

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps24.c21>**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE: ANÁLISE CRÍTICA DOS DESAFIOS E PERSPECTIVAS SOB A  
ÓTICA DISCENTE****MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN FAMILY AND COMMUNITY HEALTH:  
A CRITICAL ANALYSIS OF CHALLENGES AND PERSPECTIVES FROM THE  
STUDENT'S PERSPECTIVE****HELLEN MAROSTICA**

Psicóloga pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-graduanda em  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde  
Pública de Santa Catarina (ESP/SC).

E-mail: [hellenmarostica20@gmail.com](mailto:hellenmarostica20@gmail.com)

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3635978198254103>

**LAURA LAURENTI DE FREITAS**

Nutricionista pelo Centro Universitário Filadelfia (UniFil). Pós-graduanda em Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública de Santa  
Catarina (ESP/SC).

E-mail: [lauralaurenti00@edu.unifil.br](mailto:lauralaurenti00@edu.unifil.br)

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4903275758529332>

**RESUMO**

As residências em saúde são modalidades de pós-graduação que proporcionam treinamento em serviço para profissionais da saúde. **Objetivo:** Este estudo qualitativo e descritivo busca relatar a experiência de duas residentes multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade em um município de Santa Catarina a fim de identificar desafios e potencialidades desta formação. **Metodologia:** Os dados foram coletados por meio de registros descritivos das práticas de trabalho e consulta a referências bibliográficas. **Resultados:** A análise qualitativa organizou os dados em seis categorias principais: Organização do Programa e Direitos da Pessoa Residente, Desigualdades Enfrentadas no Modelo Biomédico, Formação Teórica, Pluralidade e Dinamicidade do Trabalho, Sofrimento Psíquico, e Futuro Profissional. **Discussão:** A experiência relatada aponta para a necessidade urgente de revisão e implementação de políticas públicas que melhorem as condições de trabalho dos residentes, assegurem direitos básicos e promovam a equidade entre os profissionais de saúde. **Considerações finais:** A valorização desses profissionais é crucial para garantir a qualidade do atendimento no SUS e o bem-estar dos residentes. Estudos futuros são recomendados para fortalecer o SUS e desenvolver políticas que melhorem a formação e as condições de trabalho na APS.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT**

Health residencies are postgraduate modalities that provide in-service training for healthcare professionals. **Objective:** This qualitative and descriptive study aims to report the experience

of two multiprofessional residents in Family and Community Health in a municipality in Santa Catarina to identify challenges and potentialities of this training. Methodology: Data were collected through descriptive records of work practices and consultation with bibliographic references. **Results:** Qualitative analysis organized the data into six main categories: Program Organization and Resident Rights, Disparities Faced in the Biomedical Model, Theoretical Training, Plurality and Dynamism of Work, Psychological Distress, and Professional Future. **Discussion:** The reported experience highlights the urgent need for the revision and implementation of public policies to improve the working conditions of residents, ensure basic rights, and promote equity among health professionals. **Conclusion:** Valuing these professionals is crucial to ensuring quality care in the SUS and the well-being of the residents. Future studies are recommended to strengthen the SUS and develop policies that improve training and working conditions in APS.

**Key-words:** Multiprofessional Residency; Primary Health Care; Unified Health System.

## 1 INTRODUÇÃO

As residências em saúde representam uma importante modalidade de ensino de pós-graduação direcionada a profissionais da saúde, e são caracterizadas por um treinamento em serviço. Este tipo de formação compreende duas principais modalidades: a residência médica, estabelecida pela Lei n.º 6.932 de 7 de julho de 1981; e a residência em área profissional da saúde, que pode ser multi ou uniprofissional, regulamentadas pela Lei n.º 11.129 de 30 de junho de 2005, que incluem outras categorias profissionais além da médica.

Segundo o artigo n.º 13 da Lei 11.129, a Residência Multiprofissional é definida como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* focada na educação em serviço, voltada para categorias profissionais que compõem o campo da saúde, com exceção da medicina. Este programa é concebido como uma iniciativa de cooperação intersetorial destinada a facilitar a inserção qualificada de jovens profissionais no mercado de trabalho, especialmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A residência multiprofissional é caracterizada pelo regime de dedicação exclusiva e supervisionada por docentes e profissionais, refletindo uma responsabilidade compartilhada entre os setores de educação e saúde.

Desde a instituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diversas iniciativas e programas visando à integração entre educação e trabalho no setor da saúde. Neste contexto, a residência em área profissional emerge como uma estratégia de formação inovadora que transcende os objetivos tradicionais das residências médicas, historicamente focadas na prática curativa e privada. Seu propósito central é formar profissionais aptos a atuar no SUS, promovendo a interdisciplinaridade, o trabalho colaborativo em equipe, e a revisão das abordagens tecnológicas e assistenciais no campo da saúde (Santos J.& Santos P., 2023).

São diversos os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, que podem comportar um programa de residência. Entre eles está a Atenção Primária à Saúde (APS), nível fundamental do sistema de saúde, responsável por coordenar e integrar cuidados essenciais para a população. Ela abrange uma ampla gama de serviços, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A APS é caracterizada por sua acessibilidade, integralidade, e continuidade do cuidado, sendo frequentemente o primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde. Seu enfoque na saúde da família e da comunidade, bem como na atuação interprofissional, é crucial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, garantindo um atendimento mais humanizado e eficiente.

As autoras deste relato são residentes multiprofissionais das categorias nutrição e psicologia, matriculadas em um programa do sul do Brasil. Portanto, pretende-se com este capítulo descrever nossa experiência no Programa de especialização em Saúde da Família e Comunidade enquanto residentes, na compreensão de que esta elaboração crítica acerca dos processos de trabalho e formativos compõem elemento fundamental para o processo de aprendizado no contexto da Saúde Pública.

## **2 METODOLOGIA**

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O texto compreende a vivência de duas residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, tendo como cenário de prática um município de Santa Catarina. O foco principal é descrever os desafios, limites, aprendizados e contribuições dessas experiências para a formação profissional e para o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS).

Para a elaboração deste relato os dados foram coletados por meio de registros descritivos das práticas de trabalho no contexto da residência. Esses relatos incluíram uma reflexão abrangente sobre os aspectos mais relevantes e impactantes da prática na APS, destacando tanto os desafios quanto os aprendizados. Além disso, foram consultadas diversas referências bibliográficas, tais como livros, artigos científicos e legislações, que proporcionaram embasamento teórico e contextualizaram as práticas observadas. Esta metodologia permitiu uma compreensão crítica das dinâmicas do cotidiano de trabalho, bem como a identificação de padrões e lógicas instituídas, bem como pontos de melhoria. Por se tratar de um relato de experiência envolvendo abordagem exclusiva em educação/ensino, este trabalho é isento das

etapas de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

A análise dos dados foi conduzida de maneira qualitativa, inicialmente organizando-os tematicamente, a fim de identificar padrões e temas recorrentes. As experiências sistematizadas em categorias, que foram posteriormente analisadas à luz da literatura existente sobre a APS e as residências em saúde, permitindo contextualizar as experiências das residentes dentro de um quadro teórico mais amplo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo foram organizados em seis categorias de análise para uma compreensão detalhada e estruturada das experiências dos residentes. As categorias são: Organização do programa e direitos da pessoa residente, que aborda a estrutura e as garantias oferecidas aos residentes; Desigualdades enfrentadas no modelo biomédico, que discute as relações de poder e sua influência na formação; Formação teórica, que examina a qualidade e a aplicabilidade do conhecimento acadêmico; Pluralidade e dinamicidade do trabalho, que explora a diversidade e a complexidade das atividades realizadas; Sofrimento psíquico, que investiga os desafios emocionais enfrentados pelos residentes; e Futuro profissional, que considera as expectativas e perspectivas dos residentes em relação à carreira. Esta categorização permite uma análise abrangente, proporcionando reflexões para o aprimoramento dos programas de residência e a melhoria das condições de trabalho e formação na área da saúde.

#### *Organização do programa e direitos da pessoa residente*

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde se estrutura ao longo de 5.760 horas distribuídas em dois anos. Essa carga horária é dividida de forma a garantir um equilíbrio entre a prática direta ou teórico-prática, que representa 80%, e o ensino teórico, com os restantes 20%. Este programa visa integrar profissionais de pelo menos três áreas distintas, formando equipes capazes de atuar em diversas concentrações de cuidado, mantendo suas identidades profissionais essenciais.

Na prática, os residentes são submetidos a uma carga horária intensiva de 60 horas semanais. Esse modelo, originado nas residências hospitalares, agora se estende a diferentes níveis de complexidade, inclusive na Atenção Primária à Saúde, onde o horário semanal é de 40 horas. Apesar de já existirem movimentos de apoio à redução da carga horária, como o Projeto de Lei 504/2021, todos os programas no território nacional se configuram com 60h de

jornada de trabalho semanal, dentre as quais 40h são cumpridas na UBS e as demais 20h são compensadas com atividades teóricas e extracurriculares.

Contudo, este regime não concede direitos como atestados médicos ou licenças maternidade/paternidade de forma automática, sendo necessário o posterior cumprimento das horas perdidas por essas razões. Além disso, outras problemáticas se evidenciam, como os desafios de ingresso, permanência e egresso, que iniciam desde as altas taxas de inscrição para as provas e a demora para institucionalização das ações afirmativas como políticas afirmativas da instituição em que estamos vinculadas.

A ausência de garantias básicas reflete uma precarização significativa. Esses profissionais enfrentam desafios que afetam diretamente sua saúde física e emocional. A falta de reconhecimento legal de seu status dual — parte profissional, parte estudante — cria uma lacuna que nos torna vulneráveis à interpretação das instituições de ensino, dos locais de trabalho, assim como dos preceptores, gestores e demais profissionais envolvidos.

A condição ambígua da pessoa residente dentro deste modelo de formação multiprofissional destaca um problema estrutural que não apenas compromete o bem-estar dos residentes, mas também a qualidade do ensino e a eficácia dos serviços de saúde. A busca por soluções que garantam direitos básicos e reconheçam a complexidade do papel dos residentes é crucial para a evolução e sustentabilidade dos programas de residência em saúde.

Embora o modelo biomédico em saúde esteja sendo questionado nos últimos anos, ainda há muito o que avançar para transformar os espaços profissionais e torná-los centrados na integralidade e interprofissionalidade (Santos & Santos, 2023). Este entendimento se perpetua no âmbito das residências em saúde, como será discutido no tópico a seguir.

### *Desigualdades enfrentadas no modelo biomédico*

A Saúde enquanto instituição é historicamente atravessada por relações de poder e suas repercussões em processos de trabalho hierarquizados (Araújo *et al.*, 2023). Isso implica em diferentes valores atribuídos a diferentes saberes, dentro dos quais a medicina está localizada, culturalmente, em uma compreensão estereotipada de maior prestígio. Esta lógica não reflete apenas na representação social que se tem, no imaginário dos cidadãos, destes profissionais - além disso, diversas outras repercussões são perceptíveis na dinâmica dos trabalhos em equipe na Saúde.

Nesse sentido, dentro do mesmo programa de residência, em que todas as profissões exercem as mesmas funções, dentro de uma mesma carga horária, e passam pelo mesmo nível de formação (especialização), há desigualdade salarial. Isso faz com que profissionais da

medicina recebam bolsas de contrapartida na esfera federal, estadual e municipal ao passo que na residência multiprofissional as demais categorias profissionais recebem apenas a bolsa federal, tornando desigual a valorização oferecida a profissionais diferentes, mesmo que inseridos em um mesmo contexto de trabalho. O mesmo se percebe no Plano de Salários municipal, em que a remuneração das pessoas servidoras médicas também ultrapassa a remuneração de demais profissionais da saúde.

A remuneração superior destinada a profissionais da medicina se justifica na busca pelo fortalecimento e capilarização dos especialistas em Saúde da Família e Comunidade no interior do país. Nesse sentido, a estes residentes também é assegurada a possibilidade de auxílio moradia. Ademais, o programa de residência médica prevê a possibilidade de fazer o terceiro ano de residência, o que também não está preconizado para a multiprofissional.

Contraditoriamente, há forte presença, nos discursos, do reconhecimento da importância do fortalecimento do trabalho interdisciplinar. A realidade, no entanto, como citado, é outra: os desafios da permanência se evidenciam e comprometem a qualidade de vida da trabalhadora residente, ao passo que o custo de vida nas cidades brasileiras apenas aumenta. Portanto, nota-se a discrepância na valorização dos residentes médicos em detrimento dos residentes multiprofissionais, e o discurso de horizontalidade nas relações na maioria das vezes não se alinha à realidade.

### *Formação teórica*

Por se tratar de uma pós-graduação, é implícita a necessidade de um processo educacional em que os estudantes aprimorem suas habilidades e competências específicas para se tornarem especialistas em Saúde da Família e Comunidade. No entanto, atualmente não existe uma grade curricular nacional unificada para os programas de residência multiprofissional. Isso inclui a falta de aprofundamento em competências básicas no que tange às áreas de núcleo e de campo. Como resultado, os programas geralmente gerenciam por conta própria a estruturação do ensino teórico e constroem seu projeto político pedagógico, o que pode ser insuficiente em termos dos fundamentos da Atenção Primária à Saúde, instrumentalização necessária para a prática em grandes eixos.

Para institucionalizar e otimizar os processos formativos, é essencial que os diversos atores e apoiadores estejam alinhados com as perspectivas do programa. Isso inclui a coordenação da instituição educacional, a gestão municipal, os tutores e os preceptores envolvidos. Na realidade atual, frequentemente observamos a duplicidade de papéis atribuídos a mesma pessoa, o que pode gerar conflitos de interesse devido às relações de poder.

Concretamente, isso se manifesta quando a coordenadora do programa também assume o papel de tutora, a coordenadora municipal atua como preceptora, e uma das tutoras também desempenha o papel de preceptora.

Estas problemáticas se expressam a nível local, como o citado, mas também a nível nacional. Isso se evidencia ao passo que, por exemplo, as Residências Médicas possuem currículo baseado em competências, institucionalizado nacionalmente via Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Enquanto isso, não há nenhum documento nacional orientativo para as Residências Multiprofissionais.

Neste contexto, destacamos como potencialidade dos programas de residência a inevitável apropriação das problemáticas estruturais envolvendo o SUS em si, bem como os processos de educação permanente em saúde. Convivendo ao meio da privatização e da precarização das políticas públicas, a formação crítica se impõe com fins de sobrevivência e resistência neste ambiente.

#### *Pluralidade e dinamicidade do trabalho*

A Atenção Primária à Saúde (APS) abrange um amplo espectro de serviços que vão desde a prevenção e promoção da saúde até o diagnóstico e tratamento de doenças. O trabalho nesse nível de atenção é caracterizado por sua natureza dinâmica e plural, o que se reflete nas diversas possibilidades de atuação que ele oferece em diferentes contextos e frente a variadas demandas. Esse dinamismo é um dos pilares que sustenta a eficácia da APS, permitindo uma abordagem integral e colaborativa de cuidados e maior complexidade nos processos de ensino, no caso das residências em Saúde da Família e Comunidade.

No entanto, apesar do ambiente favorável à dinamicidade e pluralidade do trabalho, percebe-se a inexistência de ações como a atuação interprofissional e o diálogo em rede sendo institucionalizados. Na falta de processos e fluxos de trabalho bem definidos (tais como agendas com programações que visem ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, tempo reservado para planejamento e avaliação das ações e carga horária para educação permanente), o que se evidencia é uma lógica de gestão individualizante, que localiza na pessoa trabalhadora a dependência de uma pulsão motivacional interior para que certas intervenções ocorram. Nesse sentido, se não houver, por parte de uma ou de outra trabalhadora, a intenção de fazer acontecer certas atividades (apesar de serem previstas nas políticas de saúde), a hegemonia da atenção se limitará ao mínimo possível para a manutenção do serviço.

Esta problemática é reflexo de um programa de financiamento que valoriza tanto aspectos numéricos e produtivos, o Previne Brasil (Brasil, 2019). Trazendo ao Sistema Único

de Saúde uma lógica empresarial de pagamento por desempenho e por quantitativo de pessoas cadastradas no serviço, faltam os incentivos às intervenções qualitativas, que priorizem as trocas e os diálogos e fortaleçam o cuidado compartilhado.

Percebemos esta falha dentro do serviço em que nos inserimos e também na instituição de ensino a qual estamos vinculadas. Nesta, mesmo havendo alguns processos institucionalizados de incentivo à formação continuada, por exemplo (como a obrigatoriedade de publicação do Trabalho de Conclusão de Residência como um projeto de pesquisa, a liberação de 10 dias por ano letivo para participação de eventos científicos e a divulgação de cursos), o estímulo se resume a isso.

Como contraponto a esta lógica meritocrática em que a transformação só é possível quando sujeitos, sozinhos, se sentem impelidos a provocar mudanças, percebemos a potência do coletivo. A união entre trabalhadores fortalece um movimento contrário às individualizações e à insensibilização intencional provocada pela precarização e má gestão dos serviços. A prática colaborativa entre os profissionais contribui para processos de resistência às condições de trabalho opressivas e desgastantes.

### *Sofrimento psíquico*

Durante a experiência relatada, observou-se entre os residentes sinais de sofrimento psíquico auto relatados nos momentos de trocas e acolhimento entre estes profissionais. Dentre os sintomas mais comuns, surgem nas falas dos residentes sinais de ansiedade, preocupação, prejuízo do sono, abandono de atividades de lazer e autocuidado, sobrecarga emocional, estresse e sentimentos de desesperança. Tais achados são condizentes com relatos encontrados na literatura que trazem dados referentes à insatisfação com qualidade de vida por parte de residentes multiprofissionais (Cahu *et al.*, 2014), bem como a presença de Transtornos Mentais Comuns nessa população (Carvalho *et al.*, 2013).

Além disso, relatos de adoecimento psíquico também estiveram presentes nas falas dos profissionais do serviço no qual a residência ocorre, que, para além da experiência descrita, tinham seu sofrimento demonstrado através de afastamentos e atestados por demandas de saúde mental. Nesse sentido, Carreiro *et al* (2013), Carvalho *et al* (2016) e Nóbrega (2019) evidenciam as correlações entre adoecimento psíquico e condições de trabalho, que se evidenciam por meio dos Transtornos Mentais Comuns, insônia, queda na concentração, irritabilidade, sintomas depressivos, Burnout e uso do álcool.

Esses sinais de adoecimento mental ressaltam a urgência de medidas de apoio psicológico e intervenções estruturadas para melhorar a saúde mental e o bem-estar em

trabalhos de cuidado, assegurando um ambiente laboral mais saudável e sustentável. Além disso, esta problemática evidencia a intrínseca relação entre o adoecimento mental no ambiente de trabalho e as brutais condições de vida estruturadas pelo capitalismo e pelo neoliberalismo (Safatle *et al.*, 2021). Inseridos em uma lógica de produção e competição, em que até mesmo o próprio Sistema Único de Saúde é financiado a partir do número de atendimentos ofertados, o valor de um sujeito é medido, nessa ideologia econômica, a partir da sua capacidade de produzir. A gestão do sofrimento psíquico, nesse contexto, muitas vezes se resume a intervenções paliativas que visam manter a funcionalidade do trabalhador sem abordar as raízes estruturais do problema. Isso resulta em um aumento significativo de adoecimento, exacerbados pela precarização das relações de trabalho, pela insegurança financeira e pela falta de suporte adequado, nesse ciclo de pressão e estresse contínuos.

#### *Futuro profissional*

Outro aspecto que certamente traz impactos à qualidade de vida da pessoa residente é a instabilidade profissional após a permanência dos dois anos no programa de residência. Um dos objetivos deste formato de pós-graduação é a qualificação profissional para sua posterior absorção no serviço público onde ocorreu sua formação, e estudos mostram que em alguns cenários essa continuidade de fato ocorre (Da Costa Brasil, 2017; De Oliveira, 2017). No entanto, em um contexto nacional em que se observa o constante crescimento e fortalecimento do fenômeno da terceirização dos serviços públicos (Morais *et al.*, 2018) e baixo número de lançamentos de editais para concursos públicos, não há garantia ou sequer expectativas de uma continuidade do trabalho para o qual nos especializamos. Outro fator que corrobora para esta instabilidade é a não obrigação de pontuação extra nestes raros editais de concursos públicos para egressos de programas de residência.

Além disso, fica evidente que a mão de obra da residência é frequentemente confundida em seu papel: ao invés de sermos inseridos em cenários de prática formativos e educativos, somos alocados em serviços com recursos humanos e materiais insuficientes que, além de prejudicarem a qualidade do trabalho prestado e a satisfação do trabalhador, “emprestam” a pessoa residente ao município, que, agora munido de maior número de profissionais formados e aptos ao trabalho, se vê desobrigada a realizar novas contratações. Tal experiência reforça o já comentado no tópico de discussão sobre o “não lugar” que a pessoa residente ocupa e as (in)conveniências que surgem nesse processo.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada revela um cenário desafiador e multifacetado. Os papéis atribuídos a pessoa residente são voláteis a depender das conveniências contextuais, sendo considerados estudantes em alguns momentos e profissionais em outros. Essa ambiguidade de identidade profissional reflete a precarização do serviço, como insuficiência de servidores atuando nas políticas de saúde e limitações na educação permanente, que reflete no desconhecimento sobre as funções, potências e limitações das Residências em saúde.

Além disso, a desigualdade enfrentada no modelo biomédico, que se manifesta tanto culturalmente quanto na maior remuneração desses profissionais, agrava o sentimento de desvalorização entre os residentes de outras áreas da saúde. A formação teórica e os locais de trabalho também sofrem com a precarização, impactando diretamente a qualidade do aprendizado e a prática profissional.

Apesar desses desafios, o trabalho das residentes é marcado pela dinamicidade e pela pluralidade de atividades, o que proporciona uma rica experiência profissional. No entanto, essa diversidade de tarefas não compensa a alta demanda de sofrimento psíquico enfrentada pelos residentes, exacerbada pela falta de perspectiva de contratação por concurso público.

Portanto, é imperativo que políticas públicas sejam revisadas e implementadas para melhorar as condições de trabalho dos residentes, assegurando direitos básicos e criando oportunidades de contratação. A valorização e o reconhecimento desses profissionais são essenciais para garantir a qualidade do atendimento na atenção primária à saúde e o bem-estar dos próprios residentes. A maior visibilidade desses problemas por parte de gestores e formuladores de políticas públicas pode impulsionar a criação de políticas que garantam direitos básicos aos residentes, como o acesso a atestados médicos e a redução da carga horária, além de promover a equidade entre os diferentes profissionais de saúde.

Este estudo tem limitações a considerar, pois se baseia na experiência de apenas duas profissionais, o que pode não representar todas as vivências de outros residentes. Reconhecer essas limitações é crucial para futuras pesquisas, que podem incluir uma amostra mais ampla e diversificada, além de métodos mistos para enriquecer a análise. Recomenda-se a realização de novos estudos e a coleta de mais relatos sobre a temática, visando fortalecer o SUS e desenvolver políticas públicas que melhorem as condições de trabalho e formação na APS, garantindo atendimento de qualidade à população.

Diante desses desafios, é recomendável que haja implementação de uma grade curricular através de criação de conteúdo programático em ementa previamente definida e disponibilizada aos discentes, garantindo contratação de professores especialistas no assunto

para planejarem e ministrarem as atividades educativas. Também sugere-se o fortalecimento e esclarecimento contínuo dos papéis de tutoria e preceptoria, fundamentais no processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é também imprescindível a garantia de ambientes de prática adequados, suficientes e seguros para os residentes.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juciany Medeiros et al. Relação entre território e residência em saúde: uma possibilidade de experiência decolonial?. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 196-206, 2023.

BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)>. Acesso em: 22 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)>. Acesso em: 22 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)>. Acesso em: 22 jul. 2024.

CAHÚ, Renata Ayanna Gomes et al. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p. 76-83, 2014.

CARREIRO, Gisele Santana Pereira et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.

CARVALHO, Carla Novaes et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 38-45, 2013.

CARVALHO, Danniela Britto de; ARAÚJO, Tânia Maria de; BERNARDES, Kionna Oliveira. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, 2016.

DA COSTA BRASIL, Camila; DE OLIVEIRA, Pedro Renan Santos; DE MORAIS VASCONCELOS, Ana Paula Silveira. Perfil e trajetória profissional dos egressos de

residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE-Revista de políticas Públicas**, v. 16, n. 1, 2017.

DE OLIVEIRA, Janete Bertan et al. Influência da residência multiprofissional na vida profissional de egressos. **Inova Saúde**, v. 6, n. 1, p. 122-139, 2017.

FLOR, Taiana Brito Menêzes et al. Analysis of professional training in Multiprofessional Health Residency Programs in Brazil from the perspective of residents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 281-290, 2023.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018.

NÓBREGA, Mariana de Medeiros. **O adoecimento mental inerente às atividades laborais: uma revisão integrativa**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Higiene Ocupacional) - Instituto Federal da Paraíba, Patos, 2019.

SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Autêntica Editora, 2021.

SANTOS, Juliana Siqueira; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 516-530, 2023.