expressivo da população brasileira, apoiam a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar, entendendo ser este um modelo para a formação de profissionais compatível com a necessidade da atuação integrada, colaboração e objetivos comuns, de profissionais das diferentes áreas de conhecimento. Trabalhar com o multiprofissional é estar preparado para agir com a diversidade, buscando a assistência integral e excelência na qualidade do atendimento, fortalecendo a efetivação do Sistema Único de Saúde.

A primeira legislação foi a Lei n 11.129 de 30 de junho de 2005<sup>(1)</sup>, que versava sobre a criação da Residência Multiprofissional nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional. A Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), posteriormente, em 2007 iniciou seus trabalhos<sup>(2)</sup>.

A Comissão das Residências Multiprofissionais (COREMU), que agrega todos os programas de residência multi e uniprofissional da instituição, segue a Resolução n°2 de 13 de abril de 2012<sup>(3)</sup>, Portaria n° 7 de 16 de setembro de 2021<sup>(4)</sup> e as normativas da CNRMS<sup>(5)</sup> do MEC e institucionalmente a Pró reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) da UNIFESP é a instância responsável pelo seu gerenciamento.



## BREVE HISTÓRICO

Historicamente na UNIFESP, o primeiro programa de residência ocorreu em 1995, através do Projeto de Integração Docente Assistencial mantido pelo Departamento de Enfermagem e Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo. O Programa de Residência em Enfermagem abarcava diferentes áreas de especialidade, buscando alcançar um padrão de qualidade na assistência de enfermagem prestada pelas instituições de saúde do país.

O Programa de Residência em Enfermagem iniciou com 17 vagas, porém devido a grande demanda de candidatos chegou a perfazer 48 vagas/ano. O financiamento para o pagamento das bolsas era efetuado pelo Hospital São Paulo, por meio da Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), entidade sem fins lucrativos mantenedora deste hospital.

Após a suspensão da verba destinada ao financiamento do Programa houve o cancelamento das inscrições em 2005. Apesar deste contratempo na manutenção do Programa, a UNIFESP, acreditando na sua trajetória de sucesso na formação de enfermeiros com excelência, a partir da publicação da Medida Provisória 238 de 1o de fevereiro de 2005<sup>(6)</sup>, a coordenação do Programa encaminhou ao Ministério da Saúde uma proposta de parceria, que foi aceita pela Secretaria de Gestão do Ensino e do Trabalho na Saúde e o processo seletivo foi aberto para 2006, para 17 cursos com duração de 2 anos e 5600hs, com 60h/semana, com o total de 73 vagas.

Após a experiência dos Programas de Residência em Enfermagem. Em 2010, os programas de residência multiprofissional da UNIFESP após aprovação do Ministério da Educação (MEC) iniciam suas atividades, sendo a primeira turma, constituída de 34 residentes matriculados no campus São Paulo, com bolsa MEC dos programas:

- Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar - Saúde da Criança e do Adolescente  
Áreas profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição;
- Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar - Saúde do Adulto e Idoso  
Áreas profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Em julho de 2010 iniciou-se a turma com 14 residentes matriculados no Campus Baixada Santista, com bolsa do Ministério da Saúde.

- Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde  
Áreas profissionais: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional

Em 2012, os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde tiveram 113 vagas aprovadas pelo Ministério da Educação (MEC) nos Campus Baixada Santista e Campus São Paulo.

Atualmente, a UNIFESP possui 13 programas de Residência Multiprofissional e 3 Uniprofissionais, sendo 14 no campus São Paulo e 2 no campus Baixada Santista. Em 2022, os programas ofereceram vagas nas áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, com o quantitativo de 369 residentes matriculados, nos diferentes programas oferecidos, conforme quadro abaixo:

**Quadro 1** - Programas de Residência Uniprofissional UNIFESP. São Paulo, 2022

| Programas Uniprofissionais | Profissão  | Vagas |
|----------------------------|------------|-------|
| Enfermagem Neonatológica   | Enfermeiro | 4     |
| Enfermagem Obstétrica      | Enfermeiro | 8     |
| Física Médica              | Físico     | 4     |

**Quadro 2** - Programas de Residência Multiprofissional UNIFESP. São Paulo, 2022

| Programas Multiprofissionais                   | Profissão   | Vagas                           |
|--|---|---------------------------------|
| Cardiologia                                    | Enfermagem<br>Farmácia<br>Fisioterapia<br>Nutrição<br>Psicologia<br>Odontologia                   | 5<br>2<br>5<br>3<br>2<br>1      |
| Cuidados Intensivos de Adultos                 | Enfermagem<br>Farmácia<br>Fisioterapia<br>Nutrição<br>Psicologia<br>Odontologia                   | 4<br>2<br>6<br>3<br>2<br>1      |
| Distúrbios Respiratórios Clínicos e Cirúrgicos | Enfermagem<br>Fisioterapia<br>Nutrição  | 4<br>4<br>4                     |
| Envelhecimento                                 | Enfermagem<br>Fisioterapia<br>Nutrição<br>Serviço Social  | 2<br>2<br>2<br>2                |
| Neurologia e Neurocirurgia                     | Enfermagem<br>Fisioterapia<br>Fonoaudiologia  | 3<br>4<br>2                     |
| Oncologia                                      | Enfermagem<br>Farmácia<br>Fisioterapia<br>Nutrição<br>Psicologia<br>Odontologia<br>Serviço social | 7<br>4<br>4<br>3<br>3<br>1<br>2 |
| Oncologia Pediátrica                           | Enfermagem<br>Fisioterapia<br>Nutrição<br>Psicologia<br>Fonoaudiologia                            | 4<br>4<br>6<br>4<br>2           |
| Ortopedia e Traumatologia                      | Enfermagem<br>Farmácia<br>Fisioterapia  | 2<br>2<br>2                     |
| Rede de Atenção Psicossocial                   | Psicologia<br>Serviço Social<br>Terapia Ocupacional   | 2<br>2<br>2                     |
| Saúde da Criança e do Adolescente              | Fisioterapia<br>Fonoaudiologia<br>Nutrição<br>Serviço Social                                      | 6<br>4<br>6<br>2                |
| Saúde Mental                                   | Enfermagem<br>Psicologia<br>Terapia Ocupacional   | 3<br>3<br>3                     |

Continua

Continuação do Quadro 2

| Programas Multiprofissionais     | Profissão      | Vagas |
|----------------------------------|----------------|-------|
| Transplante e Captação de Órgãos | Enfermagem     | 4     |
|                                  | Farmácia       | 4     |
|                                  | Fisioterapia   | 4     |
|                                  | Psicologia     | 4     |
|                                  | Odontologia    | 2     |
| Urgência e Emergência            | Enfermagem     | 4     |
|                                  | Fisioterapia   | 4     |
|                                  | Fonoaudiologia | 2     |
|                                  | Nutrição       | 3     |
|                                  | Psicologia     | 3     |
|                                  | Odontologia    | 1     |
|                                  | Serviço social | 2     |

O objetivo geral dos programas multi e uniprofissionais é formar profissionais de diferentes áreas da saúde, desenvolvendo perfil altamente qualificado no exercício de sua profissão, permeado por atitudes reflexivas, críticas, humanitárias e éticas, com responsabilidade, compromisso social e competência para atuar nos mais diferentes cenários do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Dos 16 programas de residência oito são coordenados por docentes ou Técnicos Administrativos de Ensino (TAE) da Escola Paulista de Enfermagem (EPE), demonstrando o envolvimento expressivo deste grupo com os programas de residência, que pode ser justificado pela inserção da área profissional Enfermagem na maioria dos programas, além da articulação sempre presente da EPE com o Hospital São Paulo.

### CENÁRIOS DE PRÁTICA

O Hospital São Paulo (HSP) é a instituição formadora da maioria dos programas, sendo um dos mais importantes centros de referência em alta complexidade do país. É um hospital universitário, vinculado à UNIFESP, de grande porte. Responsável por mais de 5 milhões de habitantes, oriundos da grande SP e de outros municípios e estados da federação. Atualmente, a gestão do HSP é compartilhada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) - entidade filantrópica de prestação de serviços de saúde.

Além da missão de prestar assistência à saúde à população brasileira por meio do SUS, o HSP também se destaca pelo desenvolvimento de pesquisas clínicas, com vasta produção científica nacional e internacional, e a formação de recursos humanos imprescindíveis para a qualidade do próprio SUS, sendo campo de ensino e treinamento da UNIFESP, colaborando para a formação e capacitação de profissionais de saúde. Grande parte dos docentes da UNIFESP (Campus São Paulo, Vila Clementino) exercem atividades nas unidades assistenciais do HSP, agregando eficiência e excelência ao atendimento.

O HSP destina-se ao atendimento assistencial de média e alta complexidade abrangendo as diferentes fases de desenvolvimento do ser humano. O atendimento é subdividido em unidades ambulatoriais das mais diversas especialidades e de internação, unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, emergência e hospital-dia.

Além do Hospital Universitários os programas realizam suas atividades práticas em diferentes serviços de saúde:

- Unidades Básicas de Saúde
- Serviço de Urgência e Emergência
- Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental
- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil III
- Centro de Aleitamento Materno Ana Abraão (CAA) - UNIFESP
- Equipamentos sociais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Santos
- Ambulatórios

- Hospital de ensino Santa Casa de Santos
- Hospital Geral de Pedreira
- Hospital Amparo Maternal
- Hospital do Rim
- Hospital de Transplantes – Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital GRAAC
- Hospital Beneficência Portuguesa SP

## CONTEÚDO TEÓRICO

A carga horária das residências multiprofissionais é de 5760h, sendo 20% contemplada com o conteúdo teórico, na busca da abordagem interprofissional. Para tanto, são oferecidas disciplinas do eixo transversal comuns para todos os programas e as nucleares da profissão. As disciplinas são divididas entre o primeiro e segundo ano da residência.

**Quadro 3** - Disciplinas do eixo transversal da Coremu UNIFESP. São Paulo, 2022.

| Disciplinas do Eixo Transversal                               | Carga Horária |
|---|---------------|
| Trabalho de Conclusão de Curso                                | 102 horas     |
| Metodologia de Pesquisa                                       | 48 horas      |
| Segurança do paciente como prioridade estratégica             | 36 horas      |
| Políticas Públicas, Humanização e Gestão de Serviços de Saúde | 36 horas      |
| Equipe Multiprofissional e Gestão do Cuidado                  | 72 horas      |
| Epidemiologia e Vigilância epidemiológica                     | 48 horas      |
| Bioética e Ética Profissional                                 | 36 horas      |
| Bioestatística  | 36 horas      |

Ressalta-se que estas disciplinas eram oferecidas presencialmente nos grandes anfiteatros da universidade, porém após a pandemia foram modificadas para a modalidade à distância, propiciando a continuidade da aquisição do conteúdo teórico. Esta mudança de paradigma do processo ensino-aprendizado nos programas de residência, assim como, nos demais cenários de aprendizado dentro da universidade, permitiu a reflexão de novos formatos para o ensinar, com acréscimo da tecnologia educacional e o surgimento de uma nova relação professor estudante.

Os desafios desta nova modalidade de ensino com manutenção da qualidade continuam, ter a clareza das potencialidades e também fragilidades nesta modalidade de ensino, permite a realização de um planejamento educacional, pautado nas reais necessidades do docente e residente, para que a aprendizagem seja significativa.

## DIFERENCIAIS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL UNIFESP

- História consolidada no oferecimento de programas de residência;
- Programas coordenados por docentes e TAEs com vasta experiência nas respectivas áreas do saber;
- Programas que abarcam nove profissões;
- Apoio da academia, com destaque à Escola Paulista de Enfermagem pelo legado na gestão da Coremu e dos programas;

- Infraestrutura dos campus São Paulo e Baixada Santista;
- Conteúdos teóricos do eixo transversal e nucleares da profissão;
- Campos de prática que propiciam a proposta de aquisição do conhecimento, através da articulação de ensino serviço;
- Vinculação com o hospital universitário e demais instituições de saúde parceiras, como as Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo e Santos;
- Qualificação reconhecida nacionalmente na formação de especialistas;
- Inserção dos egressos dos programas no mundo do trabalho;

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram muitas conquistas da residência multi e uniprofissional UNIFESP ao longo dos anos, com participação expressiva dos docentes e TAEs, das diferentes áreas de conhecimento.

A UNIFESP acredita na formação de excelência dos especialistas em saúde e no seu papel em retribuir à sociedade e ao SUS os investimentos na universidade pública. Formar profissionais com competência, habilidades, atitudes, valores e experiências em cada profissão, com entrega da sua expertise no atendimento seguro, humanístico e de qualidade à população é o foco dos programas dos programas de residência uni e multiprofissionais.

## AGRADECIMENTOS

A professora Dra Sonia Regina Pereira (in memoriam) do Departamento de Enfermagem Pediátrica pelo protagonismo na implementação dos programas de residência multiprofissional e contribuição como Coordenadora Geral de Residência em Saúde do MEC e Profa Dra Jeanne Liliane Marlene Michel anteriormente do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica que na época estava cedida ao MEC, subsidiando as ações para implantação dos programas de Residência Multi e Uniprofissional da UNIFESP.

## REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Brasília; 2005 [cited 2022 Sep 5]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)
2. Uchôa-Figueiredo TFR, Dias IMAV. Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 459p.
3. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 02 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2022 Sep 8]. Available from: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)
4. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 8]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>
5. Ministério da Educação (BR). Resolução CNRMS nº 1, de 24 de dezembro de 2021. Estabelece o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) [Internet]. Brasília; 2021 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNRMS-001-2021-12-24.pdf>
6. Presidência da República (BR). Medida Provisória nº 238 de 1 de fevereiro de 2005. Institui, no âmbito da Secretaria Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissões [Internet]. Brasília; 2005 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2005/medidaprovisoria-238-1-fevereiro-2005-535573-norma-pe.html>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c05>

# CONTEXTO EXPERIENCIAL DE ENFERMEIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

**Olga Maria Brito dos Santos<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6405-2895

**Rosana Maria de Oliveira Silva<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3371-6550

**Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-0375-7709

**Josicélia Dumêt Fernandes<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-2946-5314

**Cláudia Silva Marinho Antunes Barros<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-0597-8126

<sup>I</sup> Universidade Federal da Bahia, Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Olga Maria Brito dos Santos  
E-mail: [olgams@hotmail.com](mailto:olgams@hotmail.com)



## Como citar:

Santos OMB, Silva RMO, Cordeiro ALA, et al. Contexto Experiencial de Enfermeiras para o Desenvolvimento de Competências nos Programas de Residência. In: (Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 35-44 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c05>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva.  
Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional e em área profissional caracteriza-se pelo processo de ensino e aprendizagem com atuação profissional supervisionada em serviços de saúde, que acolhe o aluno a fim de promover o desenvolvimento de competências profissionais em áreas de especialidades diversas.

Ressalta-se que este programa, com predominância de experiências no contexto de trabalho em saúde, sofre influência das políticas educacionais, da gestão das organizações de saúde e das instituições de ensino em diferentes níveis de interações e de estímulos que proporcionam inúmeras experiências com variedades de significados e ocorrências. Nesse sentido o contexto experienciado no trabalho poderá proporcionar oportunidades para o desenvolvimento de competências profissionais a depender da forma como os residentes irão estabelecer relações como o meio para solucionar problemas.

Nesse entendimento, este estudo fundamenta-se na concepção do Sociólogo suíço Phillipe Perrenoud, sobre competências cujos conceitos, vêm sendo modificado ao longo dos anos, transformando a visão do profissional em relação à cultura e a sociedade a partir da construção de saberes e da prática reflexiva e crítica<sup>(1)</sup>.

Portanto, as competências contemporâneas devem oferecer condições de desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito acadêmico e em comunidade, transcendendo o saber-fazer. Assim, as organizações de saúde que acolhem as residentes na equipe de trabalho, deverão proporcionar oportunidades para o exercício da empatia, da inclusão, do diálogo, da resolução de conflitos e da cooperação, com autonomia e criatividade para o desenvolvimento de competências e qualidade do trabalho.

Considera-se elementos estruturantes da competência o conhecimento, a habilidade e a atitude. O Conhecimento que envolve o saber teórico e prático baseado em princípios



e processos das ciências. A habilidade, integra o raciocínio abstrato, memória e processos cognitivos na resolução de problemas. A atitude é baseada nas características pessoais e valores associados ao julgamento na tomada de decisão<sup>(2)</sup>.

Portanto, nesta concepção, estudos apontam a relevância dos programas de residência para o desenvolvimento de competências profissionais. Pesquisa no Brasil sobre a formação na residência de enfermagem na atenção básica/saúde da família sob a ótica dos egressos, conclui que o perfil profissional está em conformidade com o Projeto Pedagógico do Curso quanto ao desenvolvimento das competências e habilidades profissionais, apontando fragilidades na liderança, tomada de decisão, administração e gerenciamento<sup>(3)</sup>. Em Portugal estudo ressaltou que a teoria é ferramenta essencial para explicar e orientar o enfermeiro a solucionar os problemas, sendo base para prática competente que retroalimenta, amplia e desenvolve a teoria na enfermagem<sup>(4)</sup>. Outro estudo na Espanha avaliou o desenvolvimento de residentes na aquisição de competências específicas e transversais em diferentes dimensões, visto que estas, são elementos fundamentais para elevar níveis de excelência da qualidade para o exercício da liderança na enfermagem<sup>(5)</sup>. São valorizados também modelos de instrumentos que permitem avaliar competências gerais esperadas dos profissionais, e identificar fragilidades para correções do processo de ensino<sup>(4)</sup>.

Compreende-se que a formação de profissionais na modalidade residência é consolidada como de excelência, centrada na integração dos residentes no serviço, com extensa carga horária, dedicada ao atendimento de pessoas, família e comunidade. Assim, é importante conhecer e socializar aspectos importantes do ensino que permite ou apoia as iniciativas pedagógicas que norteiam o processo de ensinar e aprender exitosos. Neste sentido, poderão ser compartilhadas diversas situações conflitantes e desafiadoras envolvendo a cultura organizacional, as políticas de saúde e o processo de trabalho, bastante complexos e em constante desenvolvimento<sup>(5)</sup>.

Estudo destaca a importância das diferentes experiências de enfermeiras dos programas de residência obstétrica, como fatores contribuintes ao conhecimento para a práxis transformadora<sup>(6)</sup>. Neste entendimento, foi considerado no contexto das experiências neste estudo, os elementos, as estratégias, as dinâmicas e o ambiente que favoreceram o desenvolvimento do ensinar, aprender e aplicar conhecimentos e as vivências nas atividades de trabalho das residentes nas organizações de saúde. Sabe-se que para este propósito, são essenciais investimentos compatíveis com as diretrizes curriculares e direcionados a um planejamento pedagógico heterogêneo, diversificado que mobilizem e apliquem saberes consolidados pelos residentes e produzam conhecimentos que transcendam o âmbito das habilidades técnicas, como as relacionais e políticas. Assim, questiona-se: Como o contexto da experiência proporciona o desenvolvimento de competências das enfermeiras nos programas de residência?

Nesse sentido, torna-se relevante expor as percepções dos profissionais egressos, sobre o contexto das suas experiências no desenvolvimento das competências no programa de residência, o que possibilita à instituição formadora e as organizações de saúde parceiras dos programas, acompanharem o processo de ensino/aprendizagem oferecido aos residentes.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo: Analisar o contexto da experiência das enfermeiras para o desenvolvimento de competências nos programas de residência.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, com a participação de 23 vinte enfermeiras egressas selecionadas nos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Instituições de Ensino Pública e Privada do Estado da Bahia, concluintes entre os anos de 2007 e 2017, e/ou que faltavam no mínimo seis meses para finalizarem o curso. Esse recorte temporal deve-se ao ano que foi criado e regulamentado o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde pela Portaria Interministerial dos Ministérios da Educação e Cultura e da Saúde do Brasil (MEC/MS) nº 2.117 em novembro de 2005<sup>(7)</sup>. Com isso, o universo das participantes da pesquisa se engloba nas vagas disponibilizadas nos editais de 2006 a 2015,

somando 347 prováveis egressas. O elemento definidor para o número de entrevistas foi a repetitividade das informações, adotando, assim, o critério de amostragem por saturação teórica. Desta forma prevaleceu a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou uma lógica interna para seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões<sup>(8)</sup>.

Os locais do estudo foram cinco Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), órgão colegiado de deliberação, criado pela Resolução nº 2, de maio de 2010 da Comissão nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC)<sup>(9)</sup>. Com sede em três faculdades ou universidades públicas e duas em privadas, que ofereceram vagas, para enfermeiras, no processo seletivo unificado do estado da Bahia, região Nordeste do Brasil, no período de 2006 a 2015.

Foi utilizado como instrumento de coleta de informações um roteiro de entrevista semiestruturada em duas partes. A primeira parte teve como finalidade caracterizar as egressas com dados sócios demográficos e de formação das enfermeiras. A segunda parte do roteiro conteve uma questão norteadora com objetivo de estimular as participantes a narrarem sobre sua trajetória profissional antes, durante e após o curso, e as contribuições do curso de residência na formação de competências.

Os nome e contato das enfermeiras egressas disponibilizadas pelas COREMU. Devido à alguns dados desatualizados e incompletos, foi utilizada a busca ativa em redes sociais e plataforma lattes visando localizar as egressas. Foram realizados contatos através de telefonia móvel, e-mail e/ou mensagem instantânea, para explicar a intenção da pesquisa, seus objetivos e a importância da participação no estudo. Após anuência dos egressos em participar do estudo foi utilizada a técnica de bola-de-neve (*snowball*), em que os primeiros participantes identificados (chamados de sementes) indicaram outros com perfil necessário para a pesquisa, a partir de sua própria rede, e, desta forma, ajudaram o pesquisador a ampliar o número de participantes<sup>(10)</sup>.

A técnica teve, como auxílio instrumental, o uso de um gravador digital para as entrevistas presenciais. Devido à impossibilidade de alguns enfermeiros egressos em participarem pessoalmente, foi oferecida também a possibilidade da entrevista ser realizada à distância, assim, foi utilizado aplicativo de mensagem instantânea *Whatsapp*<sup>®</sup>. e aplicativo de gravação *iTalk Recorder*<sup>®</sup>. As falas gravadas foram transcritas, com aquiescência das participantes.

É importante ressaltar a receptividade, desses egressos em relação a participar da pesquisa, transformando a coleta de dados em um momento de satisfação.

Assim, de aproximadamente 347 enfermeiras egressas, foram localizadas 45 e entrevistadas 33 enfermeiras egressas de cursos de residências durante os meses de maio e dezembro de 2017 e janeiro de 2018. As entrevistas foram transcritas, cinco foram utilizadas para testar o instrumento e, posteriormente descartadas; e cinco não foram utilizadas na análise, pois se percebeu que não havia informações novas, ou seja, já havia alcançado a saturação,

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma individual pela primeira autora, enfermeira e mestranda e foram registradas no diário de campo. Os locais das entrevistas foram determinados por cada egressa, assegurando o critério de privacidade e o horário de disponibilidade para a realização, evitando-se a possibilidade de interrupção por outrem.

As entrevistas foram gravadas com aquiescência das depoentes, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma das quais foi entregue à entrevistada e a outra ficou com a pesquisadora. Para as de forma presencial, utilizou-se o recurso do gravador digital; e para aquelas que ocorrerem à distância, a depender da opção da depoente, foram utilizadas o: *Skype*<sup>®</sup>, redes sociais, aplicativos de mensagem instantânea e telefone móvel com gravador de chamada. Para estes egressos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e o aceite gravado. Foi-lhes garantido ainda o sigilo das informações e o seu anonimato, o que propiciou o estabelecimento de empatia e confiança entre a participante e a pesquisadora.

Ao término da entrevista, as gravações foram disponibilizadas aos entrevistados. Assim, oportunizou-se que o acréscimo de novas informações e/ou o esclarecimento de suas ideias caso achassem importante. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 35 minutos.

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pela primeira autora em 2019 que fez parte do projeto matriz: Trajetória profissional de enfermeiros egressos dos programas de residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde do estado da Bahia, financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCTI) e a UFBA. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEP/EEUFBA) sob protocolo nº CAAE 55876516.8.0000.5028 e o parecer nº 1.606.568. O mesmo respeita os princípios éticos de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>(11)</sup>, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Segue também, os critérios consolidados para relatos de pesquisa (COREQ)<sup>(12)</sup>, utilizado em coleta de dados para pesquisas nesta modalidade.

Para preservar a identidade das entrevistadas, foi utilizado o sistema alfanumérico E de egressa, seguido do número, conforme ordem de ocorrência das entrevistas, de E1 a E33. Os documentos resultantes da coleta de dados estão arquivados e ficarão durante cinco anos, na EEUFBA, nos arquivos virtuais e físicos do Grupo de Pesquisa GEPASE da Escola de enfermagem da UFBA. Os áudios das entrevistas, foram armazenados, em um sistema fechado de “nuvem virtual”, protegido por senha, que estará à disposição sempre que necessário, podendo ser utilizados para outros estudos vinculados ao grupo.

Para organização e análise das informações, foram concluídas 22 horas e 45 minutos de transcrição das entrevistas, com a utilização do software profissional *Windows Media Player*®, para controle de *playback* de áudio.

Na análise das informações foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo do tipo categorial. Esse tipo de classificação, chamada de análise categorial, propicia a redução da complexidade de um conjunto de textos, podendo ser aplicada no exame de documentos escritos ou discursos, em transcrições de entrevistas e em questionários<sup>(13)</sup>. Nesta modalidade de análise possibilitou a apropriação dos núcleos de sentido e significados, sobre as contribuições do curso de residência para as formações de competências profissionais em enfermeiras. Com isso, após a coleta, deu-se a fase de organização, análise e interpretação.

Os dados coletados obedeceram a três etapas a fim de conferir os significados dos dados coletados: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, permitindo, portanto, a interpretação e inferência sobre os resultados.

Na primeira fase, a de pré-análise, foi feita uma leitura flutuante do conteúdo das 23 entrevistas transcritas, com o intuito de averiguar se todas guardariam relação com o objetivo da pesquisa. Na sequência, destacaram-se das entrevistas, com base no objetivo do estudo, as prováveis unidades de contexto identificando quais os temas que foram abordados, no sentido de constituir um corpus que represente a organização do material coletado.

Na segunda fase ou de exploração do material, foram feitas releituras exaustivas de todo o conteúdo do corpus da pesquisa, buscando suas similaridades, representatividades e significados.

Após trabalhar sistematicamente com as entrevistas, foi iniciado a identificação e apreensão das unidades de contexto-frases, ou seja, parágrafos do corpus que identificava as contribuições da residência para formação de competências de enfermeiras egressas. Paralelamente, indentificamos os temas que emergiram. Nesta fase, critérios que dão rigor à análise de conteúdo: o alcance da busca da utilização de todo o conteúdo das entrevistas até não haver mais nenhum tipo de informação nova; o critério da representatividade do conteúdo, respeitado para que expressasse o universo escolhido; o critério da homogeneidade, buscando-se dentro da singularidade do conteúdo das entrevistas as similitudes existentes.

No segundo momento, elaborou-se a codificação que foi transcrita em uma tabela de análise composta de três colunas: a primeira para enumerar as unidades encontradas, a segunda com as unidades destacadas, e a terceira o tema que emergiu para ser trabalhado. Em seguida, agrupou-se as unidades encontradas por similaridade de tema em categorias preliminares, por seguinte, em unidades temáticas distribuídas em categorias, facilitando o processo de análise.

Consideramos na definição destas categorias os critérios de qualidade enunciados por Bardin<sup>(13)</sup> a excludência, ou seja, um mesmo elemento não deve compor mais de uma categoria; a homogeneidade, por meio da

utilização de elementos que guardaram similaridade de sentidos; a pertinência ao objetivo do estudo; a objetividade, através da utilização de códigos diferentes; a fidelidade ao conteúdo que foi narrado; e a produtividade.

Na primeira categoria – Conhecimento gerado transformando saberes – foram incluídas unidades temáticas nas quais os enfermeiros egressos narram o conhecimento produzido para a formação de competência no curso de residência multiprofissional e em área profissional em saúde.

Na segunda categoria - Desenvolvimento de atividades em ambientes reais de atuação do profissional - foram incluídas unidades temáticas nas quais os enfermeiros egressos relataram a formação de competências pelo desenvolvimento de atividades em ambientes reais de atuação do profissional.

Na terceira categoria - Compartilhamento de conhecimento – foram incluídas unidades temáticas nas quais os enfermeiros egressos relataram a formação de competências pelas trocas de conhecimento com colegas, profissionais de serviço e colegas de outras áreas profissionais.

Por fim, na terceira fase, foi feito o tratamento dos resultados com inferência e interpretação dos mesmos, segundo Bardin<sup>(13)</sup> Esta etapa foi realizada mediante interpretação dos resultados, considerando a revisão da literatura adotada nesta investigação, e inferências, fundamentadas na literatura adotada neste estudo, em consonância com o objeto e com a experiência dos pesquisadores na área da educação. A análise de conteúdo permite fazer inferências sobre informações encontradas, permitindo que se ultrapassasse o caráter meramente descritivo e alcance o caráter analítico.

Os participantes desta pesquisa foram 23 enfermeiros egressos de quatro Programas de Residência em Enfermagem do Estado da Bahia que concluíram o curso no período compreendido de 2007 a 2017 representando aproximadamente 10% dos egressos da Residência multiprofissional e em área profissional de saúde do Estado. Foram 21 participantes do sexo feminino e 2 do sexo masculino, na faixa etária de 25-35 anos.

O contexto da experiência para o desenvolvimento de competências no programa de residência, conforme relato das egressas, permitiram identificar as seguintes categorias: Conhecimento aplicado desenvolvendo saberes, Integração no contexto de trabalho, e Compartilhamento de conhecimentos.

## **CONHECIMENTO APLICADO DESENVOLVENDO SABERES**

Nessa categoria, os enfermeiros egressos referiram em seus relatos o conhecimento aplicado durante o curso de residência, contribuindo para o desenvolvimento de competências com capacidades para construir o saber profissional em situação real nos cenários da prática. Como pode ser exemplificado pelas falas a seguir:

[...]Residência é o aprendizado rápido, entendeu? [...] você ter oportunidade de tirar a dúvida in loco, entendeu? Vendo as coisas porque os livros que a gente estuda, são livros muito americanizados, fora um pouco da nossa realidade, né? Então, eu acho que se aprende muito na teoria, nem sempre está ligado à prática, na residência você tem essa oportunidade de fazer esse link teoria e prática, teoria e prática a todo instante. [...] (E19).

[...]A facilidade de conhecimento, de manejo, de técnica que você aprende, a facilidade de desenvolvimento pessoal, de maturidade, de responsabilidade com o horário, com as escalas, com coordenação, as facilidades são incomparáveis[...] (E23).

[...]O conhecimento, me ajudou muito e assim, eu acho que o conhecimento atrelado à prática. O que eu abraço muito da residência é que eu acho que a residência ela faz, ela tem que fazer para ela conhecer mais, então às vezes o conhecimento só do livro, você pode ter um embasamento teórico excelente, mas para mim se você prática, seu conhecimento é mais fortalecido[...] (E22).

## **INTEGRAÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHO**

A integração do residente no serviço emerge como contexto de ensino que possibilita experiências reais demandadas no atendimento à saúde como: situações inesperadas, vivenciar e gerir conflitos; desenvolver

habilidade técnica; exercitar o controle emocional; conviver com a equipe multidisciplinar, familiares e pacientes com diferentes percepções. Como podemos exemplificar nas falas:

[...]Uma residência eminentemente prática onde a gente está vivenciando ali, os serviços, o cotidiano então eu acho extremamente importante que seja realmente isso, a gente tem uma base teórica, mais uma carga horária na prática que realmente a gente constrói, tanto com o usuário, quanto com os colegas, quanto com a família, esse agir prático da saúde mental, na verdade da formação profissional da residência, então eu acho que é adequado sim. [...] (E12).

[...]Sempre trago da vivência na residência não tive outra experiência profissional tudo que eu tenho para relatar ... Quando vou apresentar estudo de caso, fazer sistematização da assistência e enfermagem, tudo isso é do que vive, relação entre equipe, eu trago do que eu vive na residência [...] (E16).

[...]Então acho que por conta disso, dessa vivência prática, desses dois anos com a mão na massa como a gente fala, isso foi um diferencial muito importante para a nossa caminhada após a residência[...] (E07).

[...]Durante a residência, as vivências eram sempre importantes, cada dia uma patologia nova, uma vivência nova, uma assistência diferenciada, foi importante também porque era uma equipe multiprofissional [...] (E18).

## COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTOS

Compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais do serviço, colegas, com destaque para os demais residentes de outras áreas profissionais, constitui-se em prática desenvolvida no contexto das experiências durante o curso de residência, como pode ser exemplificado pelas falas:

[...] Durante a residência, uma assistência diferenciada, foi importante também porque era uma equipe multiprofissional, então tinha residente de fisioterapia, tinha residente de nutrição, tinha residente de medicina, então essa troca de conhecimento é muito importante entre os estudantes[...] (E18).

[...]O meu maior diferencial na residência foi de discutir entre colegas de diferentes categorias profissionais e entre enfermeiros, porque ali todos estavam em busca de um objetivo comum [...] (E08).

[...] Fui uma experiência muito positiva, muito proveitosa, foi exitosa, o fato dos grupos serem interdisciplinares, partilhando conhecimento[...] (E12).

[...]Relacionamento e aprendendo com as outras categorias profissionais, isso tudo eu devo a residência, essa troca, partilha mesmo de conhecimento[...] (E20).

## DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo o predomínio de participantes do sexo feminino, demonstrando, o caráter essencialmente feminino da enfermagem. A faixa etária de 25-35 anos das participantes demonstra o interesse do enfermeiro jovem e recém-formado pelo curso de residência que condiz com o tempo necessário para a conclusão de curso de graduação, pós-graduação, e inserção no mercado de trabalho.

As categorias: o Conhecimento aplicado desenvolvendo saberes, a Integração no contexto de trabalho e o Compartilhamento de conhecimentos que emergiram dos relatos das egressas entrevistadas sobre o contexto das experiências, no âmbito do desenvolvimento do curso, majoritariamente, estão focadas na atuação profissional em cenários de atendimento multiprofissional às pessoas, família e comunidade.

A associação teoria à prática compreendida como a oportunidade de desenvolver saberes através do conhecimento adquirido e aplicado no processo de trabalho. Neste entendimento, os saberes decorrem do conhecimento na ação e resultam de uma integração subjetiva e dinâmica da experiência, são identificados pela integração

de esquemas, pela transformação de conhecimento e por um agir contextualizado, expressão de competência profissional<sup>(14)</sup>. Assim, entende-se que o saber profissional adquirido no trabalho permite ao profissional resolver problemas respaldados no saber teórico e nas suas experiências, envolve a compreensão do que fazer e a articulação dos saberes para planejar, executar e transformar um trabalho, como forma de melhoria de conhecimento:

O conhecimento produzido e apreendido durante o curso ocorre de diversas formas: por comparação, pela experimentação, por associação com outros conhecimentos e por intermédio de outros profissionais da área de saúde. Diante do exposto, não se constrói saberes somente por meio de estudos acadêmicos, mas também no dia a dia do trabalho, a partir da realidade, ao transformar o saber teórico em prática assistencial<sup>(15)</sup>.

Estudo comprova que o agir com sabedoria envolve domínios para lidar em situações com rapidez, segurança e capacidade de reflexão para enfrentar cenários inéditos, demonstram a competência profissional de um especialista<sup>(16)</sup>. A mobilização de diferentes recursos são as capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas, de modo integrado, para a realização de ações profissionais<sup>(17)</sup>.

Estudos que discutiram sobre a formação por competência, trazem o curso de residência como uma das perspectivas de preparo de profissionais seguros e dispostos a aprender, a fim de atender ao mundo globalizado, assegurando a integralidade da atenção à saúde e ao cuidado humanizado, guiado pelas necessidades individuais, das famílias e das comunidades<sup>(18)</sup>.

O ambiente de atuação da enfermagem engloba muitos elementos como a liderança, controle e autonomia na prática clínica, relações profissionais, troca de conhecimentos, comunicação sobre os pacientes, conflitos/conflitantes, motivação para o trabalho e consciência cultural<sup>(17)</sup>.

Nessa análise, sedimentamos a premissa de que a necessidade da aprendizagem nasce da prática e que leva o enfermeiro a buscar a teoria, devendo o mesmo retornar a prática para aplicar e incorporar esse conhecimento, transformando-o em saber e construindo competências<sup>(14)</sup>.

A integração no contexto de trabalho possibilita desenvolver competências visto que, o ambiente de atuação profissional se transforma num laboratório de aprendizagem que auxilia o enfermeiro no decorrer de sua formação continuada, viabilizando a convivência em grupo, possibilitando a organização social do trabalho e a construção de um acervo de conhecimentos que os permite recriar a própria realidade com tudo que ela possa ter de harmônico e conflituoso de banal ou desafiador<sup>(18)</sup>.

Estudos demonstram que o ambiente de prática dos cursos de graduação e residência na enfermagem, possibilita o desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisões através da ressignificação dos conhecimentos adquiridos, fomentando a capacidade de identificar problemas, de analisar criticamente os fatores que compõem a situação vivenciada e de propor soluções pautadas em referenciais da área<sup>(18)</sup>.

Uma percepção positiva do ambiente de prática está associada à competência, particularmente nas relações interpessoal entre enfermeiro e outros profissionais com troca de conhecimentos. Isso se refere à importância do trabalho em equipe positivo, no qual os enfermeiros também têm experiências adversas. O ambiente de atuação profissional significa autonomia, responsabilidade, empoderamento e trabalho em equipe efetivo<sup>(17)</sup>.

Neste entendimento, o contexto real de atuação profissional, aprimora e qualifica a capacidade de análise de enfrentamento e de proposição de ações pelos profissionais de saúde, preparando-os para enfrentar as mudanças no modelo de atenção à saúde, os desafios das rápidas transformações da sociedade, práticas de cuidado, mercado de trabalho e condições do seu exercício profissional<sup>(19,20)</sup>.

Nesse cenário, relacionando-se com outros profissionais, o enfermeiro adquire conhecimento por meio da aprendizagem a partir da experiência vivida; esse conhecimento emergido da interação entre os indivíduos da organização<sup>(15)</sup>.

Desse modo a integração no contexto de trabalho permite o envolvimento dos profissionais de forma participativa, compartilhando conhecimento que possibilita o aprimoramento dos esquemas de percepção, decisão e avaliação trabalhados no espaço de aprendizagem para uma atuação profissional mais qualificada.

O compartilhamento de conhecimento é fortalecido no ambiente de trabalho pelas possibilidades de convivência diária, troca de informações e desenvolvimento como ser humano e profissional. Nesse ambiente, os enfermeiros formam um corpo social que está constantemente interagindo, construindo e reconstruindo um processo social, ao lidarem com a interdisciplinaridade, em que os significados são também socializados<sup>(19)</sup>. Quando esse conhecimento é integrado ao conhecimento já existente, forma-se um novo produto<sup>(17)</sup>.

Importante ressaltar que se torna necessário que os profissionais estejam abertos ao compartilhamento de conhecimentos sem corporativismos. Mesmo que algumas delimitações dos conhecimentos específicos de cada área precisem e devam ser respeitadas. O compartilhamento de conhecimentos de forma coletiva permite ao profissional, reconhecer o saber ser do outro e valorizar seus conhecimentos para alcançar uma ação desejada<sup>(19)</sup>. Neste sentido é essencial a ligação de saberes de modo interdisciplinar, oportunizando a inclusão de abordagens diversas nas ações de promoção da saúde e possibilitando interação, troca de experiências, partilha de saberes, atuando sobre e a partir dos problemas do contexto de atuação<sup>(20)</sup>, oportunizando a formação conjunta para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras<sup>(19)</sup>.

Assim, o desempenho do serviço de enfermagem de qualidade depende de uma cultura de compartilhamento de aprendizagem e conhecimento com vistas à obtenção de competências para o cuidado ao cliente. Ao adquirir mais conhecimento, os profissionais de enfermagem conseguem tomar decisões mais seguras e eficazes. Esse comportamento resulta na modificação da característica do trabalho desenvolvido, de forma a obter os resultados esperados de maneira rápida e assertiva<sup>(15)</sup>.

O enfermeiro deve saber socializar os conhecimentos, compartilhando com os integrantes de sua equipe e com os demais profissionais da saúde, a fim de contribuir com a tomada de decisão sobre as ações do cuidado, o que irá refletir diretamente na qualidade da assistência prestada. Ele possui um papel chave dentro das equipes, sendo estes profissionais estimulados nos cursos de residência a todo instante a desenvolver e demonstrar competência em suas atividades rotineiras<sup>(3)</sup>.

A residência favorece o compartilhamento de conhecimento entre as diferentes categorias profissionais da saúde, pois aprofunda os debates teórico-práticos<sup>(19)</sup>. Portanto, atuar de modo interdisciplinar implica na constituição de parceria para tomada de decisão, favorecendo o olhar holístico e integral, e reduzindo a fragmentação da atenção à saúde e ao cuidado. Essa parceria exige dos profissionais uma atuação dinâmica, participativa, com objetivos comuns, interdependente e com corresponsabilidades<sup>(20)</sup>.

Considera-se como limitação deste estudo, a impossibilidade para a generalização dos achados, visto que retrata a experiência em um contexto regional. No entanto, tais resultados podem ser representativos de realidades dos programas com características semelhantes. Considera-se também, o limite da experiência como uma ocorrência pessoal, que possui variedade de significados e interpretações de uma situação com base em realidade e contexto histórico singular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto das experiências das enfermeiras para o desenvolvimento de competências no programa de residência foi pautado na oportunidade de aplicação de conhecimentos técnicos, científicos e de saberes já existentes e os adquiridos no curso, experiências com a integração no contexto do trabalho e com o compartilhamento de conhecimentos, em processo dinâmico, abrangendo múltiplas abordagens com consolidação e transformação do conhecimento, assim, pode-se afirmar que ocorrem em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Formação de Recursos Humanos para o SUS.

O conhecimento aplicado desenvolvendo saberes, possibilitou autonomia intelectual, atuação profissional qualificada através de pensamentos críticos e reflexivos, que se fortalece com o conhecimento para intervir de modo alternativo na realidade. A Integração no contexto de trabalho, permitiu experiência do exercício profissional, onde os novos conhecimentos incorporados estavam imbricados com a realidade do processo

de trabalho, com maior nível de criticidade. O compartilhamento de conhecimentos foi experiência de aprendizagem orientada para a transformação, com fundamento numa relação dialógica com a equipe de enfermagem e de multiprofissionais.

Espera-se que esta pesquisa contribua para fortalecimento de estratégias que possibilitem ao residente vivenciar diferentes experiências, e cenários, com oportunidade de aplicar e compartilhar conhecimento de forma contínua e sistemática na direção de melhor atender as demandas de formação para o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

## FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio do Programa de Apoio a Jovens Doutores PROPESQ conforme Edital PROPCI/PROPG – UFBA 004/2016.

## REFERÊNCIAS

1. Perrenoud P, Ramos TPC. Dez novas competências para ensinar: convite à viagem. Porto Alegre: Artmed; 2000. 192 p.
2. Melo DG, Silva AA, Husny ASE, Ferraz VEF. Competency profile in genetics for physicians in Brazil: a proposal of the Brazilian Society of medical genetics and genomics. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 28];43(Supl.1):440–50. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1s1/1981-5271-rbem-43-1-s1-0440.pdf>
3. Ramos TM, Rennó HMS. Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família sob a ótica dos egressos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:1–9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2018-0017>
4. Henriques CMG, Santos EJJ. Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 19];IV(23):31–40. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn23/serlVn23a04.pdf>
5. Martínez-Momblán MA, Colina-Torralva J, De la Cueva-Ariza L, Guix-Comellas EM, Romero-García M, Delgado-Hito P. Análisis de la evolución de las competencias en la práctica clínica del grado en enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 28];28:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2927.3231>
6. Silva GF, Moura MAV, Martinez PA, Souza ÍEO, Queiroz ABA, Pereira ALF. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. *Esc Anna Nery*. 2020;24(4):1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0387>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial No 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2005 [cited 2022 Sep 27]. Available from: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192)
8. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 28];5(7):1–12. Available from: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod\\_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf)
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução No 2, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde [Internet]. *Diário oficial da União*. 2010 [cited 2022 Sep 27]. Available from: [https://www.unifesp.br/reitoria/proec/images/PROEX/coremu/documentos/Resol\\_n2\\_4\\_mai\\_2010.pdf](https://www.unifesp.br/reitoria/proec/images/PROEX/coremu/documentos/Resol_n2_4_mai_2010.pdf)
10. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [cited 2019 nov 18];22(44):203–20. Available from: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos [Internet]. Ministério da Saúde. 2012 [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 17];19(6):349–57. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>

13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: 70ª ed.; 2012. 280 p.
14. Arneemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF, et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface Comun Saúde Educ*. 2018;22(Supl.2):1635–46. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>
15. Ruoff AB, Kahl C, Oliveira SN, Melo LV, Andrade SR, Prado ML. Aprendizagem experiencial e criação do conhecimento: aplicações em enfermagem. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 19];20:1–6. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e986.pdf>
16. Oliveira NB, Silva FVC, Assad LG. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 14];23(3):375–80. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9789>
17. Soares RSA, Penna MA, Pinno C, Durgante VL, Saul AMR, Farão EMD, et al. Vivências de Residentes Enfermeiros no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 28];43(1):13–21. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/14826/pdf>
18. Rigobello JL, Bernardes A, Moura AA, Zanetti ACB, Spiri WC, Gabriel CS. Estágio curricular supervisionado e o desenvolvimento das competências gerenciais: a visão de egressos, graduandos e docentes. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 28];22(2):1–9. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0298.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0298.pdf)
19. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas multiprofissionais em saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 28];22(Supl.1):1325–37. Available from: <https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22suppl1/1325-1337/>
20. Machado MDFAS, Machado LDS, Xavier SPL, Lima LA, Moreira MRC, Ferreira HS. Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 08];31(4):1–7. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8761>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c06>

# RETENÇÃO DE ENFERMEIRAS EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: INSERÇÃO PROFISSIONAL NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

**Lázaro Souza da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1841-751X

**Rosana Maria de Oliveira Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3371-6550

**Josicelia Dumêt Fernandes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2946-5314

**Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0375-7709

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Lázaro Souza da Silva

E-mail: lazo\_iss@hotmail.com



## Como citar:

Silva LS, Silva RMO, Fernandes JD, et al. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 45-50 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c06>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as Residências Multiprofissionais de Saúde foram instituídas por meio da Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, com o objetivo de formar profissionais qualificados e contribuir para a mudança tecno-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>. Os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde podem receber profissionais graduados de 13 cursos distintos, no entanto neste estudo será abordado somente as profissionais enfermeiras.

Esse tipo de Residência Multiprofissional configura-se como um curso de especialização *lato sensu* na área da saúde, que objetiva o treinamento em serviço de forma a articular o conhecimento teórico e prático, qualificando profissionais de enfermagem recém-formados a partir da realidade prática, visto que estão diretamente em contato com o cotidiano do trabalho em saúde<sup>(2-4)</sup>.

O Programa possibilita, dentre outras atividades, que o profissional trabalhe e, no desenvolvimento desse trabalho, realize atividades de pesquisa e produção de conhecimentos de impacto para a área da saúde, realizando ações concretas na prática de enfermagem, a fim de desenvolver competências e habilidades inerentes à especialidade<sup>(5-7)</sup>.

A Residência permite, também, que o conhecimento produzido e apreendido possa ser aplicado, além de desenvolver habilidades referentes à gerência e ao ensino em áreas específicas, as quais repercute, assim, na qualidade do serviço prestado ao paciente<sup>(8)</sup>.

Diante das características da Residência, fica evidente que a busca de qualificação pelas enfermeiras passa a ter cada vez mais importância e notoriedade para as profissionais, sendo requisito quase que indispensável para gerar oportunidades de ingresso, manutenção e crescimento no mercado de trabalho.

Frente às questões relacionadas ao ingresso no mercado de trabalho, o próprio objetivo da Residência



Multiprofissional em Saúde se relaciona ao formar profissionais qualificados para compor o quadro de entidades e organizações ligadas à saúde pública e suplementar.

Para isso, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde veio, ao longo do tempo, sofrendo mudanças significativas a fim de facilitar e capacitar, por meio de investimentos na educação, a profissional enfermeira para a sua inserção no trabalho.

Face ao exposto, o estudo justifica-se diante do expressivo investimento público, pelo Ministério da Saúde e da Educação, com pagamento de bolsa a todos os Residentes e participação de instituições de ensino superior e de organizações de saúde como cenário de prática, sejam pela alocação de recursos financeiros, como alocação de recursos humanos para formar essas profissionais.

Fato importante a ser retratado é que, entre as diferentes possibilidades de avaliação e resultados dos cursos, destaca-se os estudos sobre egressas, considerado pelo Ministério da Educação (MEC) essencial para o desenvolvimento das políticas de educação e desenvolvimento das Instituições de Ensino no país, por possibilitar a eficácia e eficiência das políticas públicas e de programas de educação, bem como os acessos e permanências de egressos no mercado de trabalho<sup>(9)</sup>. Os estudos com egressos possibilitam estabelecer um elo entre a formação e a prática, ao possibilitar a avaliação do currículo e o exercício da profissão.

Nesse sentido, e levando em consideração o objetivo da Residência Multiprofissional em Saúde, questiona-se: como os Programas de Residência Multiprofissionais contribuem para a inserção de enfermeiras qualificadas nos serviços de saúde? Para responder a essa questão de pesquisa, o estudo tem por objetivo descrever a contribuição dos Programas de Residência Multiprofissionais para inserção de enfermeiras qualificadas nos serviços de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, utilizando o referencial teórico da inserção profissional<sup>(10)</sup> que elucida, dentre outras características teóricas, os determinantes para essa inserção. Frente aos determinantes para inserção profissional, neste recorte será considerado somente o determinante institucional relacionado à gestão de recursos humanos pelas organizações cenários de práticas dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Foram participantes da pesquisa 35 enfermeiras egressas de cursos de residência Multiprofissional e em Área Profissional de Instituições de Ensino Pública e Privada que concluíram o curso no período compreendido de novembro 2007 a junho de 2017.

Esse recorte temporal foi realizado fundamentado na criação e regulamentação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 em novembro de 2005<sup>(11)</sup>.

A coleta de dados ocorreu inicialmente por meio do levantamento das egressas dos cursos de residência por meio de listas disponibilizadas pelas Comissões de Residência Multiprofissional (COREMU) do Estado da Bahia. Após verificação e tentativa de contato das egressas disponibilizados nessa lista, foi verificado que muitos contatos estavam desatualizados, havendo pouco número de enfermeiras contatadas com êxito.

Para suprir essa lacuna, foi adotado a técnica de bola-de-neve (*snowball*), em que os primeiros participantes identificados indicaram outros com perfil necessário para a pesquisa, que por sua vez indicaram mais outros, a partir de sua própria rede de contatos<sup>(11)</sup>. Desse modo, foi possível ampliar o número de participantes.

A coleta ocorreu por meio de entrevista estruturada realizada de duas formas: pessoalmente, com utilização de um gravador de voz, e à distância, por telefone, com utilização de aplicativo de gravador de chamada, bem como por meio digital (*WhatsApp*® e *Facebook Messenger*®). O período de coleta se deu entre os meses de janeiro a março de 2018, e janeiro a junho de 2019.

Após coleta das informações, as entrevistas foram transcritas fielmente. A organização dos dados se deu por meio do uso do *software WebQDA*® que proporcionou organizar e analisar o material empírico de forma a evitar viés confuso, codificar e elencar de forma clara as unidades de contexto e separá-los pelas similaridades das informações obtidas.

Atrelado à organização, a análise dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, com atendimento às etapas do processo de análise estabelecidas<sup>(12)</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de um Hospital Geral do Estado da Bahia, sob o protocolo CAAE 55876516.8.0000.5028, obedecendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, que dispõe de pesquisa com seres humanos. De forma a garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram codificadas e identificadas pela letra “A”, seguida do número de 1 a 35.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 35 enfermeiras egressas entrevistadas, todas conseguiram se inserir no mercado de trabalho após conclusão da residência. 15 (42,85%) de forma imediata, 6 (17,15%) até 1 mês após a conclusão do curso, 9 (25,72%) de 2 a 6 meses após a conclusão do curso e 5 (14,28%) de 7 a 12 meses após a conclusão do curso.

Levando em consideração o recorte apresentado, das 21 enfermeiras que compõem a inserção profissional no mercado de trabalho de forma imediata a até 1 mês de conclusão do curso, 18 delas conseguiram sua inserção profissional por meio da retenção das próprias residentes egressas aos serviços das organizações de saúde que eram cenários de prática.

Nesse contexto, também denominado “retenção de talentos” no mundo corporativo, os gestores dessas organizações de saúde, tal qual relatado pelas egressas, percebem a qualificação e capacitação dessas enfermeiras como ponto forte para enriquecer o quadro de profissionais de sua instituição o que reverberava diretamente na qualidade da assistência prestada justificando as retenções:

[...] sempre vários residentes são absorvidos lá no Hospital, [...] em maio fomos chamados, eu e a minha turma da residência para começar a trabalhar no Hospital, [...] eles absorveram todo mundo vendo a qualidade profissional. A.08

[...] minha residência acabou no início de abril, eu finalizei no início de abril e fui contratada no início de maio pela própria instituição. A.14

E o hospital onde a gente fazia a residência nos chamou no final. A.19

[...] todos foram convidados a trabalhar na instituição onde estávamos fazendo a residência. A.20

As egressas explicitaram que a depender da necessidade, turmas inteiras são absorvidas por diversas características que são intrínsecas à formação nos moldes da Residência, já que as profissionais “saem prontas” para a própria organização, conhecem intimamente a rotina, as deficiências e aquilo que pode ser melhorado.

Nesse sentido, a inclusão na equipe de egressas do Programa de Residência para organizações de saúde, é justificada pelos gestores pelo embasamento técnico-científico que elas mostram possuir, bem como por terem o conhecimento sobre o serviço, sendo vistas como profissionais de alta performance<sup>(13)</sup>. Desse modo, a instituição entende como sendo a fidelização desses profissionais com o serviço.

Essa política de retenção merece destaque pelo fato de as organizações de saúde terem papel de maior influência na absorção dessas profissionais para integração do grupo já existente, no contexto de formação dos mesmos<sup>(10)</sup>.

O ambiente de trabalho positivo é um dos fatores motivacionais importantes para a retenção de talentos, por possibilitar que as profissionais possam melhor se sentir engajadas e desenvolver o trabalho com proatividade. Assim, aliados a aprendizagem, a inovação e a existência de qualificação em programa de pós-graduação, constituem estratégias significativas para a retenção de talentos que devem fazer parte do plano de recursos humanos organizacional<sup>(14)</sup>.

A retenção ocorre por serem profissionais diferenciadas, com talento e capacidade de crescer dentro do serviço, além de alcançarem resultados para a organização de saúde. Somado a isso, as egressas de um

programa de residência profissional possuem um maior pensamento crítico, socialização, capacidade de gerir a unidade de saúde hospitalar e habilidades para resolver problemas<sup>(15-17)</sup>.

Quando se pensa na absorção das profissionais de saúde, provenientes dos Programas de Residência, a busca consiste em conhecimento, habilidade e técnicas que cada uma possui. Neste sentido, as organizações de saúde, observando os seus perfis, buscam retê-las a fim de evitar a rotatividade do serviço, a perda deste profissional para o mercado, custos com processos seletivos, além do aproveitamento máximo do investimento financeiro e humano que fora feito para preparar essas egressas<sup>(18)</sup>.

Uma organização viável é aquela que, além de captar e aplicar adequadamente seus profissionais, imprime esforços para mantê-los na organização. A partir dessa visão, observa-se a existência de desafios para os gestores captarem e manterem em suas organizações os melhores profissionais. Portanto, torna-se propósito dessas organizações investirem em qualificação e treinamento, visando desenvolver o potencial de cada profissional e, em seguida, utilizam estratégias para motivar os profissionais procedentes dos Programas de Residência a permanecerem na organização<sup>(15,19)</sup>.

Reter o profissional é atrair, investir e recompensá-lo. É fazer com que ele se sinta uma pessoa importante dentro do processo, hábil, estimulado e satisfeito para executar as atividades atribuídas espontaneamente<sup>(20)</sup>.

As organizações de saúde e cenários de prática, frente a atuação dos residentes centrados no aprendizado, da expressiva interação interpessoal, mudanças de comportamentos e hábitos em prol da organização, da assistência ao paciente e a busca constante pela atualização, pelo desenvolvimento científico e pela prática clínica baseada em evidência, empregam essas características como referenciais para retenção deste no processo de contratação. Esse tipo de prática adotada por essas organizações estimulam os profissionais a se engajarem melhor em suas instituições, pois sentem-se motivados e criativos, desafiados quanto a resolução de problemas e a evolução dentro da empresa, potencializando sua empregabilidade e colhendo condições de vínculos de trabalho, garantido sua permanência e estabilidade na instituição<sup>(10,14)</sup>.

Desse modo, ganha a organização pela contratação de uma profissional preparada para estar atuando de forma imediata, sem deprender recursos imediatos para capacitação e treinamento, ganha também as residentes pela inserção rápida no mercado de trabalho.

Vale ressaltar que para assegurar a manutenção de talentos nas organizações, evitando assim que as profissionais não busquem outros vínculos que possam lhe proporcionar melhores condições de trabalho e salários, as residentes precisam ser valorizadas pela organização onde trabalham, incentivando-as a estarem envolvidas em constantes desafios, a sentirem que estão evoluindo profissionalmente, a terem autonomia para tomadas de decisão, a ocuparem cargos de gestão e serem remuneradas de forma adequada à sua capacitação profissional e papel que exerçam dentro da empresa<sup>(10)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elucidação dos resultados deste estudo é possível inferir que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde estão atendendo ao seu propósito quando foram pensados, formulados, regulamentados e implementados, no que se refere à formação de profissionais qualificados para o Sistema Único de Saúde, principalmente em relação à própria retenção das egressas pelas organizações de saúde nos cenários de prática.

Ressalta-se que as organizações retêm essas egressas por entenderem estar formando profissionais prontas para atuarem de imediato em suas unidades, pela competência, engajamento e integração ao serviço, o que diminui custos para a instituição quanto a processos seletivos e futuros treinamentos e capacitações.

A egressa do programa de residência mostra-se mais segura no desenvolvimento de suas atividades práticas, busca constantemente aprendizado para complementar sua formação e atuação profissional, colabora com liderança e orientações para a equipe de enfermagem, proporcionando melhor performance no trabalho, elevando assim o padrão de qualidade do atendimento institucional e a segurança ao paciente.

Recomenda-se que os investimentos nesse tipo de formação profissional, proporcionado pelas Residências Multiprofissionais de Saúde, sejam ampliados para que um maior número de profissionais possa ser qualificado por meio desses programas.

## FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº. 2.117, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e da outra providências[Internet]. Diário Oficial da União. 2005 [cited 2022 Aug 05];Seção 1. Available from: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192)
2. Oliveira IM, Silva RCG. Comparison of the diagnostic accuracy of undergraduate students and nurses in residency programs. *REME Rev Min Enferm*. 2016;20:e952. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160021>
3. Cline D, Frenz KL, Fellman B, Summers B, Brassil K. Longitudinal Outcomes of an Institutionally Developed Nurse Residency Program. *J Nurs Adm*. 2017;47(7-8):384-90. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000500>
4. Silva B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katálysis*. 2018;21(1):200-9. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
5. Mateus NGM, Machado DA. A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2018;10(2):593-8. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.593-598>
6. Oliveira JSA, Pires DEP, Alvarez AM, Sena RR, Medeiros SM, Andrade SR. Trends in the job market of nurses in the view of managers. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):148-55. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0103>
7. Olson-Sitki K, Wendler MC, Forbes G. Evaluating the Impact of a Nurse Residency Program for Newly Graduated Registered Nurses. *J Nurs Staff Develop*. 2012;28(4):156-62. <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31825dfb4c>
8. Silva RMO, Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GAS. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. *Acta Paul Enferm*. 2014;4(27):362-6. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400060>
9. Deluiz N. Metodologias e resultados do acompanhamento de egressos da educação profissional. In: *Anais do Seminário Nacional de Educação Profissional; 2003 jun. 16-18; Brasília: Ministério da Educação [Internet]. 2003 [cited 2022 Aug 09];173-180*. Available from: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf1/gt13.pdf>
10. Alves N. Inserção profissional e formas identitárias: o caso dos licenciados da Universidade de Lisboa. Lisboa: Educa; 2009. 332 p.
11. Vinuto J. A Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temática*. 2014;22(44):203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Editora 70; 2016. 225 p.
13. Silva LS. Contribuição da Residência em Enfermagem para as Organizações Hospitalares. Salvador. [Dissertação] [Internet]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 2016 [cited 2022 Aug 09]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20091>
14. Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Maurício MDALLD, Silva RMO, Barros CSMA, Romano CMC. Human capital in the nursing management of hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03232. <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2016030203232>
15. Peloso AC, Yonemoto HW. Atração, desenvolvimento e retenção de talentos. *Revista UNITOLEDO [Internet]*. 2010 [cited 2022 Aug 09];6(6):1-22. Available from: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/2525/2049>
16. Herdrich BOB, Lindsay A. Nurse Residency Programs: redesigning the transition into practice. *J Nurs Staff Develop*. 2006;22(2):55-62. <https://doi.org/10.1097/00124645-200603000-00003>
17. Johnson A, Salisbury H, Johannsson M, Barajas k. Emergency Nurse Residency Program Evaluation. *J Nurs Prof Develop*. 2013;29(5):233-237. <http://doi.org/10.1097/01.NND.0000433908.82754.10>

18. Nascimento LH, Guerra GM, Nunes JGP, Cruz DALM. Estratégias de retenção de profissionais de enfermagem nos hospitais: protocolo de scoping review. *Rev Enferm Ref.* 2019;serIV(22):161-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19033>
19. Montedo LF. Retenção de talentos em empresas de pequeno porte na região de criciúma – SC. Criciúma. [Dissertação] [Internet]. Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. 2014 [cited 2022 Aug 09]. Available from: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/2460>
20. Brígido ALS, Galinski MC. Retenção de talentos: a valorização e o reconhecimento das pessoas nas organizações. In: *Anais do Simpósio Internacional de Ciências Integradas da UNAERP Campus Guarujá; Universidade de Ribeirão Preto* [Internet]. 2014[cited 2022 Aug 09]:1-12. Available from: <https://unaerp.br/documentos/1289-retencao-de-talentos-a-valorizacao-e-o-reconhecimento-das-pessoas-nas-organizacoes/file>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c07>

# INSERÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**Carolina Marques Freitas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6961-7162

**Rosana Maria de Oliveira Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3371-6550

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Carolina Freitas

E-mail: [carol.mfreitas@gmail.com](mailto:carol.mfreitas@gmail.com)



## Como citar:

Freitas CM, Silva RMO. Inserção Profissional de Enfermeiras Egressas dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 51-8 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c07>

Revisora: Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A inserção profissional é um processo que ocorre no período compreendido entre a conclusão dos estudos e a busca por emprego, e que se encerra quando o indivíduo ascende a um emprego ou posição estável no mercado de trabalho<sup>(1)</sup>. A temporalidade deste processo está relacionada a um estado inicial e final, período no qual os indivíduos transitam pelo mercado de trabalho em empregos atípicos, e assumem variadas condições de trabalho<sup>(2)</sup>.

A inserção profissional é um processo individual por estar associado às escolhas profissionais e às expectativas de carreira, coletivo, por ser vivenciado de maneira semelhante por um mesmo grupo profissional ou mesma geração, e histórico, por ser caracterizado por elementos econômicos, sociais e políticos de uma era<sup>(3)</sup>.

Se inserir profissionalmente constitui um elemento de integração social, cívica e econômica do indivíduo, pois a entrada no mercado de trabalho assegura o seu acesso aos direitos e garantias sociais, o que permite entender as inquietações que ocorrem quando há um cenário de flexibilização da mão de obra, precarização do trabalho, e crescimento do desemprego, como dita a lógica capitalista<sup>(1)</sup>.

Como consequência deste cenário de flexibilização da mão de obra e do desemprego, há o aumento da complexidade do processo de inserção profissional, caracterizado por maior dificuldade de acesso ao mercado de trabalho<sup>(4)</sup>.

No campo da enfermagem, as características de desemprego, flexibilização da mão de obra, e dificuldade de inserção e reinserção no mercado de trabalho também mostram-se presentes<sup>(5)</sup>. Nesta área do saber, a inserção profissional tem sido estudada tanto pela vertente do crescimento do número de egressos no sistema formativo, quanto pelo local em que se inserem no campo da saúde<sup>(6)</sup>.

Estudo realizado pelo COFEN-que incluiu todos os profissionais ativos da enfermagem- mostrou que das 414 mil enfermeiras registradas, 51 mil (12,4%) estavam



desempregadas, e que estas profissionais atribuíram como motivos a falta de experiência profissional (21%), pouca oferta de empregos em tempo parcial (19,2%), 18% a falta de concursos públicos, 13,3% alegaram poucas oportunidades na área que se especializaram, pouca informação sobre a vaga de emprego (10,5%) e a falta de especialização (10,1%)<sup>(7)</sup>. Este cenário de dificuldades e mudanças no mercado do trabalho têm repercussões diretas para os indivíduos que tentam se inserir profissionalmente, assim como para as organizações que buscam mão de obra qualificada para atuar em suas empresas.

Tais mudanças no mercado de trabalho relacionadas às políticas de saúde no país e à expansão dos cursos de graduação em enfermagem acirraram a competitividade dos profissionais que buscam o ingresso no mercado de trabalho, exigindo modelos de formação baseados na produtividade, autonomia, e trabalho em equipe<sup>(6)</sup>. Assim, a dinamicidade de incertezas e inseguranças do mercado de trabalho exigem a capacidade de adaptação às mudanças e o preparo para atender às novas demandas profissionais<sup>(8)</sup>.

Neste íterim, a especialização na modalidade Residência é um curso de pós-graduação lato sensu destinado às categorias que integram a área da saúde e tem como objetivos o treinamento em serviço, a articulação teoria e prática em ambiente que proporciona contato com o cotidiano do trabalho em saúde, assim como a formação de recursos humanos e qualificação de profissionais visando às necessidades e a consolidação do Sistema Único de Saúde<sup>(9)</sup>. Essa modalidade de qualificação proporciona o aprofundamento do conhecimento específico e visão crítica da assistência, sendo resultado do treinamento, formação e experiência do profissional em cenários reais de trabalho para o exercício de determinada função<sup>(10)</sup>, além de promover também mudanças no contexto organizacional em que a residente está inserida<sup>(11)</sup>.

A obtenção do título de especialista na modalidade Residência pode se apresentar como uma vantagem na busca de trabalho após o término do curso, visto que a profissional além de estar capacitada e a par das atualizações tecnológicas em saúde, é formada para atuar em cargos que abrangem a assistência, gerência e coordenação da área em que se especializou.

No entanto, é importante destacar que a entrada no mercado de trabalho não depende unicamente de estratégias pessoais de qualificação e desenvolvimento de competências e habilidades do indivíduo, visto que outros fatores como as políticas de recrutamento de empresas, condições do mercado e o papel do Estado como regulador de postos de trabalho também interferem na inserção profissional<sup>(12)</sup>. No âmbito da saúde, a regulação dos postos de trabalho pelo Estado é evidente por meio do Ministério da Saúde, que institucionaliza políticas de gestão do trabalho<sup>(13)</sup>, e que têm impactos quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho em saúde<sup>(14)</sup>.

Este fato é especialmente verdade para o campo da saúde mental (SM) que tem suas vagas de trabalho no setor público reguladas pelo Estado. Os desafios presentes na formação do trabalhador e a implementação das políticas de recursos humanos para a área estão fortemente relacionados à concretização dos princípios da Reforma Psiquiátrica<sup>(15)</sup>.

As mudanças políticas no campo da saúde mental decorrentes do movimento social da Reforma Psiquiátrica tiveram como consequência a criação de leis específicas que versam sobre o direito e a assistência em saúde mental, assim como mudanças na rede de prestação de cuidados substitutiva ao modelo hegemônico manicomial. Neste íterim, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil definiu e criou novos serviços para a atenção à saúde de pessoas com transtornos mentais ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ampliando também os campos de atuação para profissionais de saúde, incluindo a enfermeira<sup>(16)</sup>.

No entanto, analisar a questão do mercado de trabalho em SM ainda é difícil devido à falta de dados disponíveis e atualizados, podendo ser feita uma inferência do aumento do quantitativo de profissionais como consequência da expansão da rede assistencial. São apontados como desafios para o campo da SM a necessidade de aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços, a adequação da formação para que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes em saúde mental e capacitação e treinamento de profissionais que já estão no sistema de

saúde, visto que a mudança no modelo de atenção à SM tem na formação de recursos humanos seu ponto mais frágil. Para ser eficiente, essa ampla rede de cuidados supõe alta qualificação dos profissionais envolvidos. Assim, a especialização de recursos humanos se torna imprescindível para o êxito de políticas nessa área<sup>(17)</sup>.

É nesse sentido que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental apresenta-se como estratégia eficaz para formar profissionais especializados para a nova rede de cuidados em SM do SUS, com uma atuação baseada no novo paradigma de cuidado resultante das transformações políticas nesta área.

Para a enfermeira, a Residência em saúde mental mostra-se como uma estratégia efetiva para a aquisição de competências necessárias para a prática, com aumento do conhecimento, níveis de confiança, e das atitudes desta profissional<sup>(8)</sup>. Adicionalmente, a certificação de especialista proporciona à enfermeira egressa da Residência, a possibilidade de concorrer de forma diferenciada às novas vagas que vêm surgindo com a expansão da rede de cuidados em saúde mental.

Para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa tem que ser constituído por no mínimo 03 profissões da saúde, com um eixo transversal de saberes comum a todas as profissões envolvidas, e que permitam a integração de saberes e práticas, como forma de garantir a formação multidisciplinar e interdisciplinar<sup>(19)</sup>.

Esta qualificação no formato multiprofissional proporciona o aprendizado em equipe, a formação crítica, a possibilidade de conhecer os fundamentos e competências das outras profissões integrantes da equipe de saúde, e o preparo de profissionais para a tomada de decisão no cenário da saúde<sup>(10)</sup>.

No Brasil, o impacto produzido pela formação especializada das enfermeiras por meio do curso de Residência em SM reflete no cuidado prestado aos usuários em sofrimento psíquico, além de preparar a egressa deste curso para atuação conjunta com outros profissionais da SM nas novas vagas decorrentes da expansão da Rede de Atenção Psicossocial.

Assim, torna-se importante avaliar o investimento público feito na formação das enfermeiras por meio dessa especialização, e se o mercado de trabalho corresponde às expectativas profissionais, principalmente na área de saúde mental, visto que, a qualificação de recursos humanos é considerada fundamental no êxito das políticas desta área.

Este estudo tem como objetivo analisar como ocorreu a inserção profissional de enfermeiras egressas dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

## MÉTODOS

A presente proposta de investigação constituiu-se de uma pesquisa exploratória, de corte transversal, com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado com enfermeiras egressas dos Programas de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Estado da Bahia que tinham concluído o curso de Residência entre os anos de 2008 a 2017. Foi considerado o período de no mínimo 06 meses de término da Residência, já que este é o período mínimo necessário para identificar se houve ou não inserção após a formação profissional<sup>(4)</sup>. O universo de egressas dos programas de Residência de Saúde Mental do Estado da Bahia era de 26 participantes; destas, 24 enfermeiras foram encontradas e contactadas por telefone e/ou rede social, e 17 fizeram parte da pesquisa. Quatro enfermeiras não responderam às tentativas de contato, e dois aprovados na seleção de 2014 e 2016 não concluíram a Residência, não sendo assim, aptos a participarem do estudo.

Neste estudo, a técnica de entrevista semiestruturada com a utilização de roteiro para entrevista foi definida para a coleta de informações. A pesquisa teve autorização do comitê de Ética e Pesquisa. Foi apresentada às participantes a carta convite para participação na pesquisa e solicitados o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de atender as recomendações da Resolução 466/2012, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados, a inserção profissional de enfermeiras egressas dos Programas de Residência em Saúde Mental do Estado da Bahia ocorreu por meio de duas categorias de análise: Categoria 1: Inserção profissional rápida em emprego estável, e Categoria 2: Inserção profissional em saúde mental.

### CATEGORIA 1: INSERÇÃO PROFISSIONAL RÁPIDA EM EMPREGO ESTÁVEL

A inserção da maioria das enfermeiras egressas da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Estado da Bahia ocorreu de forma rápida em emprego estável, como mostram os recortes das falas a seguir:

[...] concluindo a Residência passei no concurso [...] da EBSEERH [...] (E001).

Antes de terminar a residência, já tinha sido aprovada... 'pra' substituta. [...] (E002).

E após a Residência [...] tentei concurso docente, passei [...] (E003).

[...] fiz a seleção para o concurso público de Salvador e no mesmo mês que eu terminei a Residência, o concurso já chamou (E004).

[...] Após a Residência eu consegui dois vínculos, que são meus vínculos atuais (E006).

Depois da Residência fiz um concurso para EBSEERH para o Hospital Universitário [...] para enfermeiro assistencial, fui aprovado e convocado (E007).

Eu tinha feito um concurso [...] 'tava' aí na lista dos aprovados [...] depois, eu fui convocada pelo concurso (E008).

Assim que acabou a Residência, em menos de um mês, surgiu uma vaga no CAPS AD para enfermeira e eu participei da seleção (E009).

No pós-residência eu passei num concurso para ser professora de uma Universidade Federal (E012).

Já saí [da Residência] trabalhando [...] fui ser enfermeira do ponto de encontro (E015).

As enfermeiras referiram em seus relatos que se inseriram profissionalmente por meio de concursos e processos seletivos, muitos deles realizados durante o curso de Residência e foram convocadas, coincidentemente, logo depois que finalizaram o mesmo. Nesse sentido, o processo de inserção profissional ocorreu de forma rápida, em um emprego estável. Segundo Alves<sup>(4)</sup> este tipo de inserção é caracterizada pela linearidade entre o término dos estudos e a condição de trabalhador com contrato de trabalho sem prazo. É considerado o percurso ideal, idealizado pela maioria das pessoas e o caminho que a maioria dos egressos gostaria de vivenciar, pois estes indivíduos encontram a estabilidade no primeiro emprego.

A noção de estabilidade aqui está ligada à mudança de emprego voluntária na trajetória profissional do indivíduo, e ao tempo de permanência no mercado de trabalho, que em longo prazo, e juntamente com a experiência adquirida, pode conduzir à obtenção de emprego estável<sup>(1)</sup>.

A maioria das participantes se inseriu profissionalmente de forma quase concomitante ao término da Residência em vínculos estáveis pela natureza estatutária, e outras, por estarem empregadas por contrato sem duração determinada. Esse alto índice de inserção profissional por meio de aprovação em concursos públicos e processos seletivos no mercado de trabalho público e privado refletem a qualificação e competência destas enfermeiras.

Adicionalmente, no período da finalização do curso de Residência das participantes deste estudo que abrange os anos de 2008 a 2015, houve a instituição e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. A criação, ampliação e articulação da RAPS ocorrida em 2011 por meio da portaria nº 3088 no Sistema Único de Saúde definiu diferentes pontos de atenção para a atenção de pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tendo como componentes desta rede a Unidade Básica de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, Comunidades Terapêuticas, Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitos em Hospitais Gerais, dentre outros<sup>(16)</sup>.

Dados da coordenação de Saúde Mental mostram que de 2008 a 2014, anos que abrangem o período de formação das egressas da Residência que participaram deste estudo, o número de CAPS no Brasil, um importante serviço da Rede, subiu de 1326 para 2209. No estado da Bahia, a cobertura de CAPS neste mesmo período subiu de 0,60% (considerada boa) para 0,95% (descrita como muito boa), respectivamente, e acima da média nacional de 0,86 CAPS/100 mil habitantes<sup>(20)</sup>. Este importante dispositivo de cuidado em SM estabelecido pela Portaria 336/2002 representou um marco para a enfermagem no campo da saúde mental, pois definiu uma equipe mínima para atuação nesses serviços de atenção psicossocial, e a partir da sua expansão no Brasil, pode-se inferir ampliação dos postos de trabalho para enfermeiras<sup>(14)</sup>.

Além disso, houve crescimento no número de Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado da Bahia, também componente da RAPS<sup>(20)</sup>. Esta expansão de dispositivos da rede substitutiva de cuidados em saúde mental, a partir das transformações políticas e legais, refletiu na necessidade de profissionais qualificados para atuar nesses campos de atenção. Nesse ínterim, houve no Estado da Bahia dois concursos para atender a demanda da Rede de Saúde Mental, com vagas para enfermeiras.

Assim, as políticas de gestão de recursos humanos influenciam o processo de inserção profissional, visto que podem regular a demanda por determinados grupos profissionais no mercado de trabalho<sup>(3)</sup>.

## **CATEGORIA 2: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL**

Na segunda categoria, apresentamos os achados que mostram que as enfermeiras egressas se inseriram em postos de trabalho no campo da saúde mental, como visto nos recortes a seguir:

Esse que eu tô agora [...] na psiquiatria do Hospital das Clínicas (E001)

Depois da Residência só atuei na área de saúde mental (E002)

Trabalhei 'numa' clínica particular de saúde mental, e atualmente trabalho num dispositivo de saúde mental que assiste pessoas em situação de rua, e sou apoiadora institucional em saúde mental (E006)

O concurso que eu fiz foi pro CAPS, e é onde eu tô atualmente (E008)

Depois que eu terminei a residência, eu só trabalhei na área de saúde mental (E017)

Os resultados deste estudo mostram a inserção das egressas da residência em serviços de saúde mental, tais como CAPS, consultórios de rua, e em setores de psiquiatria de hospitais gerais. Esses dados ratificam a maior presença de enfermeiras nos dispositivos de atenção da RAPS. Assim, devido à mudança do modelo da assistência em SM - até então centrada no contexto hospitalar- para serviços de caráter territorial, diversos cenários de atuação para a inserção de enfermeiras apresentam-se como realidade.

Neste estudo não foi expressivo o número de participantes que relatou trabalhar em instituições privadas de saúde mental. Este resultado merece destaque por coadunar com o que é preconizado pelos novos editais de Residência, que indicam uma formação de profissionais que visa à superação do modelo manicomial para atuar em serviços substitutivos<sup>(20)</sup>.

Cada área de formação oferece um leque variado de possibilidades de atuação dentro de uma profissão, porém, as dificuldades na obtenção de emprego podem ter como consequência a dispersão profissional dos egressos de sua área de formação<sup>(4)</sup>; no entanto, esta dispersão entre a área de formação e de trabalho não foi um resultado encontrado neste estudo, visto que elas atuam na área em que se especializaram.

As enfermeiras egressas além de atuarem no campo de saúde mental assumiram cargos de coordenação, assistência e docência, mesmo quando em alguns casos, estas não possuíam experiência profissional prévia, como revelam os recortes das falas a seguir:

Atuei na coordenação de saúde mental... gestão (E002)

Leciono a disciplina de saúde mental (E003)

Faço a função de apoiadora institucional em saúde mental em um distrito sanitário (E006)

Atuo como enfermeiro de referência dos leitos de saúde mental do Hospital Geral (E007)

Trabalhei na área de ensino e serviços de saúde mental (E017)

O preparo para assumir funções diversas e complexas que perpassam a gerência, assistência e a docência pode ser explicado pela formação recebida no curso sob a forma de Residência, visto ser uma modalidade que oferece aporte técnico e científico para a ampliação de oportunidades de inserção no mundo do trabalho<sup>(11)</sup>.

Nesse sentido, o curso se desenvolve durante uma carga horária alta de aulas teóricas e práticas que oportuniza a residente vivenciar experiências profissionais na área de especialização escolhida, a fim de adquirir competências.

Essas competências estão relacionadas ao agir da enfermeira em saúde mental voltado para a subjetividade do atendimento da assistência ao usuário, família, e com a equipe, de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, a modalidade de ensino/formação que o indivíduo recebe é tão importante quanto à qualificação conferida pelo diploma no processo de inserção profissional<sup>(4)</sup>.

A inserção das egressas do curso no mercado de trabalho na área em que se especializaram se faz importante diante do elevado investimento pessoal e governamental, realizado com o objetivo de formar recursos humanos especializados para atuar e consolidar o Sistema Único de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, conclui-se que a inserção profissional de enfermeiras egressas dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Estado da Bahia ocorreu de forma rápida e em empregos estáveis, por meio de concursos e processos seletivos, e em sua área de concentração, o que mostra adequação entre o campo de especialização e sua atuação profissional. Tais resultados mostram que as enfermeiras qualificadas pelo curso estão inseridas no Sistema Único de Saúde, qualificando a assistência prestada ao usuário e consolidando os cenários da Rede de Atenção Psicossocial.

Dessa forma, o local de trabalho das enfermeiras, em sua maioria, centrados na RAPS, coadunam com a formação proporcionada pelos novos Programas de Residência em SM, que visam à atuação de profissionais nos serviços substitutivos em uma perspectiva de saúde mental, necessária para a consolidação da Reforma Psiquiátrica por meio de recursos humanos qualificados para trabalhar no cuidado à pessoa em sofrimento.

Adicionalmente, as enfermeiras egressas assumiam funções na área de assistência, gerência e docência sem experiência prévia, o que parece demonstrar que o curso de Residência desenvolve competências que respondem a essas funções. Os rendimentos recebidos por essas profissionais também merecem destaque, visto que os valores salariais estão, em sua maioria, acima da média descrita pela pesquisa do COFEN<sup>(7)</sup>.

Diante de diversos estigmas que já acompanham a enfermagem em SM, e que por vezes desmotivam estudantes e profissionais, os achados aqui apresentados podem servir de estímulo para impulsionar aqueles que desejam seguir profissionalmente neste campo.

Identificamos no decorrer da construção deste trabalho, a escassez de estudos que tratem sobre a formação em saúde mental para enfermeiras, especialmente no nível de Residência.

Este estudo contribui à medida que pode desmistificar o campo da saúde mental para enfermeiras como de difícil inserção profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Alves N. Trajetórias Acadêmicas e de Inserção Profissional de Licenciados[Internet]. Universidade de Lisboa. 2005 [cited 2016 Aug 09]. Available from: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1840/1/Natalia\\_Alves\\_mo\\_2005.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1840/1/Natalia_Alves_mo_2005.pdf)
2. Vincens J. L'insertion professionnelle des jeunes: quelques réflexions théoriques, Formation Emploi [Internet]. 2001[cited 2022 Sep 11];73:139. Available from: [http://www.persee.fr/doc/forem\\_0759-6340\\_2001\\_num\\_73\\_1\\_2412\\_t1\\_0139\\_0000\\_3](http://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2001_num_73_1_2412_t1_0139_0000_3)
3. Oliveira SR. Inserção Profissional: perspectivas teóricas e agenda de pesquisa. Pensamento Contemp Adm. 2012;6(1):124-35. <https://doi.org/10.12712/rpca.v6i1.124>
4. Alves N. Inserção Profissional e formas identitárias: percursos dos licenciados da Universidade de Lisboa[Internet]. Universidade de Lisboa. 2007 [cited 2016 Oct 02]. Available from: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3162>
5. Martins CRN, Gomes AMF. Mercado de Trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. Rev Enferm Foco. 2016;7(esp). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>
6. Sampaio MRFB, Franco CS. Mercado de trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. Rev Enferm Foco. [Internet] 2016 [cited Aug 17 2016]. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/700>
7. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Wermelinger M, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. Enferm Foco [Internet]. 2016 [cited Oct 04 2017]. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>
8. Salles WN, Farias GO, Nascimento JV. Inserção profissional e formação continuada de egressos de cursos de graduação em Educação Física. Rev Bras Educ Fís Esporte[Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 15];29(3):475-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v29n3/1981-4690-rbefe-29-03-00475.pdf>
9. Duarte MJO. Residência multiprofissional em Saúde Mental: trabalho e formação profissional. Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história [Internet] 2014 [cited 2017 Oct 22]. Available from: <http://www.fss.uerj.br/downloads/Colet%C3%A2nea%2070%20ANOS%20FSS/17.pdf>
10. Manzi NM, Reis PED, Vasquez CI. A enfermagem como integrante da residência multiprofissional em hospital universitário: relato de experiência. Rev Enferm UFPE[Internet]. 2013 [cited 02 Mar 2016];5(7). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11659/34543>
11. Silva RMO, Cordeiro ALAO, Fernandes JC, Silva LS, Teixeira GAS. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. Acta Paul Enferm [Internet]. 2014 [cited 03 Apr 2017];27(4):362-6. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400060>
12. Silva MM. Inserção profissional e condição social: trajetórias de jovens graduados no mercado de trabalho[Internet]. Universidade Federal da Santa Catarina. 2004 [cited 2017 Dec 22]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87959/205018.pdf?sequence=1>
13. Náder FMJ, Oliveira LB. Empregabilidade: uma análise histórica e crítica. In: Anais do XXXI EnANPAD. Rio de Janeiro: EnANPAD; 2007.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002.
15. Lima M, Santos L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 25];32(1):126-41. Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XchY8cTgXkLcVGCcF9c7D8p/abstract/?lang=pt>

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2011[cited 2016 Jul 25]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
17. Daz Poz MR, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 31];22(2):621-39 Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XchY8cTgXkLcVGCcF9c7D8p/abstract/?lang=pt>
18. Pizzingrilli B, Christensen D. Implementation and evaluation of a mental health nursing residency program. *J Nurs Educ Pract*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 20];5(1). Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/5611/3463>
19. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25.*
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 02]. Available from: [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12- edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12- edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c08>

# IMPACTOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DO ESTADO DA BAHIA EM ENFERMEIROS INGRESSANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Ricardo Loreno Souza da Silva** <sup>I</sup>

ORCID: 0000-0002-0677-6972

**Pedro Henrique Fonsêca Gama** <sup>I</sup>

ORCID: 0000-0001-5502-1472

**Filipe Celso Santos de Jesus** <sup>II</sup>

ORCID: 0000-0003-3866-0955

**Silvana Lima Vieira** <sup>III</sup>

ORCID: 0000-0002-9663-3691

<sup>I</sup>Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.  
Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade do Estado da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

## Autor Correspondente:

Ricardo Loreno Souza da Silva  
E-mail: [ricardolorenos@gmail.com](mailto:ricardolorenos@gmail.com)



## Como citar:

Silva RLS, Gama PHF, Jesus FCS, Vieira SL. Impactos do Programa de residência em Enfermagem do Estado da Bahia em enfermeiros ingressantes: relato de experiência. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. 59-66 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c08>

Revisora: Alyne Henri Motta Coifman.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A residência em saúde é um processo de formação em serviço inicialmente voltada à medicina no ambiente hospitalar e, posteriormente, incorporada por outras profissões da saúde. A polissemia da palavra – residência- evidencia que sua compreensão associada à formação em saúde faz alusão ao conceito de moradia. Assim, o residente deveria residir na instituição onde o serviço e/ou programa se desenvolvia, o que na atualidade reflete em parte na extensa carga horária que o residente dispõe ao programa de vinculação <sup>(1)</sup>.

A Residência em Enfermagem, modalidade lato sensu de pós-graduação para enfermeiros, caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências técnico-científicas e éticas no contexto da formação em serviço. Neste sentido, a qualificação destes profissionais tem o objetivo de qualificar suas práticas para que seja de excelência, sendo compatível com as necessidades da população e do serviço da saúde <sup>(2)</sup>.

Possui carga horária de sessenta horas semanais em regime de dedicação exclusiva, com duração em média de dois anos com o total de 5760 horas, os programas de residência em enfermagem são regidos por normativas do Ministério da Educação, podendo ter seu financiamento através do mesmo ou do Ministério da Saúde.

Os residentes passam por um processo de formação no e pelo trabalho, com vivências, histórias, valores e princípios que contribuem de formas distintas para o aprendizado. Assim, a residência é reconhecida como um potente recurso na formação de profissionais com excelência e que contribuem para a qualificação na assistência em saúde <sup>(1,3)</sup>.

Conhecendo a relevância da educação na sustentação e legitimação da profissão Enfermagem, o desenho da profissão vai se alterando com a mudança quantitativa dos profissionais que investem em novos cursos que caracterizam a sua qualificação, a competitividade, bem como o credenciamento conquistado por determinação



legal. Esta evolução levou à legitimação dos títulos acadêmicos, tornando-os instrumentos na competição e busca pelos empregos <sup>(4)</sup>.

Levando em consideração a pluralidade de vivências experienciadas durante o período de formação na graduação, a pouca experiência prática de enfermeiros recém formados e os novos desafios de se ingressar num programa de residência, o objetivo deste manuscrito é relatar os impactos do Programa de Residência em Enfermagem do Estado da Bahia em enfermeiros ingressantes.

## METODOLOGIA

Relato de experiência, de abordagem retrospectiva descritivo-reflexiva que descreve vivências de três residentes: dois da 3ª turma de um Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem com Ênfase em Cardiologia de uma Universidade pública Federal situada no Recôncavo da Bahia e de um residente da 13ª turma de um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (PRIMS) com Ênfase em Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O período do relato foi de março a agosto de 2022, tendo como espaços de desenvolvimento das práticas de enfermagem o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus – BA (HRSAJ), Unidade de Saúde da Família Calabar - URBIS I e o hospital Ana Nery na capital, Salvador, e para o residente com ênfase em Saúde Mental atuação no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) em Salvador, BA.

## CONTEXTUALIZANDO OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

### PROGRAMA DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE EM CARDIOLOGIA

A Residência em Enfermagem com ênfase em Cardiologia foi fundada em 2017. Constitui-se em uma formação no grau de Pós-Graduação Lato Sensu, modalidade treinamento em serviço, destinado a enfermeiras(os), sob a forma de Curso de Especialização. É fruto da parceria entre UFRB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (SMS-SAJ) e Ministério da Saúde (MS). O município de Santo Antônio de Jesus possui uma extensão territorial de 261, 35 km<sup>2</sup> e uma população estimada de 90.949 segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010 <sup>(5)</sup>.

Esse Programa de Residência, adota uma concepção de formação multidisciplinar continuada, qualificando profissionais enfermeiras(os) para atender às necessidades do SUS e demandas da sociedade, no contexto da atenção à saúde. Essa proposta visa, além da formação de profissional qualificado(a) para atender às exigências do SUS, a formação de cidadão(ã) crítico(a) que busque em seus espaços de atuação profissional social e política a possibilidade de construir, coletivamente, soluções de problemas que acometem os usuários do SUS.

O desenvolvimento do Programa acontece no período de 02 anos (24 meses) e em regime de dedicação exclusiva, não podendo o Profissional de Saúde Residente desenvolver outras atividades profissionais no período de realização dela (Lei no 11.129/2005, Artigo 13, Parágrafo Segundo). O Referido programa se norteia por competências, as quais se baseiam as atividades da residência:

- I. Aprender acerca das afecções cardiovasculares que acometem criança, adolescente adulto e idoso na atenção básica/primária, clínica e especialidades;
- II. Desenvolver raciocínio crítico e baseado em evidências atuais para a resolução de problemas das principais afecções cardiovasculares que acometem crianças, adolescentes, adultos e idosos na atenção básica/primária, clínica e especialidades;
- III. Conhecer o manejo das principais doenças cardiovasculares e as abordagens terapêuticas à criança, adolescente adulto e idoso na atenção básica/primária, clínica e especialidades;

#### IV. Promover sistematicamente o cuidado de enfermagem em cardiologia à criança, adolescente, adulto e idoso na atenção básica/primária, clínica e especialidades.

O Programa de Residência em Enfermagem com Ênfase em Cardiologia se divide em um primeiro módulo de seis meses de práticas generalistas focadas no atendimento de emergência e terapia intensiva e atenção básica na região do Recôncavo da Bahia, com local de atuação no município de Santo Antônio de Jesus – BA onde está situado o campus do Centro de Ciências da Saúde da UFRB. Os campos de práticas foram centrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) da rede municipal de saúde (por 2 meses), Emergência (por 2 meses) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (por 2 meses) do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).

O HRSAJ oferece cobertura a uma população de 700 mil habitantes, moradores de municípios vizinhos como Cruz das Almas, Sapeaçu, Castro Alves, Santa Terezinha, Itatim, Conceição do Almeida, Dom Macedo Costa, Laje, Mutuípe, Amargosa, Jequiriçá, Santa Inês, Nazaré, Muniz Ferreira, Maragojipe, Aratuípe e Itaparica. O hospital é gerido por uma empresa terceirizada, por meio de parceria público-privada e oferece atendimento de urgência e emergência; cirurgias ortopédicas, neurológicas e clínicas; atendimento ambulatorial pediátrico, adulto e geriátrico. O mesmo possui 160 leitos (distribuídos em clínica médica, pediátrica, ortopédica e cirúrgica; unidade 33 de terapia de queimados e unidade de terapia intensiva).

Após um período de seis meses as atividades passam para o Hospital Ana Nery em Salvador-BA onde perpassam por diversos setores dentre eles ambulatório, clínica cardiológica, Unidade de terapia intensiva (adulto e pediátrico), centro cirúrgico, hemodinâmica, serviços de diagnósticos de imagem, sistema de regulação de leitos e hematologia e hemoterapia.

As principais diferenças entre os dois campos de prática é que o hospital HRSAJ é uma unidade habilitada para atendimentos de média e alta complexidade, divididas na especialidades de urgência, emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, neurologia, ortopedia, traumatologia e unidade de queimados sendo hospital referência para micro região do Recôncavo da Bahia.

Já o Hospital Ana Nery, é uma unidade referência em procedimentos de alta complexidade, em cardiologia, nefrologia, transplante renal, cirurgia vascular e cuidados intensivos. O Hospital Ana Nery é um hospital-escola focado em atividades de ensino e pesquisa, localiza-se no bairro Caixa D'Água, é referência no em tratamento de pacientes com doenças em áreas da cardiologia, nefrologia, cirurgia vascular e transplantes, tendo a sua atenção voltada para a alta complexidade e todos os procedimentos realizados são exclusivamente custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente conta com mais de 239 leitos, distribuídos em diversas áreas, oferece toda a assistência multiprofissional incluindo a enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e assistência social.

### **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRIMS) COM ÊNFASE EM SAÚDE MENTAL**

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (PRIMS) foi proposto no Departamento do Medicamento da Faculdade de Farmácia, sendo aprovado pela sua Congregação em 17 de fevereiro de 2009, após anuência das unidades de ensino integrantes do projeto. Foi aprovado no Conselho Acadêmico de Ensino (CAE) da UFBA pelo Parecer n. 10/2010, de 24 de fevereiro de 2010, e suas reformulações foram aprovadas pelo Parecer n. 650/2016, de 28 de setembro de 2016.

O PRIMS está organizado em 5 conteúdos programáticos, sendo eles: (I) Eixo de formação comum, integrando componentes curriculares transversais do programa; (II) Eixo de formação específica para cada área de especialização do programa, contemplando componentes curriculares relacionados à área de concentração; (III) Eixo de formação específica para cada área profissional e por concentração de curso, contemplando a prática e especialização de cada grupo de profissões; (IV) Eixo de formação complementar, de caráter teórico-prático, envolvendo conteúdos que estimulem a integração de equipe, trabalho em conjunto, atuação

interdisciplinar, formulação de projetos terapêuticos singulares; e (V) Eixo de formação prática, com treinamento em serviço e acompanhamento com preceptoria e tutoria.

O PRIMS tem duração de 02 anos (vinte e quatro meses) com carga horária prevista em seu projeto pedagógico de acordo com a Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, desenvolvendo-se em regime de dedicação exclusiva.

O profissional residente deste programa cumpre 60h semanais de trabalho, incluindo sábados, domingos, feriados e plantões noturnos quando possível obedecendo escala previamente construída e elaborada pelo serviço em consonância com a coordenação do programa. Da carga horária total do PRIMS, 80% está destinada às atividades de treinamento em serviço e 20% destinadas às atividades acadêmicas. Há a possibilidade de flexibilização da carga horária de serviço quando o profissional residente necessita utilizar parte desta para construção do trabalho de conclusão da residência (TCR), a partir de comunicação prévia e acordo firmado.

O PRIMS é organizado pela Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU) da UFBA, devendo a esta supervisionar, articular ações, avaliar e acompanhar o desenvolvimento do programa. Fica estabelecida pela a regulação legal nº 1 de 21 de julho de 2015 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e da Resolução nº 6/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino (CAE) da UFBA.

O Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) é o campo de ação utilizado para a atuação profissional dos residentes. A educação destes dá-se por meio do acompanhamento de docentes e preceptores, profissionais do complexo. A Portaria Interministerial MEC/MD nº 45/2007 destaca os seguintes eixos norteadores do programa: inserção do sujeito num ambiente social, cultural e político, integração de ensino, concepção ampliada de saúde, serviço e comunidade, serviço e gestão, serviço e articulação com o ensino, formação integral, interdisciplinar e multiprofissional destinando-se à formação dos(as) profissionais graduados(as) em enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, odontologia, psicologia e serviço social.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, bem como o aprofundamento técnico e específico de cada grupo profissional proposto pelo PRIMS é estimulado por atividades que estarão presentes em toda a jornada formativa, sendo estas: (I) seminários de estudos, coordenado pelos preceptores aprofundando conhecimentos individuais da área; (II) encontro de saberes, de caráter teórico-prático promovendo discussão e construção de conhecimento mediante a participação de todos envolvidos na assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS); (III) produção científica, compreendendo a realização de pesquisas e elaboração de trabalhos científicos integrando o processo formativo; (IV) trabalho de conclusão de curso, elaboração do trabalho final da residência com temática focada no conhecimento construído durante a jornada no programa, servindo também como um dos requisitos para angariar título de especialista; (V) atividades de educação em serviço, atuação em equipe, de todas as profissões do programa na assistência ao paciente, incluindo práticas de gestão, planejamento, vigilância e controle social.

A atuação profissional ocorre majoritariamente no HUPES, mas a depender da especialização do programa há inserção de novos espaços com participação da UFBA, como por exemplo na formação de profissionais residentes com área de concentração em Saúde da Criança no Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO), servindo como unidade de internação e atendimento ambulatorial como referência pediátrica; e os Centros de Atenção Psicossocial da UFBA para atuação dos profissionais com concentração em Saúde Mental, além da enfermaria psiquiátrica do HUPES servindo como ponto da rede de atenção hospitalar como orienta o 4º artigo da lei 10.216 de 6 de abril de 2001 quando o tratamento extra-hospitalar não foi capaz de suprir a demanda dos sofrimentos psíquicos do usuário de saúde, devendo-se a este permanecer somente para a intensificação dos cuidados visando desde a sua entrada a reinserção social e consequentemente liberação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esses impactos que começam antes da aprovação, mas já no processo seletivo, na junção de documentações comprobatórias para atendimento das exigências do edital foi o primeiro grande desafio, o de não ser

vencido pelo cansaço. Em seguida vem a avaliação e a prova de títulos, etapas derradeiras nas quais lutamos contra nossa própria ansiedade diante do enorme número de candidatas participantes do processo seletivo.

Ao receber a aprovação a sensação inicial é sempre de felicidade e ânimo, o sentimento predominante é de que todo esforço durante a graduação valeu a pena. Então nos deparamos com uma série de mobilizações logísticas, deslocamento, mudança para a cidade onde o programa ocorre, resolução de pendências antes de partir para nova jornada.

Nesse período imaginamos a residência como uma experiência de aprimoramento profissional enriquecedora na qual, em teoria, sentimos prazer em participar e contribuir para o crescimento do programa, de forma alguma as barreiras parecem maiores que as facilidades quando observado pela ótica de recém-aprovados.

A receptividade nos primeiros dias da residência por parte dos professores, tutores e coordenadores da residência foi de suma importância nos proporcionou um acolhimento positivo assim nos propiciaram a se familiarizar e se identificar com essa nova etapa profissional.

Esses momentos de acolhimentos foram fundamentais para reforçar as boas expectativas com relação ao programa e ao novo ciclo de vivências que seriam proporcionadas por ele.

Os programas de residência de Cardiologia e de Saúde Mental, funcionam na modalidade de rodízios de unidades. Esse rodízio entre as unidades reaviva o sentimento de novos ares, novas equipes, novas relações, novas dinâmicas, novos medicamentos e conseqüentemente seus usos, novos processos, novos protocolos.

O conceito obsoleto de “saúde não é ausência de doença, saúde é qualidade de vida”, tenciona constantemente as hastes do pilar biomédico, a visão hegemônica da saúde operada unicamente numa proposta medicalizadora e médico centrada, uma epistemologia do cuidado pauperizada sobre a figura central do cuidado: o paciente. O que por ora pode sim vir a traduzir aprendizados, também pode ocasionar desafios de adaptação e convivência<sup>(1)</sup>.

Mas, a que custo? A enfermagem em si ainda necessita de um empoderamento do seu lugar dentro da terapêutica do paciente e, no papel de residentes, a constante reafirmação de seu saber técnico-científico convoca a classe para prestigiar locais de afirmação nas discussões em saúde<sup>(4)</sup>.

Em se tratando da residência em cardiologia, destaca-se que no período inicial a vivência nas unidades de emergência e de tratamento intensivo possibilitou desenvolver habilidades técnicas e relacionais, com os pacientes, familiares e da integração com a equipe multiprofissional em saúde e de apoio técnico.

Na residência em Saúde Mental as situações de ansiedade e conflito não foram diferentes. Situações e condutas assistenciais que se distanciavam do preconizado pela literatura e do que de fato garantiria uma atuação integral do enfermeiro na rede de atenção psicossocial.

A assistência de pacientes e usuários com patologias clínicas diversas protagonizado num indivíduo com transtorno mental, num corpo socialmente rejeitado, emocionalmente instável, numa pessoa privada de direitos e julgada pelo preconceito da sociedade, estava aliado a um pensamento biomédico e pragmatizado em muitos momentos pela ótica medicamentosa dos transtornos mentais.

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro especialista em saúde mental com a responsabilidade de atuar de maneira firme, embasada cientificamente e em valores da formação integral, promovendo um ambiente terapêutico capaz de tratar crises agudas ou agudizadas e posteriormente iniciar o processo de desospitalização e reinserção na sociedade sem que haja prolongamento de internação<sup>(6)</sup>.

Um outro aspecto que impacta o residente é o relacionamento com a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional, pois passaram a ser vistos não mais como estagiários amparados pela preceptoria e coordenações do serviço e sim como enfermeiros outorgados para serem gestores de pessoas e processos nos serviços de saúde. sob esse aspecto, o saber liderar se torna uma competência que necessita ser desenvolvida e aprimorada.

O liderar é uma das competências esperadas do(a) enfermeiro(a) para além do seu conhecimento técnico-científico que se concretizará em seu dia a dia profissional, com vistas à resolução de conflitos, gerenciamento

das iniquidades em saúde e questões clínicas apresentados por um sujeito, a vigilância e promoção da saúde dentro de uma cosmologia de cuidados. Numa perspectiva contemporânea, o ato de liderar denota a influência social de indivíduos entre si com diferentes pensamentos, crenças, valores, tornando este ato mais desafiador <sup>(7,8)</sup>.

Concordamos portanto que o que legitima o enfermeiro na posição de liderança não é somente o seu título, mas a sua tomada de ação frente às problemáticas que inferem na sua rotina. Para além disso, o fazer técnico do enfermeiro é requisitado de forma intermitente a fim de manejar e corroborar em situações clínicas do paciente, onde a falha representa um atraso de processos assistenciais e em última instância um episódio de *never events* no paciente <sup>(1)</sup>.

Outro fator de impacto na vida dos residentes são as questões emocionais provocadas por diversos fatores como o distanciamento da família, cansaço físico e mental, cobranças e pressões psicológicas dos preceptores e do serviço, cansaço mental e físico, considerando a carga horária a ser cumprida.

A privação de sono, a alteração no padrão alimentar, a percepção da normalização da dura rotina vivenciada pelo residente com as inflexibilização do processo, a alteração no padrão alimentar com ingestão de comidas ultraprocessadas e rápidas de ingerir, o consumo problemático de álcool e outras substâncias, torna muitas vezes dolorosa a experiência vivida na residência, e são situações definidoras de sofrimento psíquico <sup>(9,10)</sup>.

O sofrimento psíquico é uma desordem originária das relações, relações estas provenientes do trabalho, do luto, do estresse, da ansiedade e dos males que afligem o bem-estar social das pessoas. Conviver com essas situações reduz a qualidade de vida e estreita a linha tênue entre a percepção da realidade dentro de parâmetros considerados normais até a loucura <sup>(11,12)</sup>. É nítido que o trabalho da enfermagem está muito sujeito a condições geradoras de mal-estar, e, dentro das realidades de trabalho de uma residência, o véu entre a saúde e o sofrimento psíquico é atravessado. A longa jornada de trabalho, os limites físicos e emocionais constantemente desrespeitados reproduzem visíveis pontos de adoecimento aos profissionais <sup>(13)</sup>.

O atravessamento é um termo da psicanálise que se define por tudo aquilo que inquieta, movimenta, desajusta o indivíduo e o lança para uma mudança, quiçá desenvolvimento de crise. Tais atravessamentos falaram diretamente com dores e traumas não tratados ou previamente acolhidos. Não há e nem é possível se impedir um atravessamento a menos que haja compreensão deste <sup>(1, 14)</sup>.

A psicodinâmica do trabalho correlaciona a criação de estratégias de sobrevivência e criação de ações defensivas ora individuais ora coletivas objetivando proteção dentro do ambiente de trabalho. Esta perspectiva teórica se sustenta na organização do fazer laboral e no funcionamento psíquico do trabalhador da seguinte maneira: quando todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos estão bloqueadas, então emerge o sofrimento <sup>(15,16)</sup>.

A área de saúde por si só alimenta questões que inferem em nosso autocuidado de forma bastante fugaz. Haja vista sintomatologias concernentes a um sofrimento psíquico no que se entende por transtorno mental comunas quais definem-se por: irritabilidade, insônia, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas como dor de cabeça, fraqueza, tontura, sudorese, dentre outros, todas estas susoditas presentes na rotina dos profissionais enfermeiros residentes <sup>(15)</sup>.

A cada plantão fica evidente a necessidade de atualizar os conhecimentos e participar de capacitações e ações de educação permanente em serviço em algumas áreas específicas, como trauma, cardiologia, neurologia, infectologia, pediatria, psiquiatria, dentre outros. A vivência na emergência e na UTI, proporcionou conhecimentos e trouxe amadurecimento profissional, apesar das dificuldades e confrontos com a realidade. O estar na ala psiquiátrica corroborou para o entendimento ainda mais amplo de saúde e do respeito às populações socialmente excluídas e menosprezadas, como população em situação de rua, usuários de substâncias e pessoas que convivem com sofrimento psíquico.

Em uma outra perspectiva, o desejo de se especializar, de se aprimorar e construir uma carreira profissional sólida, fatores bem proporcionados e vivenciados durante a residência onde somos constantemente

estimulados ao aprimoramento científico e tecnológico de nosso arcabouço profissional, se tornam âncoras que mantêm o profissional no programa até sua conclusão. Observa-se uma evolução profissional incrível assim desenvolvemos a perspectiva de nos tornarmos profissionais altamente capacitado para o mercado de trabalho, seja na atuação especializada em cardiologia ou na assistência de enfermagem generalista em cenários críticos de emergência, haja vista que as competências desenvolvidas abrangem os cuidados de enfermagem desde a atenção básica até serviços de saúde de alta complexidade.

## CONCLUSÃO

Os impactos do Programa de Residência em Enfermagem do Estado da Bahia em enfermeiros ingressantes passam por diversas dimensões: relacional, técnicas, científicas, financeiras, adaptativas, potencializadas pelo desgaste físico, mental e emocional.

O enfermeiro recém formado lida com diversas expectativas em relação à sua atuação no mercado de trabalho e quais os melhores caminhos a seguir. Optar por ingressar em um programa de residência responde a diversos anseios de um profissional recém formado: oportunidade para ingressar no mercado de trabalho, adquirir experiência prática curricular, se tornar mais competitivo em busca de novas oportunidades e obter um trabalho remunerado em busca da independência financeira, formação qualificada e reconhecimento profissional.

O ingresso em um programa de residência respondeu a diversos anseios e expectativas, a maioria em boa parte atendidos como a conquista da autonomia e o constante aprimoramento pós-formação. Entretanto, ao adentrar em campo o residente se confronta com diversas situações geradoras de estresse que se manifestam enquanto confronto com a realidade. Tal confronto promove sentimentos diversos de incapacidade e até mesmo o desejo de abandono do programa.

Faz-se necessário o aumento das discussões sobre a qualidade de vida de profissionais residentes de saúde e os potencializadores de estresse que são apresentados a esses profissionais durante seu trajeto na pós-graduação. É de suma importância a revisão de políticas públicas, da legislação vigente, do pensamento em construção e ensino de saúde numa perspectiva dialógica e multiprofissional centrada para que essa proteja a integridade física e mental desses profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Romcy GS. Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas da residência multiprofissional em saúde[Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2018. <https://doi.org/10.11606/D.6.2019.tde-15062018-134018>
2. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN-259/2001 [Internet]. [cited 2022 Sep 27]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2592001\\_4297.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2592001_4297.html)
3. Ceccim R. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2005[cited 2022 Sep 10]; 9:161-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt&format=pdf>
4. Domingos C, Nunes E, Carvalho B. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. Interface Comun Saúde, Educ. 2015;1:1221-32. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. 2020.
6. Simões ALA, Fávero N. O desafio da liderança para o enfermeiro. Rev Latino-Am Enferm. 2003;11:567-73. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500002>
7. Miranda FBG, Yamamura M, Pereira SS, Pereira CS, Protti-Zanatta ST, Costa MK, et al. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. Esc Anna Nery. 2021;25(spe). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>

8. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Soc.* 2015;27(1):139–59. <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>
9. Lemos JC, Cruz RM, Botomé SP. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. *Estud Psicol (Natal)*. 2002;7(2):407–9. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200022>
10. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004;12(6):933–9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013>
11. Ministério da Saúde (BR). Nacional I. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016[Internet]. 2016[cited 2022 Sep 27]. Available from: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581)
12. Motta PMR, Marchiori RA. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:834–5. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400022>
13. Freitas GF, Oguisso T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):489–94. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400017>
14. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):395–402. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300008>
15. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 120p.
16. Pena L, Remoaldo P. Psicodinâmica do Trabalho: um estudo sobre o prazer e o sofrimento no trabalho docente na Universidade Óscar Ribas. *Saúde Soc.* 2019;28:147–59. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170487>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c09>

# SEGURANÇA DO PACIENTE NA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL: EXPERIÊNCIA DOCENTE NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Karla Crozeta Figueiredo<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0003-3544-5643

**Luciana Schleder Gonçalves<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0003-3105-3028

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná.  
Curitiba, Paraná, Brasil.

**Autora Correspondente:**  
Karla Crozeta Figueiredo  
E-mail: [karlacrozeta@ufpr.br](mailto:karlacrozeta@ufpr.br)



## Como citar:

Figueiredo KC, Gonçalves LS. Segurança do paciente na abordagem interprofissional: experiência docente na residência em saúde da família. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 67-75 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c09>

Revisora: Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Pereira.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é destaque nacional e internacional nos serviços de saúde, e requer abordagem centrada no paciente, o fomento à cultura de segurança e eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde, conhecimentos que devem ser disseminados desde cedo ainda na formação profissional e de forma permanente e continuada aos profissionais de saúde.

Seu conceito é compreendido como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(1)</sup>, e a temática ganhou destaque mundialmente com a divulgação do relatório “Errar é Humano” (*To err is human*) em 1999 pelo Instituto de Medicina (IOM). Esse relatório evidenciou a extensão do problema numericamente, estimando que metade das mortes norte-americanas decorrentes de eventos adversos seria evitável. Esse movimento mundial em prol do cuidado seguro motivou a criação, em 2004, pela Organização Mundial de Saúde, da primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que atribuiu aos países membros, dentre eles o Brasil, o desenvolvimento de políticas públicas e práticas voltadas para Segurança do Paciente<sup>(2)</sup>.

Em 2021, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2021, no “Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030: rumo a eliminação de danos evitáveis nos cuidados em saúde” define-se segurança do paciente como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde para diminuir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de dano evitável, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando ele ocorrer”<sup>(3)</sup>.

No Brasil, em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria n° 529, de 01 de abril de 2013, e complementado pela Portaria de consolidação n° 5 de 2017 do Ministério da Saúde. Com o



objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, é estruturado em quatro eixos: estímulo a uma prática assistencial segura; 2. Inclusão do tema no ensino; 3. Incremento de pesquisas sobre o tema; e 4. Envolvimento do cidadão na sua segurança<sup>(4)</sup> e considerado um dos grandes marcos na atenção à saúde no país.

Anteriormente à instituição do PNSP, no Sistema Único de Saúde (SUS) foram implementadas políticas e iniciativas voltadas à avaliação externa (como licenciamento e creditações), à monitorização de índice de desempenho e à melhoria da qualidade (como o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB)<sup>(5)</sup>.

Importante destacar que se percebe a ocorrência de incidentes e eventos adversos nos diversos cenários de atenção à saúde, e, em documentos oficiais e de cunho técnico-científico, destaca-se a necessidade de amadurecimento profissional e organizacional para o estabelecimento de Cultura de Segurança, no intuito de diminuí-los. Os usuários de serviços de saúde em sua maioria, apresentam fragilidades físicas e emocionais, e ainda não se percebem como o centro do modelo de cuidados, que os levem ao empoderamento e engajamento da sua própria segurança.

Desta forma, nota-se que o princípio de não causar nenhum dano aos pacientes na vigência de tratamentos de saúde ainda carece de atenção e de medidas práticas para sua aplicação por parte dos profissionais de saúde. Principalmente pelo fato de que danos evitáveis decorrentes do cuidado à saúde ainda são prevalentes nos diversos cenários, quer sejam de ordem física, psicológica, emocional, moral, econômicos e sociais a pacientes e profissionais da saúde<sup>(6)</sup>.

Em termos curriculares, a Portaria nº 529/2013 faz recomendação imperativa de que a formação em Segurança do Paciente deve ocorrer tanto na graduação como na pós-graduação na área da saúde. Esse também é o estímulo da Organização Mundial da Saúde (OMS) há décadas, haja vista a necessidade de problematizar e discutir com os discentes sobre a segurança do paciente de maneira responsável e capaz de instrumentalizá-los para a prevenção de eventos adversos, bem como os princípios que consolidam a cultura de segurança nas organizações de saúde<sup>(7)</sup>.

Contudo, há que se considerar que os profissionais de saúde são formados para não errar, e pouco são preparados para lidar com o erro e a sua mitigação, visto que esse suscita sentimentos como incapacidade, vergonha, culpa por déficit de conhecimento, assim como as repercussões jurídicas, éticas e sociais, que consideram o profissional despreparado<sup>(7)</sup>.

Essa lógica contrária requer a mudança de percepção sobre o erro humano e as responsabilidades profissionais relacionadas a sua mitigação, processo que deve ser iniciado a partir da admissão de que o erro é possível e presente no cuidado<sup>(7)</sup>. Nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a Segurança do Paciente ainda é pouco discutida, tanto na literatura como pelas equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, embora esse seja um dos cenários de maior fluxo de atendimentos na assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que demonstra a necessidade de fortalecimento das discussões nesse cenário.

Autores<sup>(5)</sup> corroboram ao afirmar a razoabilidade da prática segura na APS, a segurança do paciente é importante nesse cenário em vistas da frequência de consultas e procedimentos, bem como a multicausalidade dos eventos adversos decorrentes da assistência à saúde nesse cenário.

Além da compreensão do erro, outro elemento que merece destaque em relação à viabilização da formação para o cuidado seguro é a prestação da atenção à saúde em si, especialmente na APS, cuja efetividade requer abordagem multiprofissional. A histórica fragmentação do trabalho em saúde poderá ser superada por meio da ruptura da cultura uniprofissional, a partir educação interprofissional, da colaboração na dinâmica do processo de trabalho e do desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho colaborativo<sup>(8)</sup>.

De acordo com a OMS, a interprofissionalidade contribui para o cuidado integral e de qualidade, e para tanto, estabelece que deve ser proporcionado, ainda na etapa de formação dos futuros profissionais de saúde, o desenvolvimento de competências que vão além das técnicas, tais como as de comunicação, relacionadas aos seus próprios papéis e responsabilidades, ao trabalho em equipe, e aos valores e à ética<sup>(9)</sup>.

Ademais, apreende-se que, diante dos quatro eixos que estruturam a segurança do paciente no Brasil (descritos na Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013), a prática colaborativa representa uma alternativa para a superação da fragmentação do modelo de cuidados e dos sistemas de saúde, especialmente na crise sanitária como a decorrente da pandemia da Covid-19, assim como atender às necessidades do usuário sem causar danos. Dessa forma, o trabalho colaborativo traz repercussões no cuidado centrado aos usuários, suas famílias, comunidades, na comunicação entre a equipe e na satisfação no trabalho, o que é desejável para o ensino do cuidado seguro e para o fortalecimento da cultura justa, a qual descreve a transformação da cultura que permite vergonha e culpa diante de um erro para aquela que estabelece confiança e respeito. Nessa perspectiva, as pessoas que cometem erros não são punidas, mas são sempre responsabilizadas por suas decisões<sup>(10)</sup>.

Sendo assim, entende-se que programas de Residência Multiprofissional na área da saúde são iniciativas nas quais podem ser trabalhados conceitos que levem ao desenvolvimento de tais competências. Essas, a partir da prática diferenciada, apresentam possibilidades inovadoras de os profissionais vivenciarem sua atuação nos ambientes de saúde, numa visão mais integradora e articulada dos usuários do SUS<sup>(11)</sup>. Ainda, que o trabalho em equipe acontece nas discussões de casos, quer seja no cotidiano do trabalho entre os residentes, ou com demais profissionais das diversas áreas, quer durante as aulas teóricas, mediado pelos professores.

Finalmente, salientam que “a inovação trazida pelos programas de residência concentra-se em inserir os residentes na realidade dos serviços e, com um olhar interdisciplinar, em buscar a inovação, a resolução dos problemas, o desenvolvimento científico e tecnológico in loco. Nesse sentido, quando se refere ao termo inovação, engloba-se não somente a tecnologia propriamente dita, mas também a reestruturação de processos de trabalhos, a melhoria do cuidado em saúde e a inserção de cuidado multiprofissional<sup>(11)</sup>.”

Contribuindo com essa discussão, autores<sup>(12)</sup> salientam que o trabalho em equipe deve também contemplar a prática colaborativa, pois somente a integração e efetividade das equipes não são suficientes para aprimorar o acesso e a qualidade dos cuidados. E sim, que as equipes e profissionais devem colaborar entre si e com outras equipes e de outros serviços, contribuindo para a eficiência da rede. Destacam, também, que esses modelos organizativos têm sido aplicados nos cenários da APS com bons impactos para o acesso da população ao cuidado de qualidade.

De modo a fazer esses tópicos emergentes nas práxis em saúde convergirem, e ainda proporcionando uma experiência inovadora para os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Universidade Pública do sul do Brasil, tanto em relação à inserção deste conteúdo na grade de disciplinas do Programa, como também com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e o formato híbrido embasadas nos pressupostos da educação interprofissional, surge a proposta de organização e condução da disciplina Segurança do Paciente na APS, objeto deste relato de experiência.

## OBJETIVO

Relatar a organização e a condução de uma disciplina sobre segurança do paciente na abordagem interprofissional para residentes em saúde da família.

## METODOLOGIA

Trata-se do relato da experiência docente acerca da organização e condução da disciplina Segurança do Paciente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Universidade Pública do sul do Brasil.

O período considerado para o relato foi de 2017 a 2021, com ofertas anuais da disciplina, mesmo em período pandêmico.

Como fonte de dados, foram utilizados documentos divulgados no sítio do curso na Internet e documentos pessoais das autoras.

Foram respeitados os princípios éticos na elaboração do relato, tendo em vista que o seu enfoque é a experiência docente das autoras na organização e condução da referida disciplina. Seguiu-se a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que afirma que a pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, dispensa a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

## RELATO DA EXPERIÊNCIA

### CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E HISTÓRICO DA OFERTA DA DISCIPLINA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) está vinculado ao Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na modalidade de pós-graduação lato sensu, com carga horária total de 5760 horas e duração de 24 meses, com objetivo de “promover mudanças na formação dos profissionais, visando favorecer a inserção de profissionais no mercado de trabalho em áreas prioritárias do SUS”<sup>(13)</sup>.

As áreas profissionais envolvidas são enfermagem, farmácia, medicina veterinária, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Os residentes são profissionais inscritos nos respectivos conselhos profissionais, em processo de qualificação por meio da atuação em serviço e em aulas, totalizando dedicação semanal de 60 horas.

As horas semanais englobam trabalho em campo na APS, por meio de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social (80% da carga horária) e em aulas presenciais/remotas, com abordagem educacional teórica (20% da carga horária)<sup>(13)</sup>.

Na abordagem teórica, são ofertadas disciplinas por diversos departamentos do Setor de Ciências da Saúde, organizadas em transversais - que envolvem todos os residentes de primeiro ou do segundo ano de curso, e específicas - destinadas aos residentes da respectiva área profissional.

A disciplina Segurança do Paciente compõe o eixo transversal, é ofertada pelo Departamento de Enfermagem aos residentes do primeiro ano (R1). Por ocasião da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013, o currículo do Programa estava em fase de reformulação, e diante do estímulo ao ensino de estudantes da área da saúde de todos os níveis de formação sobre a segurança do paciente, houve a indicação da inclusão dessa temática no novo currículo pelo Coordenador de Curso.

Dessa forma, após a aprovação da nova matriz curricular, a disciplina Segurança do Paciente foi aprovada em Plenária do Departamento de Enfermagem em 2016, e a primeira oferta ocorreu em 2017, excepcionalmente aos residentes dos dois anos.

### ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA DISCIPLINA

Desde sua primeira oferta em 2017, a disciplina foi conduzida de maneira híbrida, sendo 15 horas desenvolvidas na modalidade presencial e 15 horas em atividades de dispersão dos alunos em atividades remotas, com o suporte online das docentes. Em virtude do enfrentamento da pandemia da Covid-19, em 2020 e 2021 a oferta ocorreu integralmente na modalidade remota, com a reorganização das atividades síncronas e assíncronas, com apoio da Plataforma Microsoft TEAMS.

Trata-se de disciplina de 30 horas teóricas, cuja ementa descreve como temáticas a serem abordadas: Política Nacional de Segurança do Paciente, Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, Termos e conceitos em Segurança do Paciente, Gestão do risco, erros e violações em saúde, Gerenciamento do cuidado multiprofissional e Segurança do Paciente na APS, Tecnologia da Informação para segurança do paciente na APS, Avaliação dos incidentes de segurança na APS, Planejamento de estratégias para tornar a APS mais segura, Controle social e participação do paciente na sua própria segurança.

Os conteúdos foram propostos a partir da lógica da educação interprofissional, conceituada como aquela “que acontece quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração entre profissionais e melhora dos resultados na saúde”<sup>(12,13)</sup>. Para tanto, com base na ementa da disciplina, foram descritos quatro objetivos educacionais, a saber: 1. Compreender as políticas, conceitos e termos da Segurança do Paciente; 2. Discutir as inter-relações da Segurança do Paciente com a Gestão em Saúde nos serviços na APS; 3. Relacionar as ferramentas para a Segurança do Paciente na APS e suas aplicações nos serviços de saúde pela equipe multiprofissional.

Dos objetivos citados, derivam três unidades temáticas, intituladas e compostas pelos seguintes conteúdos programáticos:

- Unidade 1 – Compreendendo a Segurança do Paciente
- Conteúdos: Política Nacional de Segurança do Paciente, Termos e conceitos em Segurança do Paciente.
- Unidade 2 – Interfaces da Segurança do Paciente com a Gestão em Saúde Conteúdos: Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Gestão do risco, erros e violações em saúde. Gerenciamento do cuidado multiprofissional e Segurança do Paciente na APS.
- Unidade 3 – Ferramentas para a Segurança do Paciente na APS

Conteúdos: Tecnologia da Informação para segurança do paciente na APS. Avaliação dos incidentes de segurança na APS. Planejamento de estratégias para tornar a APS mais segura. Controle social e participação do paciente na sua própria segurança.

Para a condução didática, são adotados os seguintes procedimentos: 1. Aulas expositivas dialogadas, 2. Leituras e discussão de textos, 3. Trabalhos individuais e em grupos, 4. Filmes, 5. Seminários, e, 6. Estudos dirigidos.

A avaliação envolve a entrega de mapa conceitual da segurança do paciente, a participação em fórum de discussão: gestão do risco, erros e violações, o levantamento de dados em campo, por meio da aplicação empírica de um instrumento de avaliação de clima de segurança do paciente, específico para a APS, seminário (apresentação e participação) e participação nas discussões e nas apresentações em grupo.

A disciplina se inicia com a apresentação do plano de ensino, a partir da utilização de um cronograma detalhado que retrata o conteúdo a ser abordado, as estratégias didáticas, leituras recomendadas e avaliação. Para tanto, utiliza-se como legenda: [R] – Referência sugerida; [L] Leitura obrigatória; [A] Atividade em sala; [P] Atividade de pesquisa para a aula; [S] Seminário.

A discussão inicial da disciplina versa sobre os termos e conceitos em segurança do paciente, a partir da problematização com os residentes sobre o conhecimento prévio da temática. Em todas as turmas, observa-se que poucos são os residentes que mencionam conhecer ou ter estudado sobre Segurança do Paciente previamente, observam-se conflitos conceituais com a temática biossegurança e a maioria verbaliza que a expectativa com a disciplina é de curiosidade e que está motivada a estudar a temática. As leituras recomendadas para a aula se referem aos documentos legais que instituem o PNSP, e artigos que fazem a distinção teórica dos conceitos centrais da temática. A partir do estudo de textos, solicita-se que os residentes (em grupo) elaborem um mapa conceitual com os conceitos relevantes para a prática multiprofissional no cenário da APS.

O tema gestão da qualidade em saúde e segurança do paciente, com a abordagem da gestão do risco, erros e violações em saúde, amplia os conceitos e debate sobre os Protocolos de Segurança do Paciente, com a ênfase de que a temática pode ser aplicada em todos os cenários de saúde, porém os documentos são voltados predominantemente à realidade hospitalar. Solicita-se que os residentes identifiquem em sua prática na Unidade Básica de Saúde situações de risco ou de violações que requeiram gerenciamento, na sequência busquem na literatura elementos teóricos que embasem o gerenciamento de risco da situação identificada e tragam para a discussão em sala ao menos um artigo. Na sequência é realizado em fórum de

discussão, com auxílio de ambientes virtuais de aprendizagem, como o *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* - Moodle (empregado nas turmas 2017 a 2019) e o Microsoft TEAMS (utilizado nas Turmas de 2020 e 2021), ressaltando a reponsabilidade profissional e a potencialidade da prática colaborativa para gestão do risco, erros e violações em saúde.

Para conhecer sobre cultura de segurança do paciente e aproximar os residentes da realidade do campo de prática, solicita-se a coleta de dados em atividade em campo. A primeira parte da atividade é realizada individualmente, quando, após a leitura de material de apoio sobre o instrumento de coleta de dados, solicita-se que cada residente aplique a escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)<sup>(14)</sup> a um profissional que atua no seu local de prática, e, depois, reúna-se com os residentes de diferentes áreas e que atuam no mesmo local e compilem os dados obtidos. A partir dos dados compilados sobre a Segurança do Paciente no local de prática, em grupo, os residentes apresentam os dados obtidos em sala para a discussão do gerenciamento do cuidado multiprofissional e segurança do paciente na APS.

Na estratégia de elaboração e apresentação de Seminário – (30 minutos de apresentação e 10 minutos de discussão), as turmas são divididas em quatro grupos compostos por diferentes áreas de atuação, que assume uma temática para preparação: Grupo 1 - Tecnologia da Informação para segurança do paciente na APS, Grupo 2 - Avaliação dos incidentes de segurança na APS, Grupo 3 - Planejamento de estratégias para tornar a APS mais segura, e Grupo 4 - Controle social e participação do paciente na sua própria segurança.

Como potencialidade da disciplina, de maneira geral, os seminários integram os seus principais conteúdos, e possibilitam a consolidação teórica e conceitual da temática, assim como a percepção de oportunidades e práticas para a atuação dos residentes, de diferentes áreas profissionais, voltadas à prestação de cuidados seguros, na abordagem do trabalho colaborativo. Despretensiosamente, afirma-se que ela é capaz de fomentar a reflexão acerca da participação multiprofissional para o alcance da cultura justa.

Destaca-se que a concepção pedagógica foi voltada à abordagem multidisciplinar, com a aplicação dos princípios da educação interprofissional e do trabalho colaborativo, com vistas ao fortalecimento da segurança do paciente na APS.

Desde sua concepção, um dos desafios observados foi a indicação de literatura acerca da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, visto a predominância da abordagem do tema no ambiente hospitalar. Ao longo dos anos, observou-se a ampliação da divulgação de pesquisas nesse cenário de atenção à Saúde, especialmente a partir de 2019 com a publicação de volumes temáticos sobre segurança do paciente em revistas da área de Enfermagem, o que se configura como potencialidade para a continuidade do ensino dessa temática na Residência em Saúde da Família, e, nos demais níveis de formação profissional.

## DISCUSSÃO

O crescente debate sobre o cuidado seguro e a qualidade dos serviços de saúde evidencia a Segurança do paciente e qual a margem aceitável de práticas inseguras e que coloquem em risco tanto trabalhadores como usuários dos serviços de saúde.

Na perspectiva histórica, o erro foi reconhecido como humano com a constatação de que grande parte deles seria evitável se medidas fossem tomadas para a sua mitigação. Isso evidenciou a necessidade de mudança de visão acerca do medo da punição para a responsabilização de todos os envolvidos, e, o conceito de segurança do paciente preconizava que o cuidado fosse prestado com o menor dano possível.

Em 2019, a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, dentre outras questões, reconheceu que incutir uma cultura de segurança, uma abordagem centrada no paciente e melhorar e garantir a segurança do paciente requer capacitação, liderança forte, sistêmica e sistemáticas abordagens, recursos humanos adequados, dados robustos, compartilhamento de melhores práticas, aprendizagem mútua, confiança e responsabilidade<sup>(15)</sup>.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 preconiza a eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde e estabelece para sua consecução princípios orientadores, a saber: 1) envolver

os pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros, 2) atingir resultados por meio do trabalho colaborativo, 3) analisar e compartilhar dados para gerar aprendizado, 4) traduzir as evidências em melhorias viáveis e mensuráveis, 5) políticas e ações de base na natureza do ambiente de cuidado, 6) use conhecimentos científicos e experiência do paciente para melhorar a segurança, e, 7) disseminar uma cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde<sup>(3)</sup>.

Os objetivos estratégicos definidos no Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente podem ser alcançados por 35 estratégias e contemplam: 1. eliminar danos evitáveis na assistência à saúde, 2. criar sistemas de saúde de alta confiabilidade para proteção dos pacientes, 3. garantir a segurança dos processos clínicos, 4. envolver e capacitar o paciente e família para o cuidado seguro, 5. inspirar e educar o trabalhador de saúde para a entrega de cuidados seguros, 6. garantir um fluxo constante de informação e conhecimento para dirigir a mitigação do risco, a redução nos níveis de dano evitável, e melhorias no segurança do cuidado, e, 7. Desenvolver e manter sinergia, parceria e solidariedade entre setores<sup>(3)</sup>.

A compreensão de quais valores, crenças, padrões, atitudes e comportamentos relacionados à segurança devem ser apoiados e esperados definem a cultura de segurança do paciente. Organizações de saúde com uma forte cultura de segurança estimam a boa comunicação entre todos os envolvidos no cuidado, a confiança e empoderamento do paciente e a avaliação das estratégias para o cuidado seguro e os resultados obtidos. Nesse conceito, está imbricada a necessidade de substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde<sup>(4,16-18)</sup>.

Quando estimulada desde os processos de formação, tal perspectiva associada à compreensão acerca dos tipos de eventos adversos, as causas, consequências e fatores contribuintes favorecem a prevenção do erro na área da saúde<sup>(7)</sup>. Contudo, a experiência vivenciada pelas docentes demonstra que poucos são os residentes que mencionam conhecer ou ter estudado sobre Segurança do Paciente previamente, o que coaduna com pesquisa descritiva e transversal<sup>(19)</sup>, que apresenta dados quantitativos sobre o conhecimento de 78 residentes (n=113) multiprofissionais da área da saúde de uma universidade pública do interior do Paraná.

Os residentes investigados eram jovens (41 participantes de 24 a 27 anos, representando 52,5%), o que sugere que a graduação havia sido recentemente concluída, e por conseguinte, contato recente com os conteúdos acerca da segurança do paciente. Contudo, a positividade mínima foi alcançada somente em metade dos itens avaliados, considerando o conhecimento limiar, e, dentre as profissões dos residentes, somente a enfermagem obteve o padrão estabelecido de acertos<sup>(19)</sup>.

Nesse sentido, a educação interprofissional e a prática colaborativa são fortemente recomendáveis, visto serem reconhecidas mundialmente como um caminho para a melhoria da qualidade do cuidado, para o fortalecimento da saúde da comunidade, redução de custos e melhoria da experiência de trabalho dos profissionais<sup>(20)</sup>.

Concorda-se que a residência se configura uma fase de formação profissional e pode se constituir suporte para a incorporação de cultura favorável para a segurança, a partir do desenvolvimento de saberes científicos, clínicos e assistenciais<sup>(19)</sup>. Para tanto, em consonância com a recomendação nacional, deve-se oportunizar aos residentes conteúdos que valorizem a prática e a segurança do paciente.

Tal afirmação toma vulto na APS, pois a prática clínica é generalista, voltada tanto às demandas simples como às de manejo complexo, o que gera visão estereotipada e simplista<sup>(5)</sup>. Oficinas de tutoria na Planificação da Atenção à Saúde que envolveu 344 profissionais (Enfermeiro, Auxiliar Administrativo, Agente Comunitário de Saúde, Psicólogo, Médico, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Farmacêutico, Dentista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Auxiliar de Saúde Bucal, Educador Físico, Biólogo Sanitarista, Terapeuta Ocupacional) no município de Uberlândia-MG, evidenciaram que a implantação de cultura de segurança na APS emerge do planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)<sup>(5)</sup>. Nessa perspectiva, é preciso reconhecer que o cuidado fragmentado desfavorece a continuidade do tratamento, e, por conseguinte, aumenta o risco de erros e omissões, com impactos à qualidade da atenção prestada.

Dessa forma, apreende-se que o ensino da segurança do paciente relatado nesta experiência docente contempla o exposto pelo termo 'Prática Interprofissional Colaborativa' (PIC), a qual manifesta a colaboração interprofissional na prática de profissionais com diferentes experiências, que atuam pautados na integralidade, de modo a envolver paciente e famílias, cuidadores, comunidade almejando a qualidade da atenção à saúde<sup>(8)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do relato desta experiência docente, para a concepção da disciplina na abordagem interprofissional, inicialmente as docentes foram desafiadas a extrapolar a formação em Enfermagem para compreenderem o ensino sobre a segurança do paciente nas diferentes áreas de conhecimento e atuação da área da saúde.

Nessa perspectiva, destaca-se que a interprofissionalidade caminha a passos lentos, assim como a percepção dos profissionais acerca da interdisciplinaridade do cuidado em saúde. Na perspectiva discente, compreender o cuidado ao usuário do serviço de saúde em sua integralidade, e a presença do erro e dos eventos adversos como risco potencial à prática profissional gera angústias, as quais podem fomentar a responsabilidade civil e ética, e por conseguinte, a preocupação em explorar o conhecimento sobre a segurança do paciente.

Em relação à matriz curricular dos programas de residência, considera-se que o ensino da segurança do paciente deve permear o currículo e não se restringir a uma disciplina. Isso requer a definição pedagógica embasada na perspectiva do cuidado seguro e, especialmente da cultura justa, não somente na concepção do projeto pedagógico de curso, mas transversalmente, em todos os conteúdos abordados.

Nesse sentido, estimula-se que a abordagem interprofissional para o ensino da segurança do paciente em Programas de Residência Multiprofissional seja explorada, no intuito de modificar a interação entre os profissionais para a prestação da assistência à saúde, com vistas ao alcance do cuidado seguro, ético, de qualidade, inserido numa cultura justa.

## REFERÊNCIAS

1. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewall P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*[Internet]. 2009[cited 2022 Sep 15];21(1):18-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19147597/>
2. Mesquita CO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev Cogitare Enferm*[Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 15];21(2):01-08. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>
3. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021[cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
4. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Anvisa). Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União 1 de abril 2013[cited 2022 Sep 15]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
5. André CU, Silva AR, Lopes LT, Santos EF, Evangelista MJ, Faria EC. Núcleo de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: a transversalidade do cuidado seguro. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):175-80. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5234>
6. National Steering Committee For Patient Safety. Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety [Internet]. Boston: Institute for Healthcare Improvement. Boston: National Steering Committee for Patient Safety; 2020[cited 2022 Sep 15]. Available from: [www.ihc.org/SafetyActionPlan](http://www.ihc.org/SafetyActionPlan)
7. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e20160068. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
8. Diniz ALTM, Melo RHV, Vilar RLA. Análise de uma Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família. *Rev Ciênc Plural*. 2021;7(3):137-5. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23953>

9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. 64p.
10. Patient Safety Movement Foundation. Solução Prática para Segurança do Paciente 1: cultura de segurança [Internet]. EUA: PSMF; 2020[cited 2022 Sep 15]. 16 p. Available from: <https://patientsafetymovement.org/wp-content/uploads/2016/02/APSS-1-Culture-of-Safety-Portuguese.pdf>
11. Bernardo MS, Fabrizzio GC, Souza ML, Santos TO, Andrade SR. Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190635. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>
12. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl. 2):1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
13. Universidade Federal do Paraná. Residência Multiprofissional em Saúde da Família [Internet]. 2022[cited 2022 Sep 15]. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/saudecoletiva/residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia/>.
14. Timm M, Rodrigues MC. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):6-37. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
15. World Health Organization (WHO). World Health Assembly, 72. Global action on patient safety [Internet]. Geneva; World Health Organization; 2019[cited 2022 Sep 15]. 5 p. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)
16. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Clima e cultura organizacional. *Rev Anual Psicol.* 2013;64:361-88. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
17. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Maifussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(5):755-63. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>
18. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018;1;30(9):660-77. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
19. Oliveira JL, Silva SV, Santos PR, Matsuda LM, Tonini NS, Nicola AL. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. *Einstein.* 2017;15(1):50-7. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3871>
20. Khalili H, Thistlethwaite J, El-Awaisi A, Pfeifl A, Gilbert J, Lising D, et al. Orientación para la investigación global sobre educación interprofesional y práctica colaborativa: documento de trabajo. Publicación conjunta de Interprofessional Research Global e Interprofessional Global; 2019. 48 p.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c10>

# O CAMINHO SE FAZ AO CAMINHAR: A IMPORTÂNCIA DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**Giselle Alves da Silva Teixeira<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6245-302X

**Silvana Lima Vieira<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-9663-3691

**Ednir Assis Souza<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-5845-6527

**Jane Mary de Medeiros Guimarães<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-9538-2675

**Edilson da Silva Pereira Filho<sup>IV</sup>**

ORCID: 0000-0002-3052-1988

<sup>I</sup>Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade do Estado da Bahia- Campus I.  
Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal do Sul da Bahia.  
Porto Seguro, Bahia, Brasil.

<sup>IV</sup>Faculdade Irecê.  
Irecê, Bahia, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Giselle Alves da Silva Teixeira

E-mail: [contato@giselleteixeira.com.br](mailto:contato@giselleteixeira.com.br)



## Como citar:

Teixeira GAS, Vieira SL, Souza EA, et al. O caminho se faz ao caminhar: a importância do preceptor na residência multiprofissional em saúde. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 76-81 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c10>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação em nível de pós-graduação *latu sensu* que tem como característica sua realização por meio do trabalho em serviços de saúde e na comunidade. Traz como princípio a formação em e pelo serviço, articulando teoria e prática, ensino e serviço, provocando inquietações nos profissionais que ali estão no exercício da profissão, nos que estão em formação e nos mediadores do processo ensino-aprendizagem – os chamados preceptores.

No Brasil, a primeira experiência com RMS aconteceu em 1978, implantada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em São José do Murialdo. Esta residência tinha como objetivo formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública. Foi pensada inicialmente, em 1976, como uma residência médica e, dois anos depois, se tornou multiprofissional<sup>(1)</sup>.

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, provocou uma mudança nos modelos assistenciais de modo a atender seus princípios e diretrizes estruturantes, demandando, portanto, uma mudança no perfil dos trabalhadores em saúde.

A criação e expansão do então Programa de Saúde da Família, em 1994, levou o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a discutir a criação de um modelo de Residência Multiprofissional, que preservasse as especificidades de cada profissão, mas que tivesse uma área em comum com vistas à promoção da saúde, à integralidade da atenção e ao acolhimento. Assim, em 2002, o ministério financiou a criação de 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com formatos diversificados, porém, com a perspectiva de trabalhar com todas as profissões da saúde<sup>(1,2)</sup>.

A partir desse contexto, diversos dispositivos legais foram publicados a fim de regulamentar a criação e a operacionalização dos Programas de Residência Multiprofissional



e em Área Profissional da Saúde. Merece destaque a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em 2005, que tem sua organização e funcionamento compartilhados entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde vêm atender a necessidade de formar e qualificar profissionais de saúde para o SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas. São, portanto, cooperações intersetoriais que têm como objetivo primordial favorecer a inserção de jovens profissionais da saúde no mundo do trabalho, especialmente, nas áreas prioritárias do SUS. De acordo com a Resolução n.2/2012 da CNRMS, podem se inserir nessa proposta as seguintes profissões da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. <sup>(1,3)</sup>

Os programas de residência são desenvolvidos com uma carga horária de 60h semanais, com duração mínima de dois anos, e apresentam variados desenhos metodológicos de ensino-aprendizagem. Entretanto, recomenda-se que as estratégias pedagógicas sejam capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerários de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, tendo a educação permanente como eixo pedagógico. <sup>(3)</sup>

O processo de ensino-aprendizagem nos programas de residência ocorre por meio da prática no trabalho, da experiência e da convivência. Envolve a participação ativa de docentes, tutores, preceptores e de profissionais da saúde residentes. Nessa modalidade de formação, o residente em saúde já é um profissional graduado, com experiências advindas da sua vida pessoal e acadêmica, trazendo consigo saberes e práticas a serem complementados, refinados, compartilhados e aprimorados com os preceptores e outros profissionais do serviço.

Neste cenário, o preceptor é o profissional que recebe a tarefa de acompanhar o residente no seu aprendizado e desenvolvimento das atividades de cuidado no cotidiano dos serviços, sendo, portanto, seu instrutor ao longo da residência. Da figura do preceptor exigem-se competências, atitudes e habilidades específicas que conduzam e estimulem o profissional em formação.

Frente a estas considerações, discutimos neste capítulo, a importância do preceptor no processo ensino-aprendizagem nos Programas de Residência Multiprofissional, e em Área Profissional da Saúde, e os desafios contemporâneos que se colocam no exercício da preceptoria.

## **CAMINHANDO JUNTOS: O PAPEL DO PRECEPTOR NA TRAJETÓRIA DO RESIDENTE**

Koerich e Erdman apontam um movimento na formação do profissional da saúde, descolando a formação do “aprender a fazer” para o “aprender a aprender”. Nesse panorama, o novo paradigma da educação em saúde requer um perfil profissional problematizador, reflexivo, ativo e transformador de sua realidade, assim como, ciente de que o aprendizado se dá de forma contínua. Demanda-se uma íntima relação entre o trabalho e a educação de modo a estabelecer uma relação dialética de ensino-aprendizagem para a prática e vice-versa, ou seja, de uma prática para o ensino-aprendizagem, o que virá a preparar o profissional para a complexidade do mundo do conhecimento. <sup>(4)</sup>

Nesta direção, em 2004, com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foi proposto que a capacitação do pessoal da saúde estivesse estruturada a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Formar profissionais com autonomia, senso crítico e percepção aguçada das reais necessidades dos usuários requer a inserção dos estudantes nos serviços, o mais cedo possível, a partir da mediação entre professores e profissionais do serviço. <sup>(5)</sup>

Profissionais do serviço, com vivência prática e habilidades pedagógicas, podem assumir o papel de preceptores de estudantes de saúde, sejam eles de graduação ou de pós-graduação, e atuar ativamente na

formação de novos profissionais. Etimologicamente, a palavra “preceptor” vem do latim *praeceptor* – aquele que dá preceitos ou instruções. Surge originalmente na designação de mestres das ordens militares e depois passa a ser usada para designar aquele que guia, orienta, instrui, educa. Nesse sentido, o preceptor em saúde atua como um guia, orientador e estimulador do raciocínio e postura ética do estudante. É ele quem ajuda o estudante a atingir seus objetivos, auxiliando o processo de aprendizado com foco na prática.<sup>(6)</sup>

O preceptor é o mediador entre a teoria e a prática, entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho.<sup>7</sup> Tem papel relevante na condução do processo de ensino-aprendizagem, pois é ele quem orienta, direciona o estudante na sua formação e compartilha as experiências. É um facilitador do processo de aprendizagem do aluno, de forma que ele possa desenvolver suas competências teórico-metodológicas para a prática da profissão.<sup>(6)</sup>

Nos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, a preceptoría é definida como o exercício da supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolvem os programas, desempenhada por profissional que esteja vinculado à instituição formadora ou executora, com titulação mínima de especialista e experiência mínima de três anos na área de concentração do programa. Para a residência, em qualquer uma das modalidades, o preceptor deverá ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão.<sup>(6)</sup>

São atribuições dos preceptores de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, descritas na **Resolução n.2/2012 da CNRMS:**<sup>(3)</sup>

- Exercer a função de orientador de referência para o residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- Orientar e acompanhar, com suporte do tutor, o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente;
- Elaborar as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- Facilitar a integração do residente com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- Participar, junto com o residente e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- Identificar dificuldades e problemas de qualificação do residente relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico do programa, encaminhando-as ao tutor quando se fizer necessário;
- Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo residente sob sua supervisão;
- Proceder, em conjunto com tutor, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- Participar da avaliação da implementação do projeto pedagógico do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

O preceptor é o profissional que recebe a tarefa de acompanhar o residente no seu aprendizado e desenvolvimento das atividades de cuidado e deve estar preparado para articular educação e serviço, uma vez que 80% da carga horária da residência é dedicada às atividades práticas.<sup>(3,7)</sup> Exerce, portanto, o papel de educador, estabelecendo uma relação de diálogo, ensino e aprendizado, pois participa efetivamente do processo educativo e de formação do residente numa extensa carga horária que promove, muitas vezes, vínculo e proximidade entre as partes.

É um mediador no processo de aprendizagem e, para isso, precisa mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir tal processo, pois não basta apenas dominar o conhecimento especializado do conteúdo ou uma prática, é preciso saber ensinar de forma a ser compreendido.<sup>8</sup> Além disso, é necessário compreender como esse conhecimento se transforma para formar um novo conhecimento aplicado na teoria e na prática.<sup>(9)</sup>

O preceptor media os aspectos teóricos e práticos da formação, por meio de sua prática clínica, levantando problemas e instigando a busca de explicações. Esse preceptor precisa dispor de um repertório que o ajude a tornar o conhecimento acessível ao profissional-aprendiz – o residente – e promover uma práxis em saúde que mobilize a um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo

Fica claro, portanto, que o preceptor é fundamental e corresponsável na formação de profissionais com olhares e práticas diversas e necessárias aos serviços e ao SUS. Ele é o profissional que se encontra na prática, e o seu compromisso vai além do cuidado ao usuário. Ao mediar o processo de formação do residente, compartilha com este a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento. Nesse processo ele também aprende, pois ninguém educa ninguém ou educa a si mesmo; as pessoas se educam nas relações estabelecidas entre si e com o mundo.<sup>(10)</sup>

## AS PEDRAS NO CAMINHO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA PRECEPTORIA

Entendemos que a contribuição mais importante da preceptoria é o suporte pedagógico dado aos estudantes no processo de desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao trabalho em saúde. Nesse sentido, a participação do profissional de serviço no processo ensino-aprendizagem tem como objetivo aproximar a formação teórica do cenário cotidiano das práticas em direção ao alcance da integração ensino e serviço, compreendida, neste capítulo,

por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.<sup>(11)</sup>

Porém, o horizonte da integração ensino-serviço não parece muito preciso, apesar de toda a normatização sobre o tema, os desafios para o trabalho de preceptoria, na perspectiva integrativa do binômio ensino e serviço, se estabelecem em alguns aspectos.

O primeiro, diz respeito à cultura institucional de provimento e dimensionamento de preceptores em toda a rede de atenção à saúde, bem como nos serviços ofertados nessa rede, ou seja, nas unidades produtoras do cuidado em saúde, inclusive com a adoção e desenvolvimento de uma política de gestão de pessoas que seduza os profissionais a atuarem como preceptores, com estratégias de estímulo e valorização ao trabalho de preceptoria e dos preceptores, possibilitando um melhor desempenho desses profissionais no aspecto técnico-educacional e nas relações com os discentes.

Nessa toada, autores afirmam que não há uma estratégia clara de seleção/escolha para aquele que será o preceptor, apenas critérios internos estabelecidos pelos programas que elegem aquele profissional da prática que se encontra clinicamente mais ativo para se ocupar do processo de ensino-aprendizagem do profissional novato, que, embora livre para dirigir sua aprendizagem, se espelha nas habilidades e competência do profissional mais experiente.<sup>6</sup> Ainda que muitos programas busquem capacitar seus preceptores, parece não haver uma formação oficial nem uma política de gestão de pessoas que favoreça esse exercício.

Outro aspecto consiste na necessidade de desenvolver identidade própria e competências pedagógicas para a prática de preceptoria, considerando a falta de consenso sobre a definição do papel do preceptor e os processos formativos em curso nas diversas profissões do campo da saúde, os quais pouco ou nunca contemplam a temática Pedagogia de modo a superar algumas práticas de cunho educativo/normativo em saúde para adquirir êxito no desenvolvimento das atividades de preceptoria.

É fundamental que os profissionais que exercem preceptoria se identifiquem como tal. O preceptor, muitas vezes confundido com o tutor, orientador, professor, se queixa de que não sabe qual é o seu papel, fato que interfere na dinâmica pedagógica e na relação com os discentes. Ao adotarmos a definição de que o preceptor é o profissional que se encontra na prática, porém o seu compromisso vai além do cuidado ao usuário, englobamos a formação no escopo de suas práticas, ao tempo em que nos deparamos, mesmo em documentos oficiais brasileiros, com a ausência de clareza das funções ligadas à formação.<sup>(6)</sup>

Contudo, subentende-se a competência técnica requerida, mediada pela habilidade pedagógica, duas características a serem alcançadas e aperfeiçoadas em processos, ou seja, ao longo do tempo no qual é desenvolvido esse trabalho, fato que requer empreendimento de esforços no sentido de propiciar e apoiar processos formativos permanentes de preceptores. Há de se considerar, entretanto, a predominância de relações de trabalho temporárias inclusive no setor saúde, onde o paradoxo se instala.

Outra questão se refere aos requisitos pessoais mais subjetivos. Espera-se que os preceptores tenham perfil pautado na ética, no pensamento crítico, reflexivo, humanista, e que sejam capacitados a formar profissionais em serviço, com visão crítica do seu papel social como educador, tarefa complexa em tempos de “modernidade líquida”.<sup>(12)</sup>

Para Bauman<sup>12</sup>, as inúmeras esferas da sociedade contemporânea, incluindo os relacionamentos humanos, passam por transformações cujas consequências rasgam o tecido social. Ou seja, na modernidade líquida, é tempo do desapego, provisoriedade e do processo da individualização; tempo de liberdade ao mesmo tempo em que é o da insegurança.

No Brasil de agora, a incitação indireta à violência, o desrespeito pelas mulheres, etnias, minorias, indígenas e pelo meio ambiente são amplamente conhecidos. Especificamente no campo da saúde, vivemos o acirramento da disputa de interesses mercantilistas e mercadológicos que atravessam as distintas perspectivas de atuação discente. Trata-se aqui da necessária adoção de postura, por parte do preceptor, que se traduza em ações representativas da resistência cotidiana às tentativas de transformação do direito em saúde em mercadoria. O Brasil enfrenta questões perenes de desigualdade, pobreza e de corrupção que continuam prejudicando os brasileiros e sua saúde.

Também há de se considerar, nessa seara complexa, as condições objetivas de trabalho. A inserção de estudantes nos serviços de saúde está condicionada a uma análise criteriosa das condições de trabalho que esses serviços oferecem e em que medida essas condições contribuem para a formação. A saúde no Brasil requer uma atenção especial voltada às condições de precarização dos ambientes de trabalho, deficiências na estrutura física dos serviços e na manutenção de insumos e equipamentos, notadamente nos serviços públicos, onde se dá a diversidade de casos clínicos e oportunidades de condutas e onde se desenvolve a maior parte dos programas de residência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto das residências em saúde, precisamos pensar a preceptoria repensando a prática e o ensino. É necessária maior aproximação entre o campo da prática e da teoria, em que todos (técnicos, preceptores, tutores ou docentes) constituam uma equipe integrada na formação do profissional para o SUS. Inúmeros são os desafios e não temos a intenção de esgotar essa discussão, mas problematizar e provocar reflexões sobre a temática se constitui em um dos primeiros passos para sua transformação. Avançar no fazer da preceptoria como prática educativa requer romper paradigmas para construir caminhos que viabilizem maior integração entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2. Santos IG, Batista NA, Devincenzi MU. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(53):349-60 <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0330>
3. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde, 2012.
4. Koerich MS, Erdmann, AL. Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2003[cited 2022 Sep 10];12(4):528-37. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-460547>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018
6. Botti SO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):363-73. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
7. Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):161-5 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>
8. Shulman LS. Those who understand: knowledge growth in teaching. *Educ Res*. 1986;15(2):4-14.
9. Almeida PCA, Davis CLF, Calil AMGC, Vilalva AM. Shulman's theoretical categories: na integrative review in the field of teacher education. *Cad Pesqui*. 2019;49(174):130-49. <https://doi.org/10.1590/198053146654>
10. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 56. ed. 2018. 143p.
11. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):356-62. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>
12. Bauman Z. *Modernidade líquida*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2001.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c11>

# ESTRESSE LABORAL E SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

**Douglas de Souza e Silva** <sup>I</sup>

ORCID: 0000-0003-4476-7767

**Paula Silva Peixoto** <sup>II</sup>

ORCID: 0000-0001-6938-571X

**Asláni Tainã de Souza Veloso** <sup>II</sup>

ORCID: 0000-0001-5189-6028

<sup>I</sup> Universidade do Estado da Bahia. UNIFTC. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup> Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Douglas de Souza e Silva  
E-mail: douglassilva@uneb.br



## Como citar:

Silva DS, Peixoto OS, Veloso ATS. Estresse laboral e síndrome de *burnout* em profissionais residentes multiprofissionais em saúde: uma revisão narrativa. Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 82-7 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18>

Revisora: Silvana Lima Vieira.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

No processo da formação profissional quer seja nos cursos de graduação ou nos programas de pós-graduação em saúde, há situações que podem ser avaliadas como estressoras. Os profissionais da área da saúde, por prestarem cuidados de saúde diretos a outras pessoas, estão susceptíveis a uma variedade de fatores estressores, neste sentido podem ser considerados como um grupo acometido pelo estresse ocupacional <sup>(1)</sup>.

Nos diversos níveis de formação continuada, destacamos as residências multiprofissionais em saúde, essas que foram instituídas pelo Ministério da Saúde e têm sido uma importante estratégia para a qualificação e formação de profissionais, para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem o objetivo de formar profissionais de saúde, não médicos, oferecendo titulação em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-se como estratégia de ensino-aprendizado atrelado à formação em serviço <sup>(2)</sup>.

Os residentes das áreas de saúde são submetidos a riscos e a alto grau de estresse devido às longas jornadas de trabalho. Autores mencionam que os residentes enfrentam diversos desafios para conquistar confiança e credibilidade de pacientes, familiares e equipe. Estas situações desafiadoras levam a sensações de tensão, ansiedade e medo, que podem ser avaliadas como estressoras e interferirem diretamente na qualidade de vida <sup>(3)</sup>.

No contexto dos residentes em saúde, verifica-se que o estresse se torna inerente ao labor. As rotinas semanais assistenciais, jornada de trabalho exaustiva com carga horária de 60 horas semanais, relações interpessoais com supervisores, preceptores e tutores, rotinas de estudos necessários para a formação na área de atuação, são alguns indicadores de possível acometimento de estresse laboral <sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, o estresse pode associar-se às responsabilidades profissionais, tratamento de pacientes graves, administração de situações problemáticas, gerenciamento



do volume de conhecimento e estabelecimento dos limites de sua identidade pessoal e profissional. Além disso, pode haver privação do sono e as características individuais e situações pessoais, como gênero, aspectos da personalidade e vulnerabilidades psicológicas <sup>(4)</sup>.

O estresse pode ser visualizado como um estado produzido por uma alteração no ambiente, sendo esta percebida como desafiadora ou ameaçadora. A resposta fisiológica a um estressor, seja ele físico ou psicológico, é um mecanismo de proteção para manter o equilíbrio do organismo. A duração e a intensidade do estresse podem provocar efeitos de curto ou de longo prazo, até resultar em um processo patológico, como exemplo a Síndrome de *Burnout*, decorrente da cronificação do estresse laboral, no qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, apresentando sinais de indiferença/irritabilidade e baixa realização pessoal <sup>(5)</sup>.

Mediante as consequências do estresse e de suas repercussões como a Síndrome de *Burnout* no contexto da saúde ocupacional nos profissionais residentes multiprofissionais em saúde, estudos sobre a temática em questão são pertinentes, visto que o trabalho é algo fundamental na existência humana, todavia, pode induzir ao adoecimento.

O objetivo desse estudo foi de revisar os dados da literatura acerca do Estresse Ocupacional e da Síndrome de *Burnout* em profissionais residentes multiprofissionais em saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa da literatura, que versa em analisar as publicações já existentes referentes ao tema selecionado, apropriada para discutir o estado da arte de um determinado assunto. As revisões narrativas são consideradas publicações amplas, não sistemáticas que buscam discutir o desenvolvimento de determinado assunto sob um ponto de vista teórico ou conceitual, sem estabelecer uma metodologia rigorosa <sup>(6)</sup>.

Para a seleção das publicações, não se impôs corte temporal e as buscas foram feitas com base nas línguas portuguesa e inglesa, no período de janeiro a fevereiro de 2022. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, de forma isolada ou combinada: Estresse ocupacional; Esgotamento Profissional; Educação de Pós-graduação; Internato e Residência, nas seguintes bases de dados on-line: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Google Acadêmico.

Após o levantamento inicial, buscaram-se expressões utilizadas no título ou palavras-chave dos estudos, ou em seu resumo ter informações sobre o tema. Foram excluídas dissertações e teses. Posteriormente foi realizada a leitura dos artigos, analisados criticamente para escrita dessa revisão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### SÍNDROME DA ADAPTAÇÃO GERAL

Na atualidade, o trabalho passou a ser um fator propício para o estresse ocupacional, que se refere aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do trabalhador e que excedem sua habilidade de enfrentamento <sup>(7)</sup>.

Conceitua-se o estresse como um desequilíbrio entre a demanda de uma situação que coloca em risco o bem-estar do sujeito, e a sua percepção acerca de suas habilidades para lidar com essa situação, vista como ameaçadora ou desafiadora. Nesta perspectiva, o estresse ou estímulo desencadeador do mesmo, surge do relacionamento entre o indivíduo e o ambiente em que está inserido. O estresse envolve percepção, integração, resposta e adaptação a eventos aversivos, ameaçadores ou desafiadores <sup>(7)</sup>.

Murta e Tróccoli <sup>(8)</sup> enfatizam que os estressores ocupacionais estão frequentemente ligados à organização do trabalho, como pressão para produtividade, condições desfavoráveis à segurança no trabalho, indisponibilidade de treinamento e orientação, relação abusiva entre supervisores e subordinados, controle inadequado

sobre trabalho e descanso. Estas circunstâncias impõem ao trabalhador uma alta demanda a ser enfrentada. Caso ele apresente um déficit no enfrentamento, será, então, desencadeado o estresse ocupacional.

A literatura descreve a Síndrome de Adaptação Geral (SAG), também chamada de Estresse Biológico, proposta por Hans Selye em 1936. Dividida em três fases e conceituada como uma resposta de defesa fisiológica a qualquer estímulo. As fases são reações progressivas ao fator estressor, sendo elas <sup>(9)</sup>:

- I. Fase de Alarme: consciente ou não, é iniciada no instante em que se entra em contato com o estressor, considerada como reação básica de defesa do organismo. Neste momento o sistema nervoso simpático libera adrenalina e noradrenalina na corrente sanguínea, produzindo sintomas como taquicardia, sudorese, cefaleia, aumento da pressão arterial e da frequência respiratória, irritabilidade, fadiga, tensão muscular, sensação de esgotamento e alterações gastrintestinais no intuito de preparar o organismo para situações de luta ou fuga. Normalmente o indivíduo sai dessa fase naturalmente, assim que o estímulo estressor é cessado, entretanto quando isso não ocorre, inicia-se uma nova fase <sup>(9)</sup>.
- II. Fase de Resistência: nesta fase, o objetivo é a adaptação e sobrevivência, onde o organismo acostuma-se ao estressor, aqui a resposta nervosa tende a ser substituída pela resposta hormonal, desencadeada pela ação do hormônio glicocorticóide vindo da glândula adrenal, a partir de estímulos vindos da hipófise e do hipotálamo. Os sintomas aqui se apresentam com menos intensidade, sendo a ansiedade, o isolamento social, o nervosismo, mudança no apetite e o medo frequente <sup>(9)</sup>.
- III. Fase de Exaustão ou Esgotamento: os estressores permanecem e sintomas aqui são semelhantes aos da fase de alarme, porém muito mais acentuados. Os mecanismos adaptativos começam a falhar, levando ao surgimento de doenças, principalmente, gastrointestinais, cardíacas, respiratórias, depressão e a Síndrome de *Burnout* <sup>(9)</sup>.

Fica evidente na literatura, que em sua gênese, o estresse é percebido como algo benéfico ao organismo, visto que prepara o corpo para enfrentamento de situações vistas como ameaçadoras. O gerenciamento do estresse faz toda diferença nesse processo, pois a sua cronificação leva ao processo inverso, de algo benéfico à sobrevivência, para o surgimento de doenças atreladas, com destaque para a Síndrome de *Burnout*, presente no contexto do trabalho.

## ESTRESSE E *BURNOUT* NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

No estudo realizado por Silva e Moreira <sup>(9)</sup> que utilizou o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos (ISSL), avaliou sintomas de estresse em residentes multiprofissionais, e demonstrou que a maioria dos pesquisados apresentavam nível de estresse considerado não saudável (96,2%), dos quais, 72% estavam na fase de resistência e 28% estavam na fase de quase exaustão. Foram demonstrados também, sintomas psicológicos como cansaço excessivo, sentimento de fuga, angústia, ansiedade e dúvida quanto a si próprio, sendo sugestivos de alto sofrimento psíquico e outros problemas de saúde.

Em outro estudo, que também utilizou o ISSL, revelou resultados semelhantes, onde 85% dos residentes que tinham sinal de estresse apresentavam-se no estágio de resistência, considerado pré-patológico; 94% dos mesmos apresentavam sintomas psicológicos. O estudo também avaliou a relação do estresse, com a qualidade de vida dos residentes, demonstrando que os residentes com sinal de estresse possuíam qualidade de vida inferior aos que não possuíam sinal, em todos os domínios estudados, com destaque para o psicológico, físico, meio ambiente e qualidade de vida global. O estudo ainda reconhece o estresse como propulsor do adoecimento e redutor da qualidade de vida dos residentes <sup>(10)</sup>.

Atrelado ao estresse ocupacional surge a Síndrome de *Burnout*, síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho. *Burnout* foi o termo utilizado, primeiramente em 1974, por Freudenberg, que o descreveu como sendo um sentimento de fracasso e exaustão causados por um excessivo

desgaste de energia e de recursos. Ele criou a expressão *staff burnout* para descrever a síndrome, composta por exaustão, despersonalização e redução da realização profissional, que acomete trabalhadores da saúde como consequência a uma resposta ao estresse crônico relacionado ao trabalho <sup>(11)</sup>.

Estudos sobre o *Burnout* se desenvolveram de forma significativa nos últimos anos. Por meados da década de 1980, o *Burnout* foi descrito como uma combinação das dimensões de Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Reduzida Realização Pessoal/Profissional (RRP), causada pelo estresse crônico. O instrumento mais utilizado para verificar os indícios da Síndrome de *Burnout* é *Maslach Burnout Inventory* (MBI - 1986), criado por Cristina Maslach. Este instrumento possui 22 itens que exploram aspectos do nível da EE, DP e RRP <sup>(12)</sup>.

Autores destacam que na EE, o trabalhador acometido apresenta sentimentos de exaustão física, mental e emocional. Na DP, há diminuição da demonstração de sentimentos, levando a um relacionamento interpessoal frio. No tocante da RRP, o profissional acometido apresenta sentimentos de insucesso, insuficiência e redução da autoestima. Logo, a síndrome em questão promove repercussões negativas no contexto laboral, visto que há queda na produtividade, presenteísmo, absenteísmo, o maior risco de acidentes de trabalho, afastamentos e ao surgimento de doenças e condições cardiometabólicas <sup>(12,13)</sup>. Além desses fatores mencionados, há espaço para por em risco a segurança do paciente, visto que o profissional acometido pode vir a ter mais possibilidades de erros voltados a sua assistência.

No estudo de Silva *et al.* <sup>(14)</sup>, que teve como objetivo avaliar a ocorrência Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais, apontou que 93,7% dos pesquisados, consideravam a residência estressantes. A maioria deles relatavam sintomas físicos; 76,2% referiram dores nas costas; 73% referiram dores de cabeça; 54% problemas digestivos; 60,3% não dispunham de hábitos alimentares salváveis. Os participantes do estudo demonstraram altos níveis nas três dimensões do *burnout*, alertando para o risco de desenvolvimento da síndrome. 82,5% apresentaram nível alto de exaustão emocional; 88,8% nível alto na reduzida realização profissional; e 55,5% pontuaram nível moderado de despersonalização.

O aparecimento da exaustão, insônia, cefaleia, fadiga crônica, tensão muscular, problemas cardiovasculares, depressão, ansiedade, aumento do consumo de tranquilizantes e antidepressivos, sentimentos de desvalia dos trabalhadores, absenteísmo, rotatividade de pessoal, resultados organizacionais negativos e baixos níveis de comprometimento no trabalho, são achados comuns relacionados à síndrome <sup>(15)</sup>.

Estudo que objetivou analisar o *Burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade do sul do Brasil demonstrou que 37,84% dos residentes apresentaram alta exaustão emocional; 43,24%, alta despersonalização; e 48,65%, baixa realização profissional. Na associação dos domínios, verificou-se que 27% apresentaram indicativo para Síndrome de *Burnout*. Assim, concluiu que os profissionais estudados estão expostos aos estressores da profissão e da formação, o que pode favorecer a ocorrência da síndrome <sup>(4)</sup>.

De acordo com a literatura, muitos são os fatores considerados estressores na residência. Destacam-se: A sobrecarga de trabalho/estágio; a falta de articulação entre teoria e prática que causa experiências negativas durante o cotidiano do ensino em serviço; Dificuldade de reconhecimento da equipe do local de trabalho/estágio dos residentes; o despreparo da preceptoria, levando a compreensão de “mão de obra barata”, visto que os residentes são acompanhados por preceptores, muitos desses funcionários do local de atuação do residente <sup>(9,16)</sup>.

Nesta conjuntura destaca-se que a residência em saúde é uma experiência profissional considerada desgastante. Os residentes em saúde, especialmente os de enfermagem apresentam manifestações relacionadas às condições de trabalho durante o período de treinamento profissional. Destacam-se as à insatisfação quanto à substituição de funcionários, desvio de função, esgotamento físico, mental/ emocional, e pouco tempo para o lazer <sup>(17)</sup>.

A baixa idade pode ser considerada um fator relevante no surgimento do estresse, uma vez que residentes mais novos e inexperientes no quesito profissional apresentam maiores níveis de estresse, além do grau de flexibilidade e de liberdade reduzidos em seu trabalho <sup>(17)</sup>.

Percebe-se que a variável idade é algo de destaque nos residentes. Muitos desses profissionais são recém-formados e não possuem experiência na área de atuação, sendo o processo formativo da residência em saúde

o primeiro contato após a graduação. Daí se pode inferir que essa mudança repentina de responsabilidades e de reconhecimento profissional pode contribuir com o estresse.

Existem vários fatores preventivos para o estresse e consequentemente para o *Burnout*, entre eles, se destacam a prática de atividade física, lazer, academias e parques, de modo que proporcione bem-estar para esse indivíduo, juntamente com outro aliado, que é o acompanhamento de psicoterapia e suporte social. É imprescindível formular atividades que atenuem o estresse laboral, elaborando atividades para o manejo do estresse dos profissionais, para que possa intervir na redução de danos, e o indivíduo consiga ter satisfação no seu ambiente de trabalho <sup>(18)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre o estresse ocupacional e a Síndrome de *Burnout* é fundamental no contexto do trabalho dos residentes em saúde. No contexto atual de pandemia da COVID-19 essa temática merece destaque, visto que esses profissionais residentes permaneceram em suas atividades e muitos atuaram na linha de frente ao cuidado aos pacientes infectados, principalmente no contexto hospitalar.

Nota-se que o processo formativo atrelado às residências multiprofissionais em saúde pode acarretar no surgimento do estresse laboral, e se esse não for visto com cautela e caso não haja ações de controle, pode desencadear o surgimento de outras doenças, como a Síndrome de *Burnout*. Aspectos envolvendo o estresse nos residentes em saúde são pertinentes para discussão, visto a relevância desses profissionais no contexto do trabalho no SUS.

O uso de medidas de enfrentamento ao estresse se faz pertinente nesse contexto, e o uso de estratégias de *coping* são fundamentais para o enfrentamento e controle das situações vistas como ameaçadoras. Destacam-se também as condições de trabalho desses profissionais, onde o reconhecimento profissional através de condições de trabalhos dignas, além de reconhecimento salarial.

Espera-se que os achados desta revisão possam contribuir como alerta sobre a temática em questão e que traga subsídios para a implementação de novos estudos sobre o tema, além da criação de medidas alternativas para redução do estresse nos profissionais. Atuar na prevenção ao estresse é fundamental nesse processo formativo, visto que a experiência adquirida durante o processo da residência será de grande importância na construção de sua identidade profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*. 2002;7(1):3-10. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 414p.
3. Guido LA, Silva RM, Goulart CT, Bolzan MEO, Lopes LFD. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1477-83. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600027>
4. Guido LA, Goulart CT, Silva RM, Lopes LFD, Ferreira EM. Stress and Burnout among multidisciplinary residents. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(6):1064-71. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008>
5. Silva RM, Goulart CT, Guido LA. Evolução histórica do conceito de estresse. *Rev Divulg Científ Sena Aires [Internet]*. 2018 [cited 2022 Jan 30];7(2):148-56. Available from: <http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/316/225>
6. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta paul. Enferm*. 2007;20(2):5-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
7. Meurs JA, Perrewé PL. Cognitive activation theory of stress: an integrative theoretical approach to work stress. *J Manag*. 2011;37(4):1043-68. <https://doi.org/10.1177%2F0149206310387303>

8. Murta SG, Tróccoli BT. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicol: Teor Pesqui.* 2004;20(1):39-47. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000100006>
9. Silva RMB, Moreira SNT. Estresse e residência multiprofissional em saúde: compreendendo significados no processo de formação. *Rev Bras Educ Méd.* 2019;43:157-66. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>
10. Bordin D, Feltrin F, Cabral LPA, Fadel CB. Impacto do estresse na qualidade de vida e condutas de saúde de residentes multiprofissionais. *Rev Gestão Sist Saúde.* 2019;8(3):385-404. <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i3.14928>
11. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(2):255-61. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>
12. Maslach C, Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatr.* 2016;15(2):1-9. <https://doi.org/10.1002%2Fwps.20311>
13. Chico-Barba G, Jimenez-Limas K, Jimenez BS, Samano R, Rodriguez-Ventura AL, Castillo-Perez R, et al. Burnout and metabolic syndrome in female nurses: an observational study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(11):1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111993>
14. Silva DS, Mercedes MC, Souza MC, Gomes AMT, Lago SB. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais em saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2019;27:e43737. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.43737>
15. Palazzo LS, Carlotto MS, Aerts DRGC. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(6):1066-73. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013005000004>
16. Coêlho PDLP, Becker SG, Leocárdio MASCL, Oliveira MLC, Pereira RSF, Lopes GS. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(12):3492. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236072p3492-3499-2018>
17. Silva LGB, Marchiorato AAL, Paulo DAB, Mader BJ. Níveis de estresse e ansiedade em uma residência interprofissional em pediatria. *Espaço Saúde Rev Saúde Pública.* 2021;22:1-13. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e748>
18. Paiva JDM, Cordeiro JJ, Paiva JDM, Bastos RAA, Bezerra CMB, Silva MMO, et al. Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. *Rev Enferm UFPE.* 2019;13(1):483-90. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a235894p483-490-2019>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c12>

# TELENFERMAGEM NA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: IMPLEMENTAÇÃO E REFLEXÕES

**Rafaela Sales Medeiros<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-9926-4350

**João Vitor Andrade<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3729-501X

**Kaine da Silva Felipe<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0003-0694-6377

**Flávia Fonseca Venancio<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0001-8309-4353

**José Gilberto Prates<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1089-0628

## INTRODUÇÃO

Com o desafio de ampliar as políticas de aprendizagem e formação em saúde no país, desenvolvendo profissionais sintonizados com as necessidades da população, no final da década de 1970, surgem as residências uni/multiprofissionais no Brasil<sup>(1)</sup>. Mas, foi no ano de 2005 que as Residências Uni/Multiprofissionais foram instituídas legalmente como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ocorrendo a partir de 2010, a ampliação no número de programas de residências, nas diversas especialidades, incluindo a saúde mental<sup>(1)</sup>.

Frente à essa expansão e criação de novos programas de residência, em 2011 se iniciou em uma Universidade Pública de São Paulo a construção da residência uniprofissional em enfermagem com ênfase em saúde mental. A expectativa era trazer egressos da graduação em enfermagem, com interesse pela área da saúde mental, para ampliar o conhecimento e prática na assistência à pessoas em adoecimento psíquico<sup>(2)</sup>.

Em 2012, oficialmente, teve-se a instauração do programa de residência, o qual tinha a missão de articular em conjunto com os vários serviços de saúde mental do município de São Paulo, o paradigma de capacitar profissionais enfermeiros, com uma visão articulada no SUS. Com a carga horária distribuída entre atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, tem como diretriz a formação de profissionais enfermeiros especialistas para atuarem no cuidado à saúde mental no SUS<sup>(2-3)</sup>.

Nesses dez anos de atividades, o programa alcançou um patamar de excelência nos quesitos assistência, ensino e pesquisa. Desempenhando com maestria tanto a tarefa de formar especialistas, quanto de cuidar de indivíduos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, destacam-se os três pilares centrais envolvidos nesse processo, Figura 1.

<sup>I</sup> Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

<sup>III</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

### Autora Correspondente:

Rafaela Sales Medeiros  
E-mail: [rafaela.medeiros@hc.fm.usp.br](mailto:rafaela.medeiros@hc.fm.usp.br)



### Como citar:

Medeiros RS, Andrade JV, Felipe KS, et al. Telenfermagem na residência em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: implementação e reflexões. In: Cordeiro ALAO, Oliveira RM, Silva GTR. (Orgs.). Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 88-94 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c12>

Revisor: Gilberto Tadeu Reis da Silva.  
Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.





**Figura 1-** Pilares centrais da Residência Uniprofissional de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

Fonte: Elaboração própria.

Com base nesses pilares, os tutores, preceptores, residentes e demais envolvidos no programa têm se debruçado na construção de experiências inovadoras na assistência à saúde mental na RAPS do município de São Paulo. Dentre essas experiências, chama-se atenção para a mais recente, referente à implementação da teleconsulta de enfermagem (telenfermagem) para usuários do serviço saúde mental de um ambulatório de uma Instituição Pública.

Tal experiência, se iniciou durante o período da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, sendo aprimorada no ano de 2021 e fortalecida em 2022. Sua implementação se deu em virtude da necessidade de se manter o isolamento e o distanciamento social. A telenfermagem então, por meio de um novo formato de atendimento, possibilitou a manutenção da assistência em enfermagem aos usuários do serviço de saúde mental. Assim, o presente estudo, visa descrever uma das experiências desenvolvidas no programa, bem como tecer reflexões a respeito.

## ASPECTOS PRÁTICOS DA TELECONSULTA E DA TELENFERMAGEM

Em 2020 foi sancionada a Lei nº 13.989 que autorizou o uso do teleatendimento pelos profissionais de saúde. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nesta época, por meio da resolução 634/2020 também se posicionou favorável, explicitando no Artigo. 1º, que estava então, autorizada e normatizada, a telenfermagem como forma de combate à COVID-19, pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). A partir de então, os profissionais enfermeiros poderiam, através dos meios de tecnologia de informação e comunicação, realizar consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações à distância, podendo ser de forma síncrona (em tempo real, imediato) ou assíncrona (quando as respostas não são imediatas)<sup>(4)</sup>.

O exercício da telenfermagem deve ser feito por meio de plataformas adequadas e seguras. Todas as ações deverão ser registradas, para garantir o armazenamento, a guarda e a segurança dos dados pessoais sensíveis. Todas as ações mediadas por Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) devem ser antecedidas de consentimento expresso do paciente. A emissão de documentos nesse modelo é feita pelo uso de assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela infraestrutura de chaves públicas brasileiras. Tudo isso legislado pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)<sup>(4-5)</sup>.

A telenfermagem engloba consulta de enfermagem, interconsulta, consultoria, monitoramento, educação em saúde e acolhimento das pessoas em situações de adoecimento. De acordo com o COFEN<sup>(4-5)</sup>, a telenfermagem se configura em uma prática revolucionária, que está democratizando o acesso à saúde no Brasil, seja no atendimento pré-hospitalar ou no atendimento intra hospitalar, onde as dificuldades de comunicação, muitas vezes são rigorosamente difíceis.

Aponta-se que o teleatendimento, já existia, porém era lentamente disseminado na área da saúde. Contudo, com a ocorrência da pandemia, ele começou a ganhar notoriedade a largos passos, e se consolidou como uma forma segura e prática de atender a população<sup>(5)</sup>. População esta, que foi afligida pelo distanciamento social, o qual, proporcionou uma rotina solitária, com restrições de contato e comunicação, entre amigos e familiares, e além do constante medo da situação pandêmica. Consequentemente nesse contexto, teve-se o aumento nos números de pessoas em sofrimento psicológico<sup>(6)</sup>. Assim, o teleatendimento e a telenfermagem por diminuírem os limites geográficos, permitindo o acesso da população, sobretudo os que residem longe dos centros de saúde, contribuíram na facilitação e melhoria do acesso aos cuidados em saúde<sup>(5,7)</sup>.

Em aspectos práticos, a teleconsulta supera as barreiras da distância, provendo de maneira mais acessível e flexível a assistência ao usuário mesmo quando o contato físico é impossibilitado, sendo considerada uma inovação tecnológica que amplia o acesso dos usuários aos serviços de saúde<sup>(7-8)</sup>. Além do acesso ao serviço, permite a continuidade do cuidado, facilitando o processo assistencial, possibilitando aos profissionais realizar atendimento e acompanhamento dos usuários. Logo, diante do cenário de pandemia da Covid-19, foi uma ferramenta fundamental, sendo utilizada para esclarecimentos, encaminhamentos, orientações, acolhimento e monitorização dos usuários<sup>(8)</sup>, além de proporcionar através da utilização de tecnologias leves, a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, para que o usuário seja o protagonista do cuidado, respeitando sua autonomia<sup>(9)</sup>. A implementação de consultas à distância permite reduzir os custos diretos e indiretos dos atendimentos presenciais, contribuindo para a economia de recursos, reduzindo os custos individuais e públicos<sup>(10)</sup>.

Na Saúde Mental, devido à complexidade dos transtornos mentais, a teleconsulta pode atuar com a finalidade de psicoeducação, avaliação do estado clínico, aconselhamento, monitorização de casos mais complexos, monitoramento farmacológico, etc. Tais caminhos aparecem com o intuito de estimular a aceitação e adesão do usuário no tratamento, a fim de desenvolver a sua autonomia e com isso, apresentar melhoras nos desfechos de saúde. Esses cuidados abrangem uma equipe interprofissional, com diversos profissionais capacitados para atuar na saúde mental, como enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros<sup>(11-12)</sup>.

Frente a esses apontamentos, além das múltiplas aplicações da telenfermagem, destaca-se que no Ambulatório, essa ferramenta tem possibilitado o acompanhamento dos usuários que recebem alta do serviço. Auxiliando na integração do usuário para outros dispositivos da RAPS e orientando quanto à continuidade do cuidado. E com isso, permitindo que o usuário desenvolva maior autonomia e atue diretamente no seu processo de saúde, sem precisar se dirigir constantemente aos espaços físicos de atenção à saúde mental.

## **ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA TELENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO**

O projeto da telenfermagem no programa de residência foi elaborado com o objetivo de suprir uma fragilidade do serviço, assim como alinhar-se ao contexto atual de saúde pública, o qual exige uma integração com a evolução da tecnologia digital na assistência à saúde<sup>(13)</sup>. O projeto vem ao encontro de uma mudança na cultura assistencial, onde os membros da equipe na área da saúde mental, perceberam que os cuidados ao indivíduo que estava internado, não se interrompem no momento da alta, mas sim, quando através de comunicação com os serviços, tem-se a garantia da continuidade do tratamento<sup>(14)</sup>.

Aponta-se contudo que, a alta do paciente portador de transtorno psiquiátrico, independente do serviço, seja de internação ou ambulatorial, sempre impacta, não somente o paciente mas, seus familiares e

acompanhantes. Esse impacto, transcende a questão do desvinculo no tratamento, podendo ocasionar a piora do quadro psicopatológico, bem como reincidências de tentativas de suicídio, dentre outros fatores. Com o pensamento voltado para esse período delicado do tratamento, a iniciativa da telenfermagem, visa a alta com responsabilidade, realizando a integração do serviço que está finalizando um ciclo do tratamento com o serviço que irá realizar o seguimento<sup>(9,14)</sup>.

Segundo Saraceno<sup>(15)</sup>, a desinternação de um usuário do serviço de saúde mental internado por um quadro agudo, deve ser com responsabilidade da equipe, tanto no âmbito da equipe que buscou a internação, como do hospital que propôs, cuidar da pessoa, em sofrimento mental. Uma das estratégias dessa responsabilidade acontecer é o matriciamento que tem como objetivo principal a discussão entre as equipes para uma melhor compreensão do cuidado ao usuário, o apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre as especialidades, fará a diferença de um desfecho positivo para o segmento no território<sup>(16)</sup>.

Neste íterim, destaca-se o apoio matricial, como um processo de cogestão, ou gestão participativa, onde o apoiador depende de relações humanas, de sociabilidade para construir espaços de aprendizagem em saúde. Neste sentido o apoio de cogestão, entre vários serviços dentro do território, também é um espaço de aprendizagem em saúde, ele tem uma dimensão que é pedagógica, outra que é subjetiva e ainda outra que é política. E no final todos aprendem, profissionais, usuários do serviço, familiares e comunidade<sup>(16)</sup>.

O enfermeiro por essência é o profissional elo entre a equipe multidisciplinar, portanto o projeto desenvolvido pelo programa de residência uniprofissional em enfermagem vem de encontro não somente com a necessidade dos pacientes mas também com a base do cuidado, ou seja, a continuidade dele. Após a aprovação do projeto, foram realizadas etapas de implementação, a elaboração de ferramentas de contato com a equipe da telenfermagem. Assim como a capacitação dos profissionais enfermeiros que fariam o atendimento e identificação das estruturas para o atendimento ser possível. Com isso, foi possível no ano de 2022 o fortalecimento da telefermagem no Ambulatório.

Com o andamento dos atendimentos, percebeu-se que a aderência dos demais setores e enfermarias não era tão expressiva, portanto, criou-se o processo de busca ativa, não somente para captar os pacientes que estavam em período de alta, mas os que receberam alta no período. Ademais, ocorreram visitas in loco, para a sensibilização das equipes quanto a importância de considerar essa fase do tratamento tão importante quanto o período de internação. Tais ações, eram realizadas semanalmente pelos enfermeiros residentes que operam o Ambulatório da telenfermagem.

Em paralelo com a divulgação do trabalho da telenfermagem a equipe do atendimento ambulatorial procurou a coordenação do programa e solicitaram parceria nos encaminhamentos de alta do ambulatório, casos com alta complexidade e de difícil manejo foram incluídos gradativamente nos atendimentos.

As teleconsultas ocorrem todas as quarta-feira, no período vespertino. No primeiro momento, são identificados os usuários a partir da busca ativa das enfermarias e dos encaminhamentos ambulatoriais. Após, é utilizada uma planilha para acompanhamento dos casos pela equipe, proporcionando assim maior transparência e agilidade do trabalho, servindo também, como fonte para ações de gestão e pesquisa em saúde.

Em seguida, ocorre o primeiro contato com o usuário a fim de explicar a iniciativa e a proposta do encaminhamento, bem como analisar se é possível a realização do atendimento via telenfermagem. Caso seja viável, o usuário é orientado a assinar o termo de consentimento, para só assim, dar seguimento aos próximos atendimentos. Esses, já serão via telenfermagem, e tem como intuito o acompanhamento do usuário, e o matriciamento deste, para outro serviço da RAPS.

As teleconsultas de enfermagem são de responsabilidade do enfermeiro e são desenvolvidas a partir da sistematização e processo de enfermagem. Vão além da conectividade e infraestrutura do ambulatório, requerem conhecimentos e competências bem desenvolvidas pelo enfermeiro residente para garantir a qualidade da consulta à distância. E com isso, identificar as necessidades e possíveis intervenções.

Após a realização da teleconsulta são realizados os registros no prontuário online de cada usuário e agenda a próxima teleconsulta, conforme necessidade de cada usuário. As informações coletadas durante os atendimentos são de responsabilidade do profissional que a executou e/ou da instituição de saúde vinculada. Devem ser pautadas no sigilo e ética profissional<sup>(17)</sup>.

Para a assistência via telenfermagem, os enfermeiros residentes, norteiam suas ações/conduitas com base nas teorias de enfermagem em Saúde Mental, com ênfase na relação enfermeiro - paciente de *Joyce Travelbee e Hildegard Peplau*. Assim, conseguem compreender seu real papel, a importância da prática colaborativa entre enfermeiro e paciente, bem como da supervisão profissional, a qual é conduzida por um profissional com mais experiência prática<sup>(18)</sup>.

A prática da telenfermagem é um processo onde o enfermeiro e o usuário constroem juntos a metas e conquistam a continuidade do cuidado, esse contato vai além de tarefas práticas como aferições e anotações, transcendendo para uma esfera de como lidar com as emoções e como essas rupturas podem ocorrer com o menor impacto possível<sup>(8)</sup>.

O processo de aprendizagem na prática que o programa de residência propõe, estabelece paradigmas entre o conhecimento adquirido e a amplitude da especificidade, quando abordamos a temática da saúde mental de forma presencial, podemos obter informações em vários níveis, como a comunicação não verbal, apresentação pessoal e fatores como só a proximidade pode evidenciar como sudorese e outros sinais que podem estar associados a transtornos de ansiedade por exemplo, entretanto quando o atendimento ocorre de maneira remota, o desenvolvimento de habilidades de observação e escuta do que não está sendo demonstrado na tela se faz necessário para o atendimento e o fator experiência clínica é um diferencial necessário para essa percepção. Logo, considera-se que os prejuízos podem ser mitigados com maior experiência clínica do responsável pelo atendimento.

Ante ao supra referido, aponta-se a supervisão clínica, que pode colaborar para o aumento de experiência por parte dos residentes. Destaca-se que por meio da supervisão, o residente pode socializar suas angústias e questionamentos, e obter respostas de alguém com maior experiência prática. Assim, ratifica-se a importância da supervisão clínica, a qual possibilita a reflexão e o desenvolvimento do pensamento crítico nas esferas que envolvem o atendimento. Além disso, ela garante melhora na qualidade da prática profissional, propiciando o desenvolvimento de habilidades e competências nos enfermeiros residentes participantes. E assim, corrobora também, com a ampliação da responsabilidade de realizar o atendimento integral de forma individualizado aos usuários, através de discussões com os pares e as propostas terapêuticas indicadas<sup>(19)</sup>.

As atividades práticas são as referências de atuação mais próximas que o residente tem em seu período formativo, muitos, não exerceram atividades profissionais em suas áreas de formação anteriormente ao ingresso no programa, o que pode trazer muitas dúvidas em relação à atuação profissional no cotidiano do atendimento. Logo, o papel da supervisão não é somente acadêmico, mas também assistencial, pois o programa visa formar profissionais de excelência, proporcionando maior capacitação técnica e com isso, melhores colocações no mercado de trabalho<sup>(20)</sup>. A troca de experiências por sua vez é um vínculo importante de construção, o tutor identifica as fragilidades de atuação profissional e contribui de forma assertiva na formação do enfermeiro residente, estimulando as potencialidades e o desenvolvimento de suas aptidões profissionais.

Por fim, salienta-se que o projeto apresentado neste texto, é fruto de horas de discussões em reuniões e supervisões, onde a equipe no intento de ofertar assistência, buscou através das ferramentas de comunicação digital, um meio de assistir com eficiência os usuários do serviço de saúde mental. Ademais, destaca-se que nesse processo, vislumbrou-se a realização e fortalecimento do matriciamento na RAPS via teleconsulta. Sendo que, tal possibilidade, pode auxiliar todos os pontos da RAPS, visto que, os deslocamentos das equipes para interlocução na assistência ao usuário/família, principalmente em municípios grandes em extensão geográfica, podem ser evitados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implementação do ambulatório de telenfermagem demonstrou-se exitoso, logo, torna-se imprescindível o fortalecimento de iniciativas como a descrita no presente estudo, onde teve-se a ampliação da atuação do enfermeiro, bem como a garantia da assistência de qualidade. Ademais, salienta-se que adaptações por parte dos profissionais de saúde, tem demonstrado ser um campo em construção, sobretudo na área da saúde mental.

Por fim, pontua-se que a telenfermagem já é uma realidade praticada no programa e as adequações para tal, oportunizaram aprendizados à todos os envolvidos, ampliando o repertório de atuação e consequentemente os resultados na assistência à saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Rev Trab Educ Saúde [Internet]. 2009;7(3):479-8. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006>
2. Universidade de São Paulo. IPq abre programa de residência de enfermagem em saúde mental [Internet]. 2012[cited 2022 Sep 03]. Available from: [https://www5.usp.br/noticias/saude-2/ipq-inicia-primeiro-programa-de-residencia-de-enfermagem-em-saude-mental-e-psiQUIATRIA-de-sao-paulo/#:~:text=O%20Instituto%20de%20Psiquiatria%20\(IPq,do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo](https://www5.usp.br/noticias/saude-2/ipq-inicia-primeiro-programa-de-residencia-de-enfermagem-em-saude-mental-e-psiQUIATRIA-de-sao-paulo/#:~:text=O%20Instituto%20de%20Psiquiatria%20(IPq,do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo)
3. Universidade de São Paulo. Projeto Político Pedagógico: Programa de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo: IPqHC-FMUSP; 2020.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 634/2020 [Internet]. Publicado em 26 de março de 2020 [cited 2022 Sep 03]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020\\_78344.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html)
5. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Telenfermagem é regulamentada no Brasil [Internet]. 2022[cited 2022 Sep 03]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/telenfermagem-e-regulamentada-no-brasil\\_99227.html](http://www.cofen.gov.br/telenfermagem-e-regulamentada-no-brasil_99227.html)
6. Ferreira MG, Barbosa EI. Antagonismo do isolamento: o distanciamento que protege e vulnerabiliza frente ao contexto de pandemia. Health Resid J-HRJ. 2020;1(3):1-5. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i3.36>
7. Souza CF, Oliveira DG, Santana AD, Mulatinho LM, Cardoso MD, Pereira EB, et al. Avaliação da atuação do enfermeiro em telemedicina. Rev Bras Enferm. 2019;72:933-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0313>
8. Pereira FÁC, Correia DMS. Uso da teleconsulta pelo enfermeiro a cardiopatas: uma reflexão durante pandemia por COVID-19 no Brasil. Enferm Foco [Internet]. 2020[cited 2022 Sep 03];11(2):167-71. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3729/1001>
9. Capelo M, Lopes N, Rosa B, Silvestre M. An ethical reflection on Teleconsultation. SciELO Preprints[Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 30]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3771>
10. Fundação Oswaldo Cruz. Telessaúde, saúde digital e direitos humanos [Internet]. 2022 [Internet]. Available from: <https://telessaude.fiocruz.br/2022/02/23/teleconsulta/>
11. Hungerbühler I. Novas tecnologias de telecomunicação na prestação de serviços em saúde mental: atendimento psiquiátrico por webconferência [Tese]. São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria, 2015.
12. Reis WCT, Guia VA, Amaral AMR, Pessoa LD, Paula CG, Souza TT, et al. Cuidado interprofissional em saúde mental via teleatendimento em farmácia universitária frente à pandemia da COVID-19. Conjecturas. 2021;21(3):169-94. <https://doi.org/10.53660/CONJ-116-204>
13. Caetano R, Silva AB, Guedes AC, Paiva CC, Ribeiro GD, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad Saúde Pública. 2020;36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>
14. Tomás MA, Rebelo MT. Políticas e cuidados de saúde mental pós-alta da hospitalização psiquiátrica. Rev Enferm UFPE. 2019;13:e243037. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243037>
15. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 19-26.

16. Castro CP, Campos GW. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2016;26:455-81. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
17. Rodrigues MA, Hercules AB, Gnatta JR, Coelho JC, Mota AN, Pierin AM, et al. Teleconsulta como prática avançada de enfermagem na pandemia de COVID-19 à luz de Roy e Chick-Meleis. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56(spe):e20210438. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0438pt>
18. Elias AD, Tavares CM, Muniz MP. The intersection between being a nurse and being a therapist in Mental Health. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0134>
19. Esteves LS, Cunha IC, Bohomol E, Santos MR. Clinical supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:1730-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
20. Conrad D, Freires LR, Morais EN, Pinto CB, Silva VM, Aguiar BG. Residência no processo de construção do conhecimento do enfermeiro: motivações e percepções dos residentes. *Investig Enferm: Imagen Desarrollo*. 2019;21(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.rpcc>