

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL  
DA SAÚDE

BRUNA CRESTANI TONDING

**PERCEPÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS SOBRE O SEU  
PROCESSO DE TRABALHO E A RELAÇÃO COM A SUA QUALIDADE DE VIDA**

Porto Alegre  
2019

BRUNA CRESTANI TONDING

**PERCEPÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS SOBRE O SEU  
PROCESSO DE TRABALHO E A RELAÇÃO COM A SUA QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional e em área profissional da Saúde do Hospital Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daiane Dal Pai

Porto Alegre  
2019

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	8
2.1 <i>Trabalho em Saúde</i> .....	8
2.2 <i>Os desafios do trabalho multiprofissional</i> .....	9
2.3 <i>A Residência Multiprofissional em Saúde</i> .....	10
2.4 <i>Residência Multiprofissional em Saúde e seus processos de Trabalho</i> .....	14
2.5 <i>Qualidade de Vida e o processo de formação em Residência Multiprofissional</i> .....	17
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	22
3.1 <i>Objetivo Geral</i> .....	22
3.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	22
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	23
4.1 <i>Tipo de Estudo</i> .....	23
4.2 <i>Coleta de Dados</i> .....	24
4.3 <i>Cenário de Estudo</i> .....	24
4.4 <i>Participantes do Estudo</i> .....	25
4.5 <i>Análise de Dados</i> .....	25
4.6 <i>Aspectos Éticos</i> .....	27
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
5.1 <i>Dificuldades e Facilidades do Processo de Trabalho na Residência Multiprofissional</i> ...	28
5.2 <i>Refletindo sobre a qualidade de vida de Residentes Multiprofissionais</i> .....	35
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	44
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	51
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	52
<b>ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	54

## 1. INTRODUÇÃO

A política de saúde sempre foi um campo permeado por contradições e disputas, devido a projetos societários antagônicos – “saúde enquanto direito versus saúde como mercadoria”, passando somente a ser reconhecida como um direito universal e um dever do Estado a partir do texto constitucional de 1988 (SALVADOR; TERRA, ARÊAS, 2015), desta forma ela passa a ser uma das políticas que compõem a seguridade social brasileira. É regulamentada pela Lei nº 8080/90 e a partir disso, suas ações e serviços passam a ser desenvolvidos através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios: a universalidade, a gratuidade, a integralidade, a descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade/social (BRASIL, 1988).

Concomitante a esse acontecimento também há uma mudança na concepção do que é saúde – antes sendo vista como ausência de doenças, com uma lógica curativista e focada na relação médico paciente, passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população que envolve os aspectos culturais, econômicos e biológicos (SALVADOR, TERRA, ARÊAS, 2015).

A partir dessa nova concepção e princípios previstos no SUS surge a necessidade de se produzir mudanças no modelo assistencial de saúde. Dentre as mudanças, a necessidade de estratégias para implantar políticas e assim instituir uma nova organização dos serviços, que possam dar conta das necessidades da população, de forma humana e promotora de saúde (ROSA; LOPES, 2010). Podemos destacar as reestruturações nos estabelecimentos e organizações dos serviços a partir dos novos princípios, principalmente no que se refere ao da integralidade, que colabora na reformulação do trabalho em equipe (FILHO; SOUZA, 2017).

Uma das formas pensadas de atender a essa demanda foi à criação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) apresentado como uma tática para a reorientação da Atenção Básica, implantação e reorganização dos serviços públicos embasados pela lógica do SUS, tendo como objetivo produzir condições de mudança no modelo médico-assistencial restritivo (ROSA; LOPES, 2010). A RMS surge como uma ação estratégica que visa à transformação e organização dos serviços, do processo de formação, das ações de saúde e das práticas pedagógicas, assim, promovendo novos resultados nos processos de trabalho (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2017).

As RMS foram criadas a partir da Lei 11.129/2005 que é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais, os programas

de residência são cooperações intersetoriais que se destinam a favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, especialmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005). A RMS é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* com concessão de bolsa, que ocorre em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, com carga horária de sessenta (60) horas semanais, sendo essa carga horária dividida em atividades práticas (80%) e teóricas (20%).

De acordo com Silva, aplicadas as sessenta (60) horas semanais,

[...] o residente em tese dedica ao programa 10 (dez) horas diárias em 6 (seis) dias da semana, tendo 1 (um) dia de folga remunerada. Uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, ainda que associe atividades práticas e teórico-práticas, é altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde. (2018, p.203)

Além de uma carga horária com essas características podemos destacar que na rotina de trabalho dos profissionais da área da saúde, por vezes, pode haver uma grande exigência e pressão, além de um constante contato com situações intensas por se lidar diretamente com questões pessoais, sociais, delicadas e com a saúde das pessoas, além de, em determinadas situações, diretamente com a morte (VIEIRA *et al.*, 2013). As condições, os processos e o ambiente de trabalho podem resultar no adoecimento do trabalhador e na sua qualidade de vida.

Em outubro de 2017 a Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR) realizou uma publicação no dia Mundial da Saúde Mental, relatando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que sejam adotadas iniciativas a fim de promover o bem estar físico e psicológico no ambiente de trabalho. Sendo importantes intervenções de prevenção, identificação precoce, apoio e reabilitação. Declarando como fatores de risco para a saúde mental o assédio moral, *bullying*, excesso de trabalho, jornadas inflexíveis e ameaça de desemprego (ONUBR, 2018).

Residentes da área da saúde, muitas vezes, se encontram a mercê dessas situações. A alta carga horária laboral somada a situações complexas diárias e, em alguns casos, contabilizada com a inaptidão dos profissionais para enfrentar a rotina de trabalho por vezes sem apoio institucional também acarretam em problemas psicológicos, cansaço e desgaste físico e mental do residente (FERNANDES *et al.*, 2016, RAJ KRISTIN, 2016).

A partir dessa afirmativa vislumbrou-se como tema central da presente pesquisa, o questionamento de como esse processo de formação pode ou não incidir na saúde e na qualidade de vida dos residentes.

A experiência dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ainda é um assunto um tanto quanto recente, há poucas discussões sobre o tema: Closs (2010) fez uma discussão acerca do papel do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde; Silva (2010) fez um relato sobre a trajetória histórica da Residência Multiprofissional em Saúde; Rosa e Lopes (2010) realizam uma discussão sobre a residência enquanto uma pós-graduação; Junior e Ribeiro (2017) trazem a questão do prazer e do sofrimento dos residentes durante seu processo de formação em residência.

Percebe-se também que o número de programas de residência em saúde tem crescido de forma considerável em todo o Brasil, o que evidencia a necessidade de aprofundar as discussões já existentes, ou seja, ampliar os debates para além da prática e da formação específica. É necessário para além da análise da prática, realizar também uma leitura crítica sobre esse processo de formação e como ele incide no cotidiano, na realidade e na qualidade de vida de quem está vivenciando esta realidade de formação em serviço.

A sociedade demanda uma imensa disposição em relação à carga de trabalho dos profissionais. Os profissionais da área de saúde se tornam alvo de estudos quanto à sua saúde e qualidade de vida, considerando que lidam com situações intensas na sua rotina. Residentes da área de saúde também enfrentam situações similares no dia-a-dia de trabalho, sejam relacionadas à pressão de superiores e ao despreparo dos profissionais para recebê-los e orientá-los, bem como circunstâncias difíceis na rotina de trabalho. Por outro lado, há inaptidão dos residentes para enfrentar o mundo de trabalho, pois muitos recém saíram da graduação e estão iniciando a prática profissional na residência (FERNANDES *et al.*, 2016, RAJ KRISTIN, 2016).

Os programas de residência são definidos por um período de desenvolvimento pessoal e profissional caracterizado por longas jornadas de trabalho, pouco tempo para descanso, privação do sono, constante cobrança de tutores, preceptores e pacientes, aumento da responsabilidade profissional e diminuição do tempo para a vida social, amigos, família e lazer. Além dos estressores comuns da atividade laboral, os residentes vivenciam situações acadêmicas que podem ser estressantes, como trabalhos, provas, monografia, aulas teóricas, etc (GUIDO *et al.*, 2012). Sendo assim esse estudo partiu do seguinte

questionamento: “Como os residentes multiprofissionais percebem o seu processo de trabalho e a relação com a sua qualidade de vida”?

Assim, a partir das análises e apontamentos e que surgiram a partir desse trabalho, foi possível identificar aspectos que poderão subsidiar mudanças na organização do formato da residência multiprofissional, tanto no que se refere à questão da carga horária, como em outras demandas que podem surgir ao longo da pesquisa. Isso poderá ser feito a partir da apresentação dos resultados em locais destinados à discussão da Residência Multiprofissional em Saúde – fóruns, coletivos, conselhos das categorias profissionais, etc.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Aqui será trazida uma discussão teórica referente aos assuntos que compõem o processo de formação em saúde a partir da RMS.

### 2.1 Trabalho em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abarcando ações básicas às mais complexas, assegurando integralidade no cuidado e universalidade no acesso. Sendo assim, o Brasil se tornou o maior país em nível global a possuir um sistema de saúde público, sendo ele guiado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade (DUARTE; EBLE, 2018). A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, é um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a sua vida, tendo a saúde com qualidade de vida a essência do SUS (BRASIL, 1990).

O princípio do SUS de universalização diz que a saúde é um direito de todos e o que Estado deve assegurar o acesso às ações e aos serviços de saúde. Já o princípio da equidade tem como objetivo a diminuição das iniquidades sociais, investindo onde há maiores dificuldades, afinal, as pessoas não são iguais e possuem necessidades distintas. No que tange o princípio de integralidade, as pessoas devem ser consideradas como um todo, analisando o contexto social e o contexto biológico e de forma poder ter todas as suas necessidades atendidas.

Assim, torna-se importante a integração de ações, como a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Além de uma articulação com políticas públicas e uma atuação intersetorial entre diferentes áreas que repercutem na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990). Desde a sua criação e regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e a Lei Complementar nº 8142/90, o SUS enfrenta alterações associadas a práticas de saúde, tencionando a reestruturação do modelo de saúde no Brasil (FERNANDES *et al.*, 2016).

Com vista à construção da integralidade, cada profissional deve utilizar seu potencial de forma integrada com a equipe, para que seja possível produzir e promover o cuidado para o paciente. Entretanto, em diversas realidades, isso ainda não foi possível, visto que a assistência em muitos contextos acontece no modelo

médico-centrado, com enfoque na doença e atenção fragmentada (VIEGAS; PENNA, 2013).

Nos dias atuais, o mercado de trabalho demanda trabalhadores com novas habilidades e competências, destacando-se o desafio da atuação em equipe, do uso de metodologias ativas e participativas e do cuidado integral, humanizado e singular à situação do indivíduo. Uma forma de incentivar os profissionais atuantes a essa formação é por meio da participação em encontros e atividades educativas, favorecendo aquisição e aperfeiçoamento de tais habilidades e competências (FERNANDES *et al.*, 2016). Apesar da importância do aperfeiçoamento após a formação, muitas instituições e profissionais demonstram resistência a essa prática (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA, 2017).

É de extrema importância que todos profissionais estejam envolvidos com as práticas multiprofissionais e apropriados para o cuidado e atenção ao paciente, já que cada especialidade pode colaborar sinergicamente para a saúde de cada indivíduo. É necessária uma formação integral que leve em consideração as atividades assistenciais, associando teoria e prática, priorizando a abordagem centrada no ser humano, reconhecimento da pesquisa e o compromisso social do ensino na área da saúde (FERNANDES *et al.*, 2016). Afinal, o trabalho em saúde deve ultrapassar a especificidade de cada profissão e valorizar o trabalho em equipe, não desvalorizando o conhecimento específico, mas reconhecendo a importância de um trabalho em conjunto (CASANOVA, 2017).

## *2.2 Os desafios do trabalho multiprofissional*

A equipe multiprofissional é composta de diversos profissionais, de diferentes áreas que atuam de forma conjunta no cuidado ao paciente. Cada profissional transpassa suas peculiaridades, sem esquecer as particularidades de cada ofício, oferecendo ao indivíduo o conhecimento prático e aplicável. O compartilhamento de conhecimentos entre as diferentes profissões inova as bases individuais na prática grupal (CASANOVA *et al.*, 2016). Os interesses do trabalho multidisciplinar se somam aos deveres do serviço, levando em conta os princípios do SUS e a singularidade de cada paciente (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA, 2017). Priorizando-se a equipe multidisciplinar e inserção de cenários de aprendizagem que integre a

teoria com a prática, há uma abordagem mais resolutiva e integral no cuidado (SILVA *et al.*, 2011).

Profissionais que já tiveram a experiência do trabalho multidisciplinar relatam que a integração entre as profissões é uma troca de saberes prazerosa e enriquecedora (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA, 2017). Segundo Casanova *et al.* (2016), a experiência do trabalho multidisciplinar foi transformadora e enriquecedora para a prática assistencial para residentes multiprofissionais.

Por vezes, o ensino pode não se tornar aliado do trabalho multidisciplinar. Encontram-se diversas dificuldades por parte dos professores nas instituições formadoras, pela carência de novos métodos de aprendizagem e práticas, valorização do corpo docente e dificuldades orçamentárias, barrando a implementação de um ensino mais amplo e humanizado (BARR *et al.*, 2018). Assim, logo no início de carreira desses profissionais, já se encontram obstáculos para o funcionamento e desenvolvimento da equipe multidisciplinar, já que, muitas vezes, não houve incentivo durante a formação profissional para esse tipo de prática (FERNANDES *et al.*, 2016).

Por vezes os estudantes ou profissionais recém-formados podem até ter uma visão ampliada de saúde, porém alguns trabalhadores não compartilham do mesmo princípio, dificultando a viabilidade e execução das atividades (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA, 2017). Além disso, algumas instituições não oferecem grande variedade de cursos e especializações para os colaboradores, impossibilitando que o profissional formado se permita aprender novas metodologias e habilidades para aplicação na assistência (FERNANDES *et al.*, 2016). Este montante de fatores corrobora para que ocorra um impasse no desenvolvimento do trabalho multidisciplinar.

### *2.3 A Residência Multiprofissional em Saúde*

Como já estava sendo discutido anteriormente a partir da implantação do SUS, notam-se avanços significativos no que se refere à universalização do acesso e o aumento da rede de serviços de saúde, porém, ainda são muitos os desafios para efetivas mudanças na maneira de realizar a atenção em saúde trabalho em equipe multiprofissional, cuidado e atenção integral ao paciente e a garantia da saúde como um direito são alguns dos impedimentos que podem ser citados.

Podemos também destacar como um dos desafios a educação permanente e a qualificação dos profissionais da saúde, visando atender e responder às demandas que emergem a partir da implantação desse novo sistema, tendo em vista que essa é uma realidade dinâmica, que se constitui a partir de novos e antigos problemas e desafios (CLOSS, 2010).

Assim:

[...] a qualificação no SUS, entre outros aspectos, implica um processo amplo de mudanças no trabalho em saúde, o que exige estratégias em direções distintas no campo da assistência e da gestão, no desenvolvimento de processos sociais direcionados à construção de uma cultura sanitária de defesa e afirmação da vida, bem como no plano de formação em saúde. Assim, destacamos a importância da adoção e da ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde, dentre as quais se situa a Residência Multiprofissional em Saúde, como uma modalidade de formação em saúde que comporta possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS. (Closs, 2010, p.12).

A residência multiprofissional em saúde (RMS) é uma pós-graduação *latu sensu* voltada para a educação em serviço, objetivando romper com paradigmas relacionados à formação de trabalhadores para o SUS e promover maior qualificação do trabalho neste cenário de atuação. Esse programa defende o uso de metodologias e ferramentas participativas e ativas, além da educação permanente como eixo de ensino-aprendizagem (FERNANDES *et al.*, 2016).

A residência pode abranger, dependendo de cada região do país conforme suas necessidades e realidades, as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A RMS tem a duração de dois anos, com uma carga horária total de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais, muitas vezes com plantões nos finais de semana, sob a forma de capacitação em serviço. Tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde, a RMS deve acontecer a partir de metodologias que integrem os saberes e práticas, assim, construindo-se competências compartilhadas. As estratégias pedagógicas devem garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2005).

Com fins de proporcionar especialização de profissionais na promoção de condições que possibilitem o exercício profissional com primazia nas áreas de cuidado integral à saúde, envolvendo a comunidade, a gestão organizacional do

trabalho e a educação em saúde, a residência colabora para ampliação da visão em relação à saúde, considerando não apenas a doença ou problema pontual do indivíduo, mas o ser humano como um todo, visualizando o contexto dele e sua inserção (SILVA *et al.*, 2015). Desenvolvendo atividades que contemplem momentos de teoria com situações práticas de uma forma multidisciplinar, aumentam-se os incentivos para produção e concretização de habilidades vistas em teoria. Os profissionais formados pela residência multiprofissional tendem a sair da pós-graduação com uma visão ampliada do indivíduo, colaborando para a quebra do modelo médico-centrado e viabilizando o trabalho na equipe multidisciplinar (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA, 2017).

Além da visão diferenciada em relação ao paciente que é possibilitada durante o período da residência, os profissionais que finalizam a residência se sentem mais preparados para trabalhar na rede de atenção em saúde. A articulação em rede de saúde pode ser muito complexa e trabalhosa, dificultando sua aplicação prática (PINHO; GARCIA, NOGUEIRA, 2017).

A primeira experiência de “Residência Multiprofissional em Saúde” ocorreu no ano de 1976, antes mesmo da existência do SUS, através da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), era vinculada à Secretária Estadual de Saúde e a formação desenvolveu-se na atenção básica no Centro de Saúde Escola Murialdo na cidade de Porto Alegre – contemplando a formação de diferentes profissionais, sendo eles: assistentes sociais, médicos, enfermeiros e médicos veterinários (SILVA, 2018).

A proposta desse programa estava baseada na valorização do trabalho em equipe multiprofissional, em propiciar a ampliação do cuidado prestado à saúde da população na atenção básica, procurando superar a assistência à saúde centralizada no atendimento médico ao corpo biológico (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010). A partir disso podemos dizer que a questão da formação profissional em saúde compõem de forma direta a reafirmação ou a resistência ao modelo de formação tradicional baseado na especialização e fragmentação do conhecimento (MIOTO; ALVES; CAETANO; DAL PRÁ, 2012), tornando-se esse um espaço importante e propício para reafirmar as propostas previstas no projeto da reforma sanitária.

De acordo com Closs (2010, pg. 12), a potencialidade da Residência Multiprofissional consiste:

[...] em sintonizar trabalho e formação, bem como em situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador da qualificação de profissionais em saúde, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como lócus de ensino e aprendizagem. [...] Contudo, apesar dessa formação já existir antes mesmo da constituição do SUS, sua conformação como política pública é recente.

No que se refere à definição e consolidação da residência como uma política pública, temos como marco legal a Lei 11.129 de 30 de Junho que institui a Residência em Área Profissional em Saúde, trazendo em seu texto que as residências são cooperações intersetoriais que objetivam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais na política de saúde – especialmente no SUS (BRASIL, 2005).

Também no ano de 2005 ocorreu o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, esse encontro tinha como objetivo discutir as diretrizes da residência multiprofissional e teve como participantes coordenadores de programas, preceptores, residentes, gestores e conselheiros de saúde. As discussões foram realizadas a partir de quatro eixos norteadores: 1) estratégias para a construção da multidisciplinaridade, visando atender o preceito constitucional da integralidade; 2) construção de diretrizes nacionais para a RMS; 3) Composição do Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); 4) criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SILVA, 2018).

No ano seguinte, em 2006 também tiveram acontecimentos significativos no que se refere à consolidação e organização dos programas de residência. No mês de março ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, onde foram aprovadas dezesseis propostas sobre as residências em saúde, legitimando inclusive a criação do CNRMS. Ocorreram também seminários locais e regionais com a intenção de discutir o processo de regulamentação da residência e a realização do II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (SILVA, 2018).

Após esses acontecimentos a Secretaria de Gestão do Trabalho e a da Educação na Saúde e a Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) instituíram um Grupo de Trabalho que tinha a responsabilidade de fazer uma sistematização do relatório do Seminário e elaborar a Portaria de criação da CNRMS (SILVA, 2018). No ano de 2007 temos um importante marco, é lançada pelo MEC/MS a Portaria Interministerial de nº 45, nela são definidas as diretrizes para os programas de residências multiprofissionais em área da saúde (BRASIL, 2007).

Essa portaria estabelece a composição e as atribuições da CNRMS, a carga horária semanal das atividades desenvolvidas nos programas de residência estipulando que seria entre quarenta e sessenta horas semanais. Estabelece que os programas de residência multiprofissional e em área da saúde devem ser desenvolvidos através de parcerias entre gestores e instituições formadoras. As atividades devem ocorrer em espaços justificados pela realidade local, considerando as necessidades, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho e a capacidade técnico-assistencial (BRASIL, 2007).

No ano de 2008 é lançada outra Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, essa institui a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas para as residências multiprofissionais e uni profissionais (BRASIL, 2008). A justificativa apresentada pelos órgãos foi de era preciso uniformizar a carga horária e o valor das bolsas entre as residências médicas, uni e multiprofissionais. É possível perceber que não foi pensada a possibilidade de haver diminuição na carga horária das residências médicas e desta forma optou-se pela fixação da carga horária máxima para todas as modalidades de residência (SILVA, 2018).

Tendo em vista que a residência visa promover um contato direto entre o mundo do trabalho, a formação e a qualificação profissional, podemos dizer que se constitui em um processo de educação permanente em saúde, a partir da inserção direta do profissional no lócus de trabalho. Sabemos que uma grande porcentagem da carga horária de residência é destinada para atividades práticas, então a partir desse instante o residente deixa de ser apenas profissional em formação e passa também a ser um trabalhador da saúde (JUNIOR; RIBEIRO, 2018).

A forma como se constituiu e se estruturou a Residência Multiprofissional em Saúde, tendo em vista seu processo histórico e suas bases legais, compreende-se que é um processo de formação/especialização profissional a partir das vivências e experiências da prática do cotidiano profissional somado aos conhecimentos e discussões teóricas.

#### *2.4 Residência Multiprofissional em Saúde e seus processos de Trabalho*

O trabalho é uma das categorias centrais na vida do ser social, ele traz sentido ao ser humano e através dele é possível prover a sobrevivência e o desenvolvimento da sociedade. Além disso, o trabalho é um elemento essencial da

sociabilidade humana é através dele que o homem se relaciona com a natureza e com outros homens. A partir do trabalho é possível realizar transformações na realidade em que estamos inseridos, dessa forma o trabalho não é algo circunstancial, mas sim parte do ser humano, compondo sua condição ontológica, isso quer dizer constitui o seu ser (ALVES, 2015).

Todo ato de trabalho termina por remeter para muito além de si próprio, remete ao desenvolvimento da humanidade em bases históricas, em outras mediações, dentre elas a cultura, a linguagem, o Estado. Esse processo está diretamente determinado pela dimensão econômica, ou seja, pelo modo como os homens se organizam para produzir e satisfazer suas necessidades (ALVES, 2015, p. 183).

Na sociedade atual o mundo do trabalho estrutura-se na lógica capitalista, que em um ciclo de desenvolvimento – crise e recriação, vêm de maneira perversa subvertendo o sentido do trabalho, afetando de forma direta a vida do ser social, pois acaba limitando as possibilidades de desenvolvimento, a desvalorização das potencialidades e as chances de uma vida com “muitos sentidos” (TINTI, 2015).

A partir desse ciclo de crise e recriação que se estabelece o modo de produção capitalista, que visa sempre encontrar diferentes maneiras de enfrentar os empecilhos que encontra frente ao seu processo de acumulação de capital. Sendo assim, surgem novas formas de exploração do trabalho baseadas na internacionalização da economia. O que resulta em superexploração da venda força de trabalho através de baixos salários, ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas – flexibilização e precarização (ANTUNES; PRAUN, 2015).

De acordo com Antunes e Prauan (2015, p.412):

A flexibilidade ou flexibilização se constitui no contexto atual em uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural.

Além disso, a flexibilização pode ser sentida no dia a dia das atividades laborais, a partir da sensação de que o tempo foi comprimido, na densificação da jornada de trabalho (rigidez e produtividade) – onde é possível perceber que por muitas vezes um trabalhador executa muitas atividades sozinho, que anteriormente eram realizadas por dois ou mais trabalhadores (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Como podemos ver a flexibilização se expressa de forma multifacetada e com diferentes roupagens no mundo do trabalho, é um processo que caracteriza a

chamada precarização do trabalho. Processo esse que é permeado por contradições, pois, ao mesmo tempo em que faz com que surjam resistências por parte dos trabalhadores, é também um processo que potencializa as necessidades permanentes de valorização do capital e a autorreprodução desse sistema (ANTUNES; PRAUN, 2015).

No caso da Residência Multiprofissional em Saúde temos como um dos marcos da “perversidade do capital” a intensificação da carga horária de trabalho, mas também outras questões perpassam esse processo - dilemas, encargos e responsabilidades das próprias atividades da profissão, como por exemplo: a convivência com pacientes graves e situações críticas, a sobrecarga de atividades relacionadas às disciplinas teóricas somadas a quantidade de atividades práticas que precisam ser desenvolvidas, esses aspectos podem vir a interferir nos limites existentes entre a vida profissional e a vida pessoal dos residentes (JUNIOR; RIBEIRO, 2018).

No ano de dois mil e dezesseis (2016) foi publicado um estudo intitulado “A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional”, essa pesquisa tinha como objetivo conhecer quais as razões e as motivações que levaram residentes a desistirem do seu processo de formação/especialização em saúde.

Como apresentado nos resultados da pesquisa foram apontados vários fatores que levaram a essa desistência: algum tipo de sofrimento vivenciado – especialmente sofrimentos advindos das relações de trabalho, a forma como era distribuída/organizada a carga horária das atividades teóricas e práticas nos cronogramas de atividades do residente (SILVA, *et al.*, 2016).

Silva *et al.* destacam em seu estudo:

Alguns dos entrevistados fazem crítica a forma em que eram conduzidos os apontamentos feitos pelos residentes acerca dos nós críticos que impossibilitavam avanços em suas práticas diárias o que sempre acabava repercutindo de forma negativamente no processo de trabalho. Assim, a mochila que trazia desejos e sonhos começou a ter uma bagagem pesada, com conflitos, sofrimento, disputa de poder e falta de apoio. (2016, p. 223)

Nesse estudo o sofrimento aparece como o principal fator de desistência do processo de Residência Multiprofissional em Saúde. Segundo Dejours (2004), esse fator acaba exigindo negociações e constantes ajustes entre os desejos e as possibilidades existentes nos cenários onde se desenvolve a residência. Porém,

quando os espaços apresentam dificuldades de negociação, há uma grande possibilidade de haver uma acentuação do sofrimento psíquico.

Não é descrito durante a apresentação dos resultados do estudo exemplos concretos das situações que causam sofrimentos nos residentes, porém é referido que elas surgem a partir da forma como se constroem e se estruturam as relações de trabalho e isso de acordo com Silva *et al.* (2016), impacta de maneira singular em cada pessoa:

As constantes lutas vão deixando marcas nas pessoas, que se transformam a tal ponto que deixam bruscamente de serem o que eram antes quando iniciaram o trabalho, essa modificação se baseará na singularidade de cada um e em sua estrutura mental, ou seja, na subjetividade do trabalhador. (2016, p. 223).

É importante lembrar que a Residência Multiprofissional em Saúde tem como pressuposto capacitar e preparar os profissionais em processo de formação para atuarem no SUS a partir de uma prática diferenciada, inovadora e criativa – visando romper com a forma de atenção e cuidado a saúde tradicional.

Por tanto:

Autonomia, liberdade, reconhecimento e apoio ao trabalhador são algumas das chaves essenciais para que não haja profissionais desmotivados e adoecidos. Assim, não se pode deixar de lembrar que o residente é um trabalhador, portanto com as mesmas necessidades. E um trabalhador que cumpre 60h semanais, o que faz uma diferença significativa na qualidade de vida dessas pessoas. O que demanda apoio e suporte, pois estes são alentos importantes que tornam a jornada mais leve e facilitam que o residente desempenhe seu papel de maneira significativa nesse processo de formação. (Silva, *et al.*, 2016, p. 225).

Tendo em vista que as manifestações de adoecimento no ambiente de trabalho ou pelo trabalho não é fenômeno novo, mas sim algo que está conectado ao modo como estrutura-se o mundo do trabalho – capitalismo. Trabalho este que explora, cobra e não oferece as mesmas condições. A Residência Multiprofissional não se constitui fora desse contexto e como já foi discutido, o residente também é trabalhador, podendo ou não ter sua saúde e qualidade de vida afetada por esse processo

### *2.5 Qualidade de Vida e o processo de formação em Residência Multiprofissional*

Uma das áreas de atuação no âmbito do SUS que enfrenta desafios em uma efetiva implantação é a de Saúde do Trabalhador, visto que realizar a implantação desta área não está de acordo com a política capitalista presente no Brasil, uma vez

que, em muitas situações, a perda da saúde está relacionada com a exploração do trabalho em prol do capital (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017). O trabalhador se torna o recurso, e para fazer parte desse sistema, é necessário sempre fazer melhor e mais rápido, afinal, o lucro deve ser de imediato e os prazos são cada vez mais curtos. É necessário ter um alto desempenho e a busca pela excelência para a obtenção de sucesso, felicidade e realização pessoal. Essa gestão no trabalho pode gerar adoecimento físico ou psíquico devido à pressão das exigências (GAULEJAC, 2007). Cada indivíduo em seu adoecimento se relaciona com seu modo de sofrer e vivenciar sua dor de uma forma singular (AMARO, 2013).

Qualidade de vida é uma área que vai além das diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam as vidas como um todo, em esferas subjetivas e objetivas. Existe um senso comum que resume o assunto em melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. A compreensão sobre qualidade de vida é estudada em diversos campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico e médico numa constante inter-relação. Está área de conhecimento, encontra-se numa construção de definição (ALMEIDA, 2012).

Neste estudo assume-se que a qualidade de vida é uma evolução subjetiva com aspectos positivos e negativos que se caracteriza por um contexto social, cultural e ambiental. Foram identificadas seis áreas que descrevem aspectos da qualidade de vida como o físico do organismo (energia, fadiga), a parte psicológica (sentimentos), o nível de independência, as relações sociais (apoio), o em torno (acessibilidade à assistência sanitária) e as crenças pessoais e espirituais (significado da vida) (OMS, 1998). Torna-se importante avaliar a qualidade de vida no trabalho, bem como o estilo de vida e clima organizacional, tendo em vista a proporcionar benefícios na vida pessoal e profissional, visto que uma melhora na qualidade de vida aumenta a motivação, a criatividade e a produtividade (OPAS/OMS, 2018).

Quando existe um alto estresse no trabalho, é comum o aparecimento de alguns transtornos, um deles é a Síndrome de Burnout. Muitos profissionais de diversas áreas como a saúde a educação e a segurança pública vêm apresentando a Síndrome de Burnout que se apresenta como um problema psicossocial, gerando diversas preocupações. A Síndrome de Burnout é desenvolvida a partir de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e a diminuição do sentimento

de realização profissional. O núcleo da síndrome é representado pela exaustão emocional que produz uma sensação de esgotamento, de falta de energia e de recursos emocionais necessários para lidar com as rotinas da prática. A despersonalização se caracteriza com a perda do sentimento, o profissional passa a ter atitudes indiferentes frente ao sofrimento do outro. Quando a realização profissional diminui, as habilidades interpessoais são afetadas, assim, influenciando de forma negativa os atendimentos com os usuários e a organização de trabalho (SOUZA, 2016).

Estudos têm discutido a respeito da saúde mental e qualidade de vida do residente multiprofissional em saúde, evidenciando um crescente sofrimento psíquico e diminuição da qualidade de vida, como os estudos de Moreira (2016) e Sanches (2016) que avaliaram a qualidade de vida e o risco para o aparecimento da Síndrome de Burnout. Moreira (2016) ainda avaliou a qualidade do sono. Carvalho (2013) estudou a respeito da prevalência e fatores associados ao aparecimento de transtornos mentais em residentes multiprofissionais e médicos.

No estudo de Moreira (2016), foram avaliados 60 residentes multiprofissionais do primeiro e segundo ano da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Foi identificado que a qualidade do sono diminuiu ao longo da residência e um menor comprometimento em todos os domínios da qualidade de vida. Dois profissionais do segundo ano apresentaram a Síndrome de Burnout, e foi identificado o risco para o desenvolvimento da mesma durante a residência.

Sanches (2016) investigou a qualidade de vida e o risco para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em 18 residentes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Foi analisado piora da qualidade de vida e aumento do estresse ao longo dos dois anos da residência. Quando verificado o risco para a Síndrome de Burnout, identificou-se piora ao longo dos dois anos no índice de “exaustão emocional”, o item “realização pessoal” também variou, passando de estresse médio para alto. E o item “despersonalização” pouco variou se mantendo na faixa classificatória intermediária.

Na pesquisa de Carvalho (2013) foi determinada a prevalência de transtornos mentais comuns numa amostra aleatória de 178 residentes em programas de residência no estado de Pernambuco gerenciados pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE) e Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE). O estudo

demonstrou elevada magnitude com prevalência de 51,1% dos transtornos menores, sendo 39% maior em residentes médicos do que residentes multiprofissionais.

Em revisão realizada na literatura há diversos trabalhos discutindo a qualidade de vida dos residentes (BITRAIN *et al.*, 2016, PRADA *et al.*, 2014, RAJ KRISTIN, 2016). Raj Kristin (2016), em seu estudo, relatou que a média do bem-estar geral do residente é menor do que o bem-estar médio da população de uma forma geral. O sono do residente é diretamente afetado por causa da rotina de trabalho, tendo uma piora considerável. Quando houve quantificação dos dados em relação ao sono, cerca de 84% dos residentes foram classificados na faixa “intervenção clínica é recomendada”, onde se avalia a necessidade de intervenção clínica (PAPP *et al.*, 2004).

Outro tópico verificado no trabalho de Papp *et al.* (2004) foi a disponibilidade de tempo para a vida pessoal dos residentes. Em entrevistas semiestruturadas realizadas com residentes médicos, os residentes classificaram o seu o bem-estar estar afetado principalmente nas relações com a família e amigos, a diminuição do desempenho e competência pessoal na tomada de decisões e uma baixa motivação profissional e pessoal.

Fischer *et al.* (2016) usou ferramentas para analisar o nível de estresse de residentes médicos e averiguar questões psicossociais do ambientes de trabalho associado ao tempo de carga horária de trabalho. Os resultados demonstraram que altas cargas horárias de trabalho estavam relacionadas a uma maior pontuação na escala de estresse. Além disso, um alto nível de apoio psicossocial e finais de semana livres faziam com que a pontuação na escala de estresse diminuísse. Exaustão e queixas musculoesqueléticas foram alguns dos efeitos relatados pelos residentes devido à alta carga horária de trabalho.

Em um estudo realizado na Nova Inglaterra, nos Estados Unidos com residentes médicos de diversas especialidades, encontram-se características semelhantes em relação à saúde pessoal, aspectos financeiros, ambiente de trabalho e manejo da privação de sono. Em relação à saúde pessoal, 56% dos residentes não estavam fazendo nenhum acompanhamento em relação a exames básicos e de cuidado geral. Além disso, 59% relataram não ter feito um *check-up* no dentista nos últimos seis meses. Em relação ao peso, 44% dos residentes referem ter aumentado de peso após início da residência. Outro ponto interessante é a

frequência de atividade física, onde somente 30% citaram praticar algum tipo de exercício físico (Yoo, et al. 2017).

Quando houve ligação do ambiente de trabalho à residência, 72,3% dos entrevistados relataram que o estresse gerado a partir de situações da rotina de trabalho afetou negativamente o bem-estar geral do residente. Apesar de uma parcela significativa dos residentes associarem estresse laboral e bem-estar geral, apenas 39,7% dos seus supervisores aparentavam preocupação em relação à saúde mental do residente. 83,1% dos participantes do estudo referiram que a demanda de trabalho afeta diretamente a sua capacidade de cuidado pessoal, excedendo aspectos de saúde física, relações pessoais e finanças, que eram os aspectos avaliados neste estudo (YOO *et al.*, 2017).

Tendo isso posto é possível perceber a importância e relevância de realizar um estudo para discutir a configuração/formato dos programas de RMS e como o processo de formação em serviço pode vir a incidir ou não na qualidade de vida dos residentes. Quanto maior for o número de informações coletadas e discussões realizadas sobre esse assunto, maior será a possibilidade de criar intervenções para melhorias e processos de reflexão para mudanças nesse contexto.

### **3. OBJETIVOS**

Tendo em vista a questão de pesquisa a ser respondida, foram elencados os seguintes objetivos:

#### *3.1 Objetivo Geral*

Conhecer as percepções de profissionais da residência multiprofissional sobre o seu processo de trabalho e as implicações na sua qualidade de vida.

#### *3.2 Objetivos Específicos*

- 1) Identificar as facilidades e dificuldades do processo de trabalho da residência multiprofissional a partir da visão dos residentes.
- 2) Compreender a percepção dos residentes multiprofissionais sobre a sua qualidade de vida.

## 4. METODOLOGIA

A seguir será apresentado o conjunto de instrumentos utilizados para desvelar o objeto de pesquisa.

### *4.1 Tipo de Estudo*

Este estudo, de abordagem qualitativa, está vinculado a uma pesquisa maior intitulada “Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde”. Especificamente o presente estudo teve como foco a análise do fenômeno “processos de trabalho na RMS e qualidade de vida” e suas múltiplas expressões, através da representação de atores que compõem o campo – os residentes. Trata-se de uma “atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação” (MINAYO, 2014, pg. 47).

Foi utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa a abordagem qualitativa, que traz como uma das suas principais características fornecer uma visão própria de dentro do grupo pesquisado e compreender de forma mais profunda como se dá a vida dos sujeitos que compõem esse grupo, com foco em como se constituem as relações e as interações desse determinado grupo com o objeto de investigação da pesquisa (CERES; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Desta forma podemos dizer que a abordagem qualitativa e as suas técnicas permitem “o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente” (CERES; KNAUTH; HASSEN, 2000, pg. 39).

Foi realizado um estudo exploratório descritivo que tem a intenção de conhecer de modo mais profundo o assunto, proporcionando uma visão geral sobre um determinado fato, já que os estudos descritivos possuem como principal objetivo analisar e observar as situações diversas sem que haja a interferência do pesquisador e a partir disso poder dar “respostas” e interpretações sobre o fenômeno ou situação analisada (RAUPP; BEUREN, 2008).

## *4.2 Coleta de Dados*

A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas (APÊNDICE A). A entrevista é um processo de interação social, que ocorre entre um pesquisador, que já possui um objetivo previamente definido e o entrevistado que terá as informações para subsidiar o estudo do fenômeno em questão, geralmente essa mediação ocorre através da fala e da conversa, mas é importante ressaltar a necessidade de se ficar atento aos sinais não verbais que aparecerem durante esse momento. Através da entrevista podem ser coletados dados objetivos e subjetivos (MANZANI, 2004).

Nesse estudo foi utilizada a entrevista semiestruturada, que se configura a partir de um conjunto de questões previamente definidas, combinando perguntas abertas e fechadas para que o entrevistado possa discorrer sobre o tema (BONI; QUARESMA, 2005).

A entrevista semiestruturada também apresenta como característica a possibilidade de que surjam novos questionamentos a partir das perguntas já feitas, Triviños (1987, p.146) coloca que esse tipo de entrevista “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade”. Desta forma o entrevistado pode discorrer de forma mais livre sobre o que lhe é questionado.

A coleta de dados com os residentes respeitou a disponibilidade e preferência dos mesmos, sendo prevista após término de aulas transversais, aulas de núcleo e do coletivo geral dos residentes. Caso algum residente não consiga participar destes momentos, será agendado de acordo com a preferência do residente.

## *4.3 Cenário de Estudo*

A pesquisa foi realizada no Hospital Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é uma instituição pública e universitária, que integra a rede de hospitais universitários do MEC, o HCPA é vinculado academicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2018).

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde iniciou em suas atividades no HCPA em 2010, caracterizada pela formação em serviço, onde os residentes desenvolvem atividades teóricas e práticas, que são organizadas a partir de áreas de atuação, que ocorrem sob a orientação de corpo docente e assistencial.

Atualmente o HCPA conta com 10 (dez) programas de residência integrada multiprofissional, são eles: Adulto Crítico; Atenção Básica em Saúde; Atenção Cardiovascular; Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico; Atenção Integral ao Usuário de Drogas; Atenção Materno Infantil; Controle de Infecção Hospitalar; Onco-hematologia; Saúde da Criança e Saúde Mental (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2018).

#### *4.4 Participantes do Estudo*

Os sujeitos participantes dessa pesquisa são profissionais em formação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HCPA (n = 106). Para compor a amostra foram escolhidos de forma aleatória, por meio de sorteio feito pela própria pesquisadora, 10 (dez) profissionais, sendo sorteado um profissional de cada programa de residência multiprofissional do HCPA. Para definir o total de participantes foi utilizado o critério de saturação dos dados.

Foi considerado como critério de inclusão ser residente multiprofissional do HCPA e ter ingressado na residência em 2018 e 2019 e estar matriculado como R1 ou R2 em algum dos programas: Adulto Crítico, Atenção Básica em Saúde, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Atenção Materno Infantil, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental. Foram considerados critérios de exclusão: o residente estar em período de férias, atestado ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta dos dados. Também foram excluídas as 4 (quatro) residentes vinculado ao estudo maior já mencionado.

#### *4.5 Análise de Dados*

A análise foi realizada com base na análise temática proposta por Minayo (2014), sendo dividida em três etapas:

**1ª etapa:** Pré-Análise: foi realizada leitura flutuante do material, visando deixar-se invadir por impressões do pesquisador, atentando para critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência a fim de reformular hipóteses.

**2ª etapa:** Exploração do material: busca a construção de categorias, consistindo num processo de redução do material a palavras e expressões significativas.

**3ª etapa:** Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: faz-se a interpretação do conteúdo recortado de acordo com dados da literatura, realizando inferências e busca de significados (MINAYO, 2014).

O quadro abaixo apresenta as categorias e subcategorias de análise identificadas a partir dessas etapas:

**Quadro 1:** Subcategorias e Categorias formadas pela Análise de Conteúdo do tipo Temática.

Subcategorias	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em romper com o modelo tradicional de saúde;</li> <li>- Papel do residente dentro das instituições;</li> <li>- Carga horária excessiva;</li> <li>- Excesso de demandas;</li> <li>- Facilidades do processo.</li> </ul>	<p>Dificuldades e Facilidades do Processo de Trabalho na Residência Multiprofissional.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exaustão;</li> <li>- Saúde mental afetada e necessidade de suporte profissional;</li> <li>- Disposição para realizar atividades de lazer.</li> </ul>	<p>Refletindo sobre a qualidade de vida de Residentes Multiprofissionais.</p>

Fonte: Tonding, 2019.

#### *4.6 Aspectos Éticos*

Este projeto respeitou a Resolução nº466 de 2012 para pesquisa com seres humanos e foi submetido à Plataforma Brasil (BRASIL, 2012). Cada residente voluntariamente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foi garantido o anonimato, bem como participação voluntária e possibilidade de desistência a qualquer momento sem constrangimento. Todos os itens incluindo título, justificativas, objetivos, e possíveis riscos e benefícios estão descritos em linguagem clara. Como possíveis riscos mínimos se destaca o desconforto relacionado à aplicação dos questionários, não havendo conhecimento de qualquer outro risco relacionado. Como benefício, destaca-se a colaboração no projeto de pesquisa para obter-se conhecimento sobre a saúde e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais.

O estudo maior “Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde” ao qual este encontra-se alinhado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO A) e todos os participantes do estudo assinaram o TCLE (APENDICÊ – B).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos caracterizar os participantes desse estudo de forma majoritária em profissionais recém-formados, sem experiências profissionais prévias além de seus estágios obrigatórios durante o período da graduação, que optaram pela realização de RMS a fim de adquirir novas experiências, troca de conhecimentos e maior qualificação para o exercício profissional.

Os entrevistados apresentam uma faixa etária entre 20 e 30 anos. Dos dez participantes desse estudo nove são do sexo feminino. Os residentes entrevistados pertencem as seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social e atuam nos diferentes programas de Residência Multiprofissional ofertados pelo HCPA.

### *5.1 Dificuldades e Facilidades do Processo de Trabalho na Residência Multiprofissional*

Tendo em vista que o tema central deste trabalho foi a percepção de residentes multiprofissionais sobre os seus processos de trabalho e como esse período de formação em saúde implica em sua qualidade de vida, torna-se pertinente iniciar pela compreensão de que processo de trabalho pode ser definido como a transformação de um determinado objeto a partir da intervenção do ser humano utilizando-se de instrumentos, desta forma o trabalho é algo que se realiza de forma intencional e consciente com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (SANNA, 2007).

Objeto é aquilo sobre o que se trabalha, ou seja, algo que provem diretamente da natureza, que sofreu ou não modificação decorrente de outros processos de trabalho, e que contem em si a potencialidade do produto ou serviço em que irá ser transformado pela ação do ser humano. Assim, a matéria observada ou manipulada sem a finalidade de ser transformada, não é um objeto de trabalho porque não é contemplada com essa intenção. Já a aproximação desse material na perspectiva do trabalho enseja uma série de vislumbres do que ele poderá vir a ser e, assim, se constitui num objeto de trabalho. (SANNA, 2007, p. 222)

Em suma processo de trabalho é a maneira como desenvolvemos nossas atividades profissionais, é a forma como realizamos o nosso trabalho e o modo como definimos intervir no nosso objeto de trabalho. O processo de trabalho é

composto por diversos elementos e devemos levar em consideração o conjunto de fatores que repercutem nesse espaço – ambiente, equipe, estrutura, suporte etc.

Quando os participantes foram questionados sobre como percebiam os seus processos de trabalho e quais eram as dificuldades e facilidades que encontravam no desenvolvimento de suas atividades, foi possível identificar várias questões que permeiam os processos de trabalho dos residentes. Desta forma temos como principais subcategorias de análise apresentadas como dificuldades: **dificuldade em romper com o modelo tradicional de saúde, o papel do residente dentro das instituições, carga horária excessiva, excesso de demandas e facilidades do processo de trabalho.**

Em relação ao que se refere à **dificuldade de rompimento com o modelo tradicional em saúde**, tangem aspectos da autonomia profissional, da relação com a equipe e a grande dificuldade de superação do modelo médico centrado e do entendimento da equipe multiprofissional como parte da equipe assistencial e não como auxiliares dos profissionais médicos.

*“[...] a característica assim que eu vejo como principal aqui nesse hospital é que é uma visão médico centrada né a visão médica centrada não abarca o multiprofissional -” o construir” junto sabe? Fazer uma atuação, pegar um caso e todo mundo participar coletivamente né, aqui a medicina meio que nos coloca como auxiliares deles assim e não é assim que funciona.” (E9)*

*“[...] as equipes são basicamente coordenadas pelos médicos, os rounds a maioria é só os médicos e os residentes da medicina. São poucos os rounds que são multi, então a gente tem poucos momentos assim de interação com a equipe em um geral.” (E8)*

*“[...] eu trabalho por consultoria né? Os consultores são os médicos e os enfermeiros me pedem, mas às vezes tem muito mais paciente para atender do que realmente chegou de demanda para mim - então, eu tenho que triar esses pacientes, daí eu tenho que conversar com o médico - explicar porque tem que avaliar e pedir consultoria - então, no tempo que eu poderia avaliar umas quatro pessoas, eu consigo avaliar uma porque tem todo esse entrave para conseguir chegar ao paciente.” (E4)*

*“[...] a gente faz parte da equipe assistencial, mas parece que às vezes eles não veem dessa forma, como se a gente fizesse parte daquele local ali, muito da médica e muito da equipe de enfermagem, eles se sentem donos daquele local [...].” (E1)*

Sabe-se que apesar de já ter havido um rompimento com o modelo assistencial em saúde médico-centrado e focado no biológico, no cotidiano de trabalho os profissionais de saúde ainda enfrentam desafios para superar essa lógica. Dessa forma, transformar esse modelo tradicional de assistência à saúde que se caracteriza pela centralidade na figura médica, medicamentosa, curativista e hospitalocêntrica, em um modelo de assistência coletivo, multiprofissional que considera o contexto social e familiar onde os indivíduos vivem torna-se um grande desafio, pois é necessário mudar o foco dos procedimentos para os sujeitos e de

pensar novas práticas que possam levar a uma assistência mais humanizada, acolhedora e resolutiva (BRITO; MENDES; NETO, 2018).

Se pararmos para pensar a própria RMS foi criada com a intenção de colaborar nesse processo de rompimento com o modelo assistencial biomédico, tendo em vista que ela é um instrumento de formação profissional que busca qualificar e inserir uma atuação conjunta e interdisciplinar no cuidado aos sujeitos.

Uma atuação que se vincula ao cotidiano laboral tem a intenção de transformação do processo e da organização de trabalho e das práticas profissionais. Sendo assim, configura-se como uma ação e ao mesmo tempo um processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, de modo que viabiliza mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população (SILVA; NATAL, 2019)

A partir desse momento podemos também trazer outra dificuldade elencada pela subcategoria **papel do residente nas instituições** que se refere à contradição que vivenciam – de em determinados momentos serem vistos como profissionais e membros da equipe e dessa forma assumirem responsabilidades e demandas, ao passo que é visto como estudante em outro momentos.

*“Aí eu acho que essa cobrança que fazem assim da gente sabe, tipo uma questão assim sabe de cobrarem como profissionais e aí daqui a pouco não somos vistos como profissionais sabe.” (E3)*

*“[...] a gente acaba porque é residente quando convém, a gente é profissional e quando convém a gente é aluno - então é meio separado isso [...] Quando, tu precisa fazer algo tu é visto como um profissional - então tu é cobrado como um profissional - agora se tu tens alguma queixa, alguma coisa que tu não vai de acordo - te justificam que tu é aluno e que tu estás ali para aprender e que tem que ser assim.” (E6)*

*“Eu acho que não é muito claro para as pessoas, qual é a função do residente no hospital. Às vezes a pessoa te vê como um profissional e que daí tu pode fazer mais coisas e ter mais responsabilidades - só que daí em outros momentos que é para tu poderes ter uma posição tu passa a ser só um estudante e acho que isso é muito ruim assim, tu nunca tens uma posição de verdade dentro do trabalho. Às vezes tu és só um estudante e às vezes tu és um profissional, então te cobram de forma diferente dependendo da expectativa que eles têm de ti”. (E10)*

*“Eles trazem muito assim que nós estamos em um espaço de formação e acho que sim é um espaço que tu acaba se formando, mas ao mesmo tempo a gente está aqui e o objetivo de terem trazido a Residência Multiprofissional a meu ver né é uma forma de trazer um trabalhador que irá trabalhar o dobro e que ganham a metade, então é uma forma também de precarizar a força de trabalho.” (E9)*

A formação profissional através da RMS é composta a partir da inserção em atividades de prática profissional supervisionada e momentos teóricos. Segundo Miotto *et al* (2012, p. 201) é um espaço de formação privilegiado pois:

[...] propicia através de uma remuneração condizente, a dedicação integral que significa uma vivência intensiva dos múltiplos acontecimentos do dia a dia do serviço com orientação sistemática, aprofundamento técnico, teórico, além da possibilidade de discussão dos dilemas éticos colocados cotidianamente para o exercício profissional.

Compreendendo que o residente ingressa nos programas de residência através da prestação de exame de seleção e seu vínculo institucional ocorre através de uma matrícula por um período determinado no local onde irá desenvolver suas atividades, dessa forma não pode ser considerado como um funcionário da instituição ou parte do quadro de recursos humanos, mas sim um profissional em formação que irá integrar um programa de pós-graduação, não tendo nenhum vínculo de natureza empregatícia (CFESS, 2017).

Há os que acreditam que os residentes devem suprir a necessidade imediata de recursos humanos, reproduzindo procedimentos e respondendo as demandas dos serviços, inseridos na equipe dos trabalhadores. Pelas condições em que se efetiva o trabalho, destacadas anteriormente, a presença do residente nos serviços tem se tornado desafiante na medida em que a expectativa é de sua inserção como “mais um” a compor ou “substituir” o quadro de trabalhadores daquele local. (RODRIGUES, 2016, p. 79)

De fato é importante realizar uma discussão acerca do papel dos residentes dentro das instituições tendo em vista que um dos principais objetivos da residência é qualificar profissionais da área da saúde para o trabalho no SUS visando à competência técnica, política e ética a partir das experiências vivenciadas nos serviços (MIOTO *et al*, 2012). É uma linha tênue, pois o residente é um profissional graduado e dessa forma tem condições de exercer sua profissão e também não há impedimentos para isso ao contrário está prevista a atuação profissional e multiprofissional no processo de formação só que em um lado temos o trabalho e de outro a proposta dos programas de RMS como uma iniciativa que articula na perspectiva da formação em serviços (RODRIGUES, 2016).

Diante disso podemos colocar que seria pertinente a criação de espaços para realizar discussões e reflexões sobre o processo de formação em residência dentro das instituições que possuem essa modalidade. Tendo em vista que nem todos os profissionais das instituições estão envolvidos/inseridos nesse processo de formação e por vezes pode haver confusões ao que se refere ao papel do residente e suas responsabilidades – fazendo com que esse profissional em formação que busca uma qualificação da sua força de trabalho vivencie uma intensa contradição entre ser profissional *versus* estudante. Além disso, assumir as atribuições e

responsabilidades do profissional do serviço é uma contribuição perversa para a lógica de substituição de mão de obra que infelizmente é tão presente nos serviços de saúde atualmente, que se apresenta diante do cenário de desconstrução dessa política social pública (CFESS, 2017).

Entrando na pauta do atual cenário sócio-político é importante ressaltar que não é somente agora que a política de saúde vem sofrendo fortes ataques para seu desmanche e precarização, isso é reflexo do contexto do modo de produção capitalista em que vivemos e desde a implantação do SUS existe um forte movimento de contra reforma no que se refere ao Estado como provedor de direitos.

O atual quadro das políticas sociais aprofunda a precarização do padrão de proteção social — por meio da centralidade da assistência social focalista — e a “passivização” dos trabalhadores e movimentos sociais. É fato que se aumenta o grau de precarização e flexibilidade do trabalho aumenta, na mesma proporção, sua exploração. Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo do trabalho, inclusive nos recursos humanos da saúde. (SILVA, 2018, p. 12)

Compreendendo que o processo de formação em RMS se dá a partir da inserção na rede de serviços de saúde e que prevê uma integração ensino e serviço, que ocorre a partir do trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado que envolve residentes, docentes e os trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde. Podemos destacar que a partir desse momento coloca-se em aberto os desafios do “mundo do trabalho” (ANTUNES, 1998).

A precarização e a flexibilização no mundo do trabalho impactam de forma direta o processo de formação em RMS, pois os setores de serviço de saúde passam a receber menos investimentos e recursos, trazendo consequências especialmente para os trabalhadores que se expressam através de condições objetivas de trabalho como, por exemplo: ausência/insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros tornando-se assim um desafio constante o trabalho em saúde (RODRIGUES, 2016).

Podemos destacar isso na pesquisa a partir da fala dos participantes onde trazem duas questões centrais que impactam de forma direta em seus processos de trabalho e que estão ligadas as perversidades do mundo do trabalho, são elas a **carga horária excessiva e o excesso de demandas**.

“[...] as dificuldades eu vejo mais no tempo assim, na gestão do tempo assim, por que são muitas atividades e acaba não dando tempo de fazer as questões do trabalho em si assim, porque às vezes é que nem eu falei assim tem várias coisas acontecendo juntas no mesmo horário e acaba atrapalhando.” (E3)

*“Esse segundo ano para mim está sendo mais difícil, porque eu vejo que eu não estou tendo muito tempo para dar conta, na verdade eu vejo que eu não consigo dar conta de tudo, mas isso eu acredito que seja natural do processo do trabalho mesmo - que é bem complicado.” (E5)*

*“A carga horária é muito grande e acaba cansando bastante, não tem como fazer nada. Eu acho que com menos tempo aqui dentro, a gente conseguiria fazer mais coisas para o nosso lazer, para nossa qualidade de vida.” (E6)*

*“O meu dia a dia ele é bem corrido, mesmo fazendo doze horas eu me sinto bem atarefada, parece que nas doze horas eu não consigo fazer tudo que eu tenho proposto para o dia e para a semana assim, então mesmo sendo doze horas que é muito tempo – eu me sinto sobrecarregada deixo coisas para o dia seguinte ou para outros dias ou levo para casa para fazer [...]” (E7)*

*“É, acho que a carga horária é enorme passar onze, doze horas dentro do hospital é extremamente cansativo e exaustivo - chega uma hora que tu nem sabe mais como é o dia lá fora, no inverno, por exemplo, tu chega é noite, sai é noite e tu não sabe se está chovendo na rua, não sabe se tem Sol na rua, tu não sabe se tem vida na rua (risos - parece nervosa) isso é muito ruim e (pausa/silêncio longo) acho que é isso.”(E10)*

Analisando esse fato de forma estrutural é possível realizar uma discussão acerca da intencionalidade da grande oferta de bolsas em RMS, pois:

[...] a análise dessa proposta de estruturação e mudança do trabalho em saúde através do investimento nessa modalidade de ensino não pode se pautar apenas pelo discurso oficial e nesse sentido indagamos o porquê de ao invés do investimento na qualidade dos Serviços de saúde - para que assim o perfil de profissional possa se adequar ao processo de trabalho condizente com as propostas do SUS – a política de formação vem focando na expansão de vagas para especializações através do trabalho com carga horária elevada (exigindo-se dedicação exclusiva) e salário (bolsa) abaixo do piso normal de um profissional de saúde (apesar da bolsa das residências serem maiores que muitos salários pagos a profissionais de saúde tanto em algumas empresas privadas quanto em muitos concursos públicos, destaca-se que a carga horária do residente são 60 horas semanais). (SILVA, 2018, p. 8)

A partir disso podemos questionar se existe uma indução de políticas de formação através do trabalho para a saúde com vistas a contribuir no aprimoramento da educação em saúde e na perspectiva de educação permanente, ou se podemos considerar como uma estratégia do Estado de estruturação da rede de serviços em saúde a partir da oferta de um campo de trabalho precarizado (SILVA, 2018).

Desta forma, vemos de forma concreta as marcas da perversidade do capital, não há dúvidas de que fatores relacionados à instituição onde são desenvolvidas as atividades práticas da residência incidem nos processos de trabalho dos residentes, porém ao que se referem nessas dificuldades relatadas pelos residentes, podemos perceber que isso se encontra em um contexto maior e não apenas na relação que se estabelece entre o residente e a instituição na qual está inserido. Essa questão está relacionada:

[...] ao subfinanciamento crônico do SUS em que estímulos fiscais à saúde de mercado fazem com que, para atender mais de 20% de brasileiros com seguro privado, tenhamos mais de 50% dos recursos financeiros gastos em saúde. Portanto, a problemática que envolve a precarização da residência é uma problemática estrutural do SUS e das políticas sociais no Brasil. (SILVA, 2018, p. 8)

A flexibilização ao que se refere no impacto das relações de trabalho se apresenta de diversificadas maneiras como uma diminuição drástica das fronteiras entre a atividade laborais e a vida privada, o desmonte da legislação trabalhista, as diferentes formas de contratação da força de trabalho e o desemprego estrutural (PRAUN, 2014).

O modo de produção capitalista sempre irá encontrar maneiras de se manter ativo e formas para se reestruturar em situações de crise. Apesar de podermos dizer que os programas de RMS fazem parte de um espaço marcado pela precarização do trabalho esse processo também apresenta aspectos positivos. Os programas de residência auxiliam na potencialização da transformação das práticas e desta forma acaba realizando um movimento na rede composta pelos demais trabalhadores, além disso, problematiza e tensiona os elementos da política social que perpassam o cotidiano da prática profissional (CECIM, 2005). Além disso, trás como uma das suas grandes potências a “possibilidade do trabalho conjunto, a construção de ações “costuradas” por diferentes áreas profissionais, sendo que o que as une, neste caso, é a defesa de uma determina política [...] voltada à defesa do SUS e da saúde como direito” (RODRIGUES, 2016, p. 76).

Em relação às **facilidades encontradas pelos residentes em seus processos de trabalho** podemos destacar que foi trazida a importância de um bom relacionamento com o preceptor e seu suporte, atendimento ao paciente e também foram trazidas algumas questões de estrutura que são oferecidas pela instituição.

*“A minha preceptora está sempre disponível, a gente tem bastante contato, eu tenho preceptoría uma vez na semana é bem direitinho, ela cumpre com esses combinados de uma hora né e quando tem assim alguma questão eu pergunto para ela e ela responde, mas contato pessoal a gente não tem muito por semana.” (E3)*

*“Para mim o atendimento ao paciente - eu tenho facilidade em atender o paciente porque eu tenho por outro lado uma parceria muito grande. Eu tenho um respaldo muito grande da minha preceptora - a gente troca muitas informações, a gente tem uma parceria muito grande - então isso facilita o meu processo de trabalho”. (E5)*

*“A minha preceptora eu me dou bem com ela, é algo tranquilo o nosso trato assim. Ela sabe que sou muito ansiosa, que eu me exijo muito então, a gente tem um bom relacionamento.” (E8)*

*“Eu tenho sorte, que eu tenho uma preceptora que ela é muito boa e eu tenho uma relação muito boa com ela, mas eu vejo que isso não é a realidade dos colegas assim - os colegas assim tem um respaldo de uma forma bastante autoritária não digo todos né, mas grande parte - tem preceptores que não entendem.” (E9)*

*“Eu acho que o hospital tem uma estrutura muito boa e isso ajuda bastante, se tu precisar tu pode ir ao médico aqui dentro e têm vários é “meios” de tu consegues apoio - tem tipo a COREMU, tem os coletivos, têm o próprio preceptor e aí tu fazes preceptoria toda semana, então eu acho que tem uma estrutura boa para tu consegues apoio, para tu consegues orientação. A estrutura física do hospital também é boa, tipo tem vestiário, banheiro adequado, as salas com ar condicionado, então eu acho que isso facilita bastante.” (E10)*

*“Digamos assim, um meio a meio das vezes eu janto aqui e às vezes em casa, mas eu acho isso bem legal assim. Essa possibilidade ajuda bastante, porque como eu te falei a gente sai daqui cansada, chegar em casa preparar e depois lavar louça e dar uma ajeitada na casa é complicado, então já sai daqui jantada é meio caminho andado.” (E1)*

Podemos observar que são apresentadas algumas facilidades que fazem com que o processo de formação em RMS seja possível de ser efetivado. Também é importante destacar que mesmo com todas as questões que foram trazidas como dificuldades, a RMS é uma experiência que proporciona o trabalho em equipe multiprofissional e traz em seu bojo a tentativa de provocar mudanças no paradigma existe no modelo tradicional de atenção à saúde.

## *5.2 Refletindo sobre a qualidade de vida de Residentes Multiprofissionais*

São diferentes fatores que perpassam o processo de formação a partir da RMS e a partir dessa pesquisa foi possível identificar algumas dificuldades e desafios encontrados pelos residentes multiprofissionais em seu cotidiano. Como já falado anteriormente uma das principais dificuldades no processo de formação em serviço é a carga horária de trabalho espoliante e o excesso de demandas que podem ser considerados como agentes estressores e dessa forma interferem negativamente na qualidade de vida dos residentes.

O estresse pode associar-se à administração da responsabilidade profissional, tratamento de pacientes graves, administração de situações problemáticas, gerenciamento do volume de conhecimento e estabelecimento dos limites de sua identidade pessoal e profissional. Além disso, ele pode decorrer de características do treinamento, como privação do sono, fadiga, elevada carga assistencial, excesso de trabalho administrativo, problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional. As características individuais e situações pessoais, como sexo, aspectos da personalidade e vulnerabilidades psicológicas, também podem se relacionar ao estresse. (GUIDO *et al.*, 2012, p. 3).

Quando questionados sobre a qualidade de vida, os participantes elencaram algumas questões que conseguem perceber de mudanças ao que refere a sua qualidade de vida após iniciar a RMS. Não há uma única definição consensual para o termo qualidade de vida, porém podemos trazer como: “a percepção do indivíduo de sua posição de vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, *et al.*, 2000, p. 179), podemos dizer que a qualidade de vida é uma construção multidimensional e subjetiva e está relacionada ao bem-estar pessoal, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida (CAHÚ *et al.*, 2014).

Nessa pesquisa os participantes trouxeram como principais pontos que incidem na sua qualidade de vida, que são caracterizados através: da **exaustão, diminuição nas relações sociais e familiares, disposição para realizar atividades de lazer, saúde mental afetada e necessidade de suporte profissional** para o enfrentamento das adversidades vivenciadas. Sendo essas nossas subcategorias de análise ao que se refere à qualidade de vida do residente durante o seu processo de formação em saúde.

No que diz respeito à subcategoria **exaustão** podemos elucidar através das seguintes falas:

*“E eu penso, sempre penso isso não sai dos meus planos, mas eu não faço por causa do cansaço assim é, a gente chega em casa e só tem vontade de dormir, de tomar banho e dormir.” (E1)*

*“E com relação ao estilo de vida (choro) eu fico bem cansada mesmo (choro) e daí, desculpa.” (E2)*

*“[...] assim tem dias que é - aí a gente não tem vontade de levantar para vir, tem dias que tu estás muito cansado, muito exausta mentalmente e aí aqui é um trabalho que te exige assim - mentalmente tu estar bem né, porque tu lidas, aqui a gente lida com várias questões assim, que são muito do emocional, muito da saúde mental dos pacientes, então acabam exigindo muito assim do profissional, do residente que está ali e sem contar que ficar aqui dez horas por dia, dez horas e meia e às vezes onze, às vezes doze dependendo cansa muito assim (enfática).” (E3)*

*“Bom, durante a semana eu não existo né? Das sete as sete eu estou aqui, depois eu chego em casa e quero morrer – dormir [...]” (E4)*

*“Porque eu só quero chegar em casa e dormir, manter o ritmo da minha casa, das coisas organizadas e ir dormir.” (E5)*

*“Às vezes não dá vontade nem de escovar os dentes, nem de tomar banho sabe? A gente vai meio que na força assim e às vezes não vai também. Então, afeta muito a saúde mental assim - essa rotina de trabalho, de cobrança e de horas trabalhadas por dia sabe? Apesar de que eu gosto da residência, eu gosto disso daqui - só que às vezes chega um tempo que tu desabas sabes? Chega uma hora, em algum momento da tua vida - na residência em algum momento da semana ou do mês que tu vai ter um momento mais “crítico”, mas eu gosto de trabalhar aqui - quando as coisas estão bem, quando as coisas estão estáveis - quando eu consigo dar conta de tudo que é proposto.” (E7)*

O desgaste físico e emocional pode ser descrito como um processo gradual da perda de energia, com uma probabilidade maior de existir onde há desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e as pessoas que o desenvolvem. No estresse relacionado ao trabalho, à primeira reação é a sensação de exaustão, esgotamento e sobrecarga física e mental, também se apresentam dificuldades de relacionamento (MOREIRA *et al.*, 2016).

O estresse ocupacional é relacionado aos estímulos do ambiente de trabalho, que exige respostas adaptativas por parte do trabalhador e que em alguns casos excedem suas habilidades de enfrentamento – esses estímulos são chamados de estressores organizacionais (GENUÍNO, GOMES, MORAIS, 2009). Há duas principais causas do estresse no trabalho: ambiental e pessoal. Existe uma variedade de fatores externos e ambientais que podem conduzir ao estresse no trabalho – programação do trabalho, tranquilidade, segurança, fluxo e número, a natureza dos clientes internos e externos a serem atendidos. Cada pessoa irá reagir de uma maneira diferente a partir da mesma situação (GENUÍNO, GOMES, MORAIS, 2009).

Um ponto importante e que muitas vezes é menosprezado é de os fatores de estresse são cumulativos. O estresse se intensifica a cada novo fator e faz com que o nível de estresse do indivíduo aumente. Portanto, um fator pode ter pouca importância quando é analisado de forma isolada, porém se é observado junto com outros fatores, pode vir a ser um estopim quando adicionado a um nível de estresse que já está alto (GENUÍNO; GOMES; MORAIS, 2009).

As consequências para uma pessoa que esteja em alto nível de estresse podem ser pressão alta, úlceras, irritabilidade, dificuldade para tomar decisões rotineiras, perda de apetite etc. Dessa forma podemos dividir em três categorias: sintomas físicos, psicológicos e comportamentais (ROBBINS, 2005).

Aqui serão trazidas falas que elucidam uma **saúde mental fragilizada** e a **necessidade de procurar suporte profissional** para o enfrento das situações vivenciadas.

*“[...] eu vejo que (pausa) eu fico bem cansada, então eu fico ansiosa, fico com medo, não vou mais para a academia com tanta frequência assim, então tem dia que a gente não amanhece bem, como hoje por exemplo sabe, mas é isso vivendo um dia de cada vez.” (E2)*

*“[...] eu percebo que em certo ponto da minha vida eu precisei de ajuda porque eu vi que eu realmente estava doente [...]” (E5)*

*“[...] durante o R1 eu precisei procurar psiquiatra - tomo ainda, há um ano medicação antidepressiva e terapia eu não achei tempo (riso - aparenta desconforto) para fazer, mas eu estou tomando medicação justamente, porque quando eu comecei eu senti bastante - a demanda, a exigência da parte dos preceptores e da equipe - “tu quem saber”, “tu tem que fazer”, “tu é já um profissional” né? Então, faz um ano já que eu faço acompanhamento.” (E6)*

*“Eu acho que eu nunca estive tão ansiosa na vida (risos) eu não me sinto assim deprimida sabe? Conversando com outras colegas, elas falaram “nossa eu deprimi muito quando eu entrei na residência” – eu não sinto que eu deprimi, eu não me sinto triste sabe? Mas, me sinto muito ansiosa [...] eu marquei o psiquiatra para semana que vem porque eu acho que já não dá mais sabe? Justamente por isso, porque é muita coisa para lidar [...].” (E8)*

*“[...] eu comecei acompanhamento com psicóloga, mais ou menos no mesmo mês que eu entrei na residência ano passado - desde fevereiro eu faço acompanhamento com a psicóloga e comecei acompanhamento com uma psiquiatra desde dezembro do ano passado e daí eu incluí medicação junto desde o ano passado. Eu ganhei muito peso nesse último ano, eu ganhei quase uns vinte quilos foi de dez a quinze quilos desde que eu entrei na residência e eu durmo só seis horas por dia e às vezes é menos.” (E10)*

*“[...] eu vejo que eu tenho muito apego emocional às vezes pelos pacientes - eu não consigo separar a parte profissional da pessoal, eu chego em casa e ainda fico com coisas do trabalho na cabeça e em relação também, não é tolerância mas paciência com as pessoas fora do ambiente de trabalho - como a gente já vive sobre pressão, sobre pressão o tempo inteiro - quando eu estou fora do hospital tem coisas que eu não tolero tanto quanto eu deveria tolerar.” (E4)*

*“[...] a gente trabalha sessenta horas, tem estudos que eu já li que trazem muito sabe essa questão de que tu trabalhando uma carga horária X tu estás com a tua Saúde Mental afetada - eu li já que acima de quarenta horas afeta bastante tua Saúde Mental, então tu imagina tu trabalhando sessenta né, então eu me vejo também tomando, tipo tomando decisões assim que não necessariamente eram coisas que eu tomaria se eu não tivesse com a minha Saúde Mental tão afetada assim sabe? Até nas minhas avaliações trouxeram que vieram falas da equipe de que eu tinha um perfil mais reativo em algumas situações e isso é reflexo completo dessa exaustão mental.” (E9)*

O sofrimento é um processo que está inerente ao trabalho. Se o indivíduo não conseguir encontrar possibilidades de superar e transformar esse sofrimento em prazer, o mesmo acaba vindo a ser uma fonte de sofrimento patológico. Esse, por sua vez, ocorre quando os trabalhadores não encontram meio de dar vazão ao sofrimento, pois a forma como o trabalho é organizado acaba bloqueando as possibilidades de expressão e negociação (VIEIRA, 2014).

As pessoas que se encontram em estresse ocupacional podem passar a não responder às demandas do trabalho e geralmente apresentam-se irritados, ansiosos e ou deprimidos. Quem apresenta altos níveis de estresse fica vulnerável ao surgimento da Síndrome de Burnout. Essa síndrome é um processo de enfraquecimento que ocorre após um longo período de estresse profissional. Podemos dizer que é uma resposta à tensão emocional constante vivenciada no trabalho. Alguns sinais que podem apontar para esse adoecimento são: exaustão

emocional, fadiga, frustração, impaciência, negativismo e isolamento (AREIAS; COMANDULE, 2006).

Não é possível afirmar que os participantes da pesquisa apresentam essa patologia, pois para isso é necessária avaliação médica. Porém através de seus relatos é possível perceber que passam por processo de exaustão, esgotamento emocional e fadiga. Além, disso os residentes referem não terem tempo e por muitas vezes **disposição para realizar atividades de lazer** que é outra categoria de análise.

*“É eu acho que é o tempo - a falta de tempo influencia na minha qualidade de vida de uma forma geral assim. Então afeta tanto na parte familiar, contato social com as outras pessoas.” (E4)*

*“Se eu tivesse tempo para fazer um exercício - o exercício me ajuda bastante, mas eu não tenho, eu chego em casa muito (enfática) cansada - para tu ter uma ideia eu estou com dois meses de academia paga - mas trancada.” (E5)*

*“[...] como eu passo a maior parte do tempo aqui - eu tenho só a noite, então muitas vezes à noite eu tenho que estudar ou tem que fazer o trabalho de conclusão. E daí dez horas da noite a gente já está cansado porque a gente acordou cedo - então eu saio daqui seis, sete, às vezes oito horas - então acabo tendo pouquíssimas horas durante o dia para fazer alguma coisa, então se tu tem que resolver algo em banco, em centro complica bastante - então qualidade de vida é algo bem difícil.” (E6)*

*“E qualidade de vida em geral, quando chega o final de semana tu estás muito cansado por causa da residência e quando tu estás começando a engrenar em alguma coisa já está na hora de tu voltares para a semana, então não sobra muito espaço.” (E10)*

*“[...] Eu sinto que eu deveria ter mais tempo de lazer [...].” (E1)*

*“[...] parece que a minha vida está voltada exclusivamente para o trabalho e a questão assim de lazer que é fundamental né para a Saúde Mental eu deixei para segundo plano assim. E não porque eu quis, porque eu queria - eu queria muito assim sabe poder sair em um sábado, em um domingo assim despreocupado né. Mas tem TCR, mas tem preocupações da semana e também tem que pensar em como eu é que vou me colocar no mercado de trabalho depois [...].” (E9)*

A qualidade de vida não apresenta uma definição única, podemos dizer que se trata de uma concepção subjetiva que engloba aspectos de realizações na esfera vital em diversos campos como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família, posição social, desenvolvimento cultural etc (AZEVEDO, KITAMURA, 2006).

Como foi possível perceber a falta de tempo, a exaustão/fadiga e a carga horária excessiva são as principais questões elencadas pelos participantes como aquelas que influenciam de forma negativa em sua qualidade de vida ao longo do processo de formação em RMS. Já foi realizada uma discussão a cerca do atual contexto das condições do mundo do trabalho e das inúmeras tentativas de desmonte da política de saúde que são inerentes ao modo de produção capitalista.

Tendo em vista a proposta das RMS que visa à qualificação de profissionais para o trabalho no SUS, através de perspectiva da integralidade e multiprofissional sendo vivenciada na prática, podemos dizer que ainda existem grandes desafios para a superação do modelo tradicional de atendimento em saúde, do trabalho em equipe, do esclarecimento do papel dos residentes dentro das instituições e da intensa necessidade de discussão referente à carga horária realizada pelos residentes.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a RMS não é um “fenômeno” que ocorre de forma isolada, mas sim está imbricada ao contexto macroestrutural da sociedade e dessa forma sofre os rebatimentos do modo de produção capitalista que se expressam através das várias tentativas de desmonte do SUS, expresso pela diminuição de investimento em recursos, a intensa tentativa de transformar o direito universal de acesso à saúde em uma mercadoria e a precarização do trabalho e dos serviços ofertados pelo SUS. Como visto ao longo desse trabalho isso impacta de forma direta no processo de formação em saúde através da especialização em RMS.

Esses impactos foram analisados ao longo do estudo realizando uma discussão de aspectos da microestrutura da RMS do HCPA para o contexto estrutural da sociedade a partir de uma leitura crítica desse movimento constante e dinâmico no qual estamos inseridos. Foi possível perceber rebatimentos significativos que se materializam nos processos de trabalho dos residentes e de impactos em sua qualidade de vida durante o período de formação.

As categoriais centrais analisadas no que diz respeito às dificuldades encontradas no processo de trabalho são: o excesso de demandas, a carga horária excessiva, a dificuldade de rompimento com o modelo tradicional de atendimento em saúde e o papel do residente dentro das instituições. A RMS foi pensada como um instrumento de qualificação e formação profissional para o trabalho no SUS, visando à materialização dos princípios previstos a partir da nova Constituição Federal, além disso, tem como objetivo o fortalecimento do trabalho em equipe e multiprofissional, e como percebido apesar dos avanços existentes ainda há uma forte resistência à superação do modelo hospitalocêntrico e médico centrado, sendo esse um grande desafio enfrentado no cotidiano dos profissionais da saúde que não pertencem à categoria médica.

Outro ponto de discussão foi à questão da carga horária excessiva de 60 horas semanais e o excesso de demandas que por muitas vezes não conseguem ser supridas em sua totalidade, essas são representações da precarização e da flexibilização do mundo do trabalho, que a cada dia cobra maior produção em menor tempo, com um número reduzido de recursos humanos e baixos salários. Aqui entramos em outro aspecto discutido que é o papel do residente dentro das instituições. A Residência não configura vínculo empregatício com as instituições

onde a prática é realizada, apesar da concessão de bolsas é uma especialização desenvolvida a partir da experiência *in locus* visando à preparação do profissional para o SUS, assim o residente realiza atividades assistenciais, porém ele não é o responsável por aquele serviço, sempre lembrando que o principal objetivo é o processo de formação. No entanto, a deficiência do número de pessoal faz com que o residente por vezes venha para suprir a demanda de recursos humanos.

O estudo permite considerar que o período de formação em RMS traz implicações à qualidade de vida dos sujeitos que o vivenciam. Podemos dizer que a exaustão é uma resposta a essa carga horária espoliante e ao excesso de demandas da RMS. Em algumas situações os residentes perceberam que era necessário procurar auxílio profissional para o enfrentamento das adversidades vivenciadas. Além disso, referiram que a fadiga é tão intensa que faz com que não sintam vontade de realizar atividades de lazer e nem atividades físicas. Os participantes do estudo também relatam que perceberam uma diminuição da sua vida social e contato com os familiares e amigos.

É importante salientar que a Residência também apresenta aspectos positivos, é uma potência para o aprendizado em saúde e a experiência do trabalho em equipe e multiprofissional, mesmo ainda apresentado desafios no embate ao rompimento do modelo tradicional em saúde é um espaço de formação que proporciona reflexão, tensionamento e trocas a partir das atividades teórico práticas que são desenvolvidas ao longo desse processo. O profissional se qualifica à medida que se insere de forma efetiva nos espaços de atendimento e além disso consegue auxiliar nesse processo de reconfiguração do modelo assistencial do SUS. Os relacionamentos interpessoais quando fortalecidos representam benefícios ao processo, assim como a estrutura da instituição teve pontos positivos destacados pelos participantes do estudo (recursos, refeitório, ambientes climatizados).

Desta forma podemos dizer que esse trabalho contribuiu para uma discussão sobre a política de saúde no contexto das RMS, visando analisar os fenômenos que compõem esse processo de formação e elencando as dificuldades vivenciadas pelos residentes a partir da sua própria concepção, com vistas a subsidiar a qualificação da RMS nesse atual contexto social.

Percebe-se que temos como limitação desse estudo uma amostra pequena de participantes tendo em vista o número de residentes multiprofissionais existentes no HCPA, além disso, a pesquisa se restringiu há apenas um lugar onde é feita a

formação em RMS, seria possível um maior panorama da situação se tivesse sido realizada em outras instituições, trazendo mais dados para qualificar o estudo.

É importante ressaltar que essa discussão não se esgota nesse estudo e que o processo de ensino-aprendizagem deve ser revisto de forma constante para a superação das dificuldades vivenciadas, compreendendo que os fenômenos não ocorrem de forma isolada, mas se estruturam a partir da constituição/construção da sociedade e de seu modo de produção capitalista. Deixo como sugestão para próximos estudos ampliar a pesquisa para outras instituições e, além disso, coletar os dados de entendimento desse processo pelos outros seguimentos que compõem esse cenário: preceptores, tutores e coordenadores de programas.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.303/07. Altera dispositivos dos decretos nº 5.622/05 e nº 5.773/06. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 2.177/05. Institui a residência multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. **Ministério da Educação, Brasília**, DF, 3 nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 5/2008. Estabelece normas para o credenciamento especial de Instituições não Educacionais para ofertas de cursos de especialização. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2008.

ALMEIDA, M.; GUTIERREZ, G.; MARQUES, R. Qualidade de vida, definições, conceitos e interfaces com outras áreas. São Paulo. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP**, 2012.

ALVES, Giovane. Processos de trabalho, precarização e Serviço Social: uma relação necessária!. In: **O Social em Questão** – Ano XVIII – nº 34 – 2015. <Disponível em: &lt; [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_34\\_8\\_Alves.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_8_Alves.pdf)&gt;. Acesso em 20 dez. 2018.

AMARO, F. A. T.; SASS, S. D. Um Estudo Sobre a Singularidade do Adoecimento Psíquico. **Horizonte Científico**. v. 7, n. 1, 2013.

ANJOS FILHO, Nilton Correia dos; SOUZA, Ana Maria Portela de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu) [online]**. 2017, vol.21, n.60, pp.63-76. Epub Aug 25, 2016. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

ANTUNES, R.; PRAUAN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. In: **Serv.Soc. Soc**, São Paulo, n. 123, p. 407 – 427, jul/set 2015.

AREIAS, Maria Elenice Quelho; COMANDULE, Alexandre Quelho. Qualidade de Vida, Estresse no Trabalho e Síndrome de Bournt. In: **Qualidade de Vida e Fadiga Institucional**. VILARTA, Roberto Teresa; CARVALHO, Helena Portela Freire de; GONÇALVES, Aguinaldo e GUTIERREZ, Gustavo Luis (Organizadores). Campinas, SP: IPES Editorial, 2006.

AZEVEDO, Valmir Antônio Zulian e KITAMURA, Satochi. Stress, Trabalho e Qualidade de Vida. In: **Qualidade de Vida e Fadiga Institucional**. VILARTA,

Roberto Teresa; CARVALHO, Helena Portela Freire de; GONÇALVES, Aguinaldo e GUTIERREZ, Gustavo Luis (Organizadores). Campinas, SP: IPES Editorial, 2006.

BITRAIN Marcela, et al. Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de Residentes (LACRE) 2017. **Rev Med Chile**, v. 145, p. 1330-1335, 2017.

BONI, Valdete; QUARESMA, Silva Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. In: **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFCS**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/%2018027/16976>>.

Acesso em 28 set. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.129/2005, de 30 de jun. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun./2005.

BRASIL. Lei n. 8142/90, de 28 dez. 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 providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez./1990.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.177/05. Institui a residência multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 3 nov. 2005.

BRASIL. Decreto nº 6,303/07. Altera dispositivos dos decretos n.º 5.622/05 e nº 5.773/06. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2007.

BRASIL. Resolução n.º 5/2008. Estabelece normas para o credenciamento especial de Instituições não Educacionais para ofertas de cursos de especialização. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2008.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dez. de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez./2012.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; NETO, Pedro Miguel dos Santos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: **Interface(Botucatu)** vol.22 no.64 Botucatu Jan./Mar. 2018.

CAHÚ, Renata Ayanna Gomes et al. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Rev. bras. ter. cogn*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p, 76-83, 2014.

CARVALHO, Carla Novaes; MELO-FILHO, Djalma Agripino de; CARVALHO, João Alberto Gomes de; AMORIM, Ana Carla Guedes de. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr.**, 2013.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves e MORENO, Lídia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu) [online]**. 2018, vol.22, suppl.1, pp.1325-1337.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic. Saúde e Educ.** v. 9, n.16: p.161-177, 2005.

CERES, Gomes Victoria; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social – subsídios para a reflexão**. Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSBrochuraResidenciaSaude.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

CLOSS, Thaísa Teixeira. O Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica : formação para a integralidade?. 2010. 228 f. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/473>. Acesso em: 12 out. 2018.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Prod. [online]**. 2004, vol.14, n.3, pp.27-34.

DUARTE, E.; EBLE, L.; GARCIA, L. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 27, núm. 1, mar. 2018.

FERREIRA, S. R., e OLSCHOWSKY, A. (2010). Residências: uma modalidade de ensino. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.), **Residências em saúde. Fazeres e saberes na formação em saúde** (pp. 23-34), Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

FERNANDES Marcelo N.S. et al. Sofrimento e Prazer no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais em Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36(4), p. 90-97, dez./2016.

FLECK, M., Louzada, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, 34(2), 178-183, 2000.

FILHO, Nilton Correia dos Anjos; SOUZA, Ana Maria Portela de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. 2017.

FISCHER Nina et al. Associations of psychosocial working conditions and working time characteristics with somatic complaints in German resident physicians. **Arch Occup Environ Health**, v. 89, p. 583–592, 2016.

GAUJEJAC, Vicent de. **Gestão como Doença Social; Ideologia, Poder Gerencialista e Fragmentação Social**. São Paulo. Editora Ideias e Letras. 3ª edição. 2007.

GENUÍNO, S., GOMES, M., e MORAES, E.. O Estresse Ocupacional e a Síndrome de Burnout no Ambiente de Trabalho: Suas Influências no Comportamento dos Professores da Rede Privada do Ensino Médio de João Pessoa. **Anagrama**, 3(2), 1-9, 2009.

GUIDO, L.A.; SILVA, R.M.; GOULART, C.T; BOLZAN, M.E.O., LOPES, L.F.D. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Esc Enferm USP**. 2012; 46: 1477-83.

HOSPITAL CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Apresentação**: Características. Porto Alegre, [2018]. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>> . Acesso em: 15 out. 2018.

HOSPITAL CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Apresentação**: Ensino. Porto Alegre, [2018]. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/ensino/ensino-residencia-multiprofissional-area-profissional-saude/programas-de-residencia-integrada-multiprofissional-em-saude>> . Acesso em: 15 out. 2018.

JUNIOR, N.S.R; RIBEIRO, C.V.S. Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. In: **Tempus, acts de saúde colet**, Brasília, 11 (3), 193-215, 2017 – Epub mar, 2018.

MANZANI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2, 2004, Bauru**. A pesquisa qualitativa em debate. Anais ... Bauru: UCS, 2004. CD-ROOM. ISBN: 85-98623-01-06. 10p. Disponível em: <[https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini\\_2004\\_entrevista\\_semi-estruturada.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf)>. Acesso em 25. set 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MIOTO, R.C.T; ALVES, F.L; CAETANO, P.S; DAL PRÀ, K. G. As Residências Multiprofissionais em Saúde: A Experiência da Universidade de Santa Catarina. In: **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP v. 1,1 n. (2) 14 p. 185 – 208 jul/dez 2012.

MOREIRA, Ana Paula F.; PATRIZZI, Lislei J.; ACCIOLY, Marilita F.; SHIMANO, Suraya G. N.; WALSH, Isabel A P. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **OMS: empresas devem promover saúde mental de funcionários no ambiente trabalho**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-empresas-devem-promover-saude-mental-de-funcionarios-no-ambiente-trabalho/>. Acesso em 30 de set. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Qualidade de vida no trabalho**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1394:qualidade-de-vida-no-trabalho&Itemid=685](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1394:qualidade-de-vida-no-trabalho&Itemid=685). Acesso em: 13 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Lançada Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2001:lancada-politica-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2001:lancada-politica-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho&Itemid=839). Acesso em: 13 out. 2018.

PAPP K.K.; STOLLER E.P.; SAGE P. et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident–physicians: a multiinstitutional, mixed-method study. **Acad Me**, v. 79(5), p. 394–406, 2004.

PINHO L.M.G; GARCIA V.L.; NOGUEIRA-MARTINS M.C.F. Implementação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, p. 19 (2), p. 106-114, abr./jun 2017.

PRAUN, Lucieneida Dováo. Não sois máquina! Reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil. **Tese (Doutorado em Sociologia) —**

**Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Departamento de Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.**

RAJ KRISTIN S. Well-Being in Residency: A Systematic Review. **Journal of Graduate Medical Education**, p. 674-684, dez./2016.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M.. Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In Beuren, I. M. (Org.). **Elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. (3 ed.). São Paulo: Atlas, 2008.

ROBBINS, Stephen Paul. Comportamento Organizacional. São Paulo: **Prentice Hall Brasil**, 2005.

RODRIGUES, T. de F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho. In: **Serviço Social E Saúde**, 15(1), 71-82, 2016.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: apontamentos históricos. In: **Trabalho e Educação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.7 n.3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462009000300006&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462009000300006&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2018.

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÊAS, Raquel dos Santos. Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais. In: **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, MA, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>>. Acesso em 27set.2018.

SILVA, Lais Santos; NATAL, Sônia. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. In: **Trab. educ. saúde** vol.17 no.3 Rio de Janeiro 2019.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. In: **Revista Katálisis**, Florianópolis, v.21, n. 1, p. 200 – 209, jan/abr. 2018.

SILVA, Simone Borges da. et al. A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional. In: **Tempos, acts de saúde coletiva**, Brasília, 10(4), 215 – 227, dez, 2016.

SANCHES, Vinícius Santos; FERREIRA, Patrícia de Moraes; VERONEZ, Angelita Viana; KOCH, Rodrigo; SOUZA, Albert Schiaveto de; CHEADE, Maria de Fátima Meinberg; CHRISTOFOLETTI, Gustavo. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2016.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2007 mar-abril; 60(2):221-4.

SOUZA, Ágnes Karolyne da Silva; MARIA, Anderson Leandro. Síndrome de burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. **Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano**. Vol.6, núm.3, 2016.

TINTI, É.C. Capitalismo, trabalho e serviço social. In: **Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 31-74. ISBN 978-85-7983-655-8.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; AGUIAR, Luciene. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, vol. 41, núm. 113, 2017.

VIEIRA, Sarah Rosa Salles. Sofrimento psíquico e trabalho. **Rev. Latinoam . Psicopat. Fund.**, São Paulo, 17(1), 114 – 117, mar. 2014.

VIEIRA, T.G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 205 - 214, out/.2013.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A Construção da Integralidade no Trabalho Cotidiano da Equipe Saúde da Família. In: **Esc Anna Nery (impr.)** 2013 jan-mar; 17(1): 133 – 141.

YOO P.S.et al. **Journal of the American College of Surgeons**, vol. 224 (6), p. 1015-1019, 2017.

## APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### Dados de Identificação:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Profissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Questões:

- 1) Como você descreve o seu dia a dia na residência?
- 2) Como você percebe o seu processo de trabalho na residência?
- 3) O que você identifica como facilidades no seu processo de trabalho?
- 4) O que você identifica como dificuldade no seu processo de trabalho?
- 5) Como você percebe a sua qualidade de vida?
- 6) O seu processo de trabalho repercute sobre a sua qualidade de vida? Como?
- 7) Que estratégias poderiam ser implantadas para melhorar a sua qualidade de vida?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisa:** Saúde Psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

**Pesquisadora Responsável (orientadora):** Prof<sup>a</sup>. Dra. Daiane Dal Pai

Telefone: (51)98412.4620

E-mail: daiane.dalpai@gmail.

**Pesquisadoras Assistentes:**

Alessandra Ibanez da Rosa Tel.: (51) 93498447 E-mail: airoso@hcpa.edu.br

Bruna Crestani Tonding Tel.: (51) 991107977 E-mail: [btonding@hcpa.edu.br](mailto:btonding@hcpa.edu.br)

Lidiellen Eich Tel.: (51) 986116438 E-mail: leich@hcpa.edu.br

Raquel Lautenchleger Tel.: (55) 996065986 E-mail: [rlautenchleger@hcpa.edu.br](mailto:rlautenchleger@hcpa.edu.br)

Prezado (a) estamos desenvolvendo a presente pesquisa intitulada “SAÚDE PSÍQUICA, ESTILO DE VIDA E USO DE MEDICAMENTOS: IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS”, que tem como objetivo analisar a relação entre saúde psíquica, estilo de vida, uso de medicamentos e qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde. Para tanto, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do estudo de forma voluntária. A sua participação consta em responder a um questionário com perguntas objetivas e, se você for sorteado, a também responder a uma entrevista semiestruturada com gravação em áudio. Esses procedimentos serão realizados em local e horário de sua preferência e disponibilidade, sendo estimado o tempo de quarenta minutos.

A sua participação não gera custo e possui riscos mínimos, os quais estão relacionados a possíveis lembranças ou sentimentos desconfortáveis que possam surgir durante preenchimento do questionário e/ou da entrevista. Possíveis constrangimentos poderão ser minimizados pela explicitação dos objetivos e benefícios do estudo e pela garantia de anonimato. Informações relacionadas à saúde e qualidade de vida dos residentes são possíveis benefícios do estudo, uma vez que poderão subsidiar avanços ao conhecimento científico ou apontar pontos para melhorias no processo de trabalho da residência multiprofissional. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, retirando-se assim da pesquisa sem prejuízos de qualquer ordem.

Dúvidas poderão ser esclarecidas a quaisquer momentos, inclusive após o preenchimento dos questionários, junto às pesquisadoras ou ao Comitê de Ética em Pesquisa\*. Os dados serão utilizados para produções científicas, garantindo o anonimato dos participantes. Os preceitos éticos e legais serão respeitados durante todo o processo da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado, elaborado em duas vias ficando uma comigo (participante da pesquisa) e outra com as pesquisadoras, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos e benefícios da presente pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
aceito participar da pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Daiane Dal Pai

\*Contato Comitê de Ética em Pesquisa:

HCPA – Telefone: (51) 33597640, Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2350, 2º andar, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

## ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 089917.19.4.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.313.748

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de delineamento de métodos mistos, do tipo concomitante. Serão convidados a participar da primeira etapa do estudo (de abordagem quantitativa transversal e prospectiva) todos os residentes (n=109) do primeiro e segundo ano (R1 e R2) matriculados em 2019 em um dos programas de residência multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e da segunda etapa (de abordagem qualitativa exploratório-descritiva) dez residentes (n=10) selecionados por sorteio. Os residentes serão convidados a responder instrumento que contempla variáveis sociodemográficas, laborais, estilo de vida, alimentação e uso de substâncias e automedicação, bem como o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), Maslach Burnout Inventory (MBI), International Physical Activity Questionnaire short form (IPAQ) e WHOQOL-bref. As informações que darão origem aos dados qualitativos da pesquisa serão provenientes da aplicação de entrevista semiestruturada gravada em áudio. Os dados quantitativos serão submetidos à estatística descritiva e analítica, as informações qualitativas à análise de conteúdo temática e, esses achados serão confrontados para responder ao objetivo do estudo. Os participantes serão convidados a participar do estudo por meio da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e serão atendidas prerrogativas éticas para pesquisas com seres humanos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar as implicações da saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos na

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@iqaex.ufrgs.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.313.748

qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

Objetivos específicos:

Abordagem quantitativa:

- Caracterizar os residentes multiprofissionais em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre segundo variáveis sociolaborais
- Mensurar burnout, distúrbios psíquicos, estilo de vida (alimentação, controle do peso e atividade física), uso de medicamentos e qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;
- Verificar associação entre a saúde psíquica e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;
- Verificar associação entre o estilo de vida (alimentação, controle do peso e atividade física) e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;
- Verificar associação entre o consumo de medicamentos e substâncias psicoativas e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;

Abordagem Qualitativa:

- Conhecer as percepções de profissionais da residência multiprofissional sobre o seu processo de trabalho e as implicações na sua qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores,

Riscos: Como possíveis riscos mínimos se destaca o desconforto relacionado à aplicação dos questionários, não havendo conhecimento de qualquer outro risco relacionado.

Benefícios: Como benefício destaca-se a colaboração no projeto de pesquisa para obter-se conhecimento sobre a saúde e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com objetivo de analisar as implicações da saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos na qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

Critério de Inclusão: Será considerado critério de inclusão ser residente multiprofissional do HCPA

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.ufrgs.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.215.946

e ter ingressado na residência em 2018 e 2019 e estar matriculado em 2019 como R1 ou R2 em algum dos programas: Adulto Crítico, Atenção Básica em Saúde, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Atenção Materno Infantil, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental.

**Critério de Exclusão:** Serão considerados critérios de exclusão: o residente estar em período de férias, atestado ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta dos dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE apresentado.

**Recomendações:**

Não foi localizado o documento de ciência de realização da pesquisa por parte da COREMU. Sugerimos que o mesmo seja adicionado como notificação na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.215.946 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 25/04/2019. Não apresenta novas pendências. Ver recomendações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 25/04/2019 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- Este projeto está aprovado para inclusão de 134 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.ufrgs.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.333.748

à versão vigente aprovada.

d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.

e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1293369.pdf	25/04/2019 16:15:59		Aceito
Outros	CartaRespostaCEP.pdf	25/04/2019 16:15:11	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEeditado.pdf	25/04/2019 16:14:32	Daiane Dal Pai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCRajustadoCEP.pdf	25/04/2019 16:14:11	Daiane Dal Pai	Aceito
Declaração de Pesquisadores	delegafuncoes.pdf	04/02/2019 22:32:00	Daiane Dal Pai	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoRIMS.pdf	04/02/2019 16:58:02	Daiane Dal Pai	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Maio de 2019

Assinado por:

Marcia Mocellin Raymundo  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3369-7640 Fax: (51)3369-7640 E-mail: cep@hcpa.ufrgs.br