



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2024;5(24):2-12

Artigos
de Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v5i24.745](https://doi.org/10.51723/hrj.v5i24.745)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 01/02/2023

Aceito: 04/03/2024

Hospital assistencial como cenário de formação para a residência multiprofissional: desafios, fragilidades e sugestões

Assistance hospital as a training scenario for the multiprofessional residency: challenges, weaknesses and suggestions

Ana Maria Pedroso de Campos Neta¹ , Maria Aparecida de Oliveira Freitas² , Nildo Alves Batista² 

¹ Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM, São Paulo (SP), Brasil

² Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil

Correspondência: ampcampos@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: este artigo objetiva a apreensão das percepções de gestores, coordenadores locais e preceptores, acerca das fragilidades e desafios encontrados na implantação e implementação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde em hospitais assistenciais, e levantar sugestões para o seu aprimoramento. **Metodologia:** adotou-se uma abordagem qualitativa, transversal, de natureza exploratória e descritiva. A pesquisa foi realizada em três hospitais públicos do município de São Paulo e contou com a participação de 17 profissionais. Os programas analisados foram os de intensivismo e urgência/emergência. A entrevista semiestruturada foi o instrumento empregado na coleta de dados. Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** partiu-se de dois núcleos temáticos: as fragilidades dos programas e as sugestões para o seu aprimoramento. Como fragilidades, citam-se: uma organização hospitalar não concebida para o ensino, e a falta/carência de pessoal preparado para o ensino. Ademais, os entrevistados apresentaram sugestões para o aprimoramento dos Programas. **Conclusão:** a necessidade de um planejamento prévio para a instalação de um PRMS mostra-se relevante por se tratar de organização hospitalar não concebida para o ensino.

Palavras-chave: Internato e residência; Internato não médico; Hospitais públicos; Formação profissional em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: this article aims to understand the perceptions of managers, local coordinators and preceptors about the weaknesses and challenges encountered in the implementation of Multiprofessional Health Residency Programs in care hospital, and raises suggestions for their improvement. **Methodology:** a qualitative, cross-sectional, exploratory and descriptive approach was adopted. The research was carried out in three public hospitals in the city of São Paulo and 17 professionals took part. The programs analyzed were intensive care and urgent/emergency care. A semi-structured interview was the instrument used to collect the data. Analysis of content modality

thematic was used. **Results:** there were two thematic nuclei: the weaknesses of the programs and suggestions for their improvement. The weaknesses were: a hospital organization not designed for the teaching, and the lack of personnel prepared for teaching. In addition, the interviewees received suggestion for improving the programs. **Conclusion:** the need for prior planning for the installation of a PRMS is relevant when dealing with a hospital organization not designed for teaching.

Keywords: Internship and residency; Non-medical internships; Public hospital; Professional training in health; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O hospital assistencial é um equipamento complexo e encontra-se em um processo de readequação no que se refere ao seu papel na formação de profissionais de saúde e no próprio cuidado ao paciente. Para isso, é necessária uma reestruturação na formação dos profissionais que nele atuam, tanto no tocante ao preparo para a gestão quanto para a atenção no contexto do ensino¹.

A partir de um novo olhar sobre a atenção à saúde, com reavaliação dos processos de trabalho e a inter-relação entre as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ocorrer nova forma de sistematização da assistência, estabelecendo ajuste regional, de forma versátil e gradual, com vistas à melhoria na qualidade da assistência². Desta forma o hospital pode se tornar um centro de formação e capacitação de profissionais, e também espaço para realização de pesquisas³.

Parte-se do princípio de que, quanto mais capacitado forem os profissionais da saúde, melhor será sua atuação, sua produção, seu envolvimento com o trabalho e, maior a sua satisfação. Nessa lógica, o hospital assistencial vai progressivamente se ajustando à Lei Federal nº 8.080/1990⁴ que regulamenta o nosso SUS, com sua função de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde”⁵. Pela Lei, em seu artigo 27:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Somente nas últimas décadas do século XX, começou-se a pensar mais intensamente sobre a formação dos profissionais de saúde em relação às necessi-

dades da população. Para Lima⁶, o resultado do avanço da tecnologia e o desempenho do mercado de trabalho induzem a um modelo biomédico de atenção, onde o médico é o centro, com ênfase nos procedimentos. Neste contexto, o hospital mostra-se como o cenário escolhido para a formação dos profissionais.

Por outro lado, para o enfrentamento das atuais necessidades da população, o modelo biomédico mostra-se deficiente, havendo necessidade de maior integração da teoria e prática, do trabalho multiprofissional e de equipe, do cuidado integral e da atenção em rede, pressupondo a integração do hospital com os outros equipamentos de saúde⁷.

As instituições formadoras entendem os serviços de saúde como espaços onde os estudantes desenvolvem as suas práticas profissionais, com tênue percepção da transformação da organização do sistema e das práticas de saúde em relação às necessidades da população⁸. A presença dos estudantes instiga os trabalhadores da saúde a refletir sobre as suas práticas, a fim de produzir um cuidado em saúde de melhor qualidade e alinhado com as necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades⁷.

A integração ensino-serviço-comunidade tem se constituído num grande desafio para a formação profissional no nosso país, desencadeando uma nova forma de ensinar e aprender para todos os sujeitos envolvidos neste processo⁹.

Para Kuabara et al.⁸, a integração ensino-serviço melhora a qualidade do cuidado:

[...] na compreensão da interdisciplinaridade, trabalho em equipe e funcionamento dos serviços de saúde em rede, na possibilidade de problematização e compreensão do significado do contexto intercultural demandado pelo trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação do conhecimento do processo saúde/doença e suas implicações para a prática profissional (p.198).

Neste cenário, o hospital assistencial vem se constituindo importante local de ensino tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a pós-graduação, especialmente a *lato sensu*, no formato de residência médica e multiprofissional. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surge, no contexto brasileiro, como um “espaço de (trans) formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente”¹⁰ (p.378).

Na RMS, as diversas categorias profissionais passam a ter a oportunidade de se especializar em um único processo formativo, possibilitando o aprimoramento de competências a partir da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade¹¹. Para Ceccim¹², as RMS:

[...] reorientaram pensamentos e práticas nos modos de compreensão do mundo ou naquilo que pensamos ser o mundo do trabalho em saúde. Também que alteraram a percepção das várias profissões e dos modos de cada um aprender e que se ampliaram a compreensão sobre necessidades em saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto (p.53).

Esta modalidade de formação se caracteriza pelo ensino e pelo treinamento em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva. Os programas devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, fundamentado nas necessidades locais e socioepidemiológicas, em conformidade com os seguintes eixos orientadores: a Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde para o SUS; o conceito ampliado de saúde; a integração ensino-serviço-comunidade; a aprendizagem, seguindo o itinerário de linhas de cuidado, garantindo a formação integral e interdisciplinar; a articulação da RMS com a Residência Médica; e a descentralização e a regionalização¹³.

Este artigo tem como objetivo apreender as percepções de gestores, coordenadores locais e preceptores, acerca dos desafios e fragilidades encontrados na implantação e implementação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e levantar sugestões para o aprimoramento dos mesmos.

METODOLOGIA

Apresentamos neste artigo parte de uma pesquisa qualitativa, transversal, de natureza exploratória e descritiva, realizada em três hospitais municipais terciários e de grande porte, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Estes hospitais abrigam dois PRMS, um de intensivismo e outro de urgência e emergência. O Programa de Urgência e Emergência congrega seis áreas profissionais (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social), num total de 12 vagas anuais. O de intensivismo congrega as seis anteriores mais a terapia ocupacional, num total de 14 vagas anuais.

Participaram da pesquisa gestores dos hospitais assistenciais, coordenadores locais e preceptores dos Programas, num total de 17 indivíduos: três diretores técnicos, três diretores assistenciais, três coordenadores locais e oito preceptores. Os coordenadores locais indicaram os preceptores.

Para assegurar o anonimato dos participantes da pesquisa, a ilustração das categorias e subcategorias de análise foi feita com falas identificadas por letras seguidas de números: para os gestores, a letra G, seguida dos números de 1 a 6; para os coordenadores, a letra C, acompanhada de número de 1 a 3; e, para preceptores, a letra P, seguida dos números de 1 a 8.

A produção de dados se deu a partir de entrevistas com roteiro semiestruturado, construído a partir das questões norteadoras da pesquisa: “que fragilidades tem a RMS no contexto de um hospital assistencial?” e “como contribuir para seu aprimoramento?”

Os dados foram coletados entre os meses de abril a junho de 2018, sendo as entrevistas gravadas em formato de áudio e posteriormente transcritas na íntegra e analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática.

Esta pesquisa seguiu os princípios científicos e os aspectos éticos que envolvem os seres humanos, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012¹⁴, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo sob o nº 2.479.691 em 31 de janeiro de 2018. Obteve também a aprovação dos três CEPs coparticipantes. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As fragilidades enfrentadas pelos PRMS em hospital assistencial e suas respectivas categorias de análise são explicitadas no Quadro 1. Estas categorias foram evidenciadas a partir de 40 unidades de contexto e 131 unidades de registro.

Para facilitar a identificação no texto, as categorias estão escritas em **negrito** e subcategorias, em *itálico*.

Uma **organização hospitalar não concebida para o ensino** foi a categoria mais citada nas entrevistas, apontando que os Hospitais Assistenciais têm o seu foco na assistência e não no ensino e na pesquisa. Na fase de implantação dos programas, a *falta de compreensão do papel da residência* ficou evidente na fala de muitos profissionais, salientando a dificuldade de aceitação dos residentes pelo corpo clínico do hospital, questão que foi superada com o passar do tempo:

Então, acho que, primeiro, um pouco dessa coisa do “pré” conceito mesmo, do que é residência. Do receio talvez de encarar um projeto novo. É o próprio medo de lidar com essas dificuldades [...] (P6).

Outra subcategoria muito citada foi a *falta de recursos físicos e materiais*, mostrando a necessidade de maior preparo do hospital para a implantação dos PRMS. Foram apontados a falta de um espaço físico adequado às necessidades dos residentes, a falta de equipamentos como computadores, a necessidade de local adequado para discussões de casos.

A gente ainda não está bem estruturado, para poder ter um espaço adequado para o residente, uma área de estudo que abranja todas as áreas, com um certo conforto até e tranquilidade [...] (P7).

O *déficit de recursos humanos no HA* e a *rotatividade do pessoal da gestão* foram também apontados:

O RH um pouco reduzido, então eu acho que isso impacta na melhoria do desenvolvimento da Residência Multiprofissional (G4).

A rotatividade do pessoal da gestão que aí começa um serviço bacana e para e volta de novo. Então eu acho que isso, está atrav-

Categorias	Subcategorias
Organização hospitalar não concebida para o ensino.	<i>Falta de compreensão do papel da residência.</i>
	<i>Falta de recursos físicos e materiais.</i>
	<i>Déficit de recursos humanos.</i>
	<i>Rotatividade do pessoal da gestão.</i>
	<i>Resistência inicial do corpo clínico.</i>
	<i>Sobrecarga de pacientes.</i>
	<i>Implementação efetiva do trabalho de equipe.</i>
	<i>Articulação das redes de saúde deficientes.</i>
	<i>Falha de comunicação e organização do HA com a IES parceira.</i>
Falta e carência de pessoal preparado para o ensino no âmbito do HA.	<i>Desconhecimento do papel do preceptor.</i>
	<i>Falta de qualificação adequada para a preceptoria.</i>
	<i>Falta de remuneração específica para a preceptoria.</i>
	<i>Sobrecarga de trabalho.</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias do Núcleo Temático: fragilidades dos programas de RMS em um Hospital Assistencial.

cando ainda o caminhar das questões, principalmente, das questões burocráticas da residência [...] (P5).

Shikasho¹⁵ enfatiza a necessidade de maior empenho e comprometimento dos gestores com a RMS, propiciando mudança nos processos de trabalho e aproximação dos estudantes com a comunidade, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS.

Na fase de implantação dos PRMS, os gestores, coordenadores e preceptores mencionaram a *resistência inicial do corpo clínico*. Para Cruz¹⁶, esse fato é indicativo de resistência em aceitar ideias novas, “a insegurança sobre se realmente daria certo ou o receio de sair de sua zona de conforto” (p.90).

[...] Então, a princípio, teve uma certa resistência por algumas áreas, por achar que seria um serviço a mais. E, na verdade, não é. O residente, ele vem para somar com a gente (P7).

Outras fragilidades apontadas foram a *sobrecarga de pacientes* e a *implementação efetiva do trabalho de equipe*.

Eu acho que a integração foi um dos pontos, assim, de dificuldade maior. Eles vêm de uma formação onde as universidades, hoje, não valorizam a integração no *campus*. Você vê cada um na sua e aí traz para o hospital esse entendimento. E essa integração, eu acho que foi o ponto crucial, difícil (P4).

Pazdziora et al.¹⁷ relatam que na fase de implantação do PRMS, uma das maiores dificuldades foi a efetivação do trabalho de equipe, mesmo sendo este um dos objetivos desses programas.

Um dos coordenadores salienta uma *articulação das redes de saúde deficientes* como uma fragilidade da RMS no HA. Isto também foi encontrado no estudo de Pazdziora¹⁸, destacando a fragmentação da saúde e a não garantia do cuidado integral ao paciente.

Eu acredito que falta um engajamento de toda a rede. [...] articulação do hospital com a rede, porque eles fazem estágio fora também. Então, não existe uma conversa é muito aberta nesse sentido (C2).

A *falha de comunicação e organização do HA com a IES parceira* foi também apontada como uma fragilidade que ocorre desde a implantação da RMS até

os dias atuais. Outros autores também encontraram dados semelhantes, assinalando como um dos pontos negativos esta falta de contato e apoio insatisfatório da instituição formadora^{16,19,20}.

Eu acho que a fragilidade parte da questão da falta de organização é... da fragilidade da comunicação entre os setores, instituição de ensino, o hospital. E toda a organização de projeto pedagógico, da própria residência, eu acho que não está muito alinhado, ainda, que é algo que acho que está, ainda, num processo (P5).

Interessante enfatizar que, para os entrevistados, a implantação dos PRMS evidencia uma *maior exposição das fragilidades do HA*:

Eu acho que ela mostra qual é a nossa fragilidade (P2).

A segunda categoria que emerge da análise das entrevistas é uma **falta e/ou carência de pessoal preparado para o ensino no âmbito do HA**, com quatro subcategorias, as quais trouxeram esclarecimentos complementares acerca desse assunto.

O *desconhecimento do papel do preceptor* foi mencionado desde a implantação da RMS e ainda perdura a necessidade de maior esclarecimento. Inúmeras vezes, o próprio preceptor desconhece o seu papel, principalmente, relacionado às suas atribuições e à sua importância na formação do residente²¹:

As pessoas não sabem qual é o papel do preceptor, as pessoas acham que o preceptor é só aquele que é indicado para fazer preceptoria (P2).

Associada ao desconhecimento do papel emerge a subcategoria *falta de qualificação adequada para a preceptoria*. Para Dallegrave e Ceccim²², o preparo do preceptor é o fator mais importante para uma boa avaliação do programa.

(Dificuldades na implantação) é, justamente, a ausência de uma preceptoria qualificada, através de curso apropriado [...] (C3).

Também é ressaltada a *falta de remuneração específica para a preceptoria*, indicando a necessidade de reconhecimento e valorização, visto que esta função

impõe desafios diferenciados. Dados semelhante podemos encontrar em outros estudos²³⁻²⁷.

A gente tem aqueles que têm habilidade, têm preferência, mas não têm um reconhecimento, no sentido de uma gratificação, de uma remuneração adequada. Então, isso também deixa a questão um pouco mais frágil (P6).

A *sobrecarga de trabalho para os preceptores* é também apontada uma vez que precisam se desdobrar para dar conta da assistência e da preceptoria. Essa sobrecarga de trabalho pode causar um prejuízo ao processo formativo do residente^{19,23,26-30}:

[...] é aquela situação de que eles assumem uma outra situação de obrigatoriedade de acolher esses residentes, [...]. Mas eles também precisam cumprir com aquelas obrigações que são inerentes ao cargo (G1).

A análise do núcleo direcionador “Sugestões para o aprimoramento da RMS no contexto de um HA” permitiu

a identificação de 29 unidades de contexto com 76 unidades de registro. Destas unidades de registro emergiram seis categorias e sete subcategorias, conforme Quadro 2.

A **busca por melhoria da infraestrutura física e material** foi a primeira sugestão apresentada.

O aluno, o residente, ele deve ter um espaço saudável, para estudar aqui dentro que ele possa falar que é um espaço seu. Ele está inserido hoje, num setor, é aqui que ele vem, mas eu acho deveria ter um setor maior de conforto para os residentes. Uma sala maior, que fosse só para eles, com computadores para estudar, para descansar a hora que tem que descansar (P4).

A infraestrutura institucional é um dos pontos analisados na avaliação de um PRMS pela CNRMS³¹. Tanto a IES parceira quanto a unidade hospitalar, onde são desenvolvidos os PRMS, devem propiciar condições de infraestrutura física e material para o bom andamento dos programas de RMS³².

Categorias	Subcategorias
Busca por melhoria da infraestrutura física e material.	
Correção do déficit de recursos humanos no HA.	
Maior alinhamento do HA com a IES parceira.	
Aprimoramento da articulação do HA com as redes de saúde.	
	Aprimoramento dos processos seletivos para preceptores.
	Aumento do tempo de dedicação à preceptoria.
	Implementação de cursos de capacitação.
	Incentivo financeiro à preceptoria.
	Reconhecimento da função de preceptor.
	Ampliação das discussões entre preceptores, coordenadores e a gestão.
	Incorporação de instrumentos de avaliação na prática da preceptoria.
Aumento do número de residentes.	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias do Núcleo Temático: sugestões para o aprimoramento da RMS no contexto de um Hospital Assistencial.

A necessidade de **correção do déficit de recursos humanos no HA** foi outra sugestão mencionada, não somente por necessidade da RMS, mas também pela necessidade da assistência:

Precisamos de maior número de profissionais para uma dedicação maior do preceptor com o residente (P3).

Os cenários dos PRMS analisados nesta pesquisa estão inseridos em hospitais públicos municipais e, a contratação de novos profissionais, implica necessariamente na realização de concurso público, com um número definido de profissionais por categoria, estabelecido na tabela de lotação de pessoal – TLP³.

É importante destacar a importância da relação entre o número de preceptores e o número de residentes, visto ser este um dos itens avaliado pela CNR-MS para a verificação da qualidade dos PRMS, sendo um incentivo ao seu aperfeiçoamento³¹.

Os entrevistados sugeriram, igualmente, **um maior alinhamento do HA com a IES parceira** e **um aprimoramento da articulação do HA com as redes de saúde**, com o estabelecimento de um diálogo mais eficaz entre as instituições.

[...] um alinhamento na formação teórico-prática da instituição formadora com o hospital (C3).

A sugestão mais citada pelos participantes desse estudo foi o **aprimoramento da preceptoría** com sete subcategorias. Para isto, salientam a necessidade de um *aprimoramento dos processos seletivos para preceptores*:

É a aquisição de preceptores mais graduados [...] eles têm algo a passar, não apenas em termos de ensino técnico, mas em termos de valores, de estrutura, de um serviço, do que é o correto (G3).

Para a escolha do preceptor, existe uma legislação a ser obedecida, levando-se em conta a qualificação e a experiência do profissional no desempenho dessa função, que deve ter formação mínima de especialista, podendo pertencer tanto ao quadro da instituição formadora quanto o da executora^{27,33}.

Outra sugestão foi a necessidade do *aumento do tempo de dedicação à preceptoría*. No exercício de suas funções, os preceptores exercem várias ativi-

dades, tanto assistenciais quanto administrativas, relacionadas ao ensino. Esse acúmulo de atribuições, de acordo com Ferreira²⁸, acarreta mais trabalho e cansaço a esses profissionais. Em sua pesquisa, os entrevistados sugerem uma dedicação exclusiva desse profissional para a residência. Todavia, para a autora, a dedicação exclusiva pode desvirtuar o papel do preceptor. Ela ressalta a relevância da organização do trabalho desse especialista, distribuído entre a assistência e a participação na residência.

Milanesi¹⁹ propõe a “criação de uma carga horária semanal específica para atividades que envolvam a RMS, com a devida liberação da carga de trabalho” (p. 72).

Implementação de cursos de capacitação para os preceptores foi a estratégia mais citada, o que, na visão dos entrevistados, demonstra a carência de uma qualificação melhor para o exercício dessa função, uma vez que eles não possuem licenciatura nem cursos voltados para o processo de ensino e aprendizagem, a fim de desempenharem melhor as suas atribuições.

Para Ribeiro³⁴, os gestores devem valorizar o preceptor e o residente, assim como garantir condições favoráveis de ensino. Frequentemente, os preceptores procuram, por iniciativa própria, cursos de pós-graduação para o seu aprimoramento. Todavia, o ideal é que a própria instituição identifique e supra essa carência, o que possibilitaria uma melhoria no ensino e na qualidade da assistência.

Antunes et al.²⁷ sugerem que a IES parceira ofereça cursos de atualização e oportunize aos preceptores a participação em eventos científicos, aproximando-os da vida acadêmica.

Coerente com as fragilidades apontadas, o *incentivo financeiro à preceptoría* e o *reconhecimento da função de preceptor* são sugestões para o aprimoramento da RMS no HA. O incentivo financeiro tem sido, igualmente, enfatizado por outros autores como Milanesi¹⁹ e Arnemann³⁵. No Município de São Paulo, de acordo com o Decreto nº 58.502/2018³⁶, em seu Artigo 5º:

A atuação do agente público municipal como educador institucional durante o horário normal de trabalho e dentro de sua área específica de atuação ou de acordo com sua habilitação profissional não será remunerada, salvo pelos vencimentos que já lhe são regularmente pagos, nem obrigará a reposição ou compensação de horas de serviço, inclusive aquelas dedicadas à pesquisa, planejamento e desenvolvimento dos eventos formativos nos quais participará.

Uma ampliação das discussões entre preceptores e coordenadores e a gestão também foi uma das sugestões apresentadas. Antunes et al.²⁷ encontraram “pouca sensibilização da própria gestão quanto à relevância da preceptoria” (p.3744).

No intuito de verificar, não somente o desempenho dos residentes, mas também dos preceptores e a residência como um todo, foi sugerido por um coordenador e por um preceptor a *incorporação de instrumentos de avaliação na prática da preceptoria*. Silva e Brotto³⁷ ressaltam a importância de um instrumento para avaliação, porém comentam que muitos preceptores encontram dificuldade de compreender o que é solicitado pelo instrumento e que isto pode ser o resultado da sua pouca participação no processo de elaboração do mesmo.

Mesmo com as fragilidades apontadas e com a necessidade de corrigi-las, dois gestores sugerem o **aumento do número de residentes**.

Eu gostaria que a residência multi crescesse mais e mais. Acho que é o caminho para a melhoria de qualidade (G5).

CONCLUSÃO

A necessidade de um planejamento prévio para a instalação de um PRMS mostra-se relevante. Os resultados desse estudo mostram que, a partir da percepção dos entrevistados, a RMS, quando efetivada em um hospital assistencial, apresenta muitos desafios e fragilidades, principalmente, na fase de implantação.

Por se tratar de organização hospitalar não concebida para o ensino, é comum existir, no momento da implantação, o desconhecimento das propostas desse tipo de residência e das atribuições dos tutores e dos preceptores, o que gera uma resistência inicial do corpo clínico que possui, igualmente, o entendimento de

que esse projeto acarreta uma sobrecarga de trabalho, para a qual inexistente remuneração específica para a função de coordenador e preceptor.

Existe o entendimento de que, em um primeiro momento, essas são questões a serem amplamente discutidas entre os profissionais. Outro ponto relevante é a escolha dos preceptores que deve ser estabelecida a partir de critérios internos para a seleção e estar em conformidade com as exigências relacionadas com a legislação vigente.

Entendemos que, para o desenvolvimento da preceptoria, os conhecimentos pedagógicos são imprescindíveis, visto que essa função incorpora características da docência em saúde, dentro de um cenário muito desafiador. Neste contexto, os coordenadores e os preceptores devem receber algum tipo de capacitação que os auxiliem no exercício dessa função, uma vez que a maioria desses profissionais não se deparou com essa temática em suas graduações.

Salienta-se, ainda, a importância de uma avaliação periódica dos PRMS, que deve ser realizada por meio de um processo coletivo, assim como resultar em conhecimento essencial para o aprimoramento desses programas.

Entende-se que muito ainda pode ser pesquisado com relação aos PRMS. Esperamos que estes dados possam oferecer contribuições para que gestores e trabalhadores da área da saúde que atuam em instituições que abrigam PRMS, compreendam que, apesar dos desafios e das fragilidades que possam existir em suas unidades, a RMS apresenta-se como um fator de estímulo para a reorganização dos serviços, maior reflexão sobre os processos de trabalho e benefícios para a instituição, para os profissionais e para os usuários, mediante a formação de profissionais preparados para atuarem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(4):965-971. [acesso em: 27 fev 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GTVTDR4xXB4nMJsmYJYRfYR/?format=pdf&lang=pt>
2. Uzuelli FHP, Costa ACD, Guedes B, Sabiá CF, Batista SRR. Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. Ciênc. saúde colet. 2019;24(6):2147-2154. [acesso em: 11 dez 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vNJpsbFSqzDgSLVdsspQgdv/?format=pdf&lang=pt>

3. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Gestão de Pessoas. Núcleo de Informação de Gestão de Pessoas. Relatório de progresso do sistema de informações de recursos humanos – SISRH. 2014. [acesso em: 25 nov 2022]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cgp/NIGEP/boletim%20informativo%20portal/outubro.pdf>
4. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
6. Lima JO. Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
7. Schott M. Articulação ensino-serviço: estratégia para formação e educação permanente em saúde. REFACS (online) 2018; 6(2):264-268.
8. Kuabara CTM, Sales PRS, Marin MJS, Tonhom SFR. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. REME – Rev. Min. de Enferm. 2014;18(1):195-201.
9. Christiny RL. Residência multiprofissional em saúde: a integração ensino-serviço no processo formativo. [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
10. Ramos AS, Búrigo AC, Carneiro C, Duarte CC, Kreutz JA, Ruela HCG. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Ministério da Saúde (Br). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. [internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 375-90 [acesso em: 22 set 2022]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf
11. Freire Filho JR, Silva CBG. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: Toassi RFC, organizadora. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2017 (Série Vivência em Educação na Saúde). p.28-39. [acesso em: 25 nov 2022]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324028785_Interprofissionalidade_e_formacao_na_saude_onde_estamos
12. Ceccim RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC, organizadora. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2017 (Série Vivência em Educação na Saúde). p.49-67. [acesso em: 25 nov 2022]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/183991>
13. Ministério da Educação (Brasil). Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077/2009. 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 Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, Diário Oficial da União. 12 nov 2009.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Seção 1 p. 59, 13 jun 2013.
15. Shikasho L. Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
16. Cruz LM. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: percepção dos profissionais do serviço no Município de Palmas/Tocantins. [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013.

17. Pazdziora RIZ, Rocha CMF, De Andrade SC, Mendes MFD. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES. SC [Internet]. 5 de agosto de 2014 [acesso em: 25 de abr de 2024];2(01). Disponível em:
<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/3291>
18. Pazdziora RIZ. Residência Multiprofissional em Saúde: desafios e possibilidades. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013; [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76076/000892993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Milanesi R. Preceptoría na Residência Multiprofissional em Saúde: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2016; [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/531/4/%5bDISSERTA%c3%87%c3%83O%5d%20Milanesi%2c%20Rafaela.pdf>
20. Souza CSM. Residência multiprofissional em saúde no Amazonas: a perspectiva do núcleo estruturante. 2012 [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012; [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://repositorio.unifesp.br/xmlui/bitstream/handle/11600/22736/Tese-13929.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Soares VL, Menezes LBA, Silva IJS, Carvalho OS. Uso de narrativas na construção da aprendizagem de si e do outro. In: Ceccim RB, Menezes LBA, Soares VL, Pereira AJ, Menezes JR, Rocha RCS, Alvarenga JPO. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [acesso em: 19 fev 2019]. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 147-159. Disponível em:
<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-formadores-para-residencias-em-saude-corpo-docente-assistencial-em-experiencia-viva-pdf>
22. Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2013; [acesso em: 28 nov 2022];17(47):759-76. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4113.pdf>
23. Fajardo AP. Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re) construir as instituições-escola na saúde. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011; [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32308/000785431.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Cavalcanti IL, Sant'Ana JMB. A preceptoría em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. Rev. Eletrônica Gestão & Saúde [periódico na internet]. 2014; [acesso em: 28 nov 2022];5(3):1045-1054. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/486/463>
25. Steinbach M. Preceptoría na Residência multiprofissional em saúde: Saberes do Ensino e do Serviço. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/157306/336648.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Aguiar AC. Reflexões e perspectivas sobre a formação especializada em saúde a partir da pesquisa "Preceptoría em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino-Pesquisa e Gestão". In: Aguiar AC organizadora. Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão. [livro online] [acesso em: 28 nov 2022]. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2017. p.184-207. Disponível em:
<https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residencia.pdf>

27. Antunes JM, Daher DV, Ferrari MFM. Preceptorial como locus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. Rev. Enferm. UFPE, [periódico na Internet]. 2017. [acesso em: 13 jan 2019];11(10):3741. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22612/24273>
28. Ferreira SR. Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço. [Dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12419/000626144.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Autonomo FRO, Hortale VG, Santos GB, Botti SHO. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária-Análise das Publicações Brasileiras. Rev. bras. educ. med. [periódico na Internet]. 2015; [acessado 28 nov. 2022];39(2):315-327. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/?lang=pt>
30. Araujo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. Interface (Botucatu), [periódico na Internet]. 2017 [acesso em: 28 nov 2022];21(62):601-613. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
31. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução MEC/SESU/CNRMS no 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 222, Seção 1, p. 12-13, de 17 nov de 2014.
32. SILVA LC. Residência multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde: perspectivas e contradições. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.17, n.1, p. 109-132, jan. a jul. / 2017. [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18487/9660>
33. Brasil. Ministério da Educação. Resolução MEC/SESU/CNRM nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as Diretrizes Gerais para programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. N73 Seção 1 p. 24-25, de 16 abr 2012.
34. Ribeiro KRB. Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/158877/337081.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Armemann CT. Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. [acesso em: 28 nov 2022]. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171034/001053647.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. São Paulo (Município). Decreto no 58.502, de 09 de novembro de 2018. Dispõe sobre a atividade de educação institucional no âmbito da Administração Pública Municipal. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, p. 01, 2018.
37. Silva LC, Brotto ME. Residência multiprofissional em saúde e Serviço social: dilemas na formação e trabalho profissional. Em Pauta: revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ [periódico na Internet]. 2016 [acesso em: 10 mar 2019];37(14):126-149. Disponível em:
<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25396/18360>

