



Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público

Multiprofessional Residency in Health: the profile, professional placement, and the assessment by egresses of seven programs from a public health services complex

Aline Zeller Branchi ¹

Jussara Maria Rosa Mendes ²

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Técnica em educação do Grupo Hospitalar Conceição, Apoio pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6355-5765>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6875091794242347>

E-mail: alineb@ghc.com.br

² Pós-doutorado em Serviço Social pela Universität Kassel, República Federal da Alemanha. Docente credenciada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia/ UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e de Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3908-4964>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8540039840052671>

E-mail: jussaramaria.mendes@gmail.com

RESUMO

O objetivo foi identificar o perfil sociodemográfico e a inserção de egressos de sete programas do Grupo Hospitalar Conceição, no período 2004 até 2019. Caracterizou-se como estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. O questionário foi encaminhado e respondido pela internet. Os dados foram processados em planilhas do Programa Excel e foram analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences 16, por meio de medidas descritivas e teste Exato de Fisher expandido, com significância estatística de 5% ($p < 0,05$). A população do estudo envolveu todos que concluíram o Programa no período, totalizando amostra representativa com 279 participantes. No perfil, 90,3% dos egressos são mulheres, 49% solteiros e 57% nascidos no interior. Na inserção profissional, 93% dos egressos estão trabalhando, 90% consideram que a residência contribuiu para sua inserção, 74% possuem trabalho relacionado à formação, 49% têm vínculo público e 42% tem carga horária de até 36 horas. Houve significância estatística entre vínculo anterior e ocupação atual, assim como entre satisfação profissional e inserção na área de formação e remuneração. Os princípios do SUS são bem aplicados na prática profissional dos egressos e a avaliação da formação recebida foi satisfatória.

Palavras-chave: residência multiprofissional em saúde; inserção profissional; formação profissional em saúde; prática profissional; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim was to identify the sociodemographic profile and placement of egresses of seven programs of the Conceição Hospital Group from 2004 to 2019. This study is characterized as exploratory and descriptive, with a quantitative approach. The questionnaire was sent and answered through the Internet. The data were processed in Excel spreadsheets and analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences 16 through descriptive measures and the extended Fisher's exact test, with a statistical significance of 5% ($p < 0.05$). The study population involved all those who completed the program during the period, totalizing a representative sample of 279 participants. As for the profile, 90.3% of the egresses are women, 49% are single, and 57% were born in the countryside. Regarding the professional placement, 93% of the egresses are working, 90% consider that their residency contributed to their placement, 74% have jobs related to their training, 49% have public employment relationships, and 42% have workloads of up to 36 h. There was a statistical significance between the previous bond and the current occupation, as well as between personal satisfaction and the placement in their field of training and compensation. The principles of the Unified Health System are well applied in the professional practice of the egresses, and the assessment of the training received was satisfactory.

Keywords: multiprofessional residency in health; professional placement; professional training in health; professional practice; unified health system.



INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Brasileira e a criação do SUS provocaram novos desafios à sociedade brasileira em termos de política de saúde, uma vez que ampliou o direito à saúde em um contexto que era centralizado e limitado a alguns grupos. Esse movimento embasou a construção de um sistema com base na universalidade do acesso e do direito, na integralidade da saúde dos cidadãos e na equidade da atenção, trabalhando-se com vulnerabilidades (Lei 8080/90), o que colocou em pauta a discussão de modelos de saúde.

Os modelos anteriores de saúde deixaram marcas históricas na área, influenciando projetos, modos de trabalho e maneira de formar os profissionais. Assim, em vez de um olhar ampliado para a saúde, que considerasse os determinantes sociais, o trabalho em equipe e um investimento em ações preventivas e de promoção, ainda se operavam, no interior dos serviços de saúde, a valorização de modelos caros e não muito efetivos, o trabalho fragmentado e centrado em certas profissões e uma valorização das ações no nível secundário e terciário em detrimento de ações no nível primário. A formação oferecida dissociava-se das necessidades da população, marcando uma distância entre ensino e assistência, o que exigia a busca de um novo paradigma que provocasse transformações no campo das práticas e saberes em saúde (PASINI, 2010). No entanto, apesar dessa lógica privativo-individualista, que perpetuava um modelo histórico de formação ao mercado privado, surge o papel do SUS, no Art. 200, da Constituição de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Tal ordenamento, mais tarde, foi visto como desenvolver ações que envolvessem regulação, apoio, fomento, manutenção e direcionamento de políticas educacionais à saúde, compreendendo-se como o desenvolvimento de ações educativas realizadas por meio do trabalho em saúde, cooperação técnica interinstitucional e, em especial, políticas de ensino, de pesquisa e de extensão que atingissem a gestão e atenção à saúde (FERLA *et al.*, 2017).

Conforme Campos (2015), a experiência acumulada no Brasil em relação à necessidade de mudança na formação dos trabalhadores ao SUS é clara em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde e a proposição de uma clínica ampliada. Essa mudança, entretanto, não deixaria de valorizar, demandar e aplicar as competências específicas de cada profissão, mas proporcionaria um novo leque de conhecimentos a partir desse trabalho compartilhado, produzindo outros conjuntos de competências e conhecimentos (DEMARCO, 2011).

A residência multiprofissional em saúde (RMS) surge como uma modalidade adequada para o perfil de formação pretendido no SUS por meio da Lei 11.129/2005. Na Escola de Saúde Pública do RS, em 1977, é reconhecida a primeira RMS, como uma experiência inovadora na área do ensino ao incluir mais de uma categoria profissional (CECCIM; ARMANI, 2001). Diversas ações são desencadeadas pelo Ministério da Saúde, demonstrando a legitimidade de uma modificação nos modelos de ensino em vigor antes do SUS. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, de 2005,



já apontava a RMS como a estratégia de formação de trabalhadores ao SUS, com base em equipe multiprofissional.

A Política de Educação Permanente em Saúde é criada um pouco antes, na Portaria GM/MS nº 198/04, como uma estratégia à formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e a possibilidade de transformação da prática profissional e da organização do trabalho, que deveria ser estruturada a partir da sua problematização cotidiana nos serviços de saúde.

Assim, as RMS nascem como uma política do SUS no contexto da educação permanente em saúde na medida em que se colocam como modos de aprendizagem transversais no cotidiano de saberes e fazeres dos serviços. Dialogam e colocam-se voltadas aos problemas desse cotidiano, que exige uma construção dos próprios atores envolvidos, transformando esses movimentos em aprendizagem relevantes ao desenvolvimento do trabalho e, com isso, do cuidado ao usuário (DIAS *et al.*, 2015). A proposta desse novo modelo, que dialogue com a realidade local, verse a partir da integralidade do cuidado, compartilhe olhares e conhecimentos proporcionados por diferentes profissões e coloque o usuário como um ser ativo no seu cuidado, tenta romper com o modelo tradicional de fragmentação de saberes e com a cristalização de certos processos instituídos nos serviços.

A experimentação que essas relações proporcionam, entre ensino e aprendizagem e docência e atenção à saúde, conduz à reflexão crítica sobre o trabalho, modifica a clínica do profissional nos ambientes de saúde e traz luz à necessidade de promoção da saúde. Assim, novas ferramentas de gestão e atenção podem ser formadas para qualificar a atuação no sistema, por esse processo educativo nas práticas de serviço, que busca a construção de espaços coletivos de percepção e avaliação do cuidado. Essa condição de um olhar multiprofissional, inclusive, segundo Martins *et al.* (2010), seria colocada socialmente pela complexidade das demandas de saúde e pela resolutividade exigida do sistema para solucioná-las.

Segundo Pekelman (2018), a essência do aprendizado da RMS acontece por uma prática compartilhada entre residentes, preceptores, equipes de saúde e usuários, os quais formam esse cenário de ensino e vão transformando práticas a partir da própria exigência e necessidade do cotidiano de trabalho, que exige novos conhecimentos. Esses confrontos, remodelagens e desconstruções refletem nas questões da formação, provocando um movimento potente de intensidades e disputas de projetos e modos de cuidado nesses encontros (DALLEGRAVE, 2013).

Silva e Caballero (2010) apontaram que as RMS trabalham com a indissociação entre educação, trabalho e gestão e cuidado em saúde, e o processo de ensino deve ser uma experiência pedagógica para construção de práticas de Saúde Coletiva, solidárias e eficazes, na perspectiva do trabalho em equipe. Pensar o mundo do trabalho como um ambiente de formação é problematizar a existência de espaços de saúde favorecedores da vida e de recriações sociais.

O residente pode gerar “sementes” para mudanças nas formas de cuidado em saúde mesmo que tenha uma passagem curta. As transformações, no mundo do trabalho, provocadas em espaços cole-



tivos de reunião ou na clínica individual podem ficar nas pessoas que continuam nos serviços. Como trouxe Mehry (1997), o “autogoverno” do trabalhador, por vezes, é o que dará o perfil de modelo assistencial e responsável por transformações estruturais, ou seja, muitas vezes, essas “sementes” transformam serviços em um tempo histórico institucional diferente do tempo da formação na RMS, mas não deixam de ocorrer.

O Grupo Hospitalar Conceição - GHC é um complexo de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, vincula-se, institucionalmente, ao Ministério da Saúde e possui uma rede pública assistencial em todos os níveis de atenção. Possui uma tradição de ensino ao longo de sua história, uma das suas missões sempre foi ligada à área. Em 2004, suas quatro unidades hospitalares já tinham a certificação de Hospital de Ensino, com a responsabilidade de ser um campo formador de profissionais, de desenvolvimento científico e tecnológico e com produção de tecnologias gestão, educação e atenção ao SUS.

A instituição possui residência médica desde 1968. Sua residência multiprofissional em saúde – RMS surgiu em 2004 para especializar profissionais em diferentes serviços e níveis de assistência, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS, em um movimento e contexto de adaptar as políticas institucionais aos projetos do Ministério da Saúde e do SUS, pela Portaria 109/04, em áreas prioritárias. Inicialmente, foram definidas as áreas: Saúde da Família e Comunidade (SFC), Saúde Mental (SME) e Terapia Intensiva (programa modificado em 2010 para Atenção ao Paciente Crítico - APC). O único serviço que possuía um maior conhecimento do trabalho interdisciplinar era vinculado à Saúde de Família, que trabalhava com equipes multiprofissionais. Os demais programas tiveram que iniciar um processo de compartilhamento, interdisciplinaridade e discussão, mudanças desafiadoras para essas equipes, que tinham uma cultura hospitalar – que se caracterizam por um tipo de trabalho mais categorizado, fechado e com pouca tradição de espaço de discussão.

Ao longo da sua trajetória, outros programas foram incorporados – em 2009, surgiu o Programa Oncologia e Hematologia (OHE) e, em 2013, os demais: Atenção Materno-infantil e Obstetrícia (AMIO), Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – CTB (único uniprofissional, com duração de 3 anos) e Gestão em Saúde (GES).

Constituiu-se sempre por ser uma RMS diferente das demais pela ausência da tutoria formal, que é resguardada por uma instituição de nível superior, assim, alguns desafios práticos e pedagógicos são colocados aos programas e aos preceptores – que tentam viver e articular essa face entre “serviço” e “ensino”, constituindo-se figuras “híbridas”, estando na assistência e na docência e vivendo a tensão entre os dois papéis. No entanto, talvez por esse poder de flexibilidade, adaptação e ajuste, é uma RMS que sempre trouxe inovações, revendo seus processos e avaliando sua forma de organização junto aos próprios residentes, o que caracterizou uma cultura de participação, com espaços coletivos de planejamento e avaliação.

A RMS/GHC teve seu ato autorizativo concedido pelo MEC em 2018. Essa relação entre ser



uma instituição do Ministério da Saúde/MS e estar regulada, por ser uma RMS, pelo Ministério da Educação/MEC, é tema frequente em fóruns internos. O próprio nome inicial do programa e a oportunidade de contemplar outras disciplinas que agregam à área da saúde tiveram que ser revisados devido ao padrão preconizado pelo MEC, que só aceita as profissões nomeadas como “áreas da saúde” e fecha a oportunidade de adesão de outras – como artes, pedagogia e administração. Nesse sentido, é importante destacar que o GHC tem, em seu quadro, profissionais da área da educação no cargo de técnico em educação, alguns inclusive desenvolvem seu trabalho diretamente na assistência ao usuário. Pela regulação atual do MEC, tais profissionais não podem ser certificados nem serem preceptores nas RMS, mesmo possuindo ampla titulação e experiência na área. Tais profissionais fazem a figura de “apoio pedagógico” na RMS-GHC, acompanhando o desenvolvimento dos projetos pedagógicos nos programas e estabelecendo ações nesse sentido.

É uma RMS que vem formando profissionais há 18 anos, mas não apresenta estudo de egressos de todos os seus programas nessa trajetória. A partir dessa necessidade de conhecer a realidade dos egressos e utilizando-se esse tipo de pesquisa como uma ferramenta para avaliar o tipo de formação oferecida, o estudo pretendeu identificar o perfil sociodemográfico e a inserção dos egressos dos sete programas dessa RMS, de 2004 a 2019, bem como conhecer a avaliação do egresso sobre o seu programa de residência e sobre a relação dos princípios e diretrizes do SUS na sua prática.

Estudos sobre os egressos podem abrir diversas possibilidades no campo do ensino: é possível saber onde estão os egressos, se estes se inseriram no mercado de trabalho e se a formação contribuiu para tal. Além disso, dá visibilidade e uma devolução, à comunidade, sobre o ensino desenvolvido, necessárias às áreas sociais em que se tem essa transparência de ações como um dos princípios. Ao oportunizar que esse egresso faça uma avaliação do ensino recebido, a instituição pode ter elementos importantes para realizar uma análise dessa oferta e corrigir processos, rever conteúdos, qualificar as estruturas disponíveis, atualizar currículos, entre outros.

É relevante citar a Lei nº 10.861/04, em que o MEC instituiu o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior/SINAES, com uma forma integrada de avaliação e possibilitando que a instituição verifique a qualidade e o cumprimento de sua responsabilidade social – em autoavaliação. Esse tipo de avaliação está previsto nos Planos de Desenvolvimento Institucionais na área da educação como uma maneira de buscar a atualização dos processos de ensino, com uma revisão que seja de acordo à realidade e necessidade vistas pelo mercado de trabalho. Essa legislação elencará a avaliação do egresso como obrigatória para avaliação dos cursos de graduação. Ainda, entre as dez dimensões avaliadas, uma delas faz referência à inserção profissional dos egressos e à participação destes no universo da instituição.

Em um estudo com egressos de pós-graduação e de nível técnico do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), de Thuler *et al.* (2013), os autores consideraram que a avaliação de egressos é uma necessidade que aparece no Brasil para identificar a qualidade da forma-



ção e a colocação dos profissionais no mercado de trabalho e em ensino e pesquisa, áreas importantes à inovação do País.

MÉTODOS

Caracterizou-se como um estudo transversal, descritivo e quantitativo. A população constituiu-se de egressos dos sete programas, entre 2004 e 2019. Como este estudo procurava estabelecer relações entre os Programas, uma amostra representativa foi estabelecida, estatisticamente, para uma proporção adequada, considerando o número de egressos em cada um desses Programas, assim, considerando o total de egressos do período (em torno de 700), chegou-se ao “n” mínimo esperado de 273, com nível de significância $\alpha=0,05$ e um intervalo de confiança de 95% (Tabela 1). É importante considerar que existe uma diferença entre tempo de fundação e oferta de vagas entre os programas, por isso, programas menores e de menos tempo possuem um número menor de egressos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra representativa segundo nível de significância $\alpha=0,05$.

Programa	N. esperado	N. alcançado
Saúde da Família e Comunidade	151	151
Atenção ao Paciente Crítico	57	60
Saúde Mental	32	32
Oncologia e Hematologia	17	20
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	6	10
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	2	3
Gestão em Saúde	2	3
Não aceitou participar da pesquisa	Não se aplica	2
TOTAIS	273	281

Fonte: Elaborada pela autora deste estudo.

O retorno ocorreu por parte de 281 residentes, sendo que dois não aceitaram participar na pesquisa, ficando com 279 respondentes. Isso representou em torno de 40% de retorno. Nesse tipo de pesquisa, o esperado é 25% de retorno, ou seja, o número de respondentes está adequado e assegurou representação entre os programas, uma vez que a representação estatística esperada por programa foi alcançada (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Optou-se por um formulário eletrônico pela praticidade, facilidade e redução de custos para colher as respostas (PRODANOV; FREITAS, 2013), a coleta foi realizada por e-mail, durante 4 meses, com perguntas de múltipla escolha e subjetiva no Google Docs, ferramenta que permite coletar e armazenar as respostas. Foram enviados e-mails 3 vezes aos egressos. Na primeira vez, foi enviado para um conjunto de 500 e-mails – número permitido pelo provedor; na segunda, para o restante dos egressos; na terceira ocasião, o e-mail foi enviado para todos, em uma sequência de 50 em 50 endereços.

O formulário escolhido abordou esses três temas: 1) perfil; 2) inserção profissional e 3) avalia-



ção do curso pelo egresso. Os dados foram processados em planilha Excel, organizados, convertidos ao formato de banco de dados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences, Versão 16. A análise descritiva e exploratória dos dados foi realizada pelas distribuições de frequências, foi calculada a média e o desvio padrão às variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa às qualitativas. O formulário continha um campo de comentários após algumas questões. As pesquisadoras consideraram importante realizar uma breve análise desses comentários para qualificar os dados quantitativos. Este estudo, porém, não foi considerado misto porque uma exploração mais aprofundada e rigorosa seria necessária. Para tal observação, foi considerada a análise de conteúdo de Bardin (2011), que se destina a dados dessa natureza. O projeto foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, parecer 19.100, obedecendo à resolução ética (CNS, 466/12).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico do egresso

Constatou-se que 90,3% dos egressos são do gênero feminino e 9,7% masculino, estando de acordo a pesquisas encontradas. Esse processo de feminização da área da saúde foi encontrado em um estudo de Wermelinger *et al.* (2010), que apontou que, nas últimas décadas, com a mudança na estrutura da sociedade, a afirmação do assalariamento e o acesso das mulheres em diferentes cursos e profissões, o panorama do mercado de trabalho modificou-se, sendo a mulher cada vez mais incluída. Na América Latina, entre 1960 e 1990, o percentual de mulheres trabalhando aumentou de 18 para 27%, no Brasil, em 1980 era 26,9% e, no final dos anos 90, já chegava a 47,2%, sendo que, na área da saúde, chega a 70%. Considerando-se as áreas públicas de educação e saúde, em cada 10 pessoas, oito são mulheres. Mesmo com maior inclusão e acesso da mulher ao mundo do trabalho, ainda persistem as desigualdades salariais e os vínculos mais precários, além da cultura das denominadas “ocupações femininas”, como serviços domésticos e administrativos. Sabe-se que esse tipo de trabalho envolve cuidado, uma tarefa que é atribuída historicamente à mulher. Nesse sentido, também, é importante considerar as jornadas extras enfrentadas pelas mulheres, assim como aquelas que envolvem a filhos, que são responsabilidades que recaem sobre as mulheres. O setor privado, por sua vez, em suas diferentes áreas, tende a valorizar mais profissionais homens por esses motivos. Com isso, essas áreas sociais absorvem um maior número de mulheres.

A média de idade dos egressos (ano em que ingressaram) foi de 26 anos, esse dado comprova que a média está em consonância à política proposta às residências multiprofissionais de incluir profissionais jovens no trabalho em áreas prioritárias do SUS. Nos estudos encontrados, a média maior ficou nessa faixa (BRASIL *et al.*, 2017, MELO *et al.*, 2012, MOTA, 2016). No estado civil, solteiros representaram 49% dos egressos e casados ou em união estável representam 27 e 21%, o que mostra um equilíbrio de estado civil entre solteiros e com relação estável. Ainda, 57% nasceram no interior, 37% na capital, 5% em outro estado e 1% em outro país.



No perfil de raça/cor, 90% dos residentes declararam-se da cor branca, 7% parda e 3% preta. O resultado está próximo dos dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando-se a faixa de idade encontrada na residência, para o Rio Grande do Sul – quando o percentual era 84, 9 e 5% respectivamente. Esse dado varia entre as regiões do Brasil. Em um estudo na Bahia, o percentual de negros e pardos chegou a 70% (CASTRO, 2014) – estando próximo do censo que apontou 80%.

É importante mencionar, em estudos de inserção profissional, que a desigualdade de gênero e de raça/cor também aparece em outros indicadores, como tipos de vínculo mais precários, cargas horárias excessivas e piores condições de trabalho, tendo a mulher negra e parda a maior vulnerabilidade nesse sentido. Vale destacar que a RMS-GHC não possui uma política de cotas raciais – o que poderia constituir-se como um bom indicador para impactar nesse maior acesso e inclusão e provocar outros estudos sobre tais dados.

A Tabela 2 mostra o panorama do perfil sociodemográfico dos egressos.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Característica	N.	%
Sexo		
Feminino	250	90
Masculino	27	10
Ignorado	2	-
Grupo etário (anos)^a		
< 30	241	87
30 até 34	24	9
35 até 40	10	4
41 e mais	2	-
Ignorado	2	-
Estado civil		
Solteiro	135	49
Casado	75	27
União estável	57	21
Divorciado	10	3
Ignorado	2	-
Raça/Cor		
Amarela	1	-
Branca	248	90
Parda	19	7
Preta	8	3
Não informado	2	-
Ignorado	1	-

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

A Inserção Profissional do egresso

Mesmo após 17 anos de sua regulamentação, persiste o desafio de incorporar os profissionais das RMS, de forma valorizada, no mercado de trabalho. Cabe salientar que a RMS/GHC é ligada ao Ministério da Saúde, ou seja, a estrutura e o vínculo dos atores envolvidos, embora tenham seus



desafios, não apresentam a precariedade percebida na rede de saúde – trabalhadores da instituição possuem direitos trabalhistas e oportunidades de formação. Esse cenário não é identificado como um contexto de outros locais – conforme ilustrado no comentário do egresso:

“O que eu vejo na prática e por trabalhar em um município do interior, é que os serviços do interior se distanciam em grande parte do serviço que vivenciei no GHC. Trabalho em uma equipe, que apesar de ser descrita como ESF, não funciona nos moldes como tal.” (Participante 1).

Nesse contexto externo de diferença de vínculos trabalhistas na área da saúde, percebe-se que é recorrente o caso de residentes que têm mais de uma residência, 10% apontaram que já realizaram outra residência, e a maioria dos egressos faz sua segunda residência por não conseguirem entrar no mercado de trabalho – como relatado comentário de um egresso:

“Temos uma formação voltada para o SUS, porém nem sempre após a conclusão conseguimos nos inserir no mercado de trabalho e no SUS. Por receio de não conseguir me inserir emprego, quando finalizei a primeira residência em 2017, acabei optando e conseguindo ir para a segunda residência. Observei que como eu, muitos outros colegas também seguiram esse caminho.” (Participante 2).

Ao se analisar a grande inclusão de jovens no nível superior, que aumentou 54% entre 2002-2012, e à diminuição, de 2015 a 2017, de menos 2,3 milhões de postos de trabalho no Brasil (IBGE, 2019), pode-se inferir que ocorra migração desses profissionais a vínculos menos formais. Segundo relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em análise de indicadores do mercado de trabalho, a taxa de ocupação registrava uma queda preocupante em 2015, muito relacionada pela diminuição de postos de trabalho (IPEA, 2015), o contingente de profissionais em informalidade vem aumentado de maneira significativa - em 2014, representava 39% da população ocupada, passando para 41,4% em 2019 (IBGE, 2020).

É importante contextualizar que são dados gerais de empregabilidade que podem, ou não, retratar a realidade dos postos de trabalho em saúde – que, em geral, junto à área de serviços, era a menos influenciada pela informalidade (IPEA, 2018). Nas pesquisas similares de egressos encontradas, isso não foi analisado, mas é fundamental, nesta análise, pontuar a recente reforma trabalhista, que pode modificar essa realidade – tal legislação permitiu que as empresas contratem profissionais para atividades-fim sem estabelecer, necessariamente, vínculo empregatício com estes.

Embora esse quadro de precarização do trabalho esteja colocado em evidência, o percentual de soma de egressos trabalhando e estudando chegou a 93% - 66 e 27% respectivamente. Essa aparente contradição pode ser explicada pelo período longo da amostra na presente pesquisa, uma vez que houve relação entre um maior tempo de conclusão e melhor vínculo de trabalho (remuneração, carga-horária, relação com área). Pode ser explicada, ainda, pela realidade de postos de trabalho em saúde no Rio Grande do Sul, uma vez que esse tipo de dado varia bastante quando se analisa outros estados.

Esse resultado sobre inserção no mercado de trabalho ficou superior a outros similares encontrados na literatura. Um estudo com egressos no Ceará, de 2007 a 2010, encontrou que 77% estavam trabalhando, 9% apenas estudando e 14% de desempregados (MELO *et al.*, 2012). Em outra pesquisa, de Pernambuco, de 2012 a 2015, constatou-se que 83% dos egressos estavam trabalhando e 17%



apenas estudando (MOTA, 2016).

Na Tabela 3, é apresentada a inserção profissional por programa – em que se observa uma maior inserção que a média geral nos egressos dos Programas CTB (100%), Atenção ao Paciente Crítico e Saúde Mental (ambos com 97%), e uma menor inserção nos Programas de Gestão em Saúde (33,33%) e OHE (89%).

Tabela 3 – Empregabilidade por Programa dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do período 2004 – 2017 (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Trabalhando ou Trabalhando e estudando	% Estudando	% Nem trabalhando nem estudando
Atenção ao Paciente Crítico	97(58)	-	3(2)
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	90(5)	-	10(1)
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	100(3)	-	-
Gestão em Saúde	33,33(1)	33,33(1)	33,33(1)
Oncologia e Hematologia	89(18)	11(2)	-
Saúde da Família e Comunidade	93 (140)	7(11)	-
Saúde Mental	97(31)	3(1)	-

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

A diferença de empregabilidade de GES pode ser explicada porque muitos egressos do programa são da Saúde Coletiva, uma área nova na saúde e com dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho, 75% dos egressos do programa são dessa área segundo dados da secretaria do programa. Um estudo de Lorena *et al.* (2016), entre 2012 a 2014, mostrou que 57,6% dos egressos do curso não trabalhavam na sua área ou estavam se dedicando aos estudos. Em um estudo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de 2016, com egressos de 2012 até 2015, 76,19% não se consideravam inseridos no mercado de trabalho, apenas 23,81% se considerava inserido (SILVA *et al.*, 2017). Considerando o perfil desses profissionais e sua proposta de trabalho alicerçada em questões de interesse do SUS, como ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde de populações com base em fatores epidemiológicos, ambientais e sociais, a oportunidade de inclusão de trabalhadores da saúde coletiva é relevante.

Nesta presente pesquisa, embora se destaque a relevância, não foi possível estabelecer um estudo de categorias separadamente, uma vez que poderia comprometer o anonimato dos egressos – algumas turmas abriram somente uma vaga para determinada categoria nos programas menores.

Ao observar o município de locação dos egressos, o programa SFC é o segundo Programa que mais empregou em Porto Alegre (41%) – também é o maior programa (com maior número de egressos – em torno de 60%). Algo que ocorreu no município no período da pesquisa e pode ter interferido no resultado foi que em torno de 1.800 trabalhadores do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família estavam sendo demitidos em função da terceirização dos serviços de atenção básica, proposta pela prefeitura. Mesmo que esse programa tenha um número alto de egressos no mercado de trabalho, ficando na média geral desta pesquisa, é possível inferir que esses valores poderiam ser mais altos e



influenciar na média separada do programa e na inserção geral.

Em função da reforma trabalhista e do movimento ocorrido no município de análise desta presente pesquisa, é fundamental colocar, em discussão, os tipos de contrato de trabalho existentes no SUS – uma vez que tais vínculos mais inseguros e flexíveis, como a terceirização, podem modificar o panorama de mercado. Segundo Antunes (2013), no interior da flexibilização da organização do trabalho, a terceirização é a principal forma encontrada. Esse tipo de processo faz parte da reestruturação produtiva do trabalho e causa muitos impactos no mundo trabalho, uma vez que propõe a flexibilização das relações e a precarização do trabalho - com uma marca de insegurança e instabilidade desses vínculos (MAGALHÃES, 2015). A terceirização, portanto, seria uma forma de transferir responsabilidade de ações e serviços do Estado para empresas privadas que controlam e agem em favor do mercado – fragilizando os vínculos e a proteção dos trabalhadores.

A maior quantidade dos egressos está na capital (49%), o interior aparece em segundo lugar com 39%, outros estados com 9% e fora do País com 3%. Ao comparar-se a naturalidade do egresso com o município de trabalho atual, houve um aumento de 38% para a Capital, mas isso não quer dizer que o egresso mudou-se após a RMS – muitos já migram no ensino superior. Um estudo apresentou maior número de migração para capital, 42%, na Bahia, com egressos de Terapia Intensiva (CASTRO, 2014).

O programa que mais concentra profissionais na Capital é APC (74%) e os que mais têm egressos no interior são SME (48%) e SFC (45%). Esses dados estão em consonância à proposta de organização do SUS, proposta pelo Decreto 7508, de 2011, em que os municípios devem ter os serviços mínimos de atenção básica, urgência e emergência e atenção psicossocial, sendo que a atenção básica configura-se como a porta de entrada e ordenadora do sistema, e as regiões maiores são as responsáveis por serviços mais complexos (como serviços de emergências e unidades de terapias intensivas). Essa força de trabalho em níveis secundários e terciários deve estar localizada com maior significância nas capitais.

A maioria dos egressos era estudante (55%) no vínculo anterior – o que está de acordo aos achados: a RMS está contribuindo na inserção de jovens adultos no mercado de trabalho, conforme sua legislação de criação. Esse resultado é compatível com a percepção apresentada pelos egressos, 90% avaliou que a RMS contribuiu para essa inserção. A própria instituição absorveu 13% dos egressos. Essa inserção pode acabar fortalecendo a cultura de ensino em serviço e uma prática multiprofissional nas equipes – no cotidiano de trabalho da RMS-GHC, observa-se que muitos desses egressos contribuem com processos de ensino da instituição, envolvidos com preceptoria e docência.

No item que abordou a relação do trabalho com a formação realizada, ao observar o resultado geral, responderam que seu trabalho tem totalmente relação com a área da RMS 41% dos egressos, outros 33% disseram que tem relação parcial – ou seja, 74% dos egressos possuem um trabalho correspondente à área da formação. Não ter um trabalho relacionado à formação apareceu em 26% dos



egressos. Essa relação encontrada foi superior a outras pesquisas, que ficaram em 46 e 53% (MOTA, 2016; MELO *et al.*, 2012). O estudo que apresentou maior número de egressos na área foi de Castro (2014), com enfermeiros, que encontrou que 78% estavam inseridos na área. Essa diferença pode dar-se porque existem mais postos de trabalho na enfermagem do que os demais profissionais. Segundo relatório do IPEA (2016), a criação de postos de trabalho na área foi a segunda com maior crescimento entre 2009 e 2012.

Ao olhar os dados por programa separadamente, o que apresentou menos trabalho relacionado à área foi OHE – com 53%. Esse fato pode ser explicado por ser uma área da saúde muito especializada e em crescimento ainda (LUZ *et al.*, 2016) com poucos serviços disponibilizados na rede. Além disso, estudos apontam uma carga de trabalho complexa nessa área (CUNHA; FULY, 2017), bem como um desgaste de profissionais com o luto e com o sofrimento dos familiares (BORDIGON *et al.*, 2015).

Entre as áreas que os egressos trabalham, as mais citadas foram Atenção Hospitalar (31%) e Atenção Primária – 30%, entre as outras, destacam-se Ensino em Saúde (11%), Gestão em Saúde (10%) e Saúde Mental (11%). O percentual de egressos que estão em outras Áreas Sociais é igual ao que estão em Áreas Diversas (5%). É interessante observar que alguns profissionais que estão atuando em outras áreas observaram que a RMS foi importante na sua trajetória (Participante 3):

“Mesmo não trabalhando diretamente em um serviço de saúde mental, diversas situações me remetem a formação. Atualmente trabalho na rede de educação do ensino fundamental, são muitos os momentos que os alunos precisam de um olhar mais atento e uma escuta.” (Participante 3).

A média salarial dos egressos foi de quase cinco salários mínimos, sendo que a diferença entre mulheres e homens chegou a 36%. Essa diferença foi superior à média nacional do IBGE (2020) e ficou igual à média que era encontrada em 2013. Houve relação entre maior titulação do egresso e uma maior renda, mas não houve essa mesma significância estatística considerando os gêneros em separado.

Nos estudos pesquisados, a diferença salarial entre homens e mulheres não foi uma categoria de análise observada, mas isso está bem fundamentado nas pesquisas de mercado. Dados atuais do IBGE mostraram que as mulheres recebem, em média, 20,5% a menos que os homens em todas as ocupações relacionadas na pesquisa – mesmo que representem 52,4% da população ocupada no Brasil (IBGE, 2019). Essa desigualdade salarial não apareceu no quesito raça/cor como é encontrada em nível nacional – em que pessoas negras e pardas ganhavam 74% menos que pessoas brancas. Ainda, a relação entre raça/cor e uma menor empregabilidade não foi percebida estatisticamente, assim como não foi encontrada em relação ao gênero.

A média de carga-horária encontrada foi 40 horas semanais, que representa vínculos de acordo à legislação do trabalho, no teto de 44 horas semanais. Apenas 7% dos egressos apontaram uma carga horária maior que 44 horas semanais, 42% possuíam até 36 horas semanais. No estudo de Melo *et al.* (2012), a maioria dos egressos entrevistados trabalhava 40 horas semanais e 18% trabalhava acima.

O tipo de vínculo público foi o que mais apareceu na resposta de 45% dos egressos, seguido



de vínculo privado (39%) e autônomo/prestador de serviços (12%). Os demais tipos de vínculo apresentaram a seguinte incidência: temporário (5%) e bolsistas e informais (2%). No estudo de Melo *et al.* (2012), empregos com vínculo público e privados representaram 32%, enquanto que “temporários” tiveram a maior ocorrência - 53%.

Como a RMS estudada pertence a uma instituição pública e configurando-se essa formação como uma proposta de aprendizagem em ensino-serviço “no” e para “para” o SUS (CECCIN *et al.*, 2018), os egressos puderam responder o quanto aplicavam alguns de seus princípios e diretrizes. A RMS/GHC organiza os projetos pedagógicos e as matrizes curriculares dos programas com base na agregação teórica e prática do sistema. Algumas falas dos egressos comprovam essa consonância entre a formação que se oferece e o SUS:

“É extremamente relevante porque concretiza os preceitos constitucionais do SUS ordena a formação e desenvolve tecnologia e inovação em saúde. Essa formação acontece no SUS, algo extremamente inovador, ainda nos dias atuais.” (Participante 4)

“Voltei a estudar e estou fazendo graduação em Saúde coletiva pelo olhar que a residência aflorou em mim e minha vontade de ser parte ativa do nosso SUS”. (Participante 5)

“A formação me proporcionou uma grande atualização de conteúdos, além de ter despertado novos olhares em relação aos usuários atendidos pelo SUS”. (Participante 6)

Uma questão versava sobre a aplicação de princípios e diretrizes do SUS na prática do egresso. As diretrizes e os princípios desta análise foram escolhidos pela pesquisadora pelo entendimento de que representam adequadamente uma parte representativa do SUS. No entanto, são somente uma fração dessa política pública brasileira, que tem programas, políticas e outros princípios e diretrizes relevantes na sua história. Segundo suas respostas, os egressos aplicavam bem a universalidade, integralidade e igualdade, que tiveram 89, 86 e 87% de ocorrência. A utilização da epidemiologia como uma maneira de estabelecer prioridades foi observada na prática de 70%, isso pode representar a dificuldade de gestores, trabalhadores e serviços utilizarem a epidemiologia como um instrumento para planejamento de ações e serviços de saúde e destinação de recursos, como preconiza a Lei 8080/90 – como se observa, por exemplo, na tendência histórica de financiar certos programas no valor *per capita*.

A questão que analisava a Participação da comunidade também teve percentuais mais baixos de aplicação pelos egressos, 50%, é interessante observar que os conselhos são os maiores espaços de participação no SUS, sendo garantidos na própria Lei 8142/90. Mesmo com essa garantia em legislação, constituem-se como um dos desafios do SUS atualmente. Segundo Melo e Possa (2016), mesmo que se tenha avanços nas práticas democráticas em instâncias do sistema, há uma série de desafios para que se alcance a efetiva atuação dos atores em tais espaços. Esses desafios podem ser explicados, também, pelo pouco tempo histórico de abertura democrática no País. No estudo, ficou evidenciado que se estaria em um contexto de crise de representatividade, que, somado à desvalorização do conhecimento popular, à desinformação da população e à dependência de atores estatais para aplicarem propostas da comunidade, acabam enfraquecendo o controle social. Tais fatores também contribuiriam para que esses espaços sejam complexos aos representantes, influenciados pelos gesto-



res ou meramente informativos ou burocráticos.

Observar a aplicação de alguns desses alicerces do sistema na prática dos profissionais é fundamental para analisar uma formação pública como a RMS, porém, para uma maior qualidade dessa informação, outras pesquisas seriam necessárias para observar, de fato e com mais detalhamento, essa aplicação no cotidiano do trabalho. Foi possível perceber, contudo, a materialidade da aplicação dos princípios e das diretrizes em dois comentários:

“A formação em serviço e a construção de práticas e olhares multidisciplinares foram fatores centrais na qualificação do processo de aprendizado, além das possibilidades e da riqueza do campo de intervenção, da interface com a população usuária e com as instâncias de controle social”. (Participante 7)

“Parece essencial e complementar à formação dos cursos das áreas da saúde em Universidades, uma vez que nos permite vivenciar e exercer uma assistência multidisciplinar e humanizada, que valoriza e respeita a autonomia e a diversidade, com empatia e buscando a formação de vínculos entre profissional-paciente e a construção conjunta do cuidado, o que me parece a forma mais adequada de se fazer saúde”. (Participante 8)

A avaliação que o egresso fez da formação

Ao avaliar o aprendizado durante o curso, grande parte considerou seu aprendizado alto (95%), enquanto 3% avaliou regular e 2% apenas de baixo – quando observado os programas juntos. A Tabela 4, a seguir, traz os resultados dos programas separadamente, em que se constatou que a maioria dos programas não apresentou egressos que acharam o aprendizado baixo.

Tabela 4 – Avaliação do aprendizado durante o curso, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	62(23)	32(21)	3(8)	3(8)
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	70(14)	20(4)	10(2)	0
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	34(1)	66(2)	0	0
Gestão em Saúde	34(1)	66(2)	0	0
Oncologia e Hematologia	37(7)	42(9)	16(3)	5(1)
Saúde da Família e Comunidade	55(83)	43(64)	1(2)	1(2)
Saúde Mental	38(12)	50(16)	9(3)	3(1)

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

Responderam que foi adequado o tempo de duração da RMS 95% dos egressos, essa questão referia-se aos dois anos da RMS, não à jornada de 60 horas que é tema polêmico e pauta recorrente nos seus espaços de representação. Essa carga horária: “desafia os limites dos sujeitos envolvidos, e se traduz em exaustão e pouca disposição para um processo de aprendizagem ativa” (PASINI; DALLEGRAVE, 2018, p. 162). Alguns comentários refletiram essa sobrecarga como um dos desafios da RMS e motivo de desgaste e sofrimento:

“Bastante aprendizado, mas muita carga horária que pode comprometer a saúde mental dos egressos ao longo dos 2 anos”. (Participante 9)

“Destaco, também, que eu sempre me sentia cansada na residência. Aprendi muito, mas não precisaria ser as custas de tanto desgaste, de a rotina tão abarrotada de coisas, de uma carga horária tão grande e de tanta pressão”. (Participante 10)

Os motivos mais citados para a escolha do programa estudado foram: qualidade do ensino (70%), cenários de prática/locais de vivência, gratuidade (55%), indicação (40%) e proposta pedagógica (34%). Entre os fatores que os egressos destacaram como diferencial na formação, estavam: por ser uma formação ao SUS (85%), pelos cenários de prática/vivência (66%) e por ser uma formação



vinculada ao GHC e sua rede de serviços (56%).

No item que avaliou os conhecimentos teóricos oferecidos na formação, 74% dos egressos avaliaram com “ótimo” e “bom”, outros 21% julgaram que foi regular e 5% que foi ruim. A atualização de conteúdos e a proposta dinâmica dos currículos foram observações apontadas pelos egressos:

“A formação me proporcionou uma grande atualização de conteúdos, além de ter despertado novos olhares em relação aos usuários atendidos pelo sistema público de saúde”. (Participante 11)

“Pensando o programa, acredito que o currículo é muito bom e forma profissionais bastante preparados para as mais diferentes realidades.” (Participante 12)

“Considero que foi muito importante a residência, pelos conhecimentos teóricos e práticos que me possibilitaram muita segurança para atuação profissional.” (Participante 13)

“A formação que tive foi determinante na minha atuação profissional e sempre tento disseminar o conhecimento que adquiri durante o programa”. (Participante 14)

Um item importante de avaliação e análise por parte dos egressos era o de conhecimentos práticos oportunizados na residência. Tal relevância se estabelece pela própria natureza e organização de uma RMS – em que 80% das vivências são práticas. Esse item apresentou o maior percentual de egressos que avaliaram como ótimo – 63%, ao somar com “bom”, que teve 31% das respostas, totalizam que 94% dos egressos. Alguns comentários dos egressos refletiram essas avaliações realizadas:

“Acredito que o fato de ter passado pela residência do GHC me ajudou a impactar positivamente a vida dos meus pacientes e que a capacitação que temos ao passar pelo programa (tanto teórica quanto prática, e gosto de enfatizar a prática) é tão boa que a maior parte dos meus colegas (tanto de turma, quanto de anos anteriores e posteriores) estão em boas posições do mercado”. (Participante 15)

“Residência você aprende a trabalhar, algo que todo profissional deveria fazer. Aprendi muito na minha. Sai da faculdade sem saber coletar CP e aprendi na residência”. (Participante 16)

Uma análise relevante em pesquisas sobre RMS é referente à preceptoria, em relação à qualificação de preceptores e docentes, 47% dos egressos indicaram o bom, 30% ótimo, 17% regular e 6% ruim, a soma de ótimos e bons totalizou 77%. Os comentários dos egressos refletem a necessidade constante de qualificação dos envolvidos na RMS, esses espaços dependem muito da disponibilidade de cada ator, por isso, também, é fundamental que haja uma cultura de ensino na instituição, materializada em políticas institucionais e ferramentas de gestão, para respaldar a aprendizagem em serviço, conforme as falas:

“Naquele período os gestores e equipes demonstraram não estar bem preparados para receber os residentes.” (Participante 16)

“Alguns campos foram mais proveitosos que outros, principalmente quando relacionados a forma de atuação dos preceptores”. (Participante 17)

Esses dois itens de avaliação, “conhecimentos teóricos” e “qualificação de preceptores e docentes”, espelham boa parte dos desafios enfrentados por quem trabalha com a RMS na instituição. Os programas hospitalares, por exemplo, têm dificuldade em manter espaços teóricos, fazer a composição de preceptores e estabelecer relações interpessoais que facilitem o ensino, pois vivenciam maior dificuldade de conciliar atividades da assistência e do ensino –além da própria natureza do trabalho de menos espaços compartilhados de discussão. Conforme Fajardo e Medeiros (2018), a atuação da preceptoria é complexa pelo fato da produção de conhecimento carregar características históricas da formação desses profissionais – em que os saberes são centrados, especializados e fragmentados, sendo necessário prover condições para que possam analisar e criar novos modelos de atenção à saúde.

A RMS oferece formação e momentos coletivos de diálogos entre os programas, mas ainda é



necessário que a instituição crie condições plenas para realização da preceptoria, por exemplo, com a garantia de uma carga horária protegida para esses profissionais, que apareça na forma de contabilização de uma produção em saúde e nos instrumentos de valorização institucional. Além disso, é preciso criar um modelo de saúde que trabalhe, de fato, para uma política de Estado, não de governo – para, assim, respaldar as práticas que estejam de acordo ao SUS em diferentes cenários.

Apesar dos desafios que apareceram, o encontro de preceptor e residente é um espaço de muita potência e aprendizagem, o preceptor percorre as linhas entre o seu conhecimento especializado e as experiências do trabalho em saúde e reconstrói-se (PEREIRA; DALLEGRAVE, 2018). Essa forma de ensino foi representada no comentário:

“O aprendizado se dá sem que se perceba claramente que está ocorrendo. O saber está integrado ao fazer prático das equipes”. (Participante 18).

Ainda existe o desejo de experiências práticas de integralidade na RMS (DALLEGRAVE, 2009), mas efetivar uma prática multiprofissional nos serviços também é um desafio, como já observado. Essa dificuldade é notada nos espaços transversais, entre os programas, vendo-se disputas entre níveis de atenção, movimentos de limitar-se às suas áreas, não conseguindo estabelecer relações de temas afins. Essa polarização sempre foi percebida na área da saúde, mas merece análise de quem está propondo uma formação multiprofissional – ou se recai no risco de repetir modelos que são pouco efetivos, como apontam as falas:

“Minha satisfação com a residência enquanto processo formativo é alta, embora acredite que a instituição poderia ter sido facilitadora e estimuladora de maior integração entre as ênfases e de processos formativos mais transversais”. (Participante 19)

“Houve algumas falhas na formação em serviço, especificamente, na fragilidade da proposta pedagógica vigente na época e sua articulação com outras áreas de formação”. (Participante 20)

Mesmo com essas tesões e desafios, existe potência na RMS, criando frutos em trabalhadores que saibam lidar com a complexidade envolvida no contexto de uma prática social:

“A formação em Saúde da Família me parece essencial e complementar à formação dos cursos das áreas da saúde em Universidades, uma vez que nos permite vivenciar e exercer uma assistência multidisciplinar e humanizada, que valoriza e respeita a autonomia e a diversidade, com empatia e buscando a formação de vínculos entre profissional-paciente e a construção conjunta do cuidado, o que me parece a forma mais adequada de se fazer saúde”. (Participante 21)

Essa transformação percebida nos egressos demonstra que existe uma característica subjetiva que é difícil de ser evidenciada em qualquer tipo de pesquisa que o ensino tem: ele proporciona ferramentas humanas que vão além do prescrito em um instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a RMS está cumprindo o papel designado às residências: ajudar a inserir jovens adultos no mercado de trabalho em áreas prioritárias ao SUS. Mesmo com a crise econômica e a diminuição postos de trabalho, esses fatores não apareceram nos percentuais de inserção profissional e não houve migração significativa para a Capital, além disso, o estudo mostrou que egressos formados em níveis secundários e terciários se encontram com maior ocorrência na Capital, e os egressos de níveis primários estão no interior, dados coerentes à proposta de organização do SUS.



É preciso refletir sobre a diferença salarial entre homens e mulheres, principalmente, considerando que é o gênero feminino é o mais inserido na área. Embora essa diferença tenha sido encontrada, o tipo de vínculo e a carga horária dos egressos mostraram estar de acordo às leis trabalhistas e com maior resguardo trabalhista. Não houve relação entre uma melhor avaliação dos itens propostos e uma maior empregabilidade e remuneração dos egressos, mas houve relação no fato de que as turmas mais antigas possuem uma melhor colocação no mercado de trabalho.

Os princípios e as diretrizes são bem aplicados pelos egressos. Mesmo que fosse um item subjetivo de análise, outras pesquisas similares não abordavam essa aplicação, mas é importante avaliar de alguma forma, uma vez que a RMS foi criada para esse fim. Ressalta-se que a consonância ao SUS foi muito referida em dados e comentários, demonstrando que a formação está adequada à proposta da RMS e da instituição pública que a oferece, voltada ao SUS.

As avaliações realizadas pelos egressos foram positivas, o que reflete e está de acordo aos demais dados que a pesquisa comprovou: inserção alta, remuneração adequada ao mercado e vínculos de trabalho com direitos trabalhistas respeitados. No entanto, sabe-se que relação de trabalho no SUS exigiria um investimento maior: com plano de cargos e salários, garantia de capacitação e redimensionamento adequado de vagas e processos de trabalho. Esse panorama está ficando mais distante com as medidas atuais adotadas de retirada de direitos e precarização do trabalho – com a terceirização da área fim sendo permitida – algo que tende a agravar e piorar as condições de trabalho e do trabalhador.

É necessário que a instituição crie condições plenas à realização da preceptoria, que requer busca e estudo de conteúdo e ferramentas. Para isso, é balizar que o ensino não seja visto como algo dissociado da assistência, mas um aliado fundamental e inerente para qualificá-la. É fundamental que a instituição tenha uma cultura de ensino vista em suas políticas institucionais e de gestão e que isso chegue às equipes e às práticas profissionais, com criação, manutenção e fortalecimento de espaços de participação. Algumas contribuições que este estudo pode sugerir para um ensino de maior qualidade seriam: carga horária protegida aos profissionais de ensino, contabilização de uma produção em saúde com instrumentos de valorização institucional, criação de uma política de ensino adequada com o ensino como algo transversal ao cuidado em saúde e modelo de saúde único com o respaldo das práticas que estejam de acordo ao SUS.

Percebeu-se, ainda, o desafio de trabalhar a transversalidade entre os programas, para essa questão, sugere-se a criação de espaços compartilhados e a possibilidade dos residentes transitarem entre os níveis de assistência. Externamente, propõe-se uma maior aproximação das universidades aos serviços e, também, a maior inclusão de trabalhadores dentro destas, pois essa integração é uma oportunidade de trazer interdisciplinaridade aos currículos. Além disso, é necessário que as instituições avaliadoras valorizem essas ações, assim como fazem com as produções – tanto científicas quanto da assistência.



Contudo, é fundamental refletir sobre os modelos pré-estabelecidos e regulados aos quais as instituições devem submeter-se para serem formalizadas, não podendo se perder de vista a proposta de uma educação transformadora, com pluralidade e abertura às disciplinas. A RMS tem essa característica de transformação, que foi percebida nos comentários dos egressos. Essa mudança mostra que existe uma face subjetiva e, talvez, inalcançável no universo do ensino e que nenhuma pesquisa conseguirá dar conta: essa transformação que vai além daqueles aspectos que podem ser prescritos, somados, avaliados e respondidos em formulários, que é uma expressão do ensino que amplia olhares, afeta pessoas e as humaniza para um modo de viver e agir consciente, solidário e ético.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo, Druck, Graça. A tercerização como regra? *Revista do TST*, Brasília, DF, v. 79, n. 4, p. 214-229, out./dez. 2013. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1#:~:text=movimento%20tendencial%20em%20que%20terceiriza%C3%A7%C3%A3o,a%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20da%20sua%20l%20B3gica. Acesso em: 5 fev. 2019.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORDIGNON, Maiara *et al.* Satisfação e insatisfação do trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 925-933, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RjmsGYzGhZCH7b3z6bfVXvp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. 24. ed. atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2000.
- BRASIL. *Decreto 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 out. 2018.
- BRASIL. *Lei Federal 8080/90, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 4 fev. 2019.
- BRASIL. *Lei Federal 8142/90, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.
- BRASIL. *Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regula-



mentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. *Lei Federal nº 10.861, de 14 de abril de 2004*. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Ministerial nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL, Camila da Costa *et al.* Perfil e trajetória profissional dos egressos de Residência Multiprofissional: trabalho e formação em saúde. *SANARE*, Sobral, v. 16, n. 1, p. 60-66, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095/606>. Acesso em: 2 fev. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, Gastão. *Saúde Paidéia*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CASTRO, Livia Magalhães Costa. *Estudo de egressos de uma residência de enfermagem em terapia intensiva da Bahia*. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23576/1/DISSER-TA%C3%87%C3%83O%20L%C3%8DVIA%20MAGALH%C3%83ES%20COSTA%20CASTRO.pdf>. Acesso em: 12 de fev. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg *et al.* Ensiqlopédia das Residências em Saúde: um projeto em verbetes à interlocução com um projeto de ensino na saúde. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.



CUNHA, Daianny Arrais de Oliveira; FULY, Patricia dos Santos Claro. Carga de Trabalho em enfermagem oncológica. *Revista Cubana de Enfermería*, Cuba, v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1030/315>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DALLEGRAVE, Daniela. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. 91 f. Tese de Mestrado (Escola de Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13065/000637637.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DALLEGRAVE, Daniela. *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das maravilhas*. 161f. Tese de Doutorado (Faculdade de Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85234/000908971.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DEMARCO, Egídio Antônio. *Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência*. 83f. Dissertação (Faculdade de Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142762/000821978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DIAS, Míriam *et al.* Redes vivas de educação em saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. In: FERLA, Alcindo *et al.* (org.). *Redes vivas de educação e saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

FAJARDO, Ananyr Porto; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Função preceptoria. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

FERLA, Alcindo Antônio, *et al.* *Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018: características adicionais do mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2019: características adicionais do mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *PNAD 2014: breves análises*. Brasília, DF: IPEA, 2015.



INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *PNAD 2015*. Brasília, DF: IPEA, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Mercado de trabalho: conjuntura e análise*. Brasília, DF: IPEA, 2018.

LORENA, Allan Gomes de *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HQHx8pTWzqy4VkpHv6D5Wzb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2019.

LUZ, Kelly Regina da *et al.* Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, p. 3369-3376, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11418/13204>. Acesso em: 2 fev. 2019.

MAGALHÃES, Anne. A precarização do trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DA UNIVERSIDADE DO MARANHÃO, 7, 2015, São Luís. *Anais [...]*. São Luís: Universidade do Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/precarizacao-do-trabalho-reflexos-e-impactos-na-politica-de-saude-brasileira.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, Anisia Reginatti *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres & saberes na Formação em Saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MEHRY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MELO, Carla Nayane Medeiros *et al.* Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. *SANARE*, Sobral, n. 1, v.11, p. 18-25, jan./jun.2012. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262/235>. Acesso em: 9 fev. 2019.

MELO, Rafael Cerva; POSSA, Lisiane Bôer. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 393-408, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163203/001021598.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 de fev. 2019.

MOTA, Raquel Barros Andrade. *Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 a 2015*. 66f. Dissertação. (Mestrado Profissional em Políticas Públicas – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/20013/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20RAQUEL%20BARROS%20ANDRADE%20MOTA%20CFCH%20MPPP.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.



PASINI, Vera Lúcia. *Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. 155fl. Tese (Doutorado. Faculdade de Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/713/1/425610.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2019.

PASINI, Vera Lúcia; DALLEGRAVE, Daniela. Jornada. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

PEKELMAN, Renata. Educação Popular em Saúde. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

PEREIRA, Malviluci; DALLEGRAVE, Daniela. Formação para preceptores. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Nova Hamburgo: Feevale, 2013.

SILVA, Quelen Tanize Alves da; CABALLERO, Raphael da Silva. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SILVA, Vivian Costa da *et al.* Desafios e possibilidades da inserção profissional de bacharéis em saúde coletiva. *Revista INSEPE*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 14-34, 2º sem. 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/170163/001051009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 fev. 2019.

THULER, Luiz Cláudio, *et al.* Perfil dos egressos dos cursos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: Pós-Graduação Lato Sensu e Nível Técnico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 59, n. 4, p. 505-512, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/966/582>. Acesso em: 4 fev. 2019.

WERMELINGER, Mônica *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.



Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 07 de março de 2022.

Aceito em 20 de abril de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

BRANCHI, Aline Zeller; MENDES, Jussara Maria Rosa. Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 10-32, 2022.

