

# Fatores prejudiciais à saúde e estratégias de cuidado adotadas por residentes multiprofissionais

Health-related detrimental factors and care strategies adopted by multiprofessional residents

Factores perjudiciales para la salud y estrategias de cuidado adoptadas por residentes multiprofesionales

## Maxsuel Oliveira de Souza

Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, na modalidade de residência multiprofissional, pela Escola de Governo Fiocruz (EGF).  
Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasília, DF, Brasil;  
E-mail: m.oliveiradesouza@outlook.com; ORCID: 0000-0002-8408-9254

## Laurianna Alexandrina Neves de Souza Vieira

Especialista em Saúde da Família, com ênfase na População do Campo, na modalidade de residência multiprofissional, pela Escola de Governo Fiocruz (EGF). Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasília, DF, Brasil;  
E-mail: enfermeira.laurianna@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0547-7425

## Roberto Nascimento de Albuquerque

Doutor em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB). Coordenador do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (CEUB), Brasília, DF, Brasil;  
E-mail: albuquerque.roberto@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0818-242X

Contribuição dos autores:  
Concepção do estudo: MOS;  
Investigação: MOS, LANSV, RNA; Metodologia: MOS, RNA;  
Coleta de dados: MOS;  
Tratamento e análise de dados: MOS, RNA; Redação: MOS, LANSV, RNA; Revisão: MOS, LANSV, RNA; Aprovação da versão final: MOS, LANSV, RNA; Supervisão: RNA. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Ministério da Saúde, por meio de bolsa de residência multiprofissional.

Recebido em: 09/09/2025

Aprovado em: 06/06/2026

Editora responsável: Fernanda Cornelius Lange

**Resumo: Objetivo:** Identificar fatores associados ao sofrimento e estratégias de cuidado adotadas por residentes em programas de residência multiprofissional. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição de Ensino e Pesquisa com profissionais residentes do primeiro e segundo ano de cursos de pós-graduação lato sensu. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, on-line, dividido em três seções: perfil sociodemográfico; percepção de sofrimento nos últimos 30 dias - categorizada em fatores institucionais, laborais e físico-emocionais; e estratégias que contribuíram para a diminuição do sofrimento. **Resultados:** A amostra foi composta por 69 profissionais residentes, majoritariamente do primeiro ano, mulheres cisgênero, jovens adultos e solteiros(as), com formação predominante nas Ciências da Saúde. Os principais fatores associados ao sofrimento relacionados à legislação e ao ambiente institucional, englobaram as normas nacionais referentes aos atestados médicos e à reposição de carga horária, bem como a baixa qualidade dos componentes teóricos do curso. No âmbito do trabalho, evidenciaram-se a exaustão mental e/ou corporal decorrente da carga horária de 60 horas semanais e as relações sociais de trabalho conflituosas. Entre os fatores físicos e emocionais, prevaleceram a preocupação excessiva com o trabalho, alterações no padrão do sono e ansiedade associada às atividades laborais. Como estratégias de enfrentamento, os residentes recorreram à prática de autocuidado por meio da atividade física, lazer, apoio familiar, (psico)terapias e busca por apoio institucional. **Considerações finais:** Conclui-se que o sofrimento de residentes multiprofissionais deve ser compreendido como multifatorial.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional em Saúde; Residência em Saúde; Formação em Saúde; Sofrimento emocional.

**Abstract: Objective:** To identify factors associated with distress and the care strategies adopted by residents enrolled in multiprofessional residency programs. **Methods:** This cross-sectional quantitative study was conducted at a Teaching and Research Institution with first- and second-year postgraduate residents. Data were collected using a structured online questionnaire divided into three sections: sociodemographic characteristics; perceived distress in the previous 30 days - categorized as institutional, work-

related, and physical–emotional factors; and strategies used to reduce distress. **Results:** The sample comprised 69 resident professionals, predominantly first-year residents, cisgender women, young adults, and single individuals, most with backgrounds in the health sciences. The main factors associated with institutional distress included national regulations related to medical leave and workload replacement, as well as the low quality of the program’s theoretical components. In the work context, mental and physical exhaustion resulting from a 60-hour workweek and conflicting professional relationships were prominent. Regarding physical and emotional factors, excessive work-related concern, sleep disturbances, and anxiety associated with workload were prevalent. As coping strategies, residents reported engaging in self-care practices such as physical activity, leisure activities, family support, psychotherapy, and, to a lesser extent, institutional support. **Final considerations:** It is concluded that the suffering of multiprofessional residents should be understood as multifactorial.

**Keywords:** Multi-professional Residency in Health; Residency in Health; Education in Health; Psychological Distress.

**Resumen: Objetivo:** Identificar los factores asociados al malestar y las estrategias de cuidado adoptadas por residentes en programas de residencia multiprofesional. **Métodos:** Estudio cuantitativo transversal realizado en una Institución Docente e Investigadora, con residentes de posgrado de primer y segundo año. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado en línea, dividido en tres secciones: perfil sociodemográfico; percepción del malestar en los últimos 30 días - categorizada en factores institucionales, laborales y físico-emocionales; y estrategias que contribuyeron a la reducción del malestar. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 69 residentes, en su mayoría mujeres cisgénero de primer año, jóvenes adultas y solteras, con formación predominante en ciencias de la salud. Los principales factores asociados al malestar, relacionados con la legislación y el entorno institucional, incluyeron la normativa nacional sobre certificados médicos y la reposición de la jornada laboral, así como la baja calidad de los componentes teóricos del programa. En el contexto laboral, se evidenció agotamiento mental y/o físico derivado de una jornada laboral de 60 horas, así como relaciones sociolaborales conflictivas. Entre los factores físicos y emocionales, predominaron la

preocupación excesiva por el trabajo, las alteraciones en los patrones de sueño y la ansiedad asociada a la sobrecarga laboral. Como estrategias de afrontamiento, los residentes recurrieron a prácticas de autocuidado, como actividad física, ocio, apoyo familiar, (psico)terapias y apoyo institucional.

**Consideraciones finales:** Se concluye que el sufrimiento de los residentes multiprofesionales debe comprenderse como multifactorial.

**Palabras clave:** Residencia Multiprofesional en Salud; Residencia en Salud; Formación en Salud; Distrés Psicológico.

## INTRODUÇÃO

A Residência em Área Profissional de Saúde, multi ou uniprofissional, foi institucionalizada no Brasil com a Lei Federal nº 11.129 de 2005<sup>1</sup>. Trata-se de uma modalidade de educação pelo trabalho, fundamentada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), caracterizada pela integração entre ensino e prática no cotidiano dos serviços, com a finalidade de fornecer formação dos profissionais das mais diversas áreas da saúde, com exceção à medicina<sup>1</sup>. Baseia-se na oferta de um curso de pós-graduação *lato sensu*, com carga horária total de 5760 horas que devem ser cumpridas integralmente no campo de prática, sendo estruturada de acordo com o artigo 2º da Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014<sup>2</sup>, por:

[...] 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas<sup>2:1</sup>.

Organizacionalmente os programas de residência em saúde buscam integrar os eixos do ensino, serviço e extensão comunitária com o propósito de “[...] cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>1:1</sup>. Sua modalidade multiprofissional se propõe a integrar e articular os conhecimentos adquiridos, estimular as produções de trabalho e a gestão participativa<sup>3,4</sup>.

Considerando sua finalidade formativa, voltada prioritariamente à qualificação de profissionais recém-egressos da graduação, os programas de residência configuram-se, para muitos desses jovens profissionais, como o

primeiro espaço de inserção no mundo do trabalho<sup>4,5</sup>. Essa oportunidade formativa possibilita o acúmulo de experiências e vivências que constituem a trajetória e a identidade do profissional, qualificando-o para atuar integralmente na saúde da população, com predominância em dispositivos do SUS<sup>3-5</sup>.

O SUS tem como princípios, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988<sup>6</sup> e pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990<sup>7</sup> e nº 8.142/1990<sup>8</sup>, a universalidade, a equidade e a integralidade. Esses princípios regulam e asseguram o acesso ao direito à saúde integral em diferentes estratégias (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) e níveis de complexidade (primário, secundário e terciário)<sup>7</sup>.

Assim como, esse sistema prevê ações fundamentadas na justiça social e na participação da comunidade como atores-chave e potencializadores da elaboração e efetivação das políticas públicas de saúde, histórico esse perpetuado pelas lutas de atores do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970<sup>8</sup>. Cabe destacar que o SUS é reconhecido como um sistema de saúde de referência mundial, com potencial avanço na integração de práticas interdisciplinares e multiprofissionais voltadas à atenção humanizada e comunitária<sup>7</sup>.

Nesse contexto, o processo formativo de residentes no âmbito do SUS propõe-se a ser transformador<sup>9</sup>. Para tanto, o referencial teórico de Paulo Freire tem sido incorporado aos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), ao incentivar uma educação dialógica, problematizadora e fundamentada na realidade concreta vivenciada pelos sujeitos<sup>10,11</sup>. Essa perspectiva, ainda no campo da Escola Nova, apresenta forte articulação com as Metodologias Ativas de Aprendizagem, inseridas na Pedagogia das Competências<sup>9</sup>.

Essa proposta pedagógica busca se opor à pedagogia tradicional adotada no contexto brasileiro, ao inserir o educando como protagonista do seu processo educativo<sup>9-11</sup>. Embora a relevância do aprendiz ativo esteja amplamente difundida na literatura, estudos recentes têm avançado criticamente nesse campo, propondo a ampliação da crítica pedagógica. Desse modo, as residências multiprofissionais em saúde buscam se configurar como espaços de reflexão crítica, de superação da visão

tradicional e de (re)construção profissional, com o propósito de incentivar que o residente atue como agente ativo na construção de sua própria formação, conforme propõe Freire<sup>9-11</sup>.

Desse modo, a formação em saúde, por meio dos programas de residência, relaciona-se a anseios ligados ao treinamento em serviço, à valorização do desenvolvimento de competências individuais e coletivas e resolubilidade<sup>4</sup>. Ao proporcionar vivências em campo, conhecimento do território e interação com os sujeitos nele inseridos, bem como dos determinantes sociais que interferem no processo de saúde e doença, possibilitando uma atenção voltada à saúde da coletividade<sup>1,3,4,10-13</sup>.

Entretanto, apesar de seu potencial, os programas de residência multiprofissional ainda enfrentam diversos desafios de natureza organizacional e estrutural. Dentre eles destacam-se a precarização das condições de trabalho e formação, a sobrecarga laboral dos residentes, a fragilidade do apoio institucional, a escassez de preceptores qualificados e a necessidade de maior reconhecimento e valorização da residência em saúde no SUS<sup>13-15</sup>.

Além disso, torna-se necessário reconhecer que esse modelo de formação, embora apresente potencialidades já consolidadas, também pode desencadear diferentes formas de sofrimento entre seus participantes, o que demanda uma análise ampliada que considere não apenas os aspectos pedagógicos, mas também as condições institucionais, organizacionais e subjetivas que atravessam a experiência formativa<sup>6-17</sup>.

Assim, a concepção do sofrimento como um espectro abrangente reconhece desde as manifestações biopsicossociais frente às exigências do cotidiano de formação e trabalho até os processos de adoecimento que assumem expressão clínica e diagnóstica, permitindo compreender essas vivências não como eventos “isolados”, mas como fenômenos produzidos na interseção entre as demandas estruturais do sistema e as experiências singulares dos residentes<sup>18-20</sup>.

Essa abordagem busca superar leituras estritamente biomédicas ou psicopatologizantes, reconhecendo o “sofrimento” como um fenômeno

multideterminado<sup>18-20</sup>. Logo, torna-se imprescindível discutir que esses profissionais estão suscetíveis a vivenciar momentos de sofrimento, a depender das condições do processo formativo, sendo frequentemente naturalizado e/ou invisibilizado no interior das instituições formadoras e dos serviços de saúde.

Diante disso, diagnósticos que abarcam esse amplo espectro - do sofrimento ao adoecimento - mostram-se relevantes para a visibilização das questões de saúde dos residentes. Contudo, embora tais diagnósticos possam apontar possíveis respostas, tendem a apreender apenas a dimensão superficial do problema, carecendo de análises que articulem, de forma integrada, “sofrimento”, “trabalho” e “formação”<sup>18-21</sup>. Ademais, persistem lacunas na produção científica quanto à compreensão desse fenômeno, especialmente no que se refere aos determinantes do “sofrimento” para além de sua expressão clínica.

Assim, o presente artigo orienta-se pela seguinte questão norteadora: quais fatores estão associados ao sofrimento de profissionais residentes multiprofissionais em saúde? Ademais, questiona-se: quais fatores podem contribuir para a diminuição do sofrimento? Nesse sentido, o estudo tem como **objetivo** identificar os fatores associados ao sofrimento e as estratégias de cuidado adotadas por profissionais residentes em programas de residência multiprofissional em saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. Realizado em uma Instituição de Ensino e Pesquisa, com o público-alvo de profissionais residentes, de primeiro (R1) e segundo ano (R2), devidamente matriculados nos cursos de pós-graduação *lato sensu*, modalidade residência multiprofissional, vigentes.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) estar regularmente matriculado em um curso de pós-graduação; 3) ser residente na modalidade multiprofissional; 4) responder ao questionário de coleta de dados em sua totalidade. Critérios de exclusão: 1) pertencer a outras instituições de ensino superior que ofertam o curso de pós-graduação *lato sensu* na modalidade residência multiprofissional.

Como instrumento de coleta de dados, os pesquisadores criaram um questionário estruturado, composto por três seções, a saber: a primeira - contendo perguntas sobre a idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão e ano do curso; a segunda – contendo questões em relação ao sentimento de sofrimento vivenciado nos últimos 30 dias, sendo separadas por três categorias: a) Fatores relacionados à Legislação Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e/ou ao ambiente institucional, b) Fatores relacionados ao trabalho e c) Fatores físicos e emocionais; e a terceira – fatores contribuintes para a diminuição do sofrimento vivenciado.

Para a criação deste questionário, o pesquisador principal convidou três profissionais residentes na função de juízes da Instituição de Ensino e Pesquisa para a fase de apreciação do questionário, visando a viabilidade do instrumento para a presente pesquisa, assim como, do conteúdo nele descrito. O questionário passou por 2 revisões para a inclusão de alguns itens indicados como fatores de sofrimento solicitados pelos juízes na fase de apreciação.

A divulgação da pesquisa ocorreu presencialmente e por meios digitais, incluindo grupos de *WhatsApp* e *e-mails* institucionais. Além disso, todos os instrumentos desta pesquisa foram cadastrados em um formulário digital na Plataforma *Google Forms*, contemplando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Questionário Geral do Participante. Optou-se por realizar a pesquisa *on-line* com a finalidade de abranger o maior número de sujeitos e garantir o anonimato, evitando a exposição de sofrimentos, caso houvesse.

A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob CAAE nº 70866623.0.0000.8027 e parecer nº 6.206.358. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2023. Os dados foram devidamente tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows, version 21.0*<sup>22</sup>. Para a análise de dados, utilizaram-se estatísticas descritivas, adotando-se um nível de significância de 5% (intervalo de confiança de 95%) em todas as análises.

## RESULTADOS

Em relação à primeira seção do questionário, referente às *questões sociodemográficas*, ao total 69 profissionais residentes participaram da pesquisa, sendo 75,36% matriculados no primeiro ano e 24,64% no segundo ano do curso. Quanto à identidade de gênero, 75,36% dos participantes se autodeclararam mulheres cisgênero, enquanto 23,19% se identificaram como homens cisgênero. Em relação à faixa etária, 52,20% dos residentes tinham entre 25 e 28 anos e, quanto ao estado civil, predominou a condição de solteiro(a), relatado por 84,06% dos participantes.

No que se refere ao nível de escolaridade, 27,54% dos residentes relataram possuir uma outra especialização previamente concluída, nas modalidades *lato sensu* e/ou *stricto sensu*. Quanto às categorias profissionais, a amostra contemplou diferentes áreas do conhecimento, com predominância de residentes das Ciências da Saúde (69,56%), seguidas pelas Ciências Humanas e Sociais (30,44%), incluindo ao total os cursos de graduação em Enfermagem, Saúde Coletiva, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Educação Física, Psicologia e Serviço Social.

Quanto às respostas da segunda seção do questionário, categoria “A”, referentes a fatores de sofrimento relacionados à *Legislação Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e/ou ao ambiente institucional*, em detalhamento na Tabela 1, a assertiva com maior frequência apontada pela amostra foi “normas nacionais relacionadas aos atestados médicos e à reposição de carga horária”, citada por 49,28% dos residentes.

Em seguida, destacaram-se fatores relacionados à organização dos programas e à qualidade da formação. Sendo eles, a “baixa qualidade dos componentes teóricos do curso” com 34,78%, “cobrança institucional (demandas excessivas)” com 26,09%, “ausência do corpo docente” referente à atuação institucional com 24,64% e a “fragilidade dos processos de avaliação” com 20,29%, fatores citados pelos profissionais residentes.

Com menor frequência, os residentes descreveram o “exercício inadequado de autoridade da coordenação/direção institucional” com 8,7%, problemas relacionados à “falta de infraestrutura” com 8,7% e as “relações conflituosas, *bullying* e/ou assédio entre docentes e residentes” com 4,35%.

**Tabela 1.** Tabela de contingência das frequências e percentuais por linha dos fatores relacionados à Legislação Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e/ou ambiente institucional (N=69). Brasília-DF, Brasil, 2023.

		Ocorrência			
		Não	%	Sim	%
<b>Fatores relacionados à Legislação Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e/ou ao ambiente Institucional</b>	Normas nacionais relacionadas aos atestados médicos e à reposição de carga horária	35	50,72	34	49,28
	Baixa qualidade dos componentes teóricos do curso	45	65,22	24	34,78
	Cobrança institucional (demandas excessivas)	51	73,91	18	26,09
	Ausência do corpo docente (preceptor e/ou tutor) para a formação	52	75,36	17	24,64
	Fragilidade dos processos de avaliação no percurso formativo	55	79,71	14	20,29
	Exercício inadequado de autoridade da coordenação/direção institucional	63	91,3	6	8,7
	Falta de infraestrutura	63	91,3	6	8,7
	Relações conflituosas/ <i>bullying</i> / assédio entre docentes e residentes	66	95,65	3	4,35
	Outros	64	92,75	5	7,25

Notas: % = porcentagem; N= número.

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

No que concerne à segunda seção do questionário, categoria “B”, frente aos fatores de sofrimento relacionados ao *trabalho*, exposto na Tabela 2, evidenciou-se como o fator mais frequentemente relatado a “exaustão mental e/ou corporal em decorrência da carga horária de 60 horas semanais preconizadas pela Legislação das Residências no Brasil”, sendo apontado por 85,51% dos profissionais residentes.

Na sequência, destacaram-se as “relações sociais de trabalho conflituosas” frente à atuação com a equipe de trabalho e gestão local com 59,42%, em seguida de outros fatores como “campos e cenários de práticas de difícil acesso” e “ausência de preceptor(a) e/ou tutor(a)” ambos com 34,78%. Outras dificuldades referentes à execução do trabalho foram mencionadas, como “dificuldades no processo de trabalho do cenário prático” com 31,88% e “baixa qualidade da assistência prestada” com 23,19%.

Como menor frequência, foram descritos “conflitos entre residentes” e “insatisfação no trabalho”, ambos com 15,94%.

Quanto à segunda seção do questionário, categoria “C”, referente aos fatores de sofrimento *físicos e emocionais*, descritos na Tabela 3. Entre os cinco fatores mais frequentemente relatados estão “preocupação excessiva com o trabalho” com 60,87%, “alteração no padrão e/ou distúrbio do sono” com 59,42%, “ansiedade decorrente do excesso de trabalho” com 56,52%, “irritabilidade após o cumprimento da carga horária diária e/ou semanal” com 53,62% e “desmotivação ou indisposição para o trabalho” com 52,17%.

Na sequência, como fatores de média frequência estão, “sentimento de impotência” com 47,83%, “sentimento de tristeza e insatisfação com o trabalho” com 37,68%, “desgaste emocional em decorrência do alto padrão de tempo de traslado para o cenário prático” com 33,33%, “vontade de desistir do programa de residência” com 31,88% e “insatisfação com o programa de residência” com 30,43%.

**Tabela 2.** Tabela de contingência das frequências e percentuais por linha dos fatores relacionados ao trabalho (N=69). Brasília-DF, Brasil, 2023.

		Ocorrência			
		Não	%	Sim	%
<b>Fatores relacionados ao trabalho</b>	Exaustão mental e/ou corporal em decorrência da carga horária de 60 horas semanais preconizadas pela Legislação das Residências no Brasil	10	14,49	59	85,51
	Relações sociais de trabalho conflituosas (equipe de trabalho e/ou gestão)	28	40,58	41	59,42
	Campos e cenários práticos de difícil acesso	43	62,32	26	37,68
	Ausência de preceptor(a) e/ou tutor(a) nos campos	45	65,22	24	34,78
	Precárias ou baixas condições de trabalho	45	65,22	24	34,78
	Dificuldades no processo de trabalho do cenário prático	47	68,12	22	31,88
	Baixa qualidade da assistência prestada	53	76,81	16	23,19
	Conflitos entre residentes	58	84,06	11	15,94
	Insatisfação no trabalho	58	84,06	11	15,94
	Outros	62	89,86	7	10,14

Notas: % = porcentagem; N= número.

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

**Tabela 3.** Tabela de contingência das frequências e percentuais por linha dos fatores relacionados aos sintomas físicos e emocionais (N=69). Brasília-DF, Brasil, 2023.

Fatores físicos e emocionais		Ocorrência			
		Não	%	Sim	%
	Preocupação excessiva com o trabalho	27	39,13	42	60,87
	Alteração no padrão do sono e/ou distúrbio do sono (dificuldades de iniciar o sono, mantê-lo continuamente durante a noite ou o despertar antes do horário desejado, insônia, perturbação e/ou pesadelos noturnos)	28	40,58	41	59,42
	Ansiedade decorrente do excesso de trabalho	30	43,48	39	56,52
	Irritabilidade após o cumprimento da carga horária diária e/ou semanal	32	46,38	37	53,62
	Desmotivação ou indisposição para o trabalho	33	47,83	36	52,17
	Sentimento de impotência	36	52,17	33	47,83
	Sentimento de tristeza e insatisfação com o trabalho	43	62,32	26	37,68
	Desgaste emocional em decorrência do alto padrão de tempo de traslado para o cenário prático	46	66,67	23	33,33
	Vontade de desistir do programa de residência	47	68,12	22	31,88
	Insatisfação com o programa de residência	48	69,57	21	30,43
	Ansiedade decorrente da relação com a instituição	49	71,01	20	28,99
	Adoecimento constante (Síndromes gripais/ Covid-19)	50	72,46	19	27,54
	Crise de ansiedade constante no trabalho, com sintomatologias: taquicardia, sudorese, rubor, palpitações, crise de choro etc.	51	73,91	18	26,09
	Ganho de peso devido a algum sintoma relacionado a ansiedade, depressão e/ou estresse	51	73,91	18	26,09
	Pensamentos intrusivos de autodestruição	61	88,41	8	11,59
	Perda de peso devido a algum sintoma relacionado a ansiedade, depressão e/ou estresse	63	91,3	6	8,7
	Outros	64	92,75	5	7,25

Notas: % = porcentagem; N= número.

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Como menor frequência, os profissionais residentes relataram “ansiedade decorrente da relação com a instituição” com 28,88%, “adocimento constante (síndromes gripais e Covid-19)” com 27,54%, “crise de ansiedade constante no trabalho” com 26,09%, “ganho de peso devido a algum sintoma relacionado à ansiedade, depressão e/ou estresse” com 26,09%, “pensamentos intrusivos de autodestruição” com 11,59% e “perda de peso devido a algum sintoma relacionado à ansiedade, depressão e/ou estresse” com 8,7%.

Frente às respostas da terceira seção do questionário, referentes às *estratégias de cuidado voltadas à diminuição do sofrimento emocional* descrito pelos residentes, detalhado na Figura 1. Observou-se que as quatro estratégias de maior frequência descritas foram “praticar exercício físico” com 69,57%, seguida por “ouvir músicas” com 65,22%, “viajar ou passear” com 62,32% e “suporte familiar” com 60,87%.

**Figura 1.** Estratégias de cuidado utilizadas por residentes multiprofissionais



Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Como estratégias de média frequência os profissionais residentes relataram “assistir séries e/ou filmes” com 59,42%, ter “maior tempo e qualidade de sono” com 55,07%, “respeitar limites” pessoais com 50,73% e, ter o “apoio da equipe de residência” com 50,73%, ou seja, dos pares.

Outras estratégias descritas, de baixa frequência foram “psicoterapia ou terapias” com 39,12%, “ler livros ou revistas” com 39,13%, ter “aulas remotas” com 36,23% e ter o “apoio institucional”, representado por figuras da coordenação, tutores e preceptores com 33,33%.

## DISCUSSÃO

### Fatores relacionados à Legislação Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e/ou ao ambiente Institucional

Em relação à primeira seção do questionário, referente às questões sociodemográficas, os dados sobre o perfil dos residentes multiprofissionais deste estudo mostraram-se congruentes com aqueles descritos na literatura científica<sup>23-25</sup>, referentes ao predomínio de profissionais do gênero feminino, jovens adultos, formados majoritariamente nas áreas das ciências da saúde, com destaque para a graduação em enfermagem, além de profissionais recém-formados e/ou com pouco tempo de atuação ingressantes nesses programas.

Acerca da segunda seção do questionário, categoria “A”, referente a Legislação Nacional das Residências Multiprofissionais, estudos têm evidenciado as incompatibilidades práticas entre o instituído e implementado, especialmente no que se refere ao funcionamento dos programas de residência<sup>25,26</sup>. Nessa perspectiva, o debate em torno das normativas desses programas ganhou visibilidade, com destaque ao promovido, em 2024, pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), por meio de uma consulta pública com o objetivo de ampliar o processo participativo e democrático para a elaboração dessa política pública<sup>27</sup>.

Embora tenham se observado avanços no campo legislativo, observam-se barreiras e fragilidades operacionais relacionadas ao monitoramento e à fiscalização exercidas pelo MEC e pelo MS, por meio da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), em relação a esses cursos<sup>28</sup>. Isso ocorre porque o cumprimento dessas diretrizes não é homogêneo entre os programas, embora cada um deva possuir o Projeto Político-Pedagógico aprovado pela CNRMS, com “validade de quatro anos, contados de sua publicação, excetuada a autorização de funcionamento, que

terá prazo igual ao período de duração do respectivo programa” segundo a legislação<sup>28:2</sup>.

Nesse sentido, o monitoramento desses programas tem ocorrido de forma incipiente, devido às barreiras decorrentes da ausência de visitas técnicas regulares, de mecanismos de responsabilização institucional e de canais acessíveis para a discussão de possíveis melhorias durante o curso. Esse espaço avaliativo deveria ter como finalidade a integração do corpo docente e discente continuamente, com a participação efetiva de residentes, principalmente para aprimorar o Projeto Político-Pedagógico, de modo a garantir uma formação qualificada, digna e respeitosa<sup>28</sup>.

Além dessas fragilidades estruturais encontradas na literatura, nos dados dessa pesquisa, identificou-se sob a ótica da legislação (Tabela 1), como o fator mais frequentemente associado ao sofrimento entre os profissionais residentes, às normativas relacionadas a reposição de carga horária em decorrência do adoecimento - seja de natureza física ou emocional, com relato de 49,28%. Tal aspecto adentra a discussão sobre o direito à possibilidade de realizar o curso, bem como ao direito de adoecer sem ser “penalizado”, especialmente no que se refere ao cumprimento de uma carga horária que foi devidamente atestada.

Esse modelo legislativo se aproxima da lógica do sistema capitalista, que privilegia os meios de produção, desconsiderando o direito à pausa, mesmo quando devidamente atestada<sup>29</sup>. Além disso, por se tratar de um curso de especialização que preconiza a formação e a qualificação no campo, não há o estabelecimento de direitos trabalhistas assegurados<sup>29-32</sup>.

Outro fator, porém, de natureza institucional, elencado pelos residentes diz respeito à qualidade da formação, elencado por 34,78%. Nessa perspectiva, Finger<sup>33</sup> problematiza a crescente criação de programas de residência por instituições proponentes, muitas vezes desvinculadas às universidades com caráter educativo e formativo, que passam a ofertar residências com a finalidade prioritária de suprir demandas de força de trabalho. Isso resulta na fragilização da qualificação teórico-prática, uma vez que esta se associa a uma formação baseada na exaustão da técnica em serviço, característica do modelo de treinamento por repetição adotado nas residências

multiprofissionais. Esse modelo, por vezes, é acordado entre gestores dos serviços, coordenadores, preceptores e até pelos próprios residentes.

Outro fator institucional descrito pelos residentes deste estudo foi a ausência do corpo docente, como tutores e preceptores (24,64%). Quando observada a literatura, estudos discutem o papel do preceptor e do tutor no processo formativo dos residentes, reconhecendo-os como figuras centrais e imprescindíveis para a formação desses profissionais em serviço<sup>34</sup>. Entretanto, na prática cotidiana, observa-se que muitos preceptores e tutores acumulam funções e exercem múltiplos vínculos institucionais, o que, por vezes, compromete sua presença no acompanhamento formativo dos residentes<sup>34-36</sup>.

Outros aspectos dessa categoria, relacionados aos tutores e preceptores, referem-se à formação adequada para a atuação em programas de residência. Embora haja incentivo à oferta de cursos e ações voltadas à qualificação desses profissionais, a adesão e a efetividade dessas iniciativas permanecem limitadas. Adicionalmente, observa-se a ausência ou insuficiência de remuneração específica para a dedicação do corpo docente, o que leva muitos tutores e preceptores a conciliarem as atividades da residência com outras funções assistenciais<sup>35,36</sup>.

Essas fragilidades se refletem diretamente nos processos avaliativos ao longo do percurso formativo do residente, aspecto apontado por 20,29% da amostra. Ressalta-se que, a avaliação durante a residência torna-se essencial, e deve ultrapassar a mera identificação de habilidades e competências. Com base nisto, a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, propõe a “avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS”<sup>37:1</sup>.

Outros fatores institucionais descritos pelos residentes, que merecem atenção e estão relacionados às relações estabelecidas no ambiente formativo incluem, cobranças institucionais (26,09%), o exercício inadequado de autoridade por parte da coordenação e/ou direção institucional (8,7%) e as relações conflituosas, incluindo situações de *bullying* e/ou assédio (4,45%). Diversas pesquisas apontam que existe uma

naturalização denominada de “cultura do assédio” ou do “sofrimento”, amplamente presente na formação em saúde, o que contribui para a perpetuação dessas práticas e para a subnotificação de dados relacionados às condições de assédio nas residências em saúde<sup>16,17,38</sup>.

Assim, a análise dos fatores associados ao sofrimento de profissionais residentes - vinculados tanto ao arcabouço normativo quanto ao contexto institucional - deve ser compreendida à luz de sua inserção histórica e social. Tais elementos perpassam a legislação nacional das residências e os modos de sua operacionalização pelas instituições formadoras e executoras. Nesse sentido, um espaço formativo, ainda que orientado pelo princípio da educação pelo trabalho, não deve produzir nem legitimar a formação de profissionais emocionalmente fragilizados para a atuação no SUS.

### **Fatores relacionados ao trabalho**

Em relação a segunda seção do questionário, categoria “B”, referente a este tópico (Tabela 2), os dados apontaram como principal fator o item exaustão mental e/ou corporal em decorrência da carga horária de 60 horas semanais preconizada pela Legislação das Residências, descrito por 85,51% dos profissionais. As condições de trabalho relacionadas à carga horária dos residentes têm sido uma questão frequentemente debatida na literatura científica e nos movimentos sociais, especialmente no que diz respeito aos limites para a sobrevivência de um trabalhador/estudante<sup>14-17,21,23,25,29,31,32</sup>.

Nesse sentido, Marx<sup>39</sup> destaca que a classe trabalhadora, como qualquer outra classe, necessita de tempo de vida destinado às atividades básicas, como descanso, recuperação do sono e alimentação. Diante disso, cabe problematizar a rotina do trabalhador residente, considerando uma jornada de trabalho de até 10 horas diária, com apenas um dia de descanso semanal. Considerando o tempo diário de 24 horas, restam 14 horas para a conciliação de atividades como deslocamento para o cenário prático, estudo, alimentação, cuidados pessoais, tarefas domésticas, atividade física, sono e convívio social, o que evidencia um cenário de exaustão.

Alguns autores apontam a persistência de uma romantização do trabalho extenuante nas residências em saúde, de modo que a jornada de 60 horas semanais se configura como expressão de intensificação da exploração da

força de trabalho, mostrando-se incompatível com a proposta formativa<sup>4,31,32,40</sup>. Ademais, destaca-se o risco de utilização de residentes como estratégia de substituição de trabalhadores efetivos nos serviços, com vistas à redução de custos com recursos humanos e à contenção de novas contratações, o que desloca a residência de seu caráter formativo para uma lógica predominantemente laboral<sup>40</sup>.

Outro fator identificado refere-se às relações sociais de trabalho conflituosas, frequentemente atravessadas por interações com membros da equipe e/ou pela gestão local, apontadas por 59,42% dos participantes. A literatura indica que os processos de trabalho vivenciados pelos residentes são, em geral, marcados por elevada hierarquização, ambientes estressantes e relações assimétricas de poder<sup>40</sup>. Assim, a falta de políticas institucionais de apoio psicológico, somada ao estigma em torno do sofrimento psíquico e ao medo de desvalorização profissional ao expor fragilidades, torna-se fatores contribuintes para o agravamento desses conflitos nas relações de trabalho<sup>41,42</sup>.

Outros dois fatores relatados foram, campos e cenários práticos de difícil acesso (37,68%) e a ausência de preceptor(a) e/ou tutor(a) nos campos (34,78%) dos quais configuram-se como fenômenos que englobam tanto fatores institucionais quanto condições relacionadas ao processo de trabalho. Pesquisas discutem que cenários de prática de difícil acesso se constituem como barreiras estruturais, expondo os residentes a condições de maior vulnerabilidade e desgaste. Assim como, por se tratar de campos com limitações de acesso, observa-se, ainda, a fragilidade do suporte institucional e a ausência da figura do preceptor na formação. Tal contexto compromete o acompanhamento pedagógico do residente, que, em muitos casos, passa a exercer papel central no serviço de saúde<sup>36,40</sup>.

Outros quatro fatores inter-relacionados foram descritos pelos residentes: precárias ou baixas condições de trabalho (34,78%), dificuldades no processo de trabalho no cenário prático (31,88%), baixa qualidade da assistência prestada (23,19%) e insatisfação no trabalho (15,94%). As discussões indicam que a precarização das condições de trabalho é reflexo do vínculo jurídico do residente, caracterizado como “bolsista”. Esse vínculo acentua a fragilidade dos direitos trabalhistas, sendo apontado como prenúncio de precariedade

não apenas das condições de trabalho, mas também das condições de vida<sup>32,43,44</sup>.

Silva e Dalbello-Araújo<sup>44</sup> contribuem ao explicitar que os reflexos das condições de trabalho, mediados pelo vínculo jurídico do residente, materializam-se em precárias condições de trabalho, remuneração inadequada, elevada carga horária, ausência de tempo para atividades de pesquisa e estudo, cobranças excessivas de produtividade, baixo reconhecimento profissional e ausência de políticas institucionais de proteção à saúde do trabalhador. Do mesmo modo, esse vínculo suscita uma discussão crítica sobre o lugar ocupado pelo profissional em formação, que se configura simultaneamente como trabalhador e aluno.

Além desses fatores, estudos apontam que residentes enfrentam desafios relacionados à organização e a gestão das atividades práticas nos cenários<sup>40, 46-55</sup>. Fenômeno materializado pela suplência de demandas locais, pela substituição de servidores ausentes ou pelo reduzido quadro de profissionais atuantes, bem como pela realização de atividades sem a devida supervisão. Tais situações refletem distorções no modelo de formação pelo trabalho, gerando desmotivação e insatisfação, fatores que interferem diretamente no processo formativo.

Além disto, evidencia-se a fragilidade na articulação entre teoria e prática, comprometendo a capacidade dos residentes de ofertar um cuidado qualificado, seguro e integral. Esses percalços podem gerar conflitos internos e desgaste emocional entre os residentes<sup>47</sup>, observado também neste estudo com frequência de 15,94%. Dessa forma, muitos dos fatores relacionados ao ambiente de trabalho configuram-se como reflexos da própria legislação e do modelo de gestão do programa de residência adotado pelas instituições.

### **Fatores físicos e emocionais**

Com base na segunda seção do questionário, categoria “C”, referente a este tópico (Tabela 3), os residentes do presente estudo indicaram, com elevada frequência, o item preocupação excessiva com o trabalho, relatado por 60,87%. Em seguida, destacam-se a alteração e/ou distúrbio no padrão do sono (59,42%), ansiedade decorrente do excesso de trabalho (56,52%), irritabilidade após o cumprimento da carga horária diária e/ou semanal

(53,63%) e desmotivação ou indisposição para o trabalho (52,17%). Quando observados à luz da literatura científica, estudos confirmam que esses fatores estão associados ao sofrimento em profissionais residentes<sup>47-50</sup>.

Visto que muitos desses fatores estão atrelados à materialização do sofrimento, frequentemente classificado como quadro clínico e psiquiátrico, compatível com sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, tais fatores podem levar ao afastamento do trabalho em virtude de questões relacionadas ao desgaste ocupacional, como a síndrome de *burnout*<sup>47,51</sup>.

Como fatores de média frequência descritos, observa-se sentimento de impotência (47,83%), tristeza e insatisfação com o trabalho (37,86%), desgaste emocional em decorrência do elevado tempo de deslocamento para o cenário prático (33,33%), vontade de desistir do programa de residência (31,88%) e insatisfação com o programa de residência (30,43%). Fatores estes comumente encontrados em estudos qualitativos e quantitativos, que abordam as questões vividas e o sofrimento de residentes multiprofissionais e de outras categorias<sup>47-52</sup>.

Outros fatores com menor frequência descritos pelos residentes foram ansiedade decorrente da relação com a instituição (28,99%), adoecimento constante, como síndromes gripais e COVID-19 (27,54%), crises de ansiedade no ambiente de trabalho (26,09%), ganho de peso associado a algum quadro psiquiátrico (26,09%), pensamentos intrusivos de autodestruição (11,59%) e perda de peso, também relacionada a alguma condição psíquica (8,7%). Esses fatores foram encontrados em outros estudos com esse público<sup>47-52</sup> e são reflexos dos demais fatores vistos na presente pesquisa relacionados à legislação, às condições de trabalho e ao ambiente institucional.

### **Estratégias de cuidado**

Em relação à terceira seção do questionário, referente às estratégias de cuidado utilizadas pelos profissionais residentes (Figura 1), observou-se uma baixa produção de estudos com este viés de investigação, voltados a identificação das estratégias ou “válvulas de escape” utilizadas por residentes, para além do contexto do sofrimento formal ancorado em psicodiagnósticos. Tal perspectiva mostrou-se fundamental para a identificação dos possíveis fatores protetivos à saúde integral dessa

categoria, especialmente diante dos fatores já discutidos e constatados como potenciais promotores de sofrimento e adoecimento.

Os residentes do presente estudo descreveram, como principal fator de cuidado, a prática de atividade física (69,57%). Estudos discutem que a atividade física tem sido um importante fator protetivo, ao promover a estimulação de neurotransmissores que atuam na redução de sintomatologias ansiosas e depressivas, além de possibilitar bem-estar e socialização<sup>53,54</sup>.

Outros três fatores considerados relevantes pela amostra foram ouvir música (65,22%), viajar (62,32%) e suporte familiar (60,87%). Esses fatores podem favorecer o relaxamento físico e emocional, contribuindo para a redução da percepção de estresse decorrente da rotina exaustiva de trabalho. Além disso, o apoio familiar pode proporcionar um espaço seguro para o diálogo, a expressão de sentimentos e o recebimento de suporte emocional<sup>47</sup>.

Também foram descritos quatro outros fatores relacionados ao lazer, sendo: assistir filmes (59,42%), maior tempo ou qualidade do sono (55,07%), respeitar limites pessoais (50,73%) e ler livros (39,13%). Sendo essas práticas imprescindíveis para a manutenção da saúde mental, segundo Pondé e Caroso<sup>55</sup>, o lazer pode proporcionar relaxamento, redução do estresse e fortalecimento do bem-estar emocional, funcionando como um importante fator protetivo frente aos desafios e demandas da rotina profissional.

Como outros fatores, os profissionais residentes descreveram o apoio da equipe de residência (50,73%), a psicoterapia e outras terapias (39,13%), aulas remotas (36,23%) e o apoio institucional, por meio da coordenação, tutores e preceptores (33,33%). Esses fatores protetivos, relacionados à busca de cuidado como - apoio de pares, de outros profissionais de saúde ou suporte institucional - para o início de tratamentos, orientações especializadas ou acompanhamentos, deveriam ser frequentemente utilizados. Entretanto, no presente estudo, com exceção ao apoio da equipe de residência, os demais recursos foram pouco utilizados.

### Recomendações

Com base nos achados deste estudo, recomenda-se a implantação de suporte à saúde do trabalhador-residente, com apoio pedagógico institucional e adoção de práticas voltadas à prevenção e promoção da saúde. Sugere-se também a redução da carga horária semanal, atualmente fixada em 60 horas semanais, sem redução do valor da bolsa-salário, e o aceite de uma quantidade específica de atestados médicos sem a exigência de reposição de carga horária, regulamentados por legislação específica.

### Limitações do estudo

A principal limitação do estudo refere-se ao delineamento transversal e à abordagem quantitativa, que impediram a coleta de dados qualitativos e o acompanhamento longitudinal dos participantes (residentes), limitando a compreensão aprofundada do adoecimento e a possibilidade de intervenções direcionadas. Ademais, destaca-se, como limitação adicional, a coleta parcial de dados relativos ao quesito “raça/cor”, o que pode comprometer a análise de possíveis desigualdades, bem como a interpretação mais abrangente dos resultados à luz desse relevante marcador sociodemográfico.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se, portanto, que o sofrimento de profissionais residentes deve ser compreendido como multifatorial, com predominância de causas estruturais. De acordo com os dados, os principais fatores associados ao sofrimento incluem aspectos relacionados à legislação e ao ambiente institucional, como as normas nacionais referentes a atestados médicos e à reposição de carga horária, além da referida baixa qualidade dos componentes teóricos do curso.

No âmbito do trabalho, destacam-se a exaustão mental e/ou corporal decorrente da carga horária de 60 horas semanais e as relações sociais de trabalho conflituosas. Já entre os fatores físicos e emocionais, sobressaem a preocupação excessiva com o trabalho, alterações no padrão do sono e a ansiedade associada ao excesso de atividades laborais. Isso aponta para a necessidade de uma melhor organização normativa e operacional dessas residências, que acolha as demandas dos residentes para viabilizar uma formação em saúde que seja também saudável.

Como estratégias de enfrentamento, os residentes recorreram à prática de autocuidado por meio da atividade física, lazer, apoio familiar, (psico)terapias e apoio institucional - o que tensiona para a individualização do cuidado na formação. Apesar dos fatores identificados na presente pesquisa representarem barreiras a serem superadas para a consolidação desses programas formativos, ressalta-se a importância e o potencial das residências para a qualificação dos profissionais de saúde no SUS.

Conclui-se, portanto, a necessidade urgente da elaboração de uma política de saúde mental voltada aos residentes, a ser acolhida por cada programa e respaldada por normativas federais, bem como o fortalecimento da qualificação pedagógica do campo teórico. Dessa forma, as residências multiprofissionais em saúde poderão transcender os níveis de qualificação já alcançados e delinear um novo perfil profissional, fundamentado em condições de trabalho dignas.

## REFERÊNCIAS

1. 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 nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm).
2. Brasil. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de residência em área profissional da saúde, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-05-2014-11-07.pdf>
3. Flor TBM, Miranda NM, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Analysis of professional training in multiprofessional health residency programs in Brazil from the perspective of residents. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023;28(1):281-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ySNmCLg9L9NWRHm7g6tpkxx/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
5. Silva LB. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katalysis*. 2018;21(1):200-8. doi:10.1590/1982-02592018v21n1p200.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
8. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
10. Barbaroto BP, Ribeiro SV. Relato de experiência: residência multiprofissional em atenção/saúde coletiva – o despertar da teoria à prática. Em: *Anais do I Congresso Internacional de Políticas Públicas para a América Latina: educação, saúde e meio ambiente* [Internet]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2017. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/cippal/issue/view/456>
11. Carvalho AB, Nepomuceno LB. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação por meio da formação: uma utopia necessária. *SANARE Rev Pol Publicas* [Internet]. 2008;7(2):31-7. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/29/24/0>
12. 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* [Internet]. 2020;73(6):e20190635. doi:10.1590/0034-7167-2019-0635.
13. Souza MO, Marques AHS, Damasceno SCR, Bezerra LSOC, Farias KEL, Araujo CA. Territorialização em saúde: um relato de experiência de residentes em saúde mental. Em: *Cavalcanti SAU, organizadora. Saúde: impasses e desafios enfrentados no Brasil*. 3ª ed. Ponta Grossa (PR): Atena Editora; 2023;3. doi:10.22533/at.ed.5532323021.
14. Martins J, Kuss C, Wunsch DS. A precarização dos programas de residência em saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. *Humanidades Inovacao* [Internet]. 2019;6(17):81-95. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1767>
15. Ribeiro GDPD, Oliveira PTR, Belloc MM. As residências multiprofissionais no Pará: desafios e potencialidades na formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde. *Saude Redes* [Internet]. 2021;6(3):97-111. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3005>
16. Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, Viero V, Freitas PH, Prestes FC. Suffering and pleasure in the process of forming multidisciplinary health residents. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2015;36(4):90-7. doi:10.1590/1983-1447.2015.04.50300.
17. Silva Rodrigues Jr N, Vaz dos Santos Ribeiro C. Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. *TEMPUS* [Internet]. 2018;11(3):193-215. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1953>
18. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
19. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.

20. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SM. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1997;13(Suppl 2):21-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>
21. Coêlho PDL, Becker SG, Leocárdio MASCL, Oliveira MLC, Pereira RSF, Lopes GS. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018;12(12):3492-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236072>
22. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, version 21.0 [computer software]. Armonk (NY): IBM Corp; 2012.
23. Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, Coelho APF, Vasconcelos RO, Pai DDP. Caracterização sociodemográfica e motivações de residentes multiprofissionais em saúde. *Rev Eletr Acervo Saude* [Internet]. 2020;12(11):e4405. doi:10.25248/reas.e4405.2020.
24. Santos LTS, Martins KMC, Albuquerque RAS, Melo TSM. Perfil do egresso dos programas de residências multiprofissionais de um hospital da região norte do Ceará. *SANARE Rev Pol Publicas* [Internet]. 2025;24(1):86-96. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1850/930/6505#:~:text=%20perfil%20de%20egressos%20de%20resid%C3%Aancia%20multiprofissional,i%20dade%20e%20a%20m%C3%A9dia%20de%2025%20anos17>
25. Araújo CA, Guizardi FL. A formação das residências multiprofissionais na APS: competências e as redes de atenção à saúde. *Saude Redes* [Internet]. 2021;7(3):27-40. doi:10.18310/2446-4813.2021v7n3p27-40.
26. Villis JRM, Paschoalotto MAC, Najberg E, Fernandez M. A ambiguidade e o conflito na implementação dos programas de residências em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Em: *Anais do Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*; 2024;2. Disponível em: <https://proceedings.science/ppgs-2024/trabalhos/a-ambiguidade-e-o-conflito-na-implementacao-dos-programas-de-residencias-em-saud?lang=pt-br>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Residências em Saúde. *Participa + Brasil* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnrs1>
28. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução 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*. 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1657/resolucao-cnrms-n-7>
29. Pina MM, Araújo SB, Santos NM. Lógica capitalista na residência multiprofissional: um desafio à ética do cuidado. *Braz J Health Review* [Internet]. 2024;7(1):3076-91. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66713>
30. Müller FE, Lenz FCD, Pretto CR, Borges E, Silva RM. Saúde de residentes de programas de residência multiprofissional: uma revisão integrativa. *Res Soc Developm* [Internet]. 2022;11(5):e26511528178. doi:10.33448/rsd-v11i5.28178.
31. Barroso Okano A, Aparecido Cardoso J. A residência médica e o direito do trabalho: divergências e convergências sob uma análise crítica. En: *Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania*; 2025. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3925>

32. Garcia TA. Residência multiprofissional em saúde: discussão sobre precarização e flexibilização do trabalho. Em: Anais da XI Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2023. Disponível em: [https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/upload/anais/trabalho\\_submissao\\_id\\_2572\\_2572648f7c6426313.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/upload/anais/trabalho_submissao_id_2572_2572648f7c6426313.pdf)

33. Finger D. Ocupando espaços “extramuros”: uma reflexão acerca do papel do Coletivo Catarinense de Residentes na formação em saúde [trabalho de conclusão de residência]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde da Família; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/201513>

34. Ykeda DS, Mesquita LFC. Residência multiprofissional: fomentando o ensino centrado no residente – um relato de experiência com o corpo docente-assistencial e gestores. Saude Redes [Internet]. 2024;10(1):4367. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/4367>

35. Autonomo FROM, Hortale VA, Santos GB, Botti SHO. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2015;39(2):316-27. doi:10.1590/1981-52712015v39n2e02602014.

36. Miolo SB, Fedosse E. Tutoria e preceptoria em programas de residência multiprofissional na atenção básica: um diálogo necessário. Res Soc Developm [Internet]. 2020;9(3):e88932477. doi:10.33448/rsd-v9i3.2477.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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 Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degex/legislacao/2018-e-antes/2009/portaria-n-1077-12-novembro-2009.pdf/view>

38. Marques RC, Martins Filho ED, Paula GS, Santos RR. Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012;36(3):401-6. doi:10.1590/S0100-55022012000500015.

39. Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital. Tomo 1: Prefácios e capítulos I a XII. São Paulo: Nova Cultural; 1985.

40. Passos RG, org. Serviço social, trabalho profissional e residência multiprofissional em saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, Coordenação de Capacitação Continuada; 2021. 119 p. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/15836/1/SSTPRMS.pdf>

41. Farias VE, Farias GMM, Lopes ATC, Arrares JDB, Benicio GC, Lira RCM, et al. Explorando conflitos intragrupais na residência multiprofissional em saúde da família: um estudo quantitativo. Rev Contrib Cien Soc [Internet]. 2025;18(1):e14732. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/14732>

42. Almeida F. Barreiras, dificuldades e obstáculos na formação em serviço dos residentes pertencentes aos programas de residências multiprofissional em saúde no Brasil. Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação [Internet]. 2024;5(1):296-311. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/773>

43. Militão JBS, Maior JLS, Silva LF, Barbosa SN, Machado MH, Gomes AMF, et al. The legal precariousness of work relations in the health sector during the COVID-19 pandemic, as a factor of worker suffering. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023;28(10):2797-807. doi:10.1590/1413-812320232810.10212023EN.
44. Silva CA, Dalbello-Araujo M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saude Debate* [Internet]. 2019;43(123):1240-58. doi:10.1590/0103-1104201912320.
45. Pessoa A, Oliveira VB. Assanhando o formigueiro: a inserção em organização política no processo formativo de residentes em saúde de Pernambuco. *Saude Redes* [Internet]. 2024;10(2):4236. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/4236>
46. Jardim DMB, Viana JX, Rocha RLP, Reis GM. O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman sob a perspectiva dos residentes: potencialidades e desafios. *Saude Redes* [Internet]. 2021;7(3):55-69. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3341>
47. Gerlach CM, Andrade ALM, Scatena A, Micheli D, Lopes FM. Sintomas de ansiedade, depressão e estresse em residentes multiprofissionais de um hospital público. *Res Soc Developm* [Internet]. 2022;11(7):e15711729774. doi:10.33448/rsd-v11i7.29774.
48. Pai DD, Olino L, Eich L, Lautenchleger R, Fernandes MN da S, Tavares JP. Factors associated with the quality of life of multiprofessional health residents. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75(6):e20210541. doi:10.1590/0034-7167-2021-0541.
49. Noronha JAM, Gondim CSSE, Tardivo LSLPC. Depressão, estresse e ansiedade em médicos residentes durante o período da pandemia da Covid-19. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2024;48(3):e089. doi:10.1590/1981-5271v48.3-2024-0008.
50. Olivé V, Navinés R, Pujol L, Peña A, Tortajada M, Barroso S, et al. Psychosocial risk factors and perceived health of medical residents. *Occup Med* [Internet]. 2025;75(6):332-40. doi:10.1093/occmed/kqaf020.
51. Mesquita VSM, Malagris LEN. Síndrome de burnout em residentes multiprofissionais em saúde de um hospital universitário. *Rev Soc Bras Psicol Hospit* [Internet]. 2020;23(2):65-76. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582020000200007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200007&lng=pt)
52. Rotta DS, Pinto MH, Lourenção LG, Teixeira PR, Gonzalez EG, Gazetta CE. Anxiety and depression levels among multidisciplinary health residents. *Rev Rene* [Internet]. 2016;17(3):372-7. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/18387>
53. Balatoni I, Varga Szépné H, Kiss T, Adamu UG, Szulc AM, Csernoch L. The importance of physical activity in preventing fatigue and burnout in healthcare workers. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2023;11(13):1915. doi:10.3390/healthcare11131915.
54. Lima GF, de Sousa AMM, da Silva LCC, Araújo DP, Oliveira EN, Vasconcelos MIO, et al. Atividade física e saúde mental: intervenção no contexto da residência multiprofissional em saúde da família. *Arq Cien Saude Unipar* [Internet]. 2023;27(6):2324-40. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10099>
55. Pondé MP, Caroso C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Rev Cien Med* [Internet]. 2003;12(2):163-72. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1268/1242>