

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

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

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

Maxsuel Oliveira de Souza

Especialista en Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, a través de un programa de residencia multiprofesional en la Escuela de Gobierno de Fiocruz (EGF). Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasilia, DF, Brasil;
E-mail: m.oliveiradesouza@outlook.com; ORCID: 0000-0002-8408-9254

Laurianna Alexandrina Neves de Souza Vieira

Especialista en Salud Familiar con enfoque en poblaciones rurales, a través de un programa de residencia multiprofesional en la Escuela de Gobierno de Fiocruz (EGF). Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasilia, DF, Brasil;
E-mail: enfermeira.laurianna@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0547-7425

Roberto Nascimento de Albuquerque

Doctor en Enfermería por la Universidad de Brasilia (UnB). Coordinador del programa de Enfermería del Centro Universitario de Brasilia (CEUB), Brasilia, DF, Brasil;
E-mail: albuquerque.roberto@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0818-242X

Contribuciones de los autores:
Concepción del estudio: MOS;
Investigación: MOS, LANSV, RNA; Metodología: MOS, RNA;
Recopilación de datos: MOS;
Procesamiento y análisis de datos: MOS, RNA; Redacción: MOS, LANSV, RNA; Revisión: MOS, LANSV, RNA; Aprobación de la versión final: MOS, LANSV, RNA; Supervisión: RNA.
Todos se responsabilizan por el contenido del artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación: Ministerio de Salud (MS), a través de la Beca de Residencia Multiprofesional.

Recibido: 09/09/2025

Aceptado: 06/06/2026

Editora responsable: Fernanda Cornelius Lange

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.

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.

INTRODUCCIÓN

La Residencia en el Área Profesional de la Salud, multiprofesional o uniprofesional, fue institucionalizada en Brasil mediante la Ley Federal n.º 11.129 de 2005¹. Se trata de una modalidad de educación a través del trabajo, fundamentada en la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS), caracterizada por la integración entre la enseñanza y la práctica en la vida cotidiana de los servicios, con la finalidad de proporcionar la formación de profesionales de las más diversas áreas de la salud, con excepción de la medicina¹. Se basa en la oferta de un curso de posgrado lato sensu, con una carga horaria total de 5.760 horas que deben cumplirse íntegramente en el campo de práctica, y se estructura, de acuerdo con el artículo 2.º de la Resolución n.º 5, de 7 de noviembre de 2014², de la siguiente manera:

[...] el 80 % (ochenta por ciento) de la carga horaria total bajo la forma de estrategias educativas prácticas y teórico-prácticas, garantizando las acciones de integración, educación, gestión, atención y participación social, y el 20 % (veinte por ciento) bajo la forma de estrategias educativas teóricas^{2:1}.

Organizacionalmente, los programas de residencia en salud buscan integrar los ejes de enseñanza, servicio y extensión comunitaria con el propósito de promover la “[...] cooperación intersectorial para favorecer la inserción calificada de los jóvenes profesionales de la salud en el mercado laboral, particularmente en áreas prioritarias del Sistema Único de Salud (SUS)”^{1:1}. Su modalidad multiprofesional se propone integrar y articular los conocimientos adquiridos, estimular las producciones de trabajo y la gestión participativa^{3,4}.

Considerando su finalidad formativa, orientada prioritariamente a la calificación de profesionales recién egresados de la educación superior, los programas de residencia se configuran, para muchos de estos jóvenes profesionales, como el primer espacio de inserción en el mundo laboral⁴⁻⁵. Esta oportunidad formativa posibilita la acumulación de experiencias y vivencias que constituyen la trayectoria y la identidad profesional, calificándolo para actuar integralmente en la salud de la población, con predominio en los dispositivos del SUS³⁻⁵.

El SUS tiene como principios, establecidos por la Constitución Federal de 1988⁶ y por las Leyes Orgánicas de la Salud n.º 8.080/1990⁷ y n.º 8.142/1990⁸, la universalidad, la equidad y la integralidad. Estos principios regulan y garantizan el acceso al derecho a la salud integral mediante diferentes estrategias (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y niveles de complejidad (primario, secundario y terciario)⁷.

Asimismo, este sistema contempla acciones fundamentadas en la justicia social y en la participación de la comunidad como actores clave y potenciadores de la elaboración y ejecución de las políticas públicas de salud, un legado histórico perpetuado por las luchas de los actores del Movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña durante la década de 1970⁸. Cabe destacar que el SUS es reconocido como un sistema de salud de referencia mundial, con un importante potencial de avance en la integración de prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales orientadas a una atención humanizada y comunitaria⁷.

En este contexto, el proceso formativo de los residentes en el ámbito del SUS se propone ser transformador⁹. Para ello, el marco teórico de Paulo Freire ha sido incorporado a los Proyectos Político-Pedagógicos (PPP), al incentivar una educación dialógica, problematizadora y fundamentada en la realidad concreta vivida por los sujetos^{10,11}. Esta perspectiva, aún en el marco de la Escuela Nueva, presenta una fuerte articulación con las Metodologías Activas de Aprendizaje, incluidas en la Pedagogía de las Competencias⁹.

Esta propuesta pedagógica busca oponerse a la pedagogía tradicional adoptada en el contexto brasileño, al situar al educando como protagonista de su proceso educativo⁹⁻¹¹. Aunque la relevancia del aprendizaje activo está

ampliamente difundida en la literatura, estudios recientes han avanzado críticamente en este campo, proponiendo la ampliación de la crítica pedagógica. De este modo, las residencias multiprofesionales en salud buscan configurarse como espacios de reflexión crítica, de superación de la visión tradicional y de (re)construcción profesional, con el propósito de incentivar que el residente actúe como agente activo en la construcción de su propia formación, conforme propone Freire⁹⁻¹¹.

De este modo, la formación en salud, por medio de los programas de residencia, se relaciona con aspiraciones vinculadas al entrenamiento en servicio, a la valorización del desarrollo de competencias individuales y colectivas y a la resolutiveidad⁴. Asimismo, al proporcionar experiencias en el campo, conocimiento del territorio e interacción con los sujetos que lo integran, así como con los determinantes sociales que interfieren en el proceso de salud y enfermedad, posibilita una atención orientada a la salud colectiva^{1,3,4,10-13}.

Sin embargo, a pesar de su potencial, los programas de residencia multiprofesional aún enfrentan diversos desafíos de naturaleza organizacional y estructural. Entre ellos se destacan la precarización de las condiciones de trabajo y formación, la sobrecarga laboral de los residentes, la fragilidad del apoyo institucional, la escasez de preceptores calificados y la necesidad de un mayor reconocimiento y valorización de la residencia en salud en el SUS¹³⁻¹⁵.

Además, resulta necesario reconocer que este modelo de formación, aunque presenta potencialidades ya consolidadas, también puede desencadenar diferentes formas de sufrimiento entre sus participantes, lo que exige un análisis ampliado que considere no solo los aspectos pedagógicos, sino también las condiciones institucionales, organizacionales y subjetivas que atraviesan la experiencia formativa⁶⁻¹⁷.

Así, la concepción del sufrimiento como un espectro amplio reconoce desde las manifestaciones biopsicosociales frente a las exigencias de la vida cotidiana de formación y trabajo hasta los procesos de enfermedad que adquieren expresión clínica y diagnóstica, permitiendo comprender estas vivencias no como acontecimientos “aislados”, sino como fenómenos

producidos en la intersección entre las demandas estructurales del sistema y las experiencias singulares de los residentes¹⁸⁻²⁰.

Este enfoque busca superar lecturas estrictamente biomédicas o psicopatologizantes, reconociendo el “sufrimiento” como un fenómeno multideterminado¹⁸⁻²⁰. Por lo tanto, resulta imprescindible discutir que estos profesionales son susceptibles de experimentar momentos de sufrimiento, dependiendo de las condiciones del proceso formativo, siendo este frecuentemente naturalizado y/o invisibilizado dentro de las instituciones formadoras y de los servicios de salud.

Frente a ello, los diagnósticos que abarcan este amplio espectro —del sufrimiento a la enfermedad— se muestran relevantes para visibilizar las cuestiones de salud de los residentes. No obstante, aunque tales diagnósticos puedan señalar posibles respuestas, tienden a aprehender únicamente la dimensión superficial del problema, careciendo de análisis que articulen, de manera integrada, “sufrimiento”, “trabajo” y “formación”¹⁸⁻²¹. Además, persisten vacíos en la producción científica respecto a la comprensión de este fenómeno, especialmente en lo referente a los determinantes del “sufrimiento” más allá de su expresión clínica.

Así, el presente artículo se orienta por la siguiente pregunta guía: ¿qué factores están asociados al sufrimiento de los profesionales residentes multiprofesionales en salud? Asimismo, se plantea la siguiente cuestión: ¿qué factores pueden contribuir a la disminución del sufrimiento? En este sentido, el estudio tiene como **objetivo** identificar los factores asociados al sufrimiento y las estrategias de cuidado adoptadas por profesionales residentes en programas de residencia multiprofesional en salud.

MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal de naturaleza cuantitativa. Fue realizado en una Institución de Enseñanza e Investigación, teniendo como población objetivo a profesionales residentes de primer (R1) y segundo año (R2), debidamente matriculados en los programas vigentes de posgrado *lato sensu* en la modalidad de residencia multiprofesional.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: 1) tener una edad igual o superior a 18 años; 2) estar regularmente matriculado en un programa de posgrado; 3) ser residente en la modalidad multiprofesional; y 4) responder en su totalidad el cuestionario de recolección de datos. Los criterios de exclusión fueron: 1) pertenecer a otras instituciones de educación superior que ofrecen programas de posgrado *lato sensu* en la modalidad de residencia multiprofesional.

Como instrumento de recolección de datos, los investigadores elaboraron un cuestionario estructurado, compuesto por tres secciones: la primera, con preguntas sobre edad, género, estado civil, nivel educativo, profesión y año del programa; la segunda, con preguntas relacionadas con el sentimiento de sufrimiento experimentado durante los últimos 30 días, organizadas en tres categorías: a) factores relacionados con la Legislación Nacional de las Residencias Multiprofesionales en Salud y/o con el ambiente institucional; b) factores relacionados con el trabajo; y c) factores físicos y emocionales; y la tercera, referente a los factores que contribuyen a la disminución del sufrimiento experimentado.

Para la elaboración de este cuestionario, el investigador principal invitó a tres profesionales residentes de la Institución de Enseñanza e Investigación para desempeñarse como jueces en la fase de evaluación del instrumento, con el objetivo de analizar su viabilidad para la presente investigación, así como el contenido descrito en él. El cuestionario fue sometido a dos revisiones para la inclusión de algunos ítems señalados por los jueces durante la fase de evaluación como posibles factores de sufrimiento.

La difusión de la investigación se realizó de manera presencial y a través de medios digitales, incluidos grupos de WhatsApp y correos electrónicos institucionales. Además, todos los instrumentos de esta investigación fueron incorporados en un formulario digital de la plataforma Google Forms, incluyendo el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y el Cuestionario General del Participante. Se optó por realizar la investigación en línea con la finalidad de abarcar el mayor número posible de participantes y garantizar el anonimato, evitando la exposición de casos personales en situaciones de sufrimiento, en caso de existir.

La investigación se inició tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), bajo el CAAE n.º 70866623.0.0000.8027 y dictamen n.º 6.206.358. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de agosto y septiembre de 2023. Los datos fueron debidamente tabulados en el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) para Windows, versión 21.0²². Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas, adoptándose un nivel de significación del 5 % (intervalo de confianza del 95 %) en todos los análisis.

RESULTADOS

En relación con la primera sección del cuestionario, referente a las *cuestiones sociodemográficas*, un total de 69 profesionales residentes participaron en la investigación, de los cuales el 75,36 % estaba matriculado en el primer año y el 24,64 % en el segundo año del programa. En cuanto a la identidad de género, el 75,36 % de los participantes se autodeclaró mujer cisgénero, mientras que el 23,19 % se identificó como hombre cisgénero. Respecto al grupo de edad, el 52,20 % de los residentes tenía entre 25 y 28 años y, en cuanto al estado civil, predominó la condición de soltero(a), reportada por el 84,06 % de los participantes.

En lo que se refiere al nivel educativo, el 27,54 % de los residentes informó haber completado previamente otra especialización, en las modalidades *lato sensu* y/o *stricto sensu*. En cuanto a las categorías profesionales, la muestra abarcó diferentes áreas del conocimiento, con predominio de residentes de las Ciencias de la Salud (69,56 %), seguidas por las Ciencias Humanas y Sociales (30,44 %), incluyendo en total los cursos de grado en Enfermería, Salud Colectiva, Nutrición, Odontología, Farmacia, Fisioterapia, Educación Física, Psicología y Trabajo Social.

En relación con las respuestas de la segunda sección del cuestionario, categoría "A", referentes a los factores de sufrimiento relacionados con *la Legislación Nacional de las Residencias Multiprofesionales en Salud y/o con el ambiente institucional*, detallados en la Tabla 1, el ítem con mayor frecuencia señalado por la muestra fue "normas nacionales relacionadas con los certificados médicos y la reposición de la carga horaria", citado por el 49,28 % de los residentes.

Tabla 1. Tabla de contingencia de las frecuencias y porcentajes por fila de los factores relacionados con la Legislación Nacional de las Residencias Multiprofesionales en Salud y/o con el ambiente institucional (N=69). Brasilia-DF, Brasil, 2023.

		Ocurrencia			
		No	%	Sí	%
Factores relacionados con la Legislación Nacional de las Residencias Multiprofesionales en Salud y/o con el ambiente institucional	Normativas nacionales relacionadas con los certificados médicos y la reposición de la carga horaria	35	50,72	34	49,28
	Baja calidad de los componentes teóricos del programa	45	65,22	24	34,78
	Exigencias institucionales (demandas excesivas)	51	73,91	18	26,09
	Ausencia del cuerpo docente (preceptor y/o tutor) para la formación	52	75,36	17	24,64
	Fragilidad de los procesos de evaluación durante el trayecto formativo	55	79,71	14	20,29
	Ejercicio inadecuado de la autoridad por parte de la coordinación/dirección institucional	63	91,3	6	8,7
	Falta de infraestructura	63	91,3	6	8,7
	Relaciones conflictivas, <i>bullying</i> y/o acoso entre docentes y residentes	66	95,65	3	4,35
	Otros	64	92,75	5	7,25

Notas: % = porcentaje; N = número.

Fuente: datos de la encuesta, 2023.

A continuación, se destacaron factores relacionados con la organización de los programas y la calidad de la formación, tales como la “baja calidad de los componentes teóricos del curso” con 34,78 %, la “exigencia institucional (demandas excesivas)” con 26,09 %, la “ausencia del cuerpo docente” en relación con la actuación institucional con 24,64 % y la “fragilidad de los procesos de evaluación” con 20,29 %, todos ellos mencionados por los profesionales residentes.

Con menor frecuencia, los residentes describieron el “ejercicio inadecuado de la autoridad de la coordinación/dirección institucional” con 8,7 %, problemas relacionados con la “falta de infraestructura” con 8,7 % y las “relaciones conflictivas, *bullying* y/o acoso entre docentes y residentes” con 4,35 %.

En lo que respecta a la segunda sección del cuestionario, categoría “B”, referente a los factores de sufrimiento relacionados con el *trabajo*, expuestos en la Tabla 2, se evidenció como el factor más frecuentemente reportado la “agotamiento mental y/o corporal debido a la carga horaria de 60 horas semanales establecida por la legislación de las residencias en Brasil”, señalado por el 85,51 % de los profesionales residentes.

A continuación, se destacaron las “relaciones sociales laborales conflictivas” en la interacción con el equipo de trabajo y la gestión local, con 59,42 %, seguidas de otros factores como “campos y escenarios de práctica de difícil acceso” y “ausencia de preceptor(a) y/o tutor(a)”, ambos con 34,78 %. Otras dificultades relacionadas con la ejecución del trabajo fueron mencionadas, como “dificultades en el proceso de trabajo del escenario práctico” con 31,88 % y “baja calidad de la asistencia prestada” con 23,19 %.

Con menor frecuencia, se describieron “conflictos entre residentes” y “insatisfacción laboral”, ambos con 15,94 %.

Tabla 2. Tabla de contingencia de las frecuencias y porcentajes por fila de los factores relacionados con el trabajo (N=69). Brasilia-DF, Brasil, 2023.

		Ocurrencia			
		No	%	Sí	%
Factores relacionados con el trabajo	Agotamiento mental y/o corporal derivada de la carga horaria de 60 horas semanales establecida por la Legislación de las Residencias en Brasil	10	14,49	59	85,51
	Relaciones sociales de trabajo conflictivas (equipo de trabajo y/o gestión)	28	40,58	41	59,42
	Campos y escenarios prácticos de difícil acceso	43	62,32	26	37,68
	Ausencia de preceptor(a) y/o tutor(a) en los campos de práctica	45	65,22	24	34,78
	Condiciones de trabajo precarias o insuficientes	45	65,22	24	34,78
	Dificultades en el proceso de trabajo del escenario práctico	47	68,12	22	31,88
	Baja calidad de la atención prestada	53	76,81	16	23,19
	Conflictos entre residentes	58	84,06	11	15,94
	Insatisfacción laboral	58	84,06	11	15,94
	Otros	62	89,86	7	10,14

Notas: % = porcentaje; N = número.

Fuente: datos de la encuesta, 2023.

En cuanto a la segunda sección del cuestionario, categoría “C”, referente a los factores de sufrimiento *físicos y emocionales*, descritos en la Tabla 3, entre los cinco factores más frecuentemente reportados se encuentran: “preocupación excesiva por el trabajo” con 60,87 %, “alteración del patrón y/o trastorno del sueño” con 59,42 %, “ansiedad derivada del exceso de trabajo” con 56,52 %, “irritabilidad tras el cumplimiento de la carga horaria diaria y/o semanal” con 53,62 % y “desmotivación o falta de disposición para el trabajo” con 52,17 %.

A continuación, como factores de frecuencia media, se reportaron “sentimiento de impotencia” con 47,83 %, “sentimiento de tristeza e insatisfacción con el trabajo” con 37,68 %, “desgaste emocional debido al alto tiempo de traslado hacia el escenario práctico” con 33,33 %, “deseo de abandonar el programa de residencia” con 31,88 % e “insatisfacción con el programa de residencia” con 30,43 %.

Como menor frecuencia, los profesionales residentes informaron “ansiedad derivada de la relación con la institución” con 28,88 %, “enfermedad frecuente (síndromes gripales y COVID-19)” con 27,54 %, “crisis de ansiedad constante en el trabajo” con 26,09 %, “aumento de peso debido a síntomas relacionados con ansiedad, depresión y/o estrés” con 26,09 %, “pensamientos intrusivos de autodestrucción” con 11,59 % y “pérdida de peso debido a síntomas relacionados con ansiedad, depresión y/o estrés” con 8,7 %.

En relación con las respuestas de la tercera sección del cuestionario, referentes a *las estrategias de cuidado orientadas a la disminución del sufrimiento emocional* descrito por los residentes, detalladas en la Figura 1, se observó que las cuatro estrategias más frecuentes fueron: “practicar ejercicio físico” con 69,57 %, seguido de “escuchar música” con 65,22 %, “viajar o pasear” con 62,32 % y “apoyo familiar” con 60,87 %.

Como estrategias de frecuencia media, los profesionales residentes reportaron “ver series y/o películas” con 59,42 %, tener “mayor tiempo y calidad de sueño” con 55,07 %, “respetar límites” personales con 50,73 % y contar con “apoyo del equipo de residencia” con 53,73 %, es decir, de los pares.

Tabla 3. Tabla de contingencia de las frecuencias y porcentajes por fila de los factores relacionados con los síntomas físicos y emocionales (N=69). Brasilia-DF, Brasil, 2023.

		Ocurrencia			
		No	%	Sí	%
Factores físicos y emocionales	Preocupación excesiva por el trabajo.	27	39,13	42	60,87
	Alteración del patrón del sueño y/o trastorno del sueño (dificultad para iniciar el sueño, mantenerlo durante la noche, despertar antes del horario deseado, insomnio, perturbaciones y/o pesadillas nocturnas)	28	40,58	41	59,42
	Ansiedad derivada del exceso de trabajo	30	43,48	39	56,52
	Irritabilidad tras el cumplimiento de la carga horaria diaria y/o semanal	32	46,38	37	53,62
	Desmotivación o falta de disposición para el trabajo	33	47,83	36	52,17
	Sentimiento de impotencia	36	52,17	33	47,83
	Sentimiento de tristeza e insatisfacción con el trabajo	43	62,32	26	37,68
	Desgaste emocional debido al alto tiempo de desplazamiento hacia el escenario práctico	46	66,67	23	33,33
	Deseo de abandonar el programa de residencia	47	68,12	22	31,88
	Insatisfacción con el programa de residencia	48	69,57	21	30,43
	Ansiedad derivada de la relación con la institución	49	71,01	20	28,99
	Enfermedad frecuente (síndromes gripales/COVID-19)	50	72,46	19	27,54
	Crisis de ansiedad constante en el trabajo, con sintomatología como taquicardia, sudoración, rubor, palpitaciones, crisis de llanto, etc.	51	73,91	18	26,09
	Aumento de peso debido a algún síntoma relacionado con ansiedad, depresión y/o estrés	51	73,91	18	26,09
	Pensamientos intrusivos de autodestrucción	61	88,41	8	11,59
	Pérdida de peso debido a algún síntoma relacionado con ansiedad, depresión y/o estrés	63	91,3	6	8,7
	Otros	64	92,75	5	7,25

Notas: % = porcentaje; N = número.

Fuente: datos de la encuesta, 2023.

Figura 1. Estrategias de cuidado utilizadas por residentes multiprofesionales



Fuente: datos de la encuesta, 2023.

Otras estrategias de baja frecuencia fueron “psicoterapia u otras terapias” con 39,12 %, “leer libros o revistas” con 39,13 %, “clases remotas” con 36,23 % y el “apoyo institucional”, representado por coordinadores, tutores y preceptores, con 33,33 %.

DISCUSIÓN

Factores relacionados con la Legislación Nacional de las Residencias Multiprofesionales en Salud y/o con el ambiente institucional

En relación con la primera sección del cuestionario, referente a las cuestiones sociodemográficas, los datos sobre el perfil de los residentes multiprofesionales de este estudio se mostraron congruentes con aquellos descritos en la literatura científica²³⁻²⁵, en lo referente al predominio de profesionales del género femenino, adultos jóvenes, formados mayoritariamente en las áreas de las ciencias de la salud, con destaque para la carrera de Enfermería, además de profesionales recién graduados y/o con poco tiempo de experiencia profesional que ingresan a estos programas.

En cuanto a la segunda sección del cuestionario, categoría “A”, referente a la Legislación Nacional de las Residencias Multiprofesionales, diversos estudios han evidenciado las incompatibilidades prácticas entre lo instituido y lo implementado, especialmente en lo que se refiere al funcionamiento de los

programas de residencia^{25,26}. Desde esta perspectiva, el debate en torno a las normativas de estos programas ha ganado visibilidad, destacándose el promovido, en 2024, por los Ministerios de Salud (MS) y de Educación (MEC), mediante una consulta pública con el objetivo de ampliar el proceso participativo y democrático para la elaboración de esta política pública²⁷.

Aunque se han observado avances en el ámbito legislativo, persisten barreras y fragilidades operativas relacionadas con el monitoreo y la fiscalización ejercidos por el MEC y el MS, a través de la Comisión Nacional de Residencias Multiprofesionales en Salud (CNRMS), en relación con estos programas²⁸. Esto ocurre porque el cumplimiento de estas directrices no es homogéneo entre los programas, aunque cada uno debe contar con un Proyecto Político-Pedagógico aprobado por la CNRMS, con “validez de cuatro años, contados a partir de su publicación, exceptuándose la autorización de funcionamiento, que tendrá un plazo equivalente al período de duración del respectivo programa”, según la legislación^{28:2}.

En este sentido, el monitoreo de estos programas ha ocurrido de forma incipiente, debido a las barreras derivadas de la ausencia de visitas técnicas regulares, de mecanismos de responsabilización institucional y de canales accesibles para la discusión de posibles mejoras durante el curso. Este espacio evaluativo debería tener como finalidad la integración continua del cuerpo docente y estudiantil, con la participación efectiva de los residentes, principalmente para perfeccionar el Proyecto Político-Pedagógico, con el propósito de garantizar una formación calificada, digna y respetuosa²⁸.

Además de estas fragilidades estructurales identificadas en la literatura, los datos de esta investigación permitieron identificar, desde la perspectiva de la legislación (Tabla 1), como el factor más frecuentemente asociado al sufrimiento entre los profesionales residentes, las normativas relacionadas con la reposición de la carga horaria derivada de situaciones de enfermedad — ya sea de naturaleza física o emocional—, señaladas por el 49,28 % de los participantes. Este aspecto introduce el debate sobre el derecho a la posibilidad de completar el programa, así como sobre el derecho a enfermar sin ser “penalizado”, especialmente en lo referente al cumplimiento de una carga horaria que ya había sido debidamente justificada mediante certificado médico.

Este modelo legislativo se aproxima a la lógica del sistema capitalista, que privilegia los medios de producción y desconsidera el derecho al descanso, incluso cuando este se encuentra debidamente justificado mediante certificación médica²⁹. Además, al tratarse de un curso de especialización orientado a la formación y calificación en el campo práctico, no existe el establecimiento de derechos laborales garantizados²⁹⁻³².

Otro factor, aunque de naturaleza institucional, señalado por los residentes se refiere a la calidad de la formación, mencionado por el 34,78 % de los participantes. Desde esta perspectiva, Finger³³ problematiza la creciente creación de programas de residencia por parte de instituciones proponentes, muchas veces desvinculadas de universidades con carácter educativo y formativo, que pasan a ofrecer residencias con la finalidad prioritaria de suplir demandas de fuerza laboral. Esto resulta en la fragilización de la calificación teórico-práctica, dado que se asocia a una formación basada en el agotamiento de la técnica en el servicio, característica del modelo de entrenamiento por repetición adoptado en las residencias multiprofesionales. Este modelo, en ocasiones, es consensuado entre gestores de los servicios, coordinadores, preceptores e incluso por los propios residentes.

Otro factor institucional descrito por los residentes de este estudio fue la ausencia del cuerpo docente, como tutores y preceptores (24,64 %). Al revisar la literatura, diversos estudios discuten el papel del preceptor y del tutor en el proceso formativo de los residentes, reconociéndolos como figuras centrales e imprescindibles para la formación de estos profesionales en servicio³⁴. Sin embargo, en la práctica cotidiana se observa que muchos preceptores y tutores acumulan funciones y mantienen múltiples vínculos institucionales, lo que, en ocasiones, compromete su presencia en el acompañamiento formativo de los residentes³⁴⁻³⁶.

Otros aspectos de esta categoría, relacionados con tutores y preceptores, se refieren a la formación adecuada para desempeñarse en programas de residencia. Aunque existe un incentivo para la oferta de cursos y acciones orientadas a la calificación de estos profesionales, la adhesión y la efectividad de estas iniciativas continúan siendo limitadas. Adicionalmente, se observa

la ausencia o insuficiencia de remuneración específica para la dedicación del cuerpo docente, lo que lleva a muchos tutores y preceptores a compatibilizar las actividades de la residencia con otras funciones asistenciales^{35,36}.

Estas fragilidades se reflejan directamente en los procesos evaluativos a lo largo del trayecto formativo del residente, aspecto señalado por el 20,29 % de la muestra. Se destaca que la evaluación durante la residencia resulta esencial y debe trascender la mera identificación de habilidades y competencias. Sobre esta base, la Ordenanza Interministerial n.º 1.077, de 12 de noviembre de 2009, propone una “evaluación formativa, con la participación de los diferentes actores involucrados, orientada al desarrollo de una actitud crítica y reflexiva del profesional, con miras a su contribución al perfeccionamiento del SUS”^{37:1}.

Otros factores institucionales descritos por los residentes, que merecen atención y se relacionan con las relaciones establecidas en el ambiente formativo, incluyen las exigencias institucionales (26,09 %), el ejercicio inadecuado de la autoridad por parte de la coordinación y/o dirección institucional (8,7 %) y las relaciones conflictivas, incluyendo situaciones de *bullying* y/o acoso (4,45 %). Diversas investigaciones señalan la existencia de una naturalización denominada “cultura del acoso” o “cultura del sufrimiento”, ampliamente presente en la formación en salud, lo que contribuye a la perpetuación de estas prácticas y a la no notificación de datos relacionados con las condiciones de acoso en las residencias en salud^{16,17,38}.

Así, el análisis de los factores asociados al sufrimiento de los profesionales residentes —vinculados tanto al marco normativo como al contexto institucional— debe comprenderse a la luz de su inserción histórica y social. Tales elementos atraviesan la legislación nacional de las residencias y los modos en que esta es operacionalizada por las instituciones formadoras y ejecutoras. En este sentido, un espacio formativo, aun cuando esté orientado por el principio de la educación a través del trabajo, no debe producir ni legitimar la formación de profesionales emocionalmente fragilizados para el desempeño en el SUS.

Factores relacionados con el trabajo

En relación con la segunda sección del cuestionario, categoría “B”, referente a este tópico (Tabla 2), los datos señalaron como principal factor el tema de agotamiento mental y/o corporal debido a la carga horaria de 60 horas semanales establecida por la Legislación de las Residencias, descrito por el 85,51 % de los profesionales. Las condiciones de trabajo relacionadas con la carga horaria de los residentes han sido una cuestión frecuentemente debatida en la literatura científica y en los movimientos sociales, especialmente en lo que respecta a los límites para la supervivencia de un trabajador/estudiante^{14-17,21,23,25,29,31,32}.

En este sentido, Marx³⁹ destaca que la clase trabajadora, como cualquier otra clase, necesita tiempo de vida destinado a actividades básicas como el descanso, la recuperación del sueño y la alimentación. A partir de ello, cabe problematizar la rutina del trabajador residente, considerando una jornada laboral de hasta 10 horas diarias, con apenas un día de descanso semanal. Considerando las 24 horas del día, restan 14 horas para la conciliación de actividades como desplazamiento al escenario práctico, estudio, alimentación, cuidados personales, tareas domésticas, actividad física, sueño y convivencia social, lo que evidencia un escenario de agotamiento.

Algunos autores señalan la persistencia de una romantización del trabajo extenuante en las residencias en salud, de modo que la jornada de 60 horas semanales se configura como expresión de intensificación de la explotación de la fuerza de trabajo, resultando incompatible con la propuesta formativa^{4,31,32,40}. Además, se destaca el riesgo de utilización de los residentes como estrategia de sustitución de trabajadores efectivos en los servicios, con vistas a la reducción de costos de recursos humanos y a la contención de nuevas contrataciones, lo que desplaza la residencia de su carácter formativo hacia una lógica predominantemente laboral⁴⁰.

Otro factor identificado se refiere a las relaciones sociales de trabajo conflictivas, frecuentemente atravesadas por interacciones con miembros del equipo y/o con la gestión local, señaladas por el 59,42 % de los participantes. La literatura indica que los procesos de trabajo vivenciados por los residentes están, en general, marcados por una alta jerarquización, ambientes estresantes y relaciones asimétricas de poder⁴⁰. Así, la falta de

políticas institucionales de apoyo psicológico, sumada al estigma en torno al sufrimiento psíquico y al miedo a la desvalorización profesional al exponer situaciones extenuantes, se convierten en factores que contribuyen al agravamiento de estos conflictos en las relaciones laborales^{41,42}.

Otros dos factores reportados fueron los campos y escenarios prácticos de difícil acceso (37,68 %) y la ausencia de preceptor(a) y/o tutor(a) en los campos (34,78 %), los cuales se configuran como fenómenos que abarcan tanto factores institucionales como condiciones relacionadas con el proceso de trabajo. Las investigaciones señalan que los escenarios de práctica de difícil acceso constituyen barreras estructurales, exponiendo a los residentes a condiciones de mayor vulnerabilidad y desgaste. Asimismo, al tratarse de campos con limitaciones de acceso, se observa también la fragilidad del soporte institucional y la ausencia de la figura del preceptor en la formación. Este contexto compromete el acompañamiento pedagógico del residente, que en muchos casos pasa a asumir un papel central en el servicio de salud^{36,40}.

Otros cuatro factores interrelacionados fueron descritos por los residentes: condiciones de trabajo precarias o insuficientes (34,78 %), dificultades en el proceso de trabajo en el escenario práctico (31,88 %), baja calidad de la atención prestada (23,19 %) e insatisfacción laboral (15,94 %). Las discusiones indican que la precarización de las condiciones de trabajo es reflejo del vínculo jurídico del residente, caracterizado como “becario”. Este vínculo acentúa la fragilidad de los derechos laborales, siendo señalado como un indicio de precarización no solo de las condiciones de trabajo, sino también de las condiciones de vida^{32,43,44}.

Silva y Dalbello-Araújo⁴⁴ contribuyen al explicitar que los efectos de las condiciones de trabajo, mediados por el vínculo jurídico del residente, se materializan en condiciones precarias de trabajo, remuneración inadecuada, elevada carga horaria, ausencia de tiempo para actividades de investigación y estudio, exigencias excesivas de productividad, bajo reconocimiento profesional y ausencia de políticas institucionales de protección de la salud del trabajador. Del mismo modo, este vínculo suscita una discusión crítica sobre el lugar ocupado por el profesional en formación, que se configura simultáneamente como trabajador y estudiante.

Además de estos factores, los estudios señalan que los residentes enfrentan desafíos relacionados con la organización y gestión de las actividades prácticas en los escenarios^{40,46-55}. Este fenómeno se materializa en la suplencia de demandas locales, la sustitución de servidores ausentes o la insuficiencia del cuadro de profesionales, así como en la realización de actividades sin la debida supervisión. Tales situaciones reflejan distorsiones en el modelo de formación en el trabajo, generando desmotivación e insatisfacción, factores que interfieren directamente en el proceso formativo.

Asimismo, se evidencia la fragilidad en la articulación entre teoría y práctica, comprometiendo la capacidad de los residentes para ofrecer una atención calificada, segura e integral. Estos obstáculos pueden generar conflictos internos y desgaste emocional entre los residentes⁴⁷, lo cual también se observó en este estudio con una frecuencia del 15,94 %. De este modo, muchos de los factores relacionados con el ambiente de trabajo se configuran como reflejo de la propia legislación y del modelo de gestión del programa de residencia adoptado por las instituciones.

Factores físicos y emocionales

Con base en la segunda sección del cuestionario, categoría “C”, referente a este tópico (Tabla 3), los residentes del presente estudio indicaron con alta frecuencia el tema de la preocupación excesiva por el trabajo, reportado por el 60,87 %. A continuación, se destacan la alteración y/o trastorno del patrón del sueño (59,42 %), la ansiedad derivada del exceso de trabajo (56,52 %), la irritabilidad tras el cumplimiento de la carga horaria diaria y/o semanal (53,63 %) y la desmotivación o falta de disposición para el trabajo (52,17 %). Al ser observados a la luz de la literatura científica, diversos estudios confirman que estos factores están asociados al sufrimiento en profesionales residentes⁴⁷⁻⁵⁰.

Dado que muchos de estos factores están vinculados a la materialización del sufrimiento, frecuentemente clasificado como cuadro clínico y psiquiátrico compatible con síntomas depresivos y ansiosos. Además, estos factores pueden llevar al alejamiento del trabajo debido a cuestiones relacionadas con el desgaste ocupacional, como el síndrome de *burnout*^{47,51}.

Como factores de frecuencia media descritos, se observa el sentimiento de impotencia (47,83 %), la tristeza e insatisfacción con el trabajo (37,86 %), el desgaste emocional debido al elevado tiempo de desplazamiento hacia el escenario práctico (33,33 %), el deseo de abandonar el programa de residencia (31,88 %) y la insatisfacción con el programa de residencia (30,43 %). Estos factores son comúnmente encontrados en estudios cualitativos y cuantitativos que abordan las vivencias y el sufrimiento de residentes multiprofesionales y de otras categorías⁴⁷⁻⁵².

Otros factores de menor frecuencia reportados por los residentes fueron la ansiedad derivada de la relación con la institución (28,99 %), las enfermedades frecuentes, como síndromes gripales y COVID-19 (27,54 %), las crisis de ansiedad en el ambiente de trabajo (26,09 %), el aumento de peso asociado a alguna condición psiquiátrica (26,09 %), los pensamientos intrusivos de autodestrucción (11,59 %) y la pérdida de peso también relacionada con alguna condición psíquica (8,7 %). Estos factores han sido identificados en otros estudios con esta población⁴⁷⁻⁵² y son reflejo de los demás factores observados en la presente investigación relacionados con la legislación, las condiciones de trabajo y el ambiente institucional.

Estrategias de cuidado

En relación con la tercera sección del cuestionario, referente a las estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales residentes (Figura 1), se observó una escasa producción de estudios con este enfoque de investigación, orientados a la identificación de estrategias o “válvulas de escape” utilizadas por los residentes, más allá del contexto del sufrimiento formal anclado en psicodiagnósticos. Esta perspectiva se mostró fundamental para la identificación de posibles factores protectores de la salud integral de esta categoría profesional, especialmente frente a los factores ya discutidos y reconocidos como potenciales promotores de sufrimiento y enfermedad.

Los residentes del presente estudio describieron como principal estrategia de cuidado la práctica de actividad física (69,57 %). Diversos estudios señalan que la actividad física constituye un importante factor protector, al promover la estimulación de neurotransmisores que contribuyen a la reducción de

sintomatología ansiosa y depresiva, además de favorecer el bienestar y la socialización^{53,54}.

Otros tres factores considerados relevantes por la muestra fueron escuchar música (65,22 %), viajar (62,32 %) y el apoyo familiar (60,87 %). Estos factores pueden favorecer la relajación física y emocional, contribuyendo a la reducción de la percepción de estrés derivado de la rutina laboral extenuante. Además, el apoyo familiar puede proporcionar un espacio seguro para el diálogo, la expresión de sentimientos y la recepción de soporte emocional⁴⁷.

También se describieron otros cuatro factores relacionados con el ocio, a saber: ver películas o series (59,42 %), mayor tiempo o calidad del sueño (55,07 %), respetar los límites personales (50,73 %) y leer libros (39,13 %). Estas prácticas son consideradas fundamentales para el mantenimiento de la salud mental; según Pondé y Caroso⁵⁵, el ocio puede proporcionar relajación, reducción del estrés y fortalecimiento del bienestar emocional, funcionando como un importante factor protector frente a los desafíos y demandas de la rutina profesional.

Como otros factores, los profesionales residentes describieron el apoyo del equipo de residencia (50,73 %), la psicoterapia y otras terapias (39,13 %), las clases remotas (36,23 %) y el apoyo institucional, a través de la coordinación, tutores y preceptores (33,33 %). Estas estrategias de protección, relacionadas con la búsqueda de cuidado —como el apoyo de pares, de otros profesionales de la salud o el soporte institucional— para el inicio de tratamientos, orientaciones especializadas o acompañamientos, deberían ser utilizadas con mayor frecuencia. Sin embargo, en el presente estudio, con excepción del apoyo del equipo de residencia, los demás recursos fueron poco utilizados.

Recomendaciones

Con base en los hallazgos de este estudio, se recomienda la implementación de apoyo a la salud del trabajador-residente, con respaldo pedagógico institucional y la adopción de prácticas orientadas a la prevención y promoción de la salud. Asimismo, se sugiere la reducción de la carga horaria semanal, actualmente fijada en 60 horas semanales, sin reducción del valor

de la beca-salario, así como la aceptación de un número específico de certificados médicos sin la exigencia de reposición de la carga horaria, regulados por una legislación específica.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio se refiere al diseño transversal y al enfoque cuantitativo, que impidieron la recolección de datos cualitativos y el seguimiento longitudinal de los participantes (residentes), limitando la comprensión profunda del proceso de enfermedad y la posibilidad de intervenciones dirigidas. Además, se destaca como limitación adicional la recolección parcial de datos relativos al tema “raza/color”, lo que puede comprometer el análisis de posibles desigualdades, así como la interpretación más amplia de los resultados a la luz de este importante marcador sociodemográfico.

CONSIDERACIONES FINALES

Se evidencia, por lo tanto, que el sufrimiento de los profesionales residentes debe entenderse como multifactorial, con predominio de causas estructurales. De acuerdo con los datos, los principales factores asociados al sufrimiento incluyen aspectos relacionados con la legislación y el ambiente institucional, como las normas nacionales referentes a los certificados médicos y la reposición de la carga horaria, además de la baja calidad de los componentes teóricos del curso.

En el ámbito del trabajo, se destacan la agotamiento mental y/o corporal derivada de la carga horaria de 60 horas semanales y las relaciones sociales de trabajo conflictivas. Entre los factores físicos y emocionales, sobresalen la preocupación excesiva por el trabajo, las alteraciones del patrón del sueño y la ansiedad asociada al exceso de actividades laborales. Esto señala la necesidad de una mejor organización normativa y operativa de estas residencias, que acoja las demandas de los residentes para viabilizar una formación en salud que también sea saludable.

Como estrategias de afrontamiento, los residentes recurrieron a prácticas de autocuidado mediante actividad física, ocio, apoyo familiar, (psico)terapias y apoyo institucional, lo que lleva a la mejora del cuidado del individuo durante su formación profesional. A pesar de que los factores identificados en la

presente investigación representan barreras a ser superadas para la consolidación de estos programas formativos, se resalta la importancia y el potencial de las residencias para la calificación de los profesionales de la salud en el SUS.

Se concluye, por lo tanto, la necesidad urgente de la elaboración de una política de salud mental dirigida a los residentes, que sea acogida por cada programa y respaldada por normativas federales, así como el fortalecimiento de la calificación pedagógica del campo teórico. De esta manera, las residencias multiprofesionales en salud podrán trascender los niveles de calificación ya alcanzados y delinear un nuevo perfil profesional, fundamentado en condiciones de trabajo dignas.

REFERENCIAS

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. Disponible en: 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. Disponible en: <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. Disponible en: <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. Disponible en: https://bvsmms.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. Disponible en: 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. Disponible en: 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

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. En: *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. En: *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, Wünsch 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/humanidadesinovacao/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=0%20perfil%20de%20egressos%20de%20resid%C3%Aancia%20multiprofissional,iade%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. Villiz 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. En: *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. En: *Anais da XI Jornada Internacional de Políticas Públicas*; 2023. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/upload/anais/trabalho_submissaoid_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/deges/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 intragrúpicos 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
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>