



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**JANEQUELI SIMÃO NASCIMENTO**

**AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE A PARTIR DA  
PERSPECTIVA DOS RESIDENTES**

**FORTALEZA**

**2021**

JANEQUELI SIMÃO NASCIMENTO

AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE A PARTIR DA  
PERSPECTIVA DOS RESIDENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- N195a Nascimento, Janequeli Simão.  
Avaliação do contexto de trabalho na Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde a partir da perspectiva dos residentes / Janequeli Simão Nascimento. – 2021.  
154 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-graduação Profissional em Letras, Mestrado Profissional em Letras, Fortaleza, 2021.  
Orientação: Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino.
1. Contexto de Trabalho. 2. Trabalhadores da Saúde. 3. Residência Multiprofissional. 4. Psicologia Social do Trabalho. I. Título.

CDD 400

---

JANEQUELI SIMÃO NASCIMENTO

AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO NA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE A PARTIR DA  
PERSPECTIVA DOS RESIDENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 16/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Iratan Bezerra de Sabóia  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## **AGRADECIMENTOS**

A experiência de produzir uma dissertação durante o contexto pandêmico foi um grande desafio. Praticamente todo o processo de pesquisa precisou ser modificado e adaptado às novas configurações desencadeadas pela pandemia e que reverberaram em todas as esferas da nossa vida. Nesse período desafiador, pude contar com o apoio e contribuição de muitos aos quais sou eternamente grata:

Ao Professor Cássio Adriano Braz de Aquino, orientador, exemplo de competência, dedicação e serenidade característica com a qual conduz o processo de orientação. Agradeço pela maestria em tornar o percurso mais leve, por acreditar nesta pesquisa, por não desistir de nenhum orientando e sobretudo, pela generosidade acadêmica com que compartilha seus conhecimentos. Sempre será motivo de orgulho dizer que você foi meu professor durante a graduação e orientador de mestrado.

Aos professores participantes da banca examinadora e de qualificação Walberto Silva dos Santos e Iratan Bezerra de Sabóia, pelo tempo dedicado e pelas valiosas colaborações e sugestões que tornaram possível a construção dos resultados apresentados.

Aos amigos que torceram e me encorajaram, e particularmente a Eveline Nogueira, incentivadora, prestativa e generosa. Um presente que a Universidade e a vida me deram desde 2011. Por acreditar em mim quando eu mesma duvido, e por se fazer presente sempre que precisei. Você é exemplo de ser humano, de amiga e de muito orgulho.

A Marcelo Gomes, por toda paciência, compreensão e companhia diária.

Aos colegas de Pós-Graduação que generosamente contribuíram desde os primeiros dias em que apresentei a proposta de desenvolvimento desta pesquisa. As discussões, indicações de leituras e sugestões dadas por vocês, de alguma forma estão presentes nesse estudo.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e à secretária Eveline Assunção, pelo empenho e prontidão em todas as circunstâncias.

A todos do Núcleo de Psicologia do Trabalho – NUTRA, especialmente a Professora Raquel Nascimento Coelho, por quem tenho admiração e carinho. Suas contribuições foram fundamentais para minha formação acadêmica.

Ao Programa de Residência Multiprofissional, que apoiou em tudo que precisei, e principalmente aos residentes que participaram desta pesquisa, pela presteza e pela generosidade de mesmo já tendo uma carga horária de trabalho extensa e de muitos estarem vivenciando a experiência de ocupar a linha de frente no combate à COVID-19, ainda conseguiram reservar tempo para responder a um questionário tão longo.

Ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará - UFC, onde trabalho há mais de 7 anos. À chefe de departamento, Professora Renata Bessa Pontes e, em especial, à Secretária Vanessa Mesquita e aos professores Daniela Gardano e Rafael Mesquita pelo incentivo e apoio em todas as ocasiões necessárias.

“Trabalhar não é somente produzir, mas também transformar-se a si mesmo.”

Christophe Dejours

## RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde é um programa criado pelo Ministério da Saúde (MS) em articulação com o Ministério da Educação (MEC) e faz parte de um conjunto de estratégias para estimular a educação permanente de profissionais da saúde, almejando modificar as práticas e organização do trabalho em saúde. Esta pesquisa teve como objetivo principal descrever como residentes multiprofissionais em atenção hospitalar à saúde avaliam o contexto de trabalho por meio da caracterização do perfil do residente multiprofissional, da compreensão de como residentes multiprofissionais não médicos percebem a organização, as condições e as relações de trabalho no âmbito do programa de residência e a identificação da presença de vulnerabilidades laborais atreladas ao desempenho da função trabalhador/estudante residente multiprofissional em saúde. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. Essa pesquisa ampliou o conhecimento sobre o contexto de trabalho no âmbito da RESMULTI e identificou condições de atuação profissional precarizadas. Também observou que a residência fortalece as políticas de educação permanente e formativa de trabalhadores para suprir as demandas do SUS e a prestação de assistência integral à população. A residência multiprofissional em saúde é uma oportunidade que o recém-graduado tem para adquirir qualificação específica em uma área de atuação e ganhar experiência profissional. A pandemia causada pela COVID-19 repercutiu amplamente na esfera trabalhista, provocando reconfigurações na organização do trabalho. Na condição de trabalhadores da saúde, os residentes precisaram atuar na “linha de frente” no combate ao coronavírus no período 2020-2021. Tal fato alterou o contexto de trabalho do grupo estudado e produziu repercussões inesperadas na produção dos dados, gerando impactos na condução e desenvolvimento desta pesquisa. Por este motivo, incluímos uma subseção específica para tratar de aspectos relacionados à pandemia.

**Palavras-chave:** contexto de trabalho; trabalhadores da saúde; residência multiprofissional; psicologia social do trabalho.



## ABSTRACT

Multiprofessional Residency in Health is a program created by the Ministry of Health (MH) in conjunction with the Ministry of Education (MEC), and is part of a set of strategies to stimulate the continuing education of health professionals and aims to modify the practices and organization of work in health. The main objective of this research was to describe how multiprofessional residents in hospital health care evaluate the work context through the characterization of the multiprofessional resident profile, the understanding of how non-medical multiprofessional residents perceive the organization, conditions and work relations within the residency program, and the identification of the presence of labor vulnerabilities linked to the performance of the multiprofessional health worker/student resident role. This is a descriptive quantitative study. This research expanded the knowledge about the work context within RESMULTI and identified conditions of precarious professional performance. It also observed that the residency strengthens the policies of permanent and formative education of workers to meet the demands of the SUS and to provide integral care to the population. The multiprofessional health residency is an opportunity that the new graduate has to acquire specific qualification in an area of performance and gain professional experience. The pandemic caused by COVID-19 had wide repercussions in the labor sphere. It caused reconfigurations in the organization of work. And as residents are health workers who needed to act in the "front line" in the fight against the coronavirus in the period 2020-2021, this fact changed the work context of the group studied and produced unexpected repercussions in the production of data, generating impacts on the conduct and development of this research, for this reason, we included a specific subsection to address aspects related to the pandemic.

**Keywords:** work context; health care workers; multiprofessional residency; social psychology of work.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1500-1942) .....	28
Figura 2	– Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1949-1975) .....	29
Figura 3	– Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1976-1986) .....	30
Figura 4	– Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1987-1996) .....	30
Figura 5	– Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1998-atual).....	31
Figura 6	– Fluxograma hierárquico da Residência Multiprofissional.....	59
Figura 7	– Histograma representando o tempo de residência do grupo de multiprofissionais não médicos avaliados.....	78
Figura 8	– Nuvem de palavras produzidas a partir das respostas aos itens 48 e 49 do instrumento aplicado para essa pesquisa.....	124

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Aumento de mortes de profissionais de saúde no Brasil. Período 2020-2021 em comparação a 2019.....	41
Quadro 2	– Principais causas de mortes entre trabalhadores de saúde no contexto brasileiro.....	42
Quadro 3	– Componentes que caracterizam a organização do trabalho.....	57
Quadro 4	– Componentes que caracterizam as condições de trabalho.....	60
Quadro 5	– Componentes que caracterizam as relações sociolaborais.....	61
Quadro 6	– Residentes Multiprofissionais distribuídos por ênfase de atuação no período 2019-2020.....	70
Quadro 7	– Resumo das respostas dos residentes as questões abertas do instrumento aplicado.....	124

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Dados sociodemográficos.....	79
Tabela 2	– Perfil sócio laboral de Residentes Multiprofissionais em Atenção Hospitalar à Saúde.....	80
Tabela 3	– Condições de trabalho contratuais e jurídicas de residentes multiprofissionais.....	84
Tabela 4	– Condições de trabalho físicas e materiais de residentes multiprofissionais.....	88
Tabela 5	– Processos e características do trabalho como residente multiprofissional.....	92
Tabela 6	– Ambiente sócio gerencial do trabalho como residente multiprofissional.....	101
Tabela 7	– Aspectos psicossociais do trabalho como residente multiprofissional.....	108
Tabela 8	– Condições de saúde de residentes no âmbito da RESMULTI.....	114
Tabela 9	– Correlação entre número de afastamentos e condições de saúde entre residentes.....	118
Tabela 10	– Correlação entre número de afastamentos e tempo de trabalho entre residentes.....	120

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO.....	23
2.1	Marcos sócio-histórico-políticos basilares para a implantação do SUS.....	27
2.2	A Residência Multiprofissional em Saúde (RESMULTI).....	33
2.3	Imponderabilidades da vida: entra em cena a COVID-19.....	36
2.4	Dados sobre mortalidade de profissionais de saúde por COVID-19	40
2.4.1	<i>Conjecturas para o pós-pandemia.....</i>	44
2.5	Políticas de enfrentamento ao SARS-CoV-2.....	45
3	TRABALHO, CONTEXTO DE TRABALHO E VULNERABILIDADES ENTRE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE.....	49
3.1	A centralidade do trabalho.....	50
3.2	Contexto de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde....	54
3.2.1	<i>Organização do trabalho.....</i>	57
3.2.2	<i>Das condições de trabalho.....</i>	59
3.2.3	<i>Estabelecimentos de relações sócio laborais.....</i>	61
3.3	Relações entre processos de precarização laboral e o desempenho da função residente.....	62
4	PROPOSTA METODOLÓGICA.....	67
4.1	Participantes.....	68
4.2	Instrumento.....	72
4.3	Aspectos éticos.....	74
4.4	Análise de dados.....	75

<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização Sociodemográfica e profissional dos residentes em atenção hospitalar à saúde.....</b>	<b>78</b>
<b>5.2</b>	<b>Condições contratuais e jurídicas.....</b>	<b>83</b>
<b>5.3</b>	<b>Condições físicas e materiais.....</b>	<b>88</b>
<b>5.4</b>	<b>Processos e características de trabalho.....</b>	<b>91</b>
<b>5.5</b>	<b>Ambiente sociogerencial.....</b>	<b>101</b>
<b>5.6</b>	<b>Aspectos psicossociais.....</b>	<b>107</b>
<b>5.7</b>	<b>Fatores relacionados à saúde dos residentes multiprofissionais....</b>	<b>113</b>
<b>5.7.1</b>	<b><i>O que o residente tem a dizer a partir do seu lugar de fala: Reivindicações.....</i></b>	<b>122</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>129</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>141</b>
	<b>APÊNDICE B – DADOS SOCIOLABORAIS (Q1-Q10) .....</b>	<b>142</b>
	<b>APÊNDICE C – QUESTÕES DISCURSIVAS (Q48-Q49) .....</b>	<b>143</b>
	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO (Q11- Q39 - ADAPTADO) .....</b>	<b>144</b>
	<b>ANEXO B – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO (Q40-Q47 - ADAPTADO) .....</b>	<b>149</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde emerge como um programa criado pelo Ministério da Saúde (MS) em articulação com o Ministério da Educação (MEC), e faz parte de um conjunto de estratégias para estimular a educação permanente de profissionais da saúde pública. Ela foi instituída em 3 de novembro de 2005, através da Portaria Interministerial nº 2.117, fundamentada na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. É caracterizada como um programa de pós-graduação *Lato Sensu* e tem como foco principal a formação de profissionais para compor o quadro de recursos humanos do Sistema Único de Saúde. Preconiza o compartilhamento de conhecimentos teóricos e práticos, pois acredita que desse modo é possível realizar mudanças nos processos laborais, formativos e administrativos, para uma melhor consonância com as políticas e diretrizes do SUS (BRASIL, 2005).

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) por meio da Resolução nº5/2014, estabelece que a duração do período como residente deverá ter como carga horária o total de 5.760 horas, sendo 80% dessa carga horária de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de atividades educacionais teóricas<sup>1</sup> (BRASIL, 2014). Conjectura-se que a carga horária extensa e o acúmulo de funções e responsabilidades, como ser trabalhador e estudante concomitantemente, por vezes pode fragilizar a saúde psíquica desses profissionais, cujo principal propósito de trabalho é oferecer cuidados e promover saúde de forma mais integral possível aos usuários.

Não é incomum que residentes multiprofissionais em saúde enfrentem como desafios diários: locais de trabalho com número reduzido de profissionais, rotina laboral intensa e práticas baseadas na padronização de protocolos que precisam ser preenchidos e seguidos. A remuneração, a título de bolsa, embora ainda seja considerada atrativa para um profissional de saúde não médico em início de carreira,

---

<sup>1</sup> Por considerar que a maior porcentagem da carga horária na RESMULTI é de atividades práticas, portanto, de trabalho, durante este estudo optamos por privilegiar mais a palavra “trabalho” do que o termo “formação” em alguns momentos. Além disso, partimos da compreensão de que trabalho é toda atividade social complexa, desenvolvida de forma individual ou coletiva por seres humanos e com capacidade para transformar a si mesmo e a quem executa (BLANCH, 2003). Por fim, nosso referencial teórico tem como foco principal estudar o campo do trabalho, embora não tenhamos como propósito desconsiderar ou desvincular os aspectos relacionados à formação dos residentes.

começa a despontar como uma das queixas, pois o valor encontra-se estabilizado e sem reajuste desde 2016.

De acordo com uma notícia publicada em 03 de março de 2020 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), residentes em saúde de vários estados do Brasil reuniram-se com o objetivo de reivindicar reajustes nos valores recebidos, uma vez que a reforma da previdência aprovada em 2019 elevou o percentual de contribuição previdenciária de 11% para 14% trazendo impactos financeiros para a categoria. Pautas como a precarização de profissionais do SUS, a utilização de mão de obra barata, a carga horária excessiva de 60 horas semanais e a cobrança pelo retorno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) criada em 2005, cujo propósito era facilitar o diálogo entre as demandas da categoria e o Ministério da Educação, enquanto gestor do Programa de residência, também estavam entre as principais reivindicações dos residentes. A publicação do CNS informa que a Comissão Nacional aqui mencionada deixou de se reunir mensalmente desde de abril de 2019 (BRASIL, 2020a).

O Contexto de trabalho é um elemento indispensável para a compreensão das transformações no mundo laboral, motivo pelo qual o elegemos como principal categoria de análise para este estudo com residentes multiprofissionais em saúde. É um termo que escapa a uma precisão ou unanimidade no campo dos estudos referentes aos processos organizativos, muito embora derive de algumas compreensões, tais como as que utilizaremos no desenvolvimento desta análise. Para melhorar o entendimento acerca do conceito “contexto de trabalho”, preferimos segmentá-lo em três dimensões a conhecer: (1) organização do trabalho; (2) condições de trabalho e (3) relações socioprofissionais (MAISSIAT et al., 2015).

Tendo em conta que a proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) objetiva promover modificações nas práticas e na organização de trabalho a partir da educação permanente, faz-se necessário avaliar como residentes multiprofissionais em atenção hospitalar vivenciam e percebem o contexto de trabalho no âmbito da Residência Multiprofissional (RESMULTI). Dada a complexidade do problema de pesquisa, optamos por realizar um recorte que permita reflexões amplas inicialmente e, em uma segunda etapa, forneça gradualmente informações mais detalhadas e estruturadas para que possamos ampliar nossa compreensão acerca do



contexto de atuação e das experiências desses trabalhadores/estudantes<sup>2</sup> em processo formativo.

O interesse em estudar essa temática surgiu a partir da observação de práticas profissionais de residentes não médicos, modalidade de treinamento em serviço muito presente no contexto brasileiro. A experiência de integrar um núcleo de pesquisa e desenvolver atividade de extensão com uma equipe composta majoritariamente por residentes multiprofissionais mostrou-se muito potente para meu crescimento profissional, mas em alguns momentos também gerou inquietações e incômodos. Após avaliarmos as situações que produziram tais efeitos, decidimos realizar uma breve pesquisa bibliográfica sobre como ocorre à inserção de residentes nos serviços de saúde.

Para a supracitada revisão teórica realizada ainda no primeiro momento de inquietação, utilizamos os critérios propostos por Koller, Couto e Hohendorff (2014), sendo considerados na busca somente artigos com avaliação pelos pares, publicados nos últimos 5 anos, veiculados em consistentes bases de dados científicas (BVS/SciELO, MEDLINE/PubMed e CAPES) e, portanto, com conteúdo acessível integralmente. A intenção dessa exploração documental foi tentar reunir elementos para entendermos melhor as práticas observadas com base em uma avaliação crítica da literatura disponível sobre o tema. Assim, tivemos como desfecho investigativo nessa ocasião a constatação de que existe uma lacuna em relação ao trabalho desempenhado por residentes.

As principais informações encontradas derivam da legislação que implanta, regulamenta e estabelece as normas de funcionamento ou, alternativamente, o foco de investigação dos estudos recai sobre o serviço prestado à instituição e aos beneficiários, enquanto que as referências produzidas por intermédio de pesquisas de campo quantitativas sobre organização, condições e relações sociolaborais engendradas a partir da percepção dos residentes ainda são incipientes. Daí a relevância e necessidade de produzirmos dados sistemáticos sobre as circunstâncias

---

<sup>2</sup>No âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, trabalho e formação ocorrem em concomitância, impossibilitando uma separação teórica satisfatória, uma vez que a própria legislação que regulamenta a criação e implementação das referidas residências estabelece uma ligação intrínseca entre formação e trabalho.

de atuação desses trabalhadores. A questão apresentada também reacendeu o desejo de retomar e aprofundar os estudos sob o viés da Psicologia Social do Trabalho (PST), interrompidos após a graduação.

A escassez de pesquisas sobre o contexto de trabalho no âmbito das RMS, inclusive por parte da Psicologia, reflete de certo modo, a invisibilização social a que o trabalho do Residente Multiprofissional (RM) está submetido desde sua regulamentação. Sabóia (2019) argumenta que atividades que não são percebidas pela coletividade frequentemente recebem o status de pouca relevância social e estariam classificadas como invisíveis, guardando relações próximas a subempregos e precarização. Assim, tomando como fundamentação teórica a Psicologia Social do Trabalho (PST), entendemos ser um compromisso ético-político tornar, se não compreensível, ao menos visível o que o residente multiprofissional tem a dizer sobre sua estadia na residência, sobre suas experiências habituais, enfim, sobre o seu trabalho.

Para Freitas e Facas (2013) o sentido atribuído ao fazer depende diretamente da percepção que o trabalhador tem da sua realidade. Coutinho, Bernardo e Sato (2017) afirmam ser de fundamental relevância o conhecimento do cotidiano dos trabalhadores, pois assim não se incorre no risco de fazer generalizações, desconsiderando as especificidades presentes em práticas rotineiras que perpassam o trabalho meramente prescrito. Para essas autoras, “[...] cotidiano refere-se aos acontecimentos corriqueiros do dia a dia, os quais, mesmo em sua singularidade, relacionam-se com os processos sociais mais amplos” (COUTINHO; BERNARDO; SATO, 2017, p. 83). Contudo, não significa dizer que todos os acontecimentos são previsíveis e controlados pelos trabalhadores.

A exposição das principais queixas da categoria residente revela um contexto laboral vulnerável à precarização, marcado por carga horária extensa, exploração dos trabalhadores, baixa remuneração e pouca valorização profissional, esta última evidenciada pelo próprio regimento do programa de residência, que em alguns aspectos trata os residentes como estudantes e em outros como funcionários. Essa postura dúbia nos remete a um “jogo de conveniência” que visa proteger/beneficiar quem estabelece as normas, e produz agravos às condições de trabalho e de vida dos residentes que nesse contexto aparecem como a parte mais vulnerável da relação

de trabalho. Rodrigues (2016) afirma que essa problemática não deve ser ignorada ou silenciada, uma vez que suscita angústias, estresse laboral, preocupações, ansiedade e conflitos rotineiros. Coutinho, Bernardo e Sato (2017, p. 114), destacam que:

A pesquisa, quando é capaz de ouvir o que têm a dizer os trabalhadores, tem também o potencial de subsidiar políticas públicas voltadas para o mundo do trabalho. Ainda, deve-se destacar que investigações que abordem criticamente realidades tidas como naturais podem colaborar na mobilização da opinião pública quando conseguem atravessar os filtros da grande imprensa.

A falta de entendimento claro sobre a categoria “residente em saúde”, assim como a ausência de uma definição precisa da função e de como seu trabalho deve ser desempenhado produzem equívocos por parte de gestores, profissionais não residentes e usuários, que, por vezes, incorrem no risco de considerar que os residentes estão lotados no serviço de saúde com a finalidade de suprir a carência de profissionais nas redes de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, é necessário averiguar como residentes multiprofissionais apreendem o desempenho de suas funções no contexto de trabalho da residência em saúde, compreendendo que eles são “trabalhadores com características específicas”, cuja jornada laboral é extensa e que exercem dupla função, a saber: (1) estudante de pós-graduação *lato sensu* e (2) profissional de nível superior em serviço; e, portanto, se inserem de forma particular no mercado de trabalho (RODRIGUES, 2016).

Frisamos que médicos não estão incluídos como respondentes desta pesquisa. A opção de excluir residentes médicos justifica-se por considerar que as condições de trabalho estabelecidas para eles se distinguem das exigidas para outros profissionais. Existe o Programa de Residência Médica (RESMED), onde somente médicos podem ingressar, e o Programa de Residência Multiprofissional (RESMULTI) que agrega os demais profissionais de saúde não médicos. Embora ambos tenham em comum o fundamento legal, o modelo de organização e o funcionamento norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, podemos verificar que apresentam cisões marcantes, como, por exemplo, a carga horária total e a exigência de dedicação integral e exclusiva para residentes multiprofissionais, o que os impedem de acumular outra atividade acadêmica ou trabalhista fora da residência. No caso de residentes médicos,

apesar do requisito de até 60 horas semanais, suprimiu-se o caráter de dedicação exclusiva (UFC, 2020).

Além disso, a portaria que instituiu a RESMED no Brasil data de 1977, sendo, desta maneira, anterior à criação da RESMULTI em quase três décadas, de tal modo que, embora a residência não seja necessariamente obrigatória para exercer a função de médico, ela é uma fase considerada tradicional e bem estabelecida para essa categoria. Já para os demais profissionais de saúde, integrar um programa de residência constitui uma etapa eletiva que ainda se estrutura de modo atípico na formação destes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Posto isto, consideramos devidamente elucidadas as motivações do nosso delineamento de pesquisa. Ademais, ancorados no referencial da PST e subsidiariamente, a contribuições pontuais da Psicodinâmica do Trabalho, buscamos privilegiar o contexto de trabalho a partir das experiências e dos processos de trabalho/formação de residentes não médicos e dos modos de subjetivação daí advindos, com atenção especial para as condições de trabalhos e identificação de processos de vulnerabilidade laboral próprios dessa categoria (JACQUES, 2003).

Esta pesquisa teve como objetivo principal descrever como residentes multiprofissionais em atenção hospitalar à saúde avaliam o contexto de trabalho. Os objetivos específicos foram: (1) Caracterizar o perfil do residente multiprofissional em atenção hospitalar à saúde; (2) Compreender como residentes multiprofissionais não médicos percebem a organização, as condições e as relações de trabalho no âmbito do programa de residência e (3) Identificar a presença de vulnerabilidades laborais atreladas ao desempenho da função trabalhador/estudante residente multiprofissional em saúde.

A produção e análise de dados teve como referencial metodológico uma abordagem do tipo quantitativa descritiva, a partir da qual ambicionamos responder adequadamente aos objetivos propostos. Consideramos que a produção científica acerca do fenômeno de interesse é insuficiente, derivando daí a necessidade de produzir informações gerais sobre o perfil dos respondentes e descrever características específicas relacionadas ao desempenho da atividade laboral do grupo estudado.

Em observância às normas de organização, este texto foi estruturado em partes

e, para que o leitor possa tomar conhecimento dos assuntos abordados, cada capítulo é brevemente apresentado. No capítulo intitulado **O sistema de Saúde Pública brasileiro** expusemos um quadro geral sobre os principais acontecimentos no campo da saúde que reverberaram mudanças no domínio do trabalho. Incluímos figuras que formam uma linha do tempo demarcando eventos históricos e políticos importantes que serviram de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) atual, momento onde apontamos a longa trajetória de entrelaçamento entre saúde, trabalho e política. Apresentamos também a residência multiprofissional como um programa de formação continuada destinada aos profissionais de saúde no âmbito do SUS. Diante da crise sanitária mundial que emergiu em 2020, explicamos como a pandemia causada pela COVID-19 repercutiu na esfera trabalhista, enfatizando que os profissionais de saúde têm vivenciado uma reconfiguração na organização do labor. Além disso, expressamos como a intensificação laboral de profissionais atuando na “linha de frente” no combate ao coronavírus desde 2020, que ainda perdura em 2021, ecoou na experiência ocupacional do grupo estudado e na obtenção dos dados, conseqüentemente gerando impactos na condução e desenvolvimento desta pesquisa. Ademais, especulamos perspectivas para o mundo do trabalho pós-pandemia e apresentamos sucintamente as principais políticas de enfrentamento ao SARS-CoV-2 adotadas pelo governo brasileiro.

Cabe explicarmos que nesse capítulo há uma subseção dedicada a tratar diretamente de alguns aspectos relacionados à pandemia, pois, ao longo do desenvolvimento deste projeto, deparamo-nos com esse evento que não podia ser excluído de nossa reflexão dada sua reverberação sobre os profissionais de saúde, inclusive por observarmos que o advento da crise sanitária causada pela COVID-19 proporcionou uma inflexão imponderável sobre o campo de investigação.

No capítulo **Trabalho, contexto de Trabalho e vulnerabilidades entre Residentes multiprofissionais em Atenção Hospitalar à Saúde**, reafirmamos a centralidade do trabalho e descrevemos o contexto ocupacional de residentes multiprofissionais, abordando questões mais específicas sobre organização, condições laborativas e construção de relações sócio-ocupacionais. Discutimos ainda vulnerabilidades presentes na proposta do Programa de Residência Multiprofissional, aproximando o desempenho da função residente às modalidades de trabalhos

precarizados ou facilitadores de processos de precarização frente ao cenário de desregulamentação trabalhista.

Na **Proposta Metodológica**, detalhamos todo o percurso de pesquisa, o tipo de estudo, o instrumento utilizado, a escolha dos participantes, como se deu o acesso aos pesquisados e como ocorreu a tabulação e análise dos resultados. Também especificamos critérios de exclusão, modelo de residência pesquisado e os aspectos éticos.

A parte denominada **Resultados e Discussão** apresenta um panorama global sobre o perfil sociolaboral dos residentes. A discussão sobre contexto de trabalho é aprofundada. As análises são apresentadas em tabelas através de estatística descritiva. Também apresentamos uma nuvem de palavras construída por meio do software Atlas.ti, o que permitiu a categorização das respostas subjetivas gerando uma espécie de classificação hierarquizada das palavras, possibilitando que o conteúdo textual dos dois itens não quantificáveis fosse analisado. Por fim, os resultados são explicados e interpretados à luz das categorias propostas no questionário aplicado.

No capítulo de fechamento do texto denominado de **Considerações Finais**, assinalamos as impressões obtidas. Procuramos fazer uma síntese dos achados relacionando a descrição do contexto ocupacional, perfil sociodemográfico predominante, condições de trabalho presentes e vulnerabilidades potentes de produzir impactos na vida do labutador residente multiprofissional em saúde. Pontuamos ainda limitações do estudo e apontamos a necessidade de mais pesquisas sobre o tema em questão, além de alguns direcionamentos possíveis.

Salientamos que o percurso de investigação suscitou muitas dúvidas, sobretudo quanto aos objetivos. A dificuldade ou talvez relutância em fazer um recorte mais preciso esteve presente praticamente em todo o processo de pesquisa. A este respeito, julgamos que idas e voltas, assim como a dúvida fazem parte do processo de construção de pesquisadores, porque o conhecimento é produzido por e para pessoas que têm valores e princípios, sejam eles: políticos, econômicos e/ou sociais. Ressaltamos que nosso compromisso no fazer científico não persegue uma neutralidade irrestrita. Felizmente, o Exame de Qualificação e as orientações resultaram em contribuições valiosas que permitiram um trajeto mais ancorado e

exequível que apresentamos a seguir.

## 2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tal como conhecemos hoje é resultado de um longo processo histórico, político, econômico e social, forjado a partir de reivindicações organizadas por diversos setores da sociedade brasileira. Sua origem mais distante remete ao ano de 1808, data de chegada da família real portuguesa e abertura dos portos do Brasil aos aliados da coroa lusitana. Até então, não havia nenhuma preocupação por parte dos governos quanto a questões sanitárias da população, embora outras pessoas habitassem o país. Na falta de médicos para assumirem o controle sanitário (assistência à saúde), os Farmacêuticos, na época chamados de Boticários, assumiram a tarefa.

A chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro é um marco para a saúde no Brasil, pois no mesmo ano foram construídas por Dom João VI duas instituições de saúde, a primeira em Salvador, chamada Colégio Médico-Cirúrgico no Hospital Real Militar, e anexa a esta, a segunda, chamada Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Para Bertolli Filho (2004) a rápida instalação dessas unidades de saúde ocorreu graças à influência exercida pelo médico pernambucano Correia Picanço sobre o rei D. João VI.

Outro grande avanço na área da saúde em nosso país ocorreu sob o comando do sanitarista Oswaldo Cruz, nomeado em 1903 para gerir o Departamento Federal de Saúde Pública com a missão de combater, sobretudo, a febre amarela, doença epidêmica, assim como a varíola e a malária. Na época, a propagação dessas enfermidades provocou recusa ao desembarque por parte de navios internacionais no porto do Rio de Janeiro, o que forçou o governo a estabelecer medidas de saúde para que as exportações não fossem afetadas. Partindo desse fato histórico, é provável que nunca deixemos de ter um modelo de saúde pública conduzido exclusivamente pelas demandas do capital.

Percebemos que a construção do sistema de saúde pública brasileiro tem como particularidade sua vinculação direta às questões políticas e econômicas, e em última análise, coadunamos com o pensamento de Polignano (2001) de que os avanços das políticas de saúde ocorreram na medida em que o capitalismo ganhou mais espaço, em especial o capitalismo globalizado que foi moldando o processo de implantação



das políticas de saúde do Brasil. Para o autor, a saúde sempre esteve à margem das prioridades políticas, ocupando um lugar subalterno. Não há um esforço genuíno voltado para resolução dos problemas de saúde demandados pela população brasileira, visto que os recursos financeiros direcionados são sempre incompatíveis com a receita necessária para cobrir os investimentos que visam assegurar um serviço de saúde satisfatório.

Até 1945, a preocupação do governo girava em torno da adoção de medidas sanitárias, cujo objetivo era manter vetores e epidemias controlados, evitando sobremaneira infestações em locais prioritários para a economia. Veja que a centralidades das ações se concentravam na prevenção de prejuízos econômicos.

As bases propriamente ditas que integram a construção do SUS surgem no contexto de industrialização e crescimento urbano, estando atreladas à previdência social e à criação de leis. Essa luta foi iniciada por operários fabris que reivindicavam o direito ao auxílio salarial nos casos de acidente ou ao afastamento por motivo de doença. A regulamentação desse direito ocorreu através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), responsáveis por recolher contribuições de empregados e empregadores, cuja finalidade era pagar os benefícios. Como a responsabilidade de criar a CAP era do próprio empregador, cada empresa deveria criar a sua. Podemos notar que apenas trabalhadores formais poderiam usufruir desta garantia (BERTOLLI FILHO, 2004).

Assim, a criação das caixas e institutos de pensões nos anos 1940 absorveu a maioria dos trabalhadores da saúde para integrar os serviços privados (MARTINS; MOLINARO, 2013). Mais tarde, o governo militar sofreu influências internacionais da medicina científica, o que o fez direcionar as ações de saúde para enfoques curativista-hospitalocêntrico e contratações de mão de obra terceirizada.

Contudo, de acordo com Correia (2014), as CAP foram incorporadas e substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) - podemos chamá-los de “embriões” dos planos de saúde atuais -, como uma resposta do governo Getúlio Vargas às exigências da classe trabalhadora industrial. Os IAPs eram representados por categorias profissionais e traziam como ganho a assistência médica fornecida prioritariamente pela iniciativa privada. Entretanto, enquanto o governo financiava massivamente a expansão da rede privada de saúde, o setor

público foi sendo esquecido, sucateado. Nesse período, a força de trabalho da saúde passa por uma reconfiguração que separa os assalariados, no caso os médicos, das demais classes que trabalham sem regulamentação. Ou seja, para os profissionais não médicos, as contratações ocorriam de forma indireta, assemelhando-se ao que hoje compreendemos como terceirização. Poucos conseguiam contrair vínculo direto com o Estado e, apesar da taxa de desemprego entre eles ser considerada baixa, os contratos não ofereciam proteção nem estabilidade, caracterizando vinculação frágil, condições precárias de desempenho das atividades e grande rotatividade (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Percebemos que a intenção do governo Vargas tinha como interesse prioritário proteger sua aliança com o capitalismo representada nessa conjuntura pelo investimento de recursos públicos em instituições privadas de saúde e pela necessidade de controlar o operariado fabril, evitando, nesse sentido, que o capital industrial tivesse algum prejuízo ou aborrecimento. A ideia de que os IAPs seriam organizações para beneficiar os trabalhadores tornou-se uma estratégia do governo para camuflar seus verdadeiros propósitos.

A implantação do regime militar brasileiro a partir de 1964 beneficiou a junção dos IAPs, que tiveram suas resistências contra a unificação ignoradas pelo regime autoritário. A integração dos IAPs originou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, além de manter, ampliou a compra de assistência privada à saúde, cujo modelo de atendimento baseava-se na medicina curativista, hospitalocêntrica e medicalista.

Finalmente, em 1977, o INPS foi substituído pelo Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), órgão governamental que abrigava o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e que ficou incumbido de prestar assistência médica por meio da aquisição de serviços de saúde da esfera privada. A extinção do INAMPS deu lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo com característica universalizante, cuja proposta é oferecer atendimento integral e justo a todo brasileiro que nasceu a partir da publicação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. (CORREIA, 2014).

A Constituição Brasileira de 1988 garantiu a criação de um sistema de saúde pública universal e custeado integralmente pelo Estado. Antes disso, a assistência à

saúde era um privilégio de poucos que possuíam riquezas ou emprego formal. O processo de consolidação do SUS é marcado por avanços e retrocessos, porém não podemos deixar de perceber a sua grandeza resultante de muitas lutas travadas entre governos, setores sociais e classes trabalhadoras. É preciso tratar o SUS como um “patrimônio da sociedade brasileira” a ser preservado, valorizado e fortalecido. Ele representa uma conquista coletiva fundamentada em princípios como universalidade, integralidade, equidade e participação popular - pilares fundamentais para a construção de uma saúde pública acessível, humanizada, justa e participativa.

Contudo, não queremos com o acima exposto estimular uma postura conformista em relação ao Sistema Único de Saúde do Brasil. Compreendemos que, apesar de sua magnitude, o SUS ainda possui muitas falhas, precisando ser ampliado e aperfeiçoado. Cabe a nós, enquanto sociedade, continuar lutando para que ele se mantenha sólido no seu papel de fornecer acesso universal e gratuito à saúde em todo território nacional. O SUS representa um investimento social fundamental, seu custeio, assim como seus benefícios, contempla a todos os cidadãos e, portanto, não deveria em hipótese alguma ser submetido aos interesses econômicos de governos.

A ausência de uma Lei geral que direcione a administração pública acarreta em prejuízos para a gestão e desenvolvimento das ocupações em setores como o da saúde, que demanda força de trabalho extensivamente, criando tensões resultantes das divergências entre direitos sociais e globalização econômica. A fim de garantirmos o princípio da equidade e preservar a função social do trabalho, precisamos considerar a desregulamentação do mercado de trabalho, com vistas a refletir sobre novas possibilidades de regularizar as relações laborativas.

Nesse espaço, a Residência Multiprofissional se constitui como um programa de formação em e para o serviço, pois visa garantir que não falte mão de obra qualificada para trabalhar nos serviços públicos de saúde. No entanto, o que observamos na prática é que esses profissionais encontram dificuldades para ingressarem nos setores públicos depois de concluída a residência. Mesmo havendo carência de profissionais, a inserção com vínculo direto tem sido cada vez mais difícil. Uma vez que a União, Estados e Municípios vêm adotando frequentemente modalidades de contratos temporários ou regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), celebrados a partir de seleções públicas. Dessa maneira,

percebemos que a contratação via concurso público regulada pelo Regime Jurídico Único (RJU) vem deixando de ser o tipo de contratação preferencial para a gestão pública.

A reforma estatal implementada em 1990 pelo governo federal, incluiu a incorporação dos Hospitais Universitários (HUs) ao SUS. Essa mudança trouxe como desafios o aumento do fluxo de demandas nas esferas de ensino, pesquisa e assistência, que foram acolhidas por meio da flexibilização das relações laborais, expressa pela contratação de vínculos de trabalho heterogêneos. Já em 2009, o III Fórum de dirigentes dos Hospitais Universitários Federais colocou em pauta de discussão a implementação de Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS), revelando o interesse da esfera pública em promover as condições necessárias para que a Residência Multiprofissional (RESMULTI) fosse largamente implantada em hospitais públicos. A esse respeito, Silva (2018, p. 12) lembra que:

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.

A seguir, faremos um resumo ilustrado de alguns dos principais eventos que marcaram a história da saúde pública no Brasil e, por conseguinte, serviram de bases para pavimentar a construção do SUS como um sistema de saúde público, universal e gratuito, o qual dispomos hoje. Privilegiamos os acontecimentos relacionados às classes trabalhadoras, demandas sociais, economia e política governamental por considerarmos que essas áreas guardam estreitas relações com nossa perspectiva de estudo. Esta síntese dá ao leitor uma compreensão geral do processo sócio-histórico-político-econômico, situando-o quanto à evidência de importantes acontecimentos responsáveis por urdir o SUS.

## **2.1 Marcos sócio-histórico-políticos basilares para a implantação do SUS**

Podemos visualizar na figura 1 que até o ano de 1500 problemas relacionados à saúde eram tratados empiricamente com uso de plantas e ervas nativas da flora local. A criação do 1º laboratório bacteriológico se deu após um contexto conflituoso

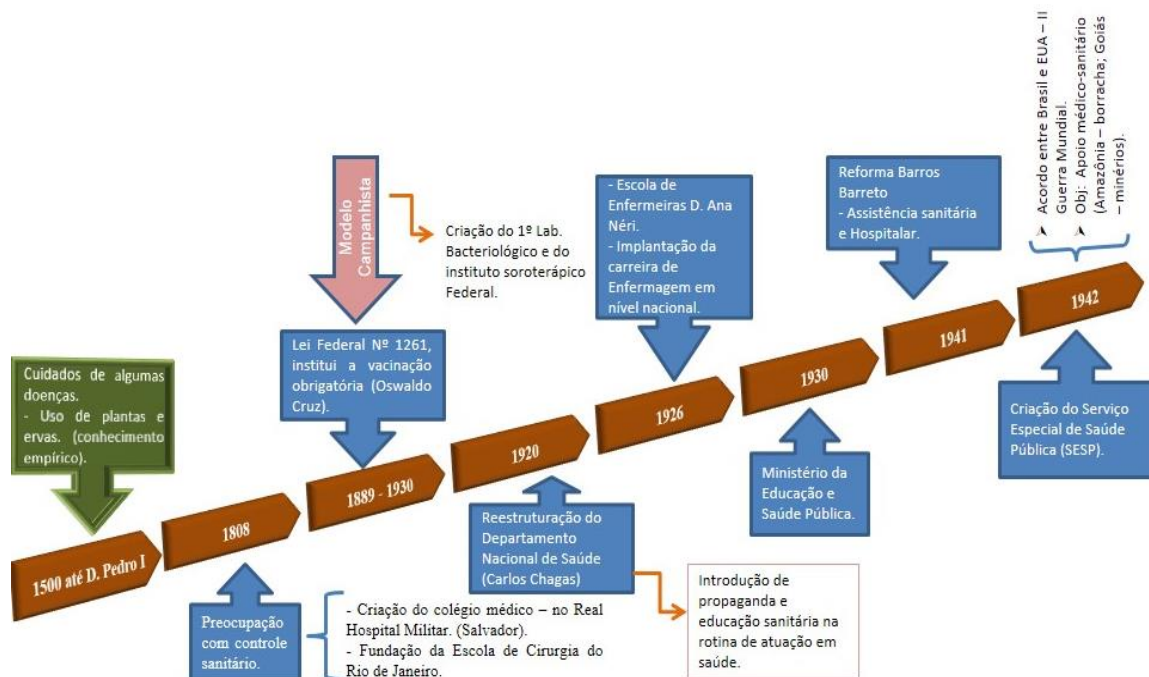
conhecido historicamente como “revolta da vacina”, no qual o governo instituiu obrigatoriamente a imunização de toda a população contra a varíola.

É importante destacarmos que a vacina produzida para combater a varíola data de 1904 e, embora tenha causado muitos problemas na época, o embate entre o conhecimento científico e a desconfiança popular serviu como catalisador de transformações significativas para o campo da saúde pública. A partir desse contexto, ocorreram modificações nas práticas sanitárias. Novas vacinas foram produzidas, a profissão de enfermagem foi regulamentada, a educação sanitária foi implantada e um ministério para se ocupar exclusivamente com as questões relativas à saúde foi criado.

Figura 1 - Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1500-1942)

Fonte: elaborada pela autora.

Um século depois, vivenciamos uma crise sanitária sem precedentes e esses

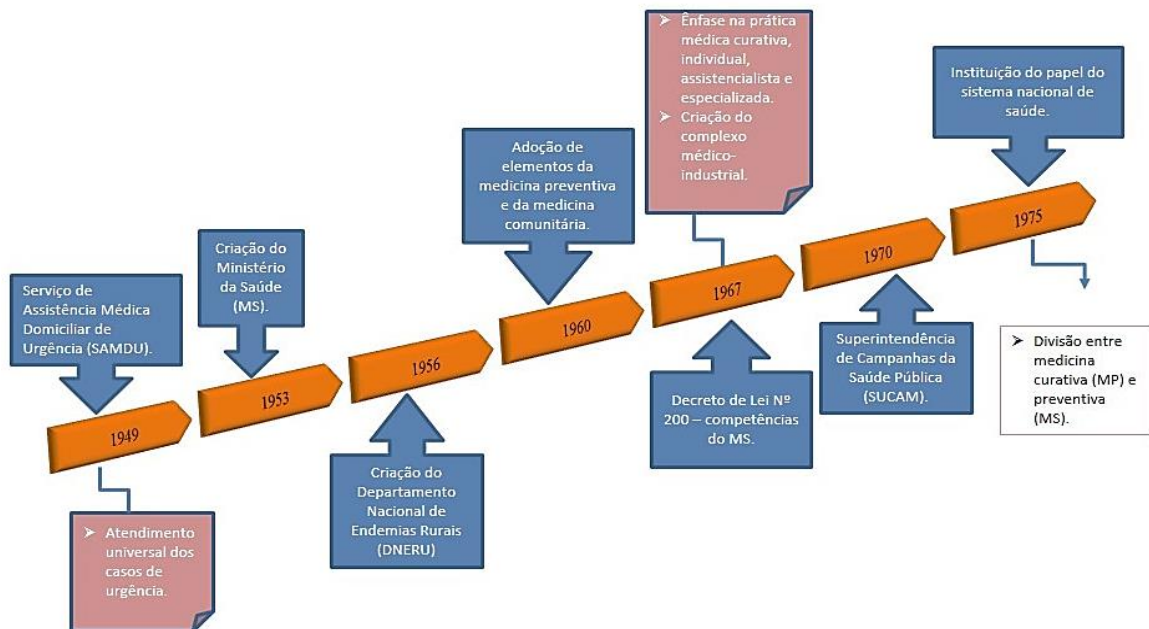


elementos são aliados fundamentais para enfrentarmos a pandemia, ao mesmo tempo que parecem reproduzir as dicotomias de cem anos atrás, pois a desconfiança na ciência, nas vacinas e nas medidas sanitárias também estão presentes na conjuntura atual. Novamente, a ciência precisa disputar com “achismos” e provar que é dela o

direito de ocupar o lugar de conhecimento técnico.

Observamos que o percurso da criação e organização do SUS é marcado por eventos que poderíamos chamar de pontos de inflexão que impactam sua história. A varíola pode ser considerada um desses acontecimentos e a COVID-19 seria mais um exemplo desses fatos - guardada sua repercussão singular - que também exigiu uma reorientação do sistema de saúde para suprir as necessidades de saúde da população em caráter emergencial.

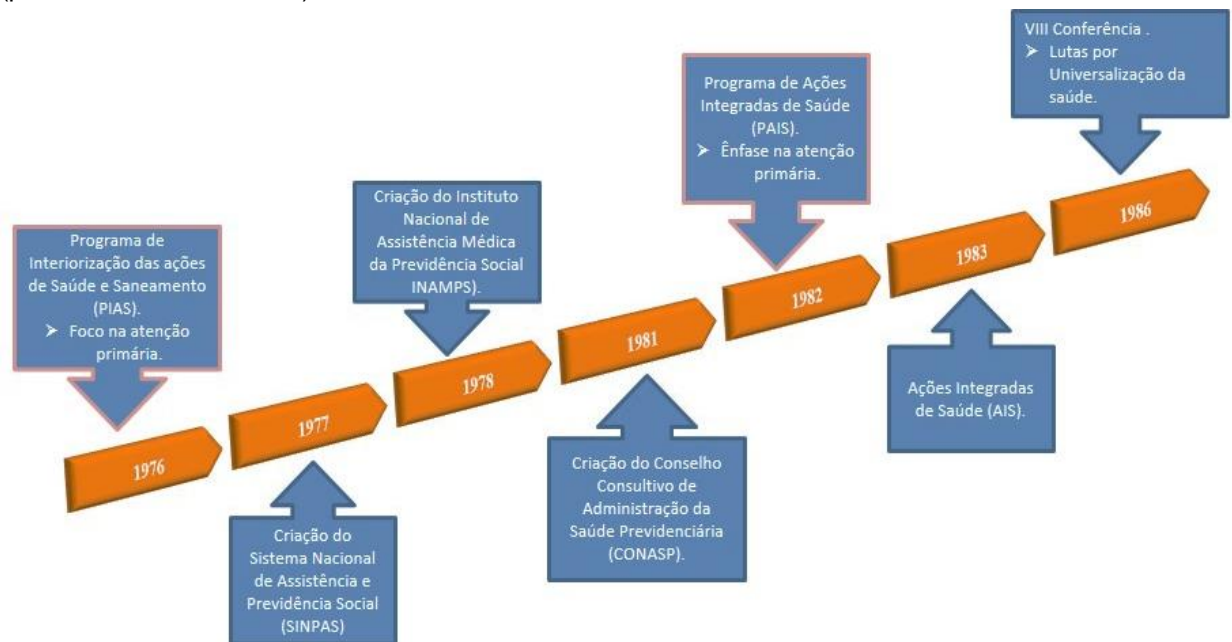
Figura 2 – Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1949-1975)



Fonte: elaborada pela autora

A figura 2 mostra que a criação do Ministério da Saúde (MS) data de 1953. A atuação médica tinha como diretriz principal a medicina curativa apesar de abrir espaço para elementos da medicina preventiva. Nesse mesmo período, criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), órgão que teve importante papel no combate a endemias e campanhas preventivas de saúde coletiva.

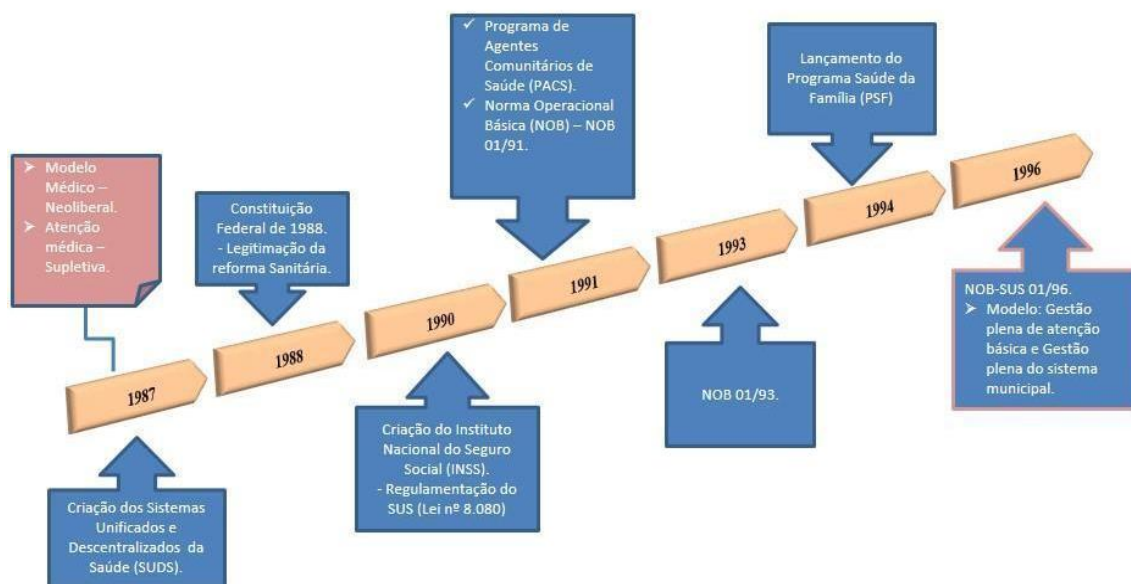
Figura 3 – Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1976-1986)



Fonte: elaborada pela autora

Conforme mostrado na figura 3, a década de 1976-1986 tem como marco para a saúde pública a criação de órgãos com a finalidade de gerenciar as ações de saúde. A atenção primária começa a ganhar adeptos. Ações integradas de saúde passam a ser desenvolvidas e eclodem as primeiras reivindicações pela universalização da saúde.

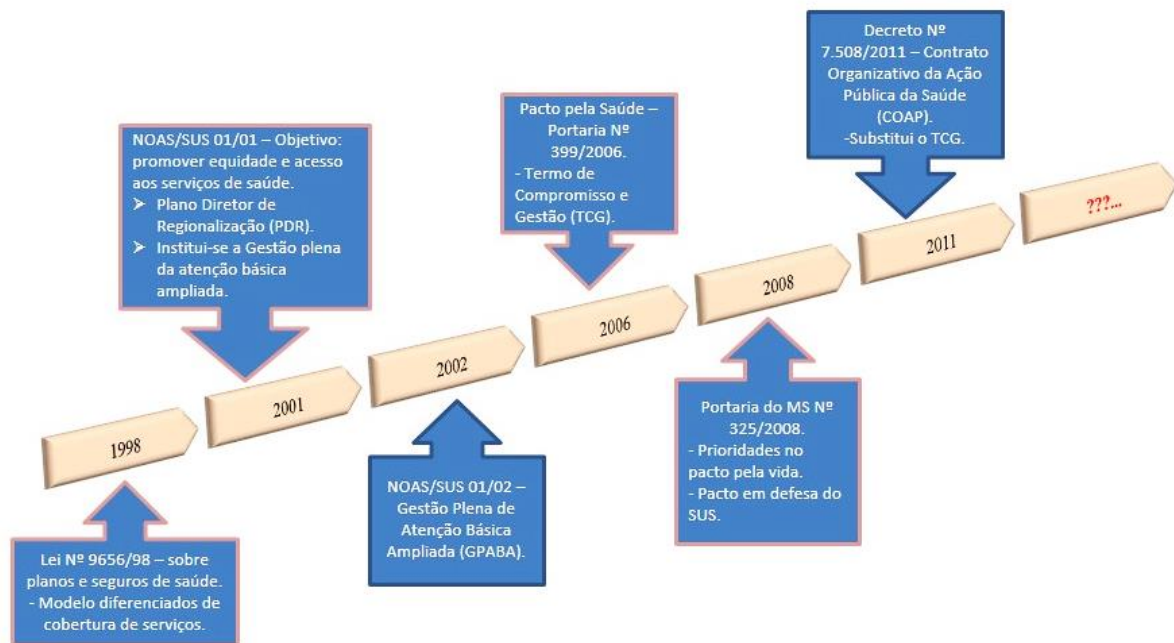
Figura 4 - Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1987-1996)



Fonte: elaborada pela autora

Os anos iniciais que englobam a promulgação da constituição cidadã brasileira (figura 4) são balizados pelo modelo médico promovido pelas políticas neoliberais, ou seja, transfere a responsabilidade estatal de suprir boas condições de saúde para a iniciativa privada, tornando tal transferência um negócio lucrativo. Além da Constituição Federal, representação máxima das leis que regulam o funcionamento de um Estado de direito e fornece o pilar de sustentação de toda sociedade democrática, nessa mesma década foi criado o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), entidade imprescindível para os trabalhadores, pois deu origem à Previdência Social, atual responsável por conceder um conjunto de direitos sociais trabalhistas previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Figura 5 - Linha temporal que ilustra os principais eventos da história da saúde pública do Brasil (período entre 1998-Atual)



Fonte: elaborada pela autora

Apesar da consolidação do SUS, a figura 5 evidencia que o fim dos anos 1990 seguiu os princípios da política neoliberal adotada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que tinha como meta fortalecer planos e seguros de saúde. Com o Partido dos Trabalhadores (PT) assumindo o Governo Federal nos anos 2000, o



Sistema Único de Saúde passou por uma reestruturação, visando equidade no acesso aos serviços, regionalização, ampliação da atenção básica e gestão compartilhada.

Em 2006, foi lançada pelo Ministério da Saúde uma campanha em defesa do SUS chamada “Pacto pela Saúde”, um documento público com a proposta de ser revisado anualmente conforme as necessidades de saúde da população e em consonância com os princípios do SUS. O objetivo desse pacto era estabelecer prioridades, diretrizes e metas através de um termo de compromisso de gestão elencado em três frentes de atuação: (I) “pacto pela vida, (II) pacto em defesa do SUS e (III) pacto de gestão do SUS”.

De forma bem resumida, podemos explicar que o primeiro pacto tinha como alvo responder demandas sanitárias e alcançar bons resultados em todos os níveis assistenciais definidos como prioritários para a saúde dos beneficiários dos serviços. O segundo pacto caracterizou-se como uma estratégia de repolitização que propunha mobilizar a sociedade a defender o SUS como um direito cidadão, além de argumentar que o orçamento para o financiamento público do sistema de saúde deveria ser articulado pelas três esferas governamentais e garantido constitucionalmente para que, assim, o SUS não fosse visto como uma política de governos, mas sim de Estado.

O terceiro pacto considerava aspectos como a extensão territorial e a diversidade populacional brasileira, de modo que definia com mais clareza competências e responsabilidades individuais. A regionalização e descentralização dos serviços apareciam como fundamentais para o adequado funcionamento. Reforçar a participação e controle social, assim como garantir o financiamento compartilhado (federal, estadual e municipal) e uma gestão participativa entre os entes federados estavam entre as metas (BRASIL, 2006). Até esse evento, o SUS vinha mantendo uma linha ascendente de avanços e melhorias.

Em 2011, ainda no governo Lula, foi autorizado através de Medida Provisória (MP) a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (EBSERH). Tradicionalmente, os Hospitais Universitários (HUs) abrigam em seu quadro funcional trabalhadores com vínculos diversificados. De acordo com a MP, a criação de uma única empresa pública que assumisse a gestão de todos os HUs do país homogeneizaria as formas de contratação, evitando, assim, precarização de funcionários, algo identificado pelo governo como um dos grandes problemas dessas

instituições. Na ocasião, sindicatos, organizações sociais e principais representações da saúde pública se posicionaram contrários à fundação da EBSEERH, como, por exemplo, na 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Talvez por conta das resistências encontradas ou apenas por questões de logística, o projeto foi avançando vagarosamente. Contudo, após um ano, a EBSEERH foi consolidada em caráter definitivo através da lei nº 12.550/2011, assinada pela então presidenta, Dilma Rousseff. É importante relatarmos esse evento, pois, com a cessão dos hospitais federais, a EBSEERH assumiu a responsabilidade de apoiador e executor de planos de ensino e pesquisa dentro dos HUs, priorizando a implementação de residências tanto multiprofissional como em áreas médicas e uniprofissionais, conforme as necessidades do serviço. Inclusive, a partir de 2016, o Regimento Interno da administradora dos hospitais federais permite que os residentes possam ser representados junto ao conselho consultivo da empresa através de um membro indicado pela representação geral das residências. Das 50 instituições identificadas no Brasil como HUs, 40 aderiram à proposta de ceder a administração em troca de mais financiamento. As que não concordaram em ceder a gestão não o fizeram por julgarem que essa ação seria a “porta de entrada” para privatizar os hospitais (SILVA, 2018).

Apesar da justificativa do poder público de que criar uma empresa com a finalidade exclusiva de administrar os hospitais públicos federais padronizaria os tipos de vínculos e resolveria o problema da precarização, podemos relatar que o transtorno persiste, uma vez que a própria EBSEERH celebra diversos contratos de terceirização de mão de obra, ocorrendo o que podemos chamar de “terceirização da terceirização ou quarteirização”, um processo marcadamente caracterizado por precarização de trabalhadores. Por fim, com a instabilidade política enfrentada pelo país após o fim do governo Dilma, fica mais evidente que o SUS parece ter sofrido um retrocesso corroborado por ataques políticos como, por exemplo, a emenda constitucional, sancionada por Michel Temer, que determinou o congelamento por 20 anos do teto de gastos públicos, afetando diretamente os recursos e investimentos direcionados à saúde.

## **2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde (RESMULTI)**

A Residência Multiprofissional em Saúde nasceu através da articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC). Sua regulamentação ocorreu em novembro de 2005 através da portaria Nº 2.117. No entanto, antes da publicação da portaria que a instituiu, o governo publicou a portaria Nº 11.129 do mesmo ano, criando o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005). A partir disso, cada instituição de saúde pode criar uma representação para coordenar e supervisionar todos os seus Programas de Residência, sejam eles Multiprofissional e/ou Uniprofissional em saúde. Essas comissões são denominadas de Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Saúde (COREMU) e são compostas pelo coordenador geral da residência, por todos os coordenadores dos programas e coordenadores didático-pedagógicos. Cada programa também pode contar com as seguintes representações, no quantitativo de um: docente-assistencial (tutores e preceptores), representante dos residentes, representação da gestão local, da gestão hospitalar, indicado pela gerência de ensino e pesquisa, e um presidente eleito pela COREMU que necessariamente deverá ser um coordenador, tutor ou preceptor no momento da eleição (UFC, 2019).

Os residentes não podem ocupar a função de presidente, somente podendo escolher um representante e um suplente entre si para os representarem pelo período de um ano. Ao fim desse prazo, deverá ocorrer uma nova eleição. Isso acontece porque o processo seletivo para ingressar nas residências transcorre anualmente através da publicação de edital. Assim, os novos residentes, chamados de “R1”, podem votar e concorrer a representante da COREMU. A respeito de como se candidatar a uma vaga de residente, é necessário ser graduado ou estar cursando o último semestre da graduação em cursos da saúde descritos no edital de seleção. Estrangeiros podem se inscrever desde que tenham feito a revalidação de diploma no Brasil. Também é obrigatório manter-se registrado e regularizado através dos conselhos profissionais.

A COREMU é muito importante para os residentes, pois tem como principais funções: coordenar, planejar e supervisionar a efetivação das RESMULTI. Pode propor alterações, criação, extinção dos programas e critérios de avaliação de desempenho de pessoal. Estabelece normas, coordena e planeja todo o processo

seletivo de novos residentes, além de analisar, aprovar ou negar as solicitações de afastamentos e licenças (UFC, 2019).

A RESMULTI foi criada com o objetivo de qualificar trabalhadores da saúde para inserção laboral através dos diversos setores de atuação, priorizando abastecer as demandas de recursos humanos para o SUS. Seguramente esta é uma forma de propiciar a formação continuada desses profissionais, principalmente porque isso os (re)aproxima de instituições de ensino e pesquisa, como as universidades, que têm potencial para oferecer estímulos que ultrapassem o limite assistencial através de debates críticos acerca da realidade local, rede de serviços, do próprio fazer ou da discussão de casos clínicos. Porém, não podemos desconsiderar que a parceria entre os dois ministérios é um arranjo que permite que, ao invés de categorizar os residentes como trabalhadores com vínculo temporário, permite que estes sejam contratados legalmente como estudantes de pós-graduação *lato sensu*. Nesse caso, a principal vantagem para o contratante, isto é, a União, é que por se tratar de uma modalidade de contratação incomum, os termos podem ser flexionados unilateralmente de modo a atender os interesses da gestão sem acarretar altos custos.

Dentre os regimes de trabalho, o de dedicação exclusiva foi o escolhido para os residentes. Determinou-se através da regulamentação que a carga horária no âmbito dos programas de residência deveria ser de até 60 horas semanais. Reparemos que não é obrigatório adotar a carga horária máxima, essa definição fica a critério das instituições contempladas com o programa, que ficam livres para optarem pela jornada limite ou não. Sobre a remuneração, reiteramos que ela é concedida na modalidade de bolsa de estudos, com duração de 24 meses e é suspensa automaticamente se houver descontinuidade do treinamento em serviço superior a 15 dias seguidos injustificadamente. Aliás, ausência equivalente ou superior a 20 dias consecutivos é caracterizada abandono.

Da carga horária total, até 20% pode ser destinado às atividades teóricas ou teórico-práticas e o restante (80%), atribuído às rotinas dos serviços de saúde. Os critérios de avaliação também mudam conforme a natureza teórica ou prática da ação. Vejamos, se a disciplina for teórica, cabe ao professor determinar uma nova avaliação ou repetição em situação de reprovação, bastando para tanto que comunique formalmente a COREMU. Todavia, na hipótese de não aprovação em atuação prática,

o residente obrigatoriamente deverá repeti-la sem gerar ônus para as instituições. Essa recuperação deve ocorrer no intervalo entre os 24 meses como residente ou imediatamente após a conclusão, não podendo ultrapassar 6 meses. Como o contrato não prevê prorrogação no cenário de reposições, os benefícios financeiros cessam para evitar encargos.

Ressaltamos que, no caso dos programas de residência vinculados ao executivo federal, a responsabilidade administrativa e técnica dos programas cabe às instituições hospitalares, mediante aprovação do Ministério da Educação (MEC). E o Ministério da Saúde ou da Educação assume a responsabilidade dos recursos financeiros. A seleção dos locais contemplados com os serviços do Programa de Residência e a regulamentação do funcionamento ocorrem em comum acordo entre MS e MEC, levando em consideração as necessidades e o território da população que será assistida. Já o reconhecimento da titulação de especialista é atribuição do MEC.

### **2.3 Imponderabilidades da vida: entra em cena a COVID-19**

Ao reconhecer que o campo e o contexto de pesquisa são dinâmicos, fomos confrontados no decorrer da pesquisa com a emergência da crise pandêmica. Dada as repercussões mundiais e, de forma especial, sobre o grupo de nossa investigação, seria impossível não inserirmos reflexões e reverberações do evento sobre nossa pesquisa, uma vez que seu impacto pusera em relevo a discussão que já existia sobre o SUS, mas agora a partir de uma compreensão significativamente pragmática.

O atual revés sócio-político-econômico responsável por devolver a percepção da centralidade do SUS é o coronavírus (COVID-19), pandemia que tem como agente patogênico um vírus ainda em circulação e que afetou de modo singular toda sociedade brasileira. Nessas circunstâncias, conjecturamos transformações definitivas no campo econômico e do trabalho para o pós-pandemia. O contexto é de incertezas. As tentativas de controlar o vírus em definitivo e retornar a vida nos moldes anteriores à COVID-19 se mostraram, até agora, ineficientes. Países de todos os continentes apostam na imunização como solução e adotam medidas sanitárias e de distanciamento social enquanto não há disponibilidade de vacinas para todos. Enquanto muitos brasileiros encontravam-se à espera do imunizante, ganhou relevo

a ideia de que um sistema de saúde público forte e universal assim como o SUS, é a estratégia mais poderosa para proteger vidas. Tal concepção encontrou na atual conjuntura, ressonância significativa entre especialistas de saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Toda a situação vivenciada no contexto da crise pandêmica levou a uma reconfiguração da organização laboral dos profissionais de saúde, o que ecoou, obviamente, na experiência ocupacional do grupo investigado. Reiteramos que alterações na disposição das tarefas e no contexto de desempenho das atividades, bem como os afastamentos causados por contaminação pelo coronavírus, tiveram repercussão direta sobre o elemento central de nossa análise, a saber, o contexto de trabalho dos residentes. Em função de tais evidências, resolvemos inserir esta breve reflexão sobre a conjuntura pandêmica. Assim como a imprevisibilidade da grave emergência sanitária que sorveu toda sociedade, o fenômeno SARS-CoV-2 também nos atingiu em pleno desenrolar do planejamento e alcance dos dados de pesquisa, de modo que julgamos ser fundamental trazer considerações que seguramente reverberam nos achados.

Neste tópico, usamos a palavra imponderabilidade no seu sentido figurado para nos referirmos a algo impalpável, que não pode ser avaliado, em curso e, por conseguinte, sem elementos capazes de avaliar com precisão seus impactos para o mundo do trabalho, para a sociedade e para a vida. O acontecimento referido trata-se da crise sanitária causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), conhecido popularmente por COVID-19, que, de acordo com dados de Brasil (2020b), passou a ser disseminado por todos os continentes a partir de dezembro de 2019, o que lhe conferiu o status de pandemia atribuído pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020.

Por tratar-se de um colapso sanitário em proporções mundiais, a COVID-19 fez emergir acentuada crise econômica, social e política, alterando significativamente os contextos de trabalho e das relações laborais. Santos et. al (2020, p. 2) explicam que:

o trabalho assume papel relevante na efetividade do distanciamento, seja pela viabilidade de manutenção deste e das condições de vida permitidas pelo vínculo de trabalho, seja pela impossibilidade de adoção das medidas de proteção devido à precarização do trabalho, aos tipos de serviços a serem prestados e aos desafios para a sobrevivência do trabalhador.

Inserimos esta reflexão para falarmos um pouco da conjuntura social em tempos de pandemia, pois reconhecemos que o novo coronavírus provocou diversas mudanças no campo laboral e tem funcionado como elemento acelerador de transformações que vinham sendo operadas no mundo do trabalho, mas, por estar em andamento, ainda não temos como determinar todos os desfechos. Não obstante, podemos observar que todo o processo em curso sofreu uma radicalização a partir do fenômeno pandêmico, afetando profundamente o setor da saúde, contexto de trabalho de Residentes Multiprofissionais. O coronavírus acentuou o histórico de perdas de direitos trabalhistas e previdenciários, expondo um cenário de intensas fragilidades, em especial para os labutadores com vínculos empregatícios frágeis ou ausentes, que tradicionalmente são mais suscetíveis a processos de precarização (SANTOS et al, 2020).

Um estudo conduzido pela Rede de Pesquisa Solidária avaliou “o padrão de vulnerabilidade” durante a pandemia no Brasil, e identificou que os impactos da COVID-19 no mundo do trabalho obedecem às desigualdades estruturais da sociedade brasileira” (SANTOS et al., 2020, p. 4).

A verdade é que ninguém poderia prever com exatidão, embora houvesse especulações no campo científico, iniciar os primeiros meses do ano de 2020 em meio ao caos de uma pandemia. É uma obviedade discorrer que a COVID-19 é um acontecimento que parece “surrealista” por fugir de uma aparente lógica estabelecida, rompendo padrões de conduta considerados “normalizados”. Mas o fato é que, a partir das notícias sobre a velocidade de propagação do vírus e o número de mortes, o sentimento de surpresa e incredulidade foi dando espaço a incertezas, insegurança, medo e inúmeras emoções que foram emergindo conforme acessávamos novas informações sobre a pandemia.

A despeito das atividades laborais, todo trabalhador foi afetado em alguma medida pela pandemia. Alguns foram afastados do trabalho, tiveram a carga horária reduzida, tornaram-se forçadamente teletrabalhadores e/ou ficaram sem fonte de renda. Um elevado número de trabalhadores, sobretudo informais, perderam a ocupação e seus rendimentos foram drasticamente encolhidos. Empenhados em manter-se empregados, muitos funcionários passaram a trabalhar exaustivamente, suas jornadas foram estendidas e intensificadas para além do habitual.

Nesse panorama, a insuficiência de profissionais de saúde capacitados e disponíveis para suprir a alta demanda gerada pela urgência em prestar serviços assistenciais de saúde na chamada “linha de frente” no combate ao SARS-CoV-2, da mesma forma desencadeou um rápido processo de ampliação e intensificação das horas dedicadas ao trabalho entre esses profissionais, indicando o estabelecimento de uma nova temporalidade, enfraquecimentos de vínculos no trabalho devido à aceleração da rotina derivada da necessidade de distanciamento social, plantões mais frequentes e prolongados. Um desfecho que, embora não possamos qualificar como programado, responde aos interesses do capital vigente quando utiliza a precarização como ferramenta produtora de vulnerabilidades laborais ao passo que usurpa garantias fundamentais dos trabalhadores (AQUINO, 2005).

Uma pesquisa transversal realizada no início da epidemia em 2019, na China, com uma amostra de 4.357 profissionais de saúde, apontou que 39,1% dos trabalhadores de saúde com carga horária de trabalho excessiva manifestava algum comprometimento à saúde mental, sinais de esgotamento e dificuldades relacionadas ao sono (DAI et al., 2019). Tendo em vista que residentes em saúde fazem parte do grupo de profissionais responsáveis por prestar atendimento direto a pessoas diagnosticadas ou com suspeita de coronavírus, a rotina de trabalho dessas pessoas sofreu alterações repentinas. Se antes a atuação do residente dava-se em sistema de rodízios distribuídos entre dias trabalhados em ambulatórios, enfermarias, clínica cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), unidades de transplante, comissão de controle de infecção hospitalar e revisão de prontuários, por exemplo, com a COVID-19 o cenário laboral foi alterado em um curto período. atendimentos de pacientes em ambulatório, agendamento de consultas eletivas e procedimentos não urgentes foram temporariamente suspensos para evitar aglomerações desnecessárias, permitindo que os residentes pudessem deslocar-se para alas prioritárias no combate ao novo coronavírus, como enfermarias e UTIs. O desempenho das atividades foi concentrado em enfermarias, UTIs, aulas de treinamentos simulatórios de paramentação adequada de EPIs contra o coronavírus, manuseio de respiradores mecânicos, intubação, reanimação e preparação de corpo em óbito. As consultas presenciais foram substituídas por assistência virtual sempre que possível e as sessões clínicas foram substituídas por cursos *online* e teleapresentações.



## 2.4 Dados sobre mortalidade de profissionais de saúde por COVID-19

Iniciamos essa seção enfatizando que os profissionais de saúde, além de sofrerem as repercussões gerais causadas pela pandemia, receberam uma carga emocional extra devido ao fato da maior exposição ao contágio e de estarem lidando diretamente com os danos causados à vida. Uma situação nova que imprimiu um quantitativo de mortes diária em um intervalo de tempo nunca pensado. Sobre este grupo de trabalhadores Rodrigues et al. (2020, p. 3) declarou que:

Estes sofrem os efeitos psicológicos do medo do contágio, muitas vezes tendo que trabalhar sem os equipamentos de proteção individuais e coletivos. Alguns estão vinculados a organizações que oferecem certas condições de proteção e salubridade. Muitas dessas, criaram comitês de proteção que dialogam com todos os setores internos e buscam atualizar as recomendações dos órgãos competentes relacionadas à prevenção, que, apesar da sua importância, não são efetivas para garantir a total segurança dos trabalhadores e, além disso, nem todas as organizações garantem a sua implementação.

O Brasil detém o maior número de mortes de profissionais de enfermagem pela COVID-19 mundialmente, conforme noticiado em 19 de junho de 2020 no site Brasil de Fato (CENTENO, 2020). De todos os profissionais fatalmente vitimados pelo coronavírus no mundo, cerca de 30% morreram no Brasil.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020) criou um observatório para acompanhar os casos de COVID-19 entre a categoria. Os dados são atualizados segundo o envio das notificações à entidade. A partir das informações coletadas, o COFEN gera um relatório que atualiza o número de infectados e de mortos distribuídos por regiões, estados, faixa etária e sexo. Contudo, segundo informou o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), entidade fundada em 1899 e que representa mais de 20 milhões de enfermeiros pelo mundo, a realidade é que não foi possível obter dados abrangentes e padronizados sobre a taxa de infecção e quantitativo de morte entre profissionais de saúde, inclusive esta tem sido uma das reivindicações do CIE desde o início da pandemia. Infelizmente, os governos a nível mundial seguiram não registrando o número de infectados e mortos entre profissionais e, quando o fizeram, não foi normatizado nem sistemático.

Assim, a base de conhecimento usada para correlacionar a ocupação com uma

maior probabilidade de infecção e mortalidade são angariadas, acima de tudo, através de associações de classes, conselhos profissionais ou relatórios divulgados pela mídia. Os dados oficiais mostram-se insatisfatórios, tendo em vista que de 195 países, somente 44 divulgam informações sobre a saúde de trabalhadores combatentes do coronavírus. Salientamos que o último informe estatístico em padrão mundial sobre mortalidade nesse grupo populacional transcorreu em novembro de 2020 e não englobou todas as profissões da saúde. Organizações ligadas à enfermagem são as que mais têm conseguido produzir, ainda que desordenadamente, informações relevantes sobre o contexto ocupacional da categoria face a pandemia (CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, 2020). Tais investigações são fundamentais pois ajudam a identificar ameaças à saúde, estratégias de prevenção e de proteção à saúde dos trabalhadores, ao passo que a ausência de números abrangentes e ordenados impossibilita a realização de comparações precisas.

Sobre a população brasileira, a reportagem de Soares (2021), publicada em 06 de abril de 2021 no site Poder 360, afirmou que o Brasil registrou em 2020 um aumento de 25,9% de mortes de profissionais de saúde em relação ao ano de 2019 conforme dados reunidos pela Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (ARPEN-BRASIL). A análise das informações presumia tendência de alta no número de óbitos, atentando que nos dois primeiros meses de 2021 registrou-se 1.302 falecimentos.

O quadro 1 demonstra o crescimento de mortes de trabalhadores da saúde durante o intervalo 2020-2021 em relação ao ano de 2019 e conjectura um acréscimo de 2.014 óbitos até o fim de 2021.

Quadro 1 - Aumento de mortes de profissionais de saúde no Brasil. Período 2020-2021 em comparação a 2019

MORTES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL	
Ano/período	Vidas perdidas
2019	3.571
Mar - dez 2020	4.496
Jan-Fev. 2021	1.302
Ano/período	Vidas perdidas

Previsão para dez. 2021	7.812	
	<b>Total de óbitos mar. 2020 - fev. 2021</b>	
	5.798	
	<b>Total de óbitos por COVID-19 até fev. 2021</b>	
	1.411 (24,33%)	
	<b>Óbitos em 2020</b>	<b>Óbitos em 2021</b>
929	482	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Dados obtidos a partir de Soares (2021).

Para minimizarmos falhas na interpretação dos elementos presentes no quadro 1, é importante atentarmos que 4.496 se refere à contagem de falecimentos de recursos humanos da saúde em 2020 por causas gerais e não somente por covid. O quantitativo de 1.302 também indica as mortes por causas diversas ocorridas no período entre janeiro e fevereiro de 2021. Os registros específicos sobre a letalidade por coronavírus estão destacados em vermelho. Note que do total de 5.798 óbitos, 1.411, corresponde a 24,33% e implica dizer que, a cada 100 mortes de trabalhadores da saúde no período apontado, mais de 24 delas foram causadas por COVID-19. Em números absolutos totais, 482 mortes de trabalhadores da saúde vitimados por coronavírus foram registradas nos dois primeiros meses de 2021, e 929 em 2020, ano de início da pandemia.

Quadro 2 – Principais Causa de mortes entre trabalhadores de saúde no contexto brasileiro

<b>CAUSA</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Demais óbitos	1.466	1.475	333
Pneumonia	539	476	107
Septicemia	516	471	112
Infarto	338	295	64
AVC	267	252	51
<b>CAUSA</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>

Insuficiência respiratória	242	280	65
Causas cardiovasculares inespecíficas	189	265	75
Indeterminada	11	24	7
SRAG	3	29	6
COVID-19	0	929	482

Fonte: Soares (2021).

Observamos no quadro 2 que a COVID-19 foi o segundo motivo de falecimento entre funcionários de saúde no ano de 2020, e no ano de 2021 eclode como a principal causa. Veja que a quantidade de pessoas que não sobreviveram à infecção é elevada. Um dado preocupante se considerarmos que as demais enfermidades listadas circulam há anos em nosso meio, enquanto a identificação da transmissibilidade do coronavírus entre humanos ocorreu há pouco mais de um ano, tempo insuficiente para produzir uma base de conhecimento científico sólido sobre um vírus complexo e capaz de chegar rapidamente a todos os continentes, alcançando, portanto, dimensões pandêmicas.

Ressaltamos que a quantidade de vidas perdidas apresentada nos quadros acima reúne informações sobre 12 profissões (enfermagem, fisioterapia, farmácia, odontologia, psicologia, biomedicina, educação física, nutrição, radiologia, ciências biológicas, gestão hospitalar, estética e cosmética) (SOARES, 2021). Entretanto, não considera os demais trabalhadores em saúde de outras categorias: profissionais de apoio, de segurança e de limpeza, por exemplo, que estão expostos a condições semelhantes, mas não aparecem nos dados catalogados. Essa pequena ilustração da situação de profissionais que trabalham em saúde nos levou a pensar que talvez a quantidade de pessoas que perderam a vida tentando salvar tantas outras não caiba em quadros resumidos, entretanto continuamos apresentando-os no intento de fornecer um elemento visual que evidencie a gravidade do problema.

Na busca por informações que pudessem fornecer explicações, ainda que superficialmente, sobre porque profissionais de saúde, pessoas supostamente preparadas para lidar com uma rotina de trabalho insalubre e de exposição a diferentes patógenos infectocontagiosos encontravam-se tão vulneráveis à COVID-19, a resposta que encontramos não é simples, tampouco conclusiva, contudo é

consensual que, além da exposição direta e sistemática no ambiente de trabalho propício a concentrar muitas pessoas contaminadas e ao fato de nenhuma instituição de saúde estar preparada para lidar com a pandemia do coronavírus, o risco de contaminação elevou-se naqueles espaços em que condições de trabalho mínimas não puderam ser garantidas. Segundo entrevista cedida ao Site Brasil de Fato em 2020 por um dos diretores do COFEN, muitas unidades de saúde não puderam oferecer Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) ou disponibilizaram equipamentos inadequados, insuficientes para garantir a devida proteção. Outra falha relatada pelo conselheiro é a de que a falta de treinamento de pessoal para manejar a doença contribuiu para aumentar os riscos para o trabalhador (COFEN, 2020).

#### ***2.4.1 Conjecturas para o pós-pandemia***

Com o desafio de enfrentar uma crise sanitária considerada sem precedentes, questionamos se alguma categoria profissional sairá fortalecida após ser encontrada uma solução capaz de conter a COVID-19. Não conseguimos vislumbrar no atual contexto um movimento indicativo de que haverá alguma valorização a nível trabalhista, salarial e sobretudo das condições de trabalho dos técnicos da saúde, considerados essenciais na luta contra a SARS-CoV-2. Parece-nos que a pandemia serviu para descortinar as fragilidades presentes nas relações de trabalho e evidenciar o quanto caminhamos em direção à criação de trabalhos precários, à proporção que também se exacerba a precarização nos existentes. É como se trabalhar em condições fragilizadas ou ser um trabalhador precarizado fosse a nova “ordem mundial”, um processo que precisa ser naturalizado sem questionamentos por quem deseja inserir-se no mercado de trabalho. Comportamentos de competitividade, consumismo, adaptação às condições impostas e produção supérfluas são estimulados frequentemente por aqueles que detêm os meios de produção, pois com isso conseguem lucrar e ao mesmo tempo manter o trabalhador ocupado e dócil (ANTUNES, 2018).

Afiliado aos desígnios capitalistas, nosso país mantém a tradição de conceder o papel de protagonista à saúde apenas em situações de agravos endêmicos, epidêmicos e, mais recentemente, pandêmicos. Todavia, não deixou de nos ocorrer

que tal comportamento advém de uma preocupação determinada pelo capitalismo, que, temendo prejuízos ou qualquer ameaça aos seus interesses, exige que o Estado retire até enquanto julgar conveniente, a saúde da subalternidade. O Modus operandi é praticamente invariável, quando solicitado pelo capitalismo, o Estado dispensa maior atenção à saúde, adota um discurso institucional articulado com os anseios da sociedade em relação à oferta de serviços, ao financiamento, à contratação e valorização de profissionais e à ampliação e reestruturação da rede de atenção à saúde. Citamos acima apenas alguns dos artifícios frequentemente usados pelos governantes, que, todavia, podem recorrer ainda a outras estratégias não contempladas em nossas colocações.

Em relação ao combate a problemas de saúde, Polignano (2001) analisou que o foco de atuação do governo tende a privilegiar extratos sociais superiores, localizações economicamente mais rentáveis e socialmente importantes. Um fato considerável é que os grupos priorizados constituem um conglomerado de pessoas organizadas, dispostas a lutarem para manter e garantir seus privilégios, ao passo que as parcelas sociais desorganizadas têm seu direito à saúde negado e suas demandas seguem negligenciadas. Convém lembrar que, assim como a Previdência, a saúde também é um direito social que não foi dado naturalmente, teve que ser usurpado através de um embate de poder entre trabalhadores e Estado.

## **2.5 Políticas de enfrentamento ao SARS-CoV-2**

Desde março de 2020, chegada do coronavírus ao Brasil, o governo federal manifestou-se mais disposto a satisfazer os imperativos do mercado do que a proteger vidas. Mostrou-se inclinado a não implementar ações de proteção social aos trabalhadores por considerar desfavorável a economia. O que alude a uma postura condizente com o conceito de necropolítica - “formas contemporâneas que subjugam a vida ao poder da morte” - (MBEMBE, 2016, p. 146). O executivo federal relutou, por exemplo, em conceder o auxílio financeiro a pessoas desempregadas ou em situação de vulnerabilidade financeira, um alento que garantiu condições mínimas de sobrevivência para muitos. O argumento do gestor público? *“70% da população será infectada e nada poderá ser feito”*. *“Vai morrer gente? Vai morrer gente e que temos*

*2 problemas: o vírus e o desemprego*”. Quanto às soluções para amenizar as condições de vida da população diante da grave emergência, na ocasião, os argumentos foram: *“Essa é uma realidade, o vírus tá aí. Vamos ter que enfrentá-lo, mas enfrentar como homem, porra, não como um moleque. Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida. Todos nós iremos morrer um dia...”* (BBC BRASIL, 2020).

A realidade é que as poucas políticas federais adotadas forçosamente durante a pandemia deixaram claro que os trabalhadores não são a prioridade do governo. O desastre acarreta consequências sanitárias, sociais e econômicas para a população, intensificadas pelas vertiginosas trocas de ministros da saúde em um curto espaço temporal. Hoje, o quarto ministro da saúde em pouco mais de um ano ocupa o posto da entidade responsável por tomar decisões que determinarão se, como e em quanto tempo o país conseguirá conter a circulação do vírus. A impressão que temos é que poderia ter sido feito mais.

Apesar de toda a situação, a nossa vantagem é que, no atual cenário em que os governos precisam oferecer respostas rápidas ao controle da disseminação do coronavírus, os Programas de saúde pública brasileira, mesmo com inúmeras falhas, é forte, descentralizado e organizado. Tais Programas têm recebido atenção especial por parte de outras esferas do poder executivo, legislativo e judiciário. Passam por uma dinâmica de reorientação nos processos de trabalho como evidenciado na fala de Santos et al. (2020, p. 11).

Nesse cenário, é preciso considerar ainda que a força de trabalho em saúde ocupa lugar de destaque, tendo em vista sua centralidade, especialmente reconhecida na manutenção da rede de assistência. Em meio à crise sanitária que esta pandemia representa, a visibilidade alcançada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas(os) trabalhadoras(es) da saúde expressa neste momento sua importância estrutural não reconhecida e, ao contrário, fortemente negada pelas políticas de governo nos últimos anos.

Diante dessas circunstâncias, como a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma proposta alinhada às diretrizes do SUS e tem como finalidades oferecer assistência interdisciplinar e multidisciplinar. Ela leva ainda em consideração as realidades locais e regionais e pauta sua atuação no atendimento integral, princípio basilar do SUS, ela tanto transita como também é objeto dessas mudanças. Entretanto, é prudente observarmos que o contexto pandêmico facilmente pode se

tornar mais um elemento exacerbador do processo de precarização dos programas de residências, uma vez que a necessidade premente de atenção à saúde durante a crise sanitária, a insuficiência de profissionais para atender às demandas de tratamento e atenção hospitalar, a reestruturação da forma de trabalhar, marcada pela extensão e intensificação da jornada laboral são fatores propensos a reforçar a tendência de precarização, já presentes no contexto das residências multiprofissionais em saúde.

Para Silva (2018, p. 206) o entendimento sobre o desempenho da função residente precisa estar ancorado na ideia de que:

[...] a RMS nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS. Enquanto proposta de formação – não como trabalho precário – a RMS, em tese, tem no seu horizonte a construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor a lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres tão característica à política e ao trabalho em saúde.

A visão cautelosa e consciente sobre as condições de atuação dos residentes indica que rejeitamos compactuar com processos de trabalhos que terminem por avultar a fragilização destes trabalhadores, ao passo que legitimamos a concepção de que a abordagem interdisciplinar e integral deriva da necessidade de formar profissionais alinhados às diretrizes do SUS, fazendo assim com que as RMS funcionem como uma modalidade de formação em serviço cujo objetivo é suprir adequadamente o quadro de trabalhadores para o SUS. Uma alternativa encontrada para oferecer educação permanente em saúde e garantir a suficiência de profissionais consonantes com as políticas do sistema público de saúde.

Com isso, presume-se que a inserção de profissionais qualificados para atuar no SUS melhora a qualidade dos atendimentos, dada a produção de conhecimento mais atenta à realidade local dos assistidos. Entretanto, não elimina a defasagem no quadro de pessoal da saúde pública. Pode ser associada ao movimento de enfraquecimento de atuação das políticas de saúde e transformar a proposta inicial de ensino em serviço em mais uma modalidade de trabalho precário, desregulamentado enquanto atividade laboral, tragado pela mítica do “aprender enquanto faz”.



Precisamos adotar um viés crítico acerca das funções do residente multiprofissional para avaliarmos se este encontra-se em condições de trabalho condizentes com o previsto na regulamentação, ou seja, se ele de fato está sendo treinado para atuar no SUS ou se está apenas cedendo sua força de trabalho em troca de uma titulação *lato sensu*, o que poderia, neste caso, remeter a uma situação precária de trabalho (ANTUNES, 2018). Cabe ainda avaliarmos criticamente se as condições de trabalho são compatíveis com as orientações de uma formação em serviço (SILVA, 2018). Seria como questionar, estou recebendo formação ou estou apenas trabalhando? Tenho as condições necessárias para garantir que haja a formação em serviço?

Para buscarmos a construção de uma RMS que esteja vinculada a uma proposta de qualificação em serviço no SUS e não a uma lógica de trabalho precário premiado com um título de especialista, necessitamos de uma leitura crítica do contexto em que se insere o residente, assim como uma análise de adequação entre a proposta de formação e as condições para a efetivação desta que acontece via trabalho em saúde.

É preciso ainda afastar a ideia de desmonte e privatização do sistema de saúde brasileiro a fim de assegurarmos que a proposta da RMS, concebida sob os ideais do SUS, não se resuma a mais um instrumento legalizado para obter mão de obra barata para o setor da saúde. A legislação vigente estabelece que os governantes devem garantir que nos serviços de saúde hajam profissionais capacitados, capazes de trabalhar em equipes multiprofissionais e de conduzir suas práticas, sempre que possível, baseadas na perspectiva de atuação interdisciplinar de saberes e no intuito de oferecer um serviço integral ao usuário, consoante com os princípios básicos do SUS. Como previsto e estabelecido nas diretrizes do próprio SUS, cabe a cada pessoa organizar-se coletivamente para, enfim, assumir um papel participativo e de controle social nas decisões que afetam a condução da saúde pública no Brasil. Enquanto isso não ocorrer, todo o país estará fadado a se conformar com avanços e retrocessos costumeiros e talvez nunca tenhamos a saúde pública que queremos, que sonhamos, aquela idealizada nos textos que compõem a fundamentação teórica do SUS.

### 3 TRABALHO, CONTEXTO DE TRABALHO E VULNERABILIDADES ENTRE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE

No capítulo anterior, apresentamos um panorama histórico e político que permitiu o engendramento do Sistema Único de Saúde (SUS) tal como conhecemos hoje. Essa contextualização foi necessária para que pudéssemos compreender o papel das classes trabalhadoras no processo de transformação de uma política de saúde restrita a poucos, para um sistema de saúde único, universal e gratuito. Notoriamente, apesar de não detalharmos esse aspecto no decorrer do texto, as demandas por melhores condições sanitárias e de acesso à saúde abrangiam diversos segmentos sociais. Porém, o que pudemos observar no curso dos acontecimentos apontados é que pessoas economicamente ativas possuíam maior poder de barganha junto aos governos, dada a sua importância para o setor financeiro, o que permitiu que reivindicações provenientes de organizações de trabalhadores fossem atendidas com menos embaraços.

Como a política econômica adotada no Brasil é neoliberalista, realizar ações que visem proteger a expansão do capital é uma prática corriqueira. Na situação em questão, as concessões realizadas no âmbito da saúde beneficiaram a sociedade, mas, acima de tudo, foram essenciais para garantir a manutenção do *status quo* vigente, pois em nenhum período destacado a economia sofreu impactos negativos, pelo contrário, assegurou a manutenção de um exército de trabalhadores agradecidos por finalmente ter acesso a melhores ofertas de serviços de saúde. Esta afirmação encontra respaldo no pensamento exposto por Mendes (2007), que, apesar de classificar o reconhecimento do trabalhador como ferramenta promotora de saúde mental, faz um contraponto ao dizer que essa valorização também:

Pode ser um modo de captura dos trabalhadores nas armadilhas da dominação. O trabalho na sua centralidade exerce papel fundamental para realização do sujeito, e essa condição é usada pela organização do trabalho para fazer o trabalhador se engajar na produção (MENDES, 2007, p. 45).

Situar a construção do SUS na seção anterior também foi fundamental para que conseguíssemos entender em que contexto surge a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tendo em mente que ela é um Programa criado para capacitar

profissionais para atuar especialmente em áreas prioritárias do SUS, de modo que pudemos afirmar que RESMULTI e SUS são intrinsecamente conectados. Discorrer sobre o cenário pandêmico ajudou o leitor a visualizar como a COVID-19 impactou o trabalho dos profissionais de saúde, conseqüentemente de residentes multiprofissionais e, além do mais, evidenciou o quanto nossa jornada investigativa careceu de destreza para que fosse possível trilharmos caminhos totalmente imprevisíveis em virtude da pandemia.

### **3.1 A centralidade do trabalho**

Neste estudo, partimos da concepção de que o trabalho ocupa grande parte do tempo da vida das pessoas, assumindo, assim, o status de atividade social dominante a partir da qual o trabalhador organiza sua vida, principalmente o tempo dedicado a outras atividades sociais (AQUINO, 2003). Entendemos que o trabalho é um dos elementos centrais para os estudos em Psicologia Social. Tal importância ganhou mais consistência a partir da industrialização e ocorreu nos âmbitos econômico, moral, político e ideológico. Todavia, apesar de compartilhar com outras áreas do conhecimento o mesmo objeto de estudo, a psicologia constrói de forma singular suas perspectivas “[...] acerca da relação entre trabalho e construção do sujeito e de seus estados psíquicos-chaves” (BENDASSOLLI, 2011, p. 76).

No período pós-industrial, cada vez mais são exigidas dos trabalhadores características como capacidade criativa, pensamento ágil e tomadas de decisões. Nesse processo de buscar resultados e garantir colocação no mercado laboral, o próprio trabalhador torna-se seu principal concorrente (BRANT; MINAYO-GÓMEZ, 2007). Para Navarro e Padilha (2007), o modelo de produção *toyotista*, surgido após o enfraquecimento da sociedade salarial, exige do trabalhador qualificação constante e flexibilidade para desempenhar múltiplas tarefas em um mesmo intervalo de tempo.

O final do século XX foi marcado por crises e por profundas modificações no mundo do trabalho, dentre elas a reestruturação produtiva do capital, que fez emergir processos como a precarização, reconhecida principalmente, nesse contexto, pela desregulamentação das condições de trabalho e pela expansão da política neoliberal advinda desde a década de 1990 e que trata de temas como a contenção de gastos

públicos, a privatização de empresas públicas e o desmonte das garantias trabalhistas e direitos sociais como questões insignificantes, enquanto privilegia demandas econômicas, monetárias e orçamentárias. Assim, podemos inferir que o contexto social se apresenta propício para instalações de crescentes processos de precarização de trabalhadores, pois estes ficam desprotegidos e na iminência constante de ter direitos, outrora conquistados, retirados pela própria legislação trabalhista através de reformas empreendidas por governos neoliberais (ANTUNES, 1998, 2018; BRAGA, 2017).

Tomando como referência a perspectiva crítica da Psicologia Social do Trabalho, denominamos de “(contra)reforma” a reforma trabalhista ocorrida em junho de 2017 através da lei nº 13.467 (BRASIL, 2017b). Essa reforma foi realizada sob a justificativa de controlar os índices de demissões e desemprego consequentes da crise econômica enfrentada, mas representa um marco regulatório de intensificação de contratualizações precárias. Na prática, ela torna legalizada formas de contratações sem se preocupar se a parte mais vulnerável da relação trabalhista, encontra-se minimamente protegida.

Essa flexibilização legitimou subcategorias de empregos, exacerbou as fragilidades e criou um contexto propício para acidentes e adoecimento laboral, uma vez que houve um afrouxamento geral da proteção social dos trabalhadores. Nesse cenário, além de trabalhadores informais, tradicionalmente desprotegidos de garantias trabalhistas, subcontratações na modalidade de terceirização, trabalho intermitente e contratos temporários, por exemplo, passaram a ser consideradas formas “juridicamente perfeitas” de empregar, já que acordos celebrados entre empregador e empregado passam a prevalecer em detrimento do que diz a legislação (SANTOS et al., 2020).

A desregulamentação das leis trabalhistas também afetou as representações coletivas dos trabalhadores, visto que os sindicatos, entidades historicamente mobilizadoras das reivindicações de direitos no campo do trabalho, foram duramente atacadas com as mudanças. Esses ataques se concentraram na esfera financeira, quando deixou de ser obrigatória a contribuição sindical, e no âmbito funcional dos processos de trabalho, quando as entidades perderam a função de homologadoras de rescisões contratuais. Antes da reforma, era obrigatório que a empresa

oficializasse o encerramento de contratos junto aos sindicatos. Era uma forma de proteger e assistir o trabalhador quanto a seus direitos. Sem esse apoio, os termos de cancelamento de vínculos laborais e os benefícios que o profissional teria acesso podem ser negociados entre as partes, o que provavelmente gera desvantagens para o trabalhador, pois, com as alterações da lei, tornou-se praticamente inviável para o trabalhador judicializar uma questão trabalhista, considerando que as cláusulas que o protegiam como parte mais frágil deixaram de existir e foram substituídas por outras que tendem a prejudicá-lo, a exemplo dos honorários gastos com advogados que agora passam a ser custeados pelo empregado, caso ele não ganhe o processo. A extinção do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), também foi outro golpe sofrido, uma estratégia para dispersar órgãos de apoio que o trabalhador tinha como referência e aos quais sabia que poderia recorrer.

Logo, nosso entendimento parte de que tal reforma não traz benefícios para o trabalhador, ao contrário, retira uma série de garantias e torna as relações de trabalho fragilizadas, instáveis, precarizadas e desregulamentadas, acarretando prejuízo para o trabalhador, enquanto beneficia o empregador, que, por sua vez, deixará de arcar com os custos previdenciários e trabalhistas, caso prefira oferecer modalidades de contratações regulamentadas a partir de 2017 com a referida “contra(reforma)”. Leite (2018, p. 121) fez um compilado das principais modalidades de contratações previstas na “nova” legislação trabalhista:

[...] às formas de contratação [...] se tornaram mais precárias, flexíveis e atípicas possibilitadas por meio das terceirizações, quarterizações, pelo trabalho, supostamente, autônomo que permite que todo e qualquer trabalhador se transforme em pessoa jurídica, em empreendedor de si mesmo, admitindo às empresas a contratação desses trabalhadores autônomos e, ainda que haja comprovadamente uma relação de exclusividade e continuidade na prestação do serviço, não poderá mais ser configurado vínculo empregatício como no passado. A famosa "poetização" do trabalho desestrutura o mercado de trabalho formal e agrava os problemas relacionados à seguridade social.

Julgamos que a implantação da reforma em questão tende a beneficiar os interesses do capital e aprofundar a degradação das condições de vida e de trabalho, pois, apesar de apresentar-se imbuída em um discurso que promete geração de mais empregos, modernização e desburocratização das relações laborais, encontra-se no cerne da questão um embate entre classes divergentes. O que observamos é que no

Brasil, embora a reestruturação produtiva tenha favorecido o aumento da produtividade e seu aperfeiçoamento em termos de qualidade, ela também tem afetado a realidade dos trabalhadores e interferido negativamente no usufruto de direitos trabalhistas. A qualidade dos empregos disponíveis no mercado de trabalho apresenta condições precárias crescentes e proteção social mínima ou inexistente. E o mais inquietante é que a taxa de desemprego permanece elevada e ascendente (NAVARRO; MACIEL; MATOS, 2017).

Falar sobre desregulamentação, ataques às leis trabalhistas, flexibilização de contratos de trabalho, expansão da terceirização, contemporização da remuneração, trabalho intermitente e promoção de novas temporalidades de trabalho é discorrer sobre o que há de mais atual no contexto laboral. Temas que pareciam remeter a outros períodos da nossa história hoje pairam como temáticas extremamente atuais. E, sendo a precarização um processo, ela se modifica, adquirindo novas formas, mas sempre ampliando a vulnerabilização das condições de trabalho e ganhando mais espaço nesse contexto em que o trabalhador se encontra fragilizado e desprotegido. Esse cenário de instabilidade afeta diretamente as relações de trabalho e a saúde dos trabalhadores, que terminam por ficar impedidos de elaborar planejamentos de longo prazo, pois não se sentem seguros quanto à manutenção de seus empregos, tampouco sentem-se amparados pelas leis trabalhistas (FONTES, 2017).

Mesmo trabalhadores formais, que antes usufruíam de certa estabilidade, hoje experimentam uma crise de insegurança acentuada e, na necessidade de manter o emprego, terminam por submeter-se a situações precárias no trabalho. Profissionais de saúde, assim como os demais grupos ocupacionais, também estão expostos a essas fragilidades. A emergência sanitária provocada pela pandemia descortinou o cenário de perdas de direitos trabalhistas e previdenciários em curso e consolidado pela (contra)reforma, que vinha afetando os trabalhadores em proporção desigual. Prestadores de serviços da saúde e demais profissionais de setores considerados essenciais foram gravemente afetados, pois, dentre outras coisas, não puderam ficar em suas casas cumprindo quarentena como medida protetiva, enfrentaram condições de trabalhos insalubres e estressoras dado o risco de contaminação e a necessidade de intensificação da jornada laboral.

Em vista disso, reconhecemos que estudar residentes multiprofissionais em

saúde implica compreender como pessoas com vínculos de trabalhos frágeis, atuando na linha de frente no combate ao coronavírus, sem o privilégio de resguardar-se durante a pandemia, expostas a condições de vulnerabilidades próprias e em decorrência da COVID-19, que desempenham a dupla função de trabalhador-estudante e, portanto, marcadamente suscetíveis a precarizações laborais, percebem, vivenciam e organizam o contexto de trabalho diante de tantas incertezas quanto à conjuntura atual.

### **3.2 Contexto de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde**

A reestruturação produtiva mencionada no tópico antecedente serve de base para compreendermos que o mundo do trabalho é mutável, que as mudanças têm se acelerado e afetado as categorias laborativas conforme o modelo econômico-político vigente e as especificidades de cada ocupação. No campo da saúde, a emergência em consolidar o SUS provocou uma reorganização da atenção à saúde, acarretando em transformações para o contexto laboral.

É importante esclarecermos que o contexto de trabalho, tal como abordaremos nessa dissertação, é uma compreensão engendrada a partir da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Tal denominação, entretanto, não é exclusiva de perspectiva teórico-metodológica, tendo formas diferenciadas de abordagem. No entanto, dada sua caracterização a partir de três elementos cruciais que compõem o espaço das práticas organizativas – condições de trabalho, organização de trabalho e relações interpessoais -, a Psicodinâmica atende às premissas de aproximação da realidade laboral experimentada pelos residentes. Ademais, a referência ao contexto de trabalho promulgado na Psicodinâmica, como veremos sucintamente a seguir, permite o desenvolvimento de articulação entre aspectos relativos aos riscos, aos custos físicos e psíquicos e às situações de prazer e sofrimento engendrados no trabalho em interação com o próprio ambiente complexo do trabalho. É em observância a essa perspectiva que pedimos de empréstimo à Psicodinâmica a sua compreensão sobre o contexto de trabalho.

Sua origem deriva das definições de condições de trabalho que, por sua vez, antecede até mesmo a criação do campo de estudo Psicologia Social do Trabalho e

das Organizações (PSTO), já que condições de trabalho apresentam como características elementos multifatoriais e interdisciplinar, funcionando sobremaneira como um termo amplo e crível de ser cunhado por autores filiados a diversas perspectivas teóricas (BORGES et al., 2013). Tal peculiaridade contribui para a ausência de uma explicação precisa do que entendemos por condições de trabalho e, em consequência, por contexto de trabalho. A fim de minimizar essa imprecisão, adotamos como âncora teórica subsidiária desta investigação os estudos produzidos pela psicodinâmica do trabalho.

A Psicodinâmica do trabalho é uma perspectiva teórico-metodológica desenvolvida na década de 1980 pelo psiquiatra e psicanalista francês, Christophe Dejours. A publicação do livro “A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho” em 1987 (Brasil), indica que tal abordagem científica, inicialmente encontrava-se próxima às ideias da psicopatologia do trabalho, o que não impediu que esta contribuísse para mudanças no entendimento das relações de trabalho, pois pela primeira vez se indicou a necessidade de preocupações com a saúde mental do trabalhador, tornando-se, desse modo, uma referência primordial a ser considerada nos estudos e intervenções clínicas que envolvam a saúde mental no trabalho.

O diferencial dessa nova abordagem consistiu em ampliar a compreensão sobre a influência do trabalho na saúde psíquica do trabalhador através da proposição de estudos multifatoriais que reunissem elementos de diversos campos científicos como da psiquiatria, psicanálise, sociologia e ergonomia, ou seja, um entrelaçamento de conceitos que, ao serem juntados à Psicologia do trabalho, produziram dados mais precisos sobre as vivências de prazer, sofrimento e construção de identidade a partir do trabalho, além de poder indicar em que circunstâncias o trabalhador faz uso de estratégias de enfrentamento para manter-se mentalmente equilibrado sem que haja interrupções das atividades consideradas aversivas (MERLO; MENDES, 2009).

Além da publicação citada acima e considerada, por conseguinte, marco das primeiras ideias da Psicodinâmica do trabalho, mais duas obras foram publicadas em períodos distintos, inaugurando o que podemos chamar de segunda e terceira fase da Psicodinâmica do Trabalho. Como já mencionamos, a primeira fase foi caracterizada pela psicopatologização do trabalho e em como o trabalhador lidava com o sofrimento daí advindo. A segunda fase tem início nos anos 1990 e direciona seus estudos para



as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, focando seu olhar para os processos que envolvam o real e o prescrito das atividades laborativas, compreendendo que a partir dessas experiências o trabalhador se identifica e constrói uma identidade. Já a terceira e mais recente fase da Psicodinâmica do Trabalho, debruça seu olhar para a organização do labor, procura identificar estratégias defensivas dos trabalhadores para aliviar sofrimentos gerados pelo trabalhar, preocupando-se não com patologias individuais, mas com adoecimentos sociais e com os sentidos produzidos a partir da execução do labor (MENDES, 2007).

Uma revisão sistemática produzida por Giongo, Monteiro e Sobrosa (2015) indica que grande parte das pesquisas produzidas no Brasil sobre saúde mental e adoecimento de trabalhadores são realizadas de forma qualitativa descritiva, predominantemente com profissionais da saúde e adotam a perspectiva da psicodinâmica do trabalho como referencial teórico, buscando privilegiar aspectos relacionados à dimensão da produção de vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

Assim, ao nos referirmos a contexto de trabalho, estamos tratando de um conceito amplo pois:

O contexto de trabalho se refere ao espaço social onde operam a organização e as condições laborais, bem como as relações socioprofissionais. Sob esses aspectos, a Psicodinâmica do Trabalho lança olhares à percepção que o trabalhador tem sobre o teor, o ritmo e a distribuição das tarefas, as normas, cobranças e negociações, a divisão, integração, comunicação e apoio entre as pessoas; e o ambiente, instrumentos e recursos disponíveis para o processo de produção (MAISSIAT et al, 2015, p. 43).

Desse modo, esclarecemos que o contexto de trabalho aqui tomado como análise de pesquisa abarca três dimensões: organização, condições e relações sociolaborais. Por questões meramente didáticas, intentamos estabelecer uma sucinta apresentação de cada conceito em separado. Todavia, é importante assimilarmos que, nas práticas cotidianas laborais, esses elementos se apresentam entrelaçados, guardando estreitas relações de dependência.

Nesse sentido, a preocupação primordial foi identificar como os trabalhadores percebiam o ambiente de trabalho de modo que tornasse compreensível as atividades laborais exercidas de forma individual e/ou coletiva, sem exigir que estes executassem avaliações fragmentadas e que provavelmente não representam fidedignamente a

realidade vivenciada, visto que sabemos que as variáveis presentes no contexto de trabalho podem ser diversas e multifatoriais, envolvendo aspectos microsociais específicos do ambiente investigado, mas também eventos estruturais e políticos característicos do mundo do trabalho, dos modos de vida, de produção de identidade, de subjetividades e das relações estabelecidas por meio de processo histórico intrínseco a categoria trabalho.

### **3.2.1 Organização do trabalho**

De modo geral, a Organização do Trabalho (OT) representa as prescrições normativas presentes no ambiente de trabalho, a distribuição das funções e o controle de execução das atividades (MENDES, 2007; BORGES et al., 2013; FERREIRA et al., 2015). Suas características são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 3 – Componentes que caracterizam a organização do trabalho.

	<b>Componentes</b>
<b>Organização do Trabalho</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Divisão do trabalho: hierárquica, técnica, social;</li> <li>2. Produtividade esperada: metas, qualidade, quantidade;</li> <li>3. Regras formais: missão, normas, dispositivos, jurídicos, procedimentos;</li> <li>4. Tempo: duração da jornada, pausas e turnos;</li> <li>5. Ritmos: prazos e tipos de pressão;</li> <li>6. Controles: supervisão, fiscalização e disciplina;</li> <li>7. Características das tarefas: natureza e conteúdo.</li> </ol>

Fonte: Mendes e Ferreira (2008).

Refletindo a partir da realidade brasileira, onde há carência de mão de obra nos serviços de saúde, é comum que residentes multiprofissionais assumam responsabilidades do setor, embora sua inserção diferenciada preconize a proibição de residentes arcarem individualmente pela prestação de serviços, destacando que o trabalho não deve sobrepor-se à formação. Os termos contratuais do residente estabelecem uma inserção laboral composta por supervisão das práticas, distribuição de horários entre estudo e trabalho, discussão de casos, trabalho em equipe e trocas

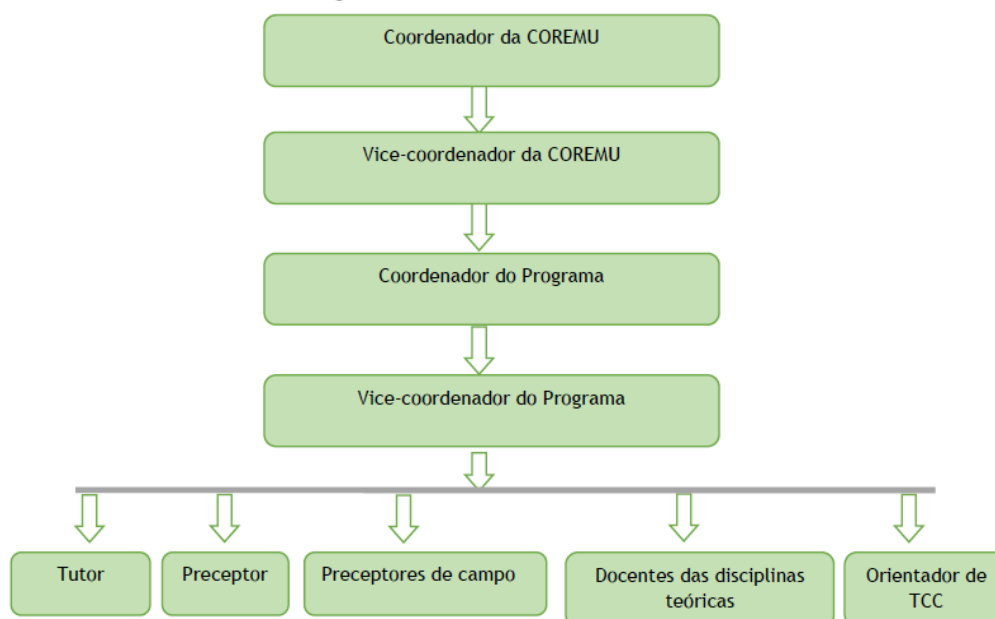
de experiências. O tipo de contrato é temporário, com duração de 24 meses, sem previsão de prorrogação e não configura vínculo empregatício.

O cumprimento da jornada laboral diária de 12 horas exigida representa cerca de 4 horas de trabalho a mais em comparação com a diária de um trabalhador celetista padrão que determina que: “A duração normal do trabalho, para os empregados em qualquer atividade privada, não excederá de 8 (oito) horas diárias, desde que não seja fixado expressamente outro limite” (BRASIL, 2017a).

A ambivalência expressa no acúmulo da dupla função, (1) trabalhador; (2) estudante, guarda relações com condições de trabalho precárias. No cerne da questão está a discussão sobre o cumprimento das 60 horas semanais de atividades requeridas pelos Programas de Residências Multiprofissionais (PRM), uma carga horária extensa que culmina em intensificação laboral, acarretando impactos para a saúde, estilo de vida e no tempo de lazer e descanso dos residentes. Quando o trabalhador é submetido a longos períodos dedicados ao trabalho, mesmo quando não está desenvolvendo uma atividade, mas disponível para tal, sente-se cansado e sobrecarregado, como se não tivesse parado de trabalhar, com a sensação de não ter tempo disponível para realizar práticas de lazer e descanso, demonstrando elevados níveis de ansiedade. Isso pode resultar em aceleração da rotina, redução progressiva do tempo de não trabalho e conseqüente adoecimento (CARDOSO, 2010). É como se a organização conseguisse capturar de tal forma a subjetividade desse trabalhador que ele passa a vivenciar somente o tempo de trabalho, ao passo que o tempo de não trabalho passa a ocupar menos espaço na vida e as relações sociais tendem a ser prejudicadas, culminando em adoecimento proveniente dos modos de organização do trabalho (ALVES, 2008).

Mesmo que o trabalho realizado por residentes demande supervisão por preceptores, espera-se que a incorporação desses profissionais ao SUS contribua para melhoria nos atendimentos à população. Contudo, a inexistência de uma descrição padronizada das atribuições dos residentes reforça dúvidas sobre em que momentos se deve assumir qual papel, dada a típica característica ambígua. Além do mais, convém lembrarmos que o residente está submetido a uma cadeia hierárquica, na qual ele ocupa o patamar mais distante do topo.

Figura 6 – Fluxograma hierárquico da Residência Multiprofissional



Fonte: Coelho et al. (2018, p. 3495).

Ocupar o último lugar da cadeia de trabalho aumenta o risco de sobrecarga de tarefas, excesso de solicitações e comunicação ineficiente. Estimular o trabalhador a ser altamente qualificado e versátil parece promover um ganho para o profissional. No entanto, o que pode ocorrer é o encobrimento de práticas como a distribuição excessiva de atividades para um mesmo trabalhador desempenhar.

No contexto hospitalar, essa ranhura fica ainda mais evidente, pois é requerido que o trabalhador desempenhe suas funções em intervalos de tempo encurtados e programados constantemente. O profissional de saúde tem incorporado com frequência a ideia de que precisa ocupar seu tempo o máximo possível, pois tempo livre equivaleria a improdutividade e a salário mais baixo. No âmbito da RESMULTI, essa intensificação pode culminar em situações de insatisfação e dificuldades para se adaptar à organização laboral.

### **3.2.2 Das condições de trabalho**

Tomado como um dos elementos constitutivos do contexto por nós abordado, as Condições de Trabalho (CT) estão atreladas a aspectos qualitativos do ambiente laboral. Envolve o local físico em que as funções são desempenhadas, ademais dos

instrumentos e insumos fornecidos para a execução da atividade ocupacional (MENDES, 2007). Os componentes presentes nessa dimensão se distribuem em cinco, conforme sintetizamos abaixo:

Quadro 4 – Componentes que caracterizam as condições de trabalho.

<b>Condições de Trabalho</b>	<b>Componentes</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambiente físico: sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som;</li> <li>2. Instrumentos: ferramentas, máquinas, documentação;</li> <li>3. Equipamentos: materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário;</li> <li>4. Matéria prima: objetos materiais/simbólicos, informacionais;</li> <li>5. Suporte organizacional: informações, suprimentos, tecnologias, práticas de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios.</li> </ol>

Fonte: Mendes e Ferreira (2008).

A residência multiprofissional adota como sistema de remuneração a modalidade de bolsa de pós-graduação, isenta de tributação pelo Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF). A contratação ocorre via edital de seleção e, para a administração pública, não configura vínculo empregatício. Por ter caráter de “bolsa de estudo”, também não dá direito a 13º salário, FGTS, insalubridade, e tampouco estabilidade. Quando o residente encerra a sua estadia na RMS, ele não tem direito a receber seguro desemprego, mas contribui compulsoriamente para o regime previdenciário, na condição de contribuinte individual, logo, não há contrapartida contributiva por parte de seu empregador, no caso, o Estado (SILVA, 2018).

A construção do SUS apresenta como característica o financiamento deficitário, o que prejudica a aquisição de insumos, contratação de pessoal e, por conseguinte, interferem ou impedem a atuação dos profissionais de saúde. Estruturas físicas sem boas condições de uso, instrumentos antigos e falta de equipamentos atrapalham a prestação de serviços (RODRIGUES, 2016). Além disso, o espaço disponível para atuar é restrito, uma vez que é ocupado quase integralmente por maquinários, instrumentos e pessoas.

O residente multiprofissional atua em condições de proteção mínima ou

inexistente. Ele não é assegurado, por exemplo, contra acidentes no local de trabalho e, no caso de afastamentos do desempenho das atividades superior a 3 dias, mesmo que seja comprovadamente por motivo de doença, deverá compensar as horas não trabalhadas (SILVA, 2018). Esse contexto de fragilidades laborais representa o local de inserção do grupo estudado.

Embora possamos considerar como benefícios a titulação e o rendimento salarial que alcança um patamar superior à média de ganhos de categorias profissionais semelhantes, podemos seguramente depreender que as condições de trabalho de residentes multiprofissionais se revelam inferiores em comparação com as de contratos sob o Regime Jurídico Único (RJU) e de celetistas, por exemplo.

### **3.2.3 Estabelecimentos de relações sociolaborais**

Denominamos de relações sociolaborais as formas de gestão, a comunicação e a interação entre os profissionais (FERREIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2020). Nessa dimensão, além das particularidades ocupacionais e do próprio trabalhador, estão inseridos outros agentes, complexificando, dessa maneira, as teias de relações socioprofissionais, o que exige do trabalhador um repertório de habilidades sociais mais amplo para lidar com as demandas do trabalho. Tais capacidades estão sumarizadas no quadro que se segue:

Quadro 5 – Componentes que caracterizam as relações sociolaborais.

	<b>Componentes</b>
<b>Relações Sociolaborais</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interações hierárquicas: chefias imediatas, chefias superiores;</li> <li>2. Interações coletivas: intra e inter-grupos: membros da equipe de trabalho; membros de outros grupos de trabalho;</li> <li>3. Interações externas: usuários, consumidores, representantes institucionais (fiscais, fornecedores).</li> </ol>

Fonte: Adaptado de Mendes e Ferreira (2008).

Nesse componente, os desafios para o residente podem ser representados pela falta de clareza na definição das suas atividades, que resulta em muitas dúvidas, tanto para os beneficiários dos serviços de saúde como para os servidores que

podem possuir diferentes modalidades de vínculo trabalhista – celetista, contrato temporário ou Regime Jurídico Único (RJU) -, mas compartilham o mesmo espaço de trabalho. Essa confusão na definição de papéis pode desencadear ruídos na comunicação e desembocar em situações conflituosas. É nessa esfera complexa que as relações sociolaborais são criadas.

O trabalho entre residentes, por ser um trabalho multidisciplinar, quase sempre é desempenhado em equipe. Isso favorece a aproximação entre colegas de trabalho. Por outro lado, a carga horária extensa, o tempo gasto no deslocamento, cuidados de higiene básicos, paramentação individual e intervalo para se alimentar absorvem muito tempo, restando poucas horas para construir vínculos fora do trabalho.

Desse modo, percebemos o quanto a experiência como residente pode ser intensa, tendo em vista que são 12 horas diárias, 60 horas semanais, durante 24 meses convivendo em regime de dedicação exclusiva praticamente com as mesmas pessoas. Notamos também que há uma implementação sofisticada de vigilância ao residente através de horários fixos e frequência via relógio biométrico, logo as relações socioprofissionais tendem a ser alteradas pela economia do tempo de trabalho, que se sobrepõe ao tempo liberado do labor.

Ruídos na comunicação entre equipe operacional e a gestão da RESMULTI se mostram propícios, já que os gestores são encarregados de distribuir as tarefas, que se vinculam, na maioria das vezes, as necessidades da instituição, são prescritivas, configurando certa rigidez a mudanças e não costumam ser previamente discutidas com os assumidamente trabalhadores residentes.

### **3.3 Relações entre processos de precarização laboral e o desempenho da função residente**

A singularidade da conjuntura político-econômica brasileira carrega traços caracterizados por vínculos de trabalho frágeis. E se antes os serviços públicos estavam protegidos da falsa promessa de maior autonomia, controle efetivo sobre a atividade e mais tempo livre, hoje eles encontram-se vulneráveis às práticas neoliberais. Nos últimos 20 anos, o setor público tem sofrido com privatizações,

aposentadorias precoces, terceirização, congelamento de salários e de gastos, resultando em péssimas condições de trabalho e desemprego (BORGES, 2007).

Partindo desse cenário, conceituamos precarização como um processo marcado pela flexibilização de medidas de inserção no campo laboral. É importante compreendermos que a precarização é um processo dinâmico que afeta diretamente a organização da vida social do trabalhador, pois apresenta como características intrínsecas: perda de garantias sociais, insegurança quanto ao planejamento de vida, inconstância na definição da jornada de trabalho e instabilidade no que concerne à manutenção do cargo ou emprego (LIMA; BARROS; AQUINO, 2012).

As Residências em Saúde nascem em condições de precariedade e tornam-se agentes de precarização para outras profissões ao possibilitar a coabitação de uma terceira modalidade contratual entre as mesmas categorias de trabalhadores (AQUINO et al., 2014). Atualmente, podemos identificar ao menos três tipos de contratação na maioria dos serviços públicos de saúde: (a) Regime Jurídico Único (b) Celetista (CLT) (c) contratos por tempo determinado. Para Silva (2018), a incorporação dos Hospitais Universitários (HUs) pelo SUS, na década de 1990 impulsionou o ajuste da mão de obra a fim de tornar crível o atendimento às demandas do tripé: ensino-pesquisa e assistência. O regime jurídico múltiplo adotado prevê diferentes formas contratuais.

Os residentes podem ser enquadrados neste último perfil. Observamos que a limitação de gastos imposta pelos governos impactou na realização de concursos públicos e reajustes salariais, mas não na expansão de investimentos deliberados para ampliar a quantidade de vagas em residências em atenção hospitalar à saúde, o que nos leva a pressupor que tal forma de contratação guarda relações de proximidade com a flexibilização das relações de trabalho (SILVA, 2018).

Notamos que as políticas nacionais adotadas pelo Estado direcionam o funcionamento do SUS, que, por sua vez, tem adotado como principal estratégia de reposição de pessoal a terceirização. Essa postura provoca incômodos em trabalhadores, gestores e beneficiários, pois não há garantias de continuidade dos serviços. A mensuração da qualidade também fica comprometida. O trabalhador se vê obrigado a trabalhar em mais de uma organização para garantir um salário melhor. As remunerações, assim como os contratos, não são padronizadas. Por fim, a



rotatividade produz o esfacelamento dos vínculos laborais, já fragilizados pela rotina intensificada.

A Residência Multiprofissional tem como papel oferecer suporte às equipes de trabalho do SUS. A seleção ocorre por meio de publicação de edital. O Ministério da Saúde (MS) legitima essa modalidade através de portarias, traveste de formação, convencendo o profissional de que, como na prescrição legal ele não pode assumir as responsabilidades de um setor nem manter vínculo trabalhista, ele realmente é um estudante. Supomos que o tratamento ambíguo é uma estratégia para garantir a isenção do empregador, no caso a União, de arcar com direitos trabalhistas.

A discussão da função do residente (trabalhador e estudante) e da natureza da residência (trabalho e educação) sempre remete ao fato de que a inserção dos residentes num contexto de precarização da política de saúde tem como consequência a precarização do trabalho dos segmentos envolvidos nos Programas de Residência, inclusive dos alunos. Por isso é viva a discussão das 60 horas semanais (posição contra o cumprimento de 60 horas semanais); não substituição dos trabalhadores do SUS por profissionais residentes (os Programas de Residência devem promover fortalecimento do SUS e não sua precarização); o arcabouço legal dos direitos; seguro de acidentes pessoais; atendimento à saúde e não compensação de atestados e licenças (SILVA, 2018, p. 10).

Questionar que o tratamento dúbio talvez seja proposital faz sentido, uma vez que o regime de 60 horas semanais com dedicação integral e exclusiva, apresenta-se muito superior à carga horária de trabalho máxima prevista na Constituição Federal de 1988, também não encontra respaldo na *Seção II* da CLT, atualizada em 2017, que trata do estabelecimento das jornadas de trabalho típicas e das excepcionais. De todo modo, constatamos que o trabalho de residentes multiprofissionais em saúde apresenta compatibilidade irrefutável com elementos de precarização.

Cabe ressaltar que as transformações nas configurações do trabalho, impostas pela reestruturação produtiva, associadas ao contexto neoliberal amplia as exigências do trabalhador, o qual necessita ser cada vez mais polivalente e multifuncional, fatores que podem impactar na saúde dos mesmos tendo em vista essa hipersolicitação dos serviços. Assim, além de ter o acúmulo de trabalho, tem-se a necessidade de responder ao maior número de demandas em menor tempo, sujeitando a realização de um trabalho mecanizado, alienado e fragmentado (MARTINS; KUSS; WÜNSCH, 2019, p. 84).

A partir da análise do contexto de trabalho dos residentes, é possível acessar as evidências de um processo de debilitamento que recai sobre a situação laboral

deles. Essa tentativa de aproximação à realidade dos residentes a partir da percepção construída por eles mesmos constitui interesse basilar da nossa investigação, desvelando o real processo de precarização que parece constituir uma premissa desse modo de articulação das residências multiprofissionais.

Além do mais, o processo de globalização impulsionado pela “tecnologização” do trabalho – necessidade de sempre trabalhar munido com algum recurso tecnológico – vem articulando e acelerando muitas transformações no contexto organizacional. Essas alterações impactam diretamente nas vivências ocupacionais e acarretam mudanças tanto para a organização dos processos de trabalho quanto para as condições e relações laborais firmadas entre os atores sociais. Contudo, sabemos que o foco das corporações se concentra no lucro gerado pela exploração da força de trabalho (MARX, 2004). Isso faz com que elas acabem ignorando particularidades fundamentais para entender a percepção dos profissionais acerca de sua realidade, um erro preocupante que pode originar situações de vulnerabilidades para o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, culminando no fim de tudo, em prejuízos para funcionários e organização (OIT, 2013).

A prática capitalista habitual de dar mais importância ao lucro do que ao trabalhador, principal usuário dos meios de produção e, por conseguinte, responsável pelo desempenho das atividades cuja finalidade é determinada pelo empregador, é uma problemática apontada por Borges et al. (2013) e Mendes (2016) como promotora de sentimento de insegurança, incertezas e apreensões em relação à manutenção do emprego ou função, produzindo situações estressoras que podem ser associadas ao desenvolvimento de adoecimento gerados a partir do labor.

Nesse cenário inserem-se os programas de residência em saúde, que surgem como uma estratégia de formação de mão de obra realizada no e para o SUS. Possuem uma proposta de formação em serviço que promove a qualificação do profissional e o fortalecimento do sistema de saúde, sendo considerada uma especialização *latu sensu* que mescla horas teóricas e práticas. Porém, a inserção desses profissionais nos programas de residência acontece de forma precarizada, iniciando pela forma de contratação, que não estabelece vínculo empregatício. [...] Verifica se, então a indissociabilidade entre saúde e trabalho, onde o processo saúde doença é resultado das condições objetivas de trabalho dos sujeitos, incidindo objetiva e subjetivamente na vida dos mesmos (MARTINS; KUSS; WÜNSCH, 2019, p. 93)

O vínculo frágil de trabalho, a extensa jornada laboral, a falta de definição clara

das atribuições do residente e a proposição de atividades complexas que deveriam ser atribuídas a funcionários com vínculos estáveis geram ranhuras entre grupos de trabalhadores em um mesmo ambiente. É importante frisarmos que esse tipo de fragmentação é desejável e estimulado pelo neoliberalismo, tendo em vista que tal comportamento resulta em desarticulação de estratégias de resistências coletivas contra degradações geradas por condições precárias, ao passo que incentiva a lógica competitiva e individualista (MARTINS; KUSS; WÜNSCH, 2019).

Para Borges et al. (2013) é importante compreendermos e ampliarmos os dados acerca de como os trabalhadores identificam as condições laborais presentes no contexto de suas vivências cotidianas. Embora a terceirização, contratos temporários e condições frágeis de vinculação trabalhista não sejam características exclusivas da função residente, elas estão presentes e, junto com a carência de mão de obra e o acúmulo desordenado de funções, acarretam prejuízos quanto ao diálogo, à delegação equivocada de atribuições administrativas e à quebra de expectativas quanto ao ideal de trabalhador liberal bem sucedido financeiramente e que trabalha em um consultório individual ou vinculado a uma empresa com fins lucrativos.

O contato com a realidade do SUS com que o residente se depara dificilmente se encaixa aos padrões propagandeados durante a formação, daí surgem problemas como dificuldade para trabalhar em equipe, discurso incompatível com as diretrizes do sistema de saúde pública e carência de conteúdo teórico e prático sobre gestão, trabalho multidisciplinar e interdisciplinar e gestão ampliada dos serviços do SUS - conhecimentos e competências extremamente necessárias para quem deseja inserir-se no serviço público de saúde, seja como gestor ou residente, tais habilidades são requeridas.

## 4 PROPOSTA METODOLÓGICA

O presente estudo teve como proposta o desenvolvimento de uma pesquisa do tipo quantitativa descritiva, não probabilística por conveniência, e almejou, através das respostas ao questionário sobre “Contexto de Trabalho entre Residentes Multiprofissionais em Atenção Hospitalar à Saúde (CTRMS)”, construir os dados necessários para satisfazer nossos objetivos específicos que foram: (1) caracterizar o perfil do residente multiprofissional em atenção hospitalar à saúde, (2) compreender como residentes multiprofissionais não médicos percebiam a organização, as condições e as relações de trabalho no âmbito do programa de residência e (3) analisar a presença de vulnerabilidades laborais atreladas ao desempenho da função trabalhador/estudante em saúde para que dessa forma, fossemos capazes de cumprir com nosso propósito geral de descrever como residentes multiprofissionais em atenção hospitalar à saúde avaliam o próprio contexto de trabalho.

Destacamos que tínhamos como pretensão inicial conduzir esta investigação e análise sob a perspectiva de um delineamento de pesquisa mista, por acreditarmos que: “A pesquisa de métodos mistos visa à convergência entre o qualitativo e o quantitativo, o pluralismo paradigmático, assim, uma resposta mais ampliada ao problema ou fenômeno em investigação” (SANTOS et al., 2017, p. 8-9). No entanto, o percurso de pesquisa nos fez compreender que a reunião de dados quantificáveis atenderia melhor o nosso propósito de estudo. Somam-se ainda a imposição de distanciamento social e o contexto de intensificação do trabalho de profissionais de saúde atuando no combate à pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, o que dificultaria a realização de entrevistas no local de trabalho.

O percurso metodológico compreendeu inicialmente 1) observações in loco da atuação de residentes multiprofissionais, 2) pesquisa bibliográfica prévia sobre o tema com o objetivo de explorar o assunto e obtermos informações que contribuíssem para gerar mais proximidade com a problemática de interesse, ocasião em que fomos surpreendidos com a limitada produção científica. Após a revisão teórica iniciamos a 3) etapa propriamente estruturada desse estudo e, com efeito, a enfatizada nos resultados e discussão. Nesse ponto, os dados quantitativos começaram a ser obtidos, estabelecendo, desta maneira, consonâncias com os objetivos definidos para

essa investigação.

Por avaliarmos que ainda não há produção suficiente acerca do fenômeno de interesse, bem como a necessidade de produzir informações gerais sobre o perfil dos respondentes e descrever características específicas relacionadas ao desempenho da atividade laboral do grupo estudado, buscamos reunir um panorama geral sobre o perfil de residentes e o funcionamento da RESMULTI. As análises são apresentadas através de medidas de posição (moda, média e mediana) ou dispersão (amplitude, variância), expressas em tabelas (SANTOS, 2018). O teste de Kruskal-Wallis foi aplicado aos dados quantitativos para realizarmos a comparação entre grupos e os dados não paramétricos, com pós teste de Dunn.

Os resultados foram explanados e interpretados à luz das categorias propostas no questionário aplicado. A interpretação das informações expressas teve ancoragem teórica no viés da psicologia social do trabalho e, portanto, a compreensão de que o sujeito de pesquisa, aqui descrito como residente multiprofissional em saúde, não pode ser classificado como passivo. Embora o modelo de obtenção de dados tenha sido um questionário, tomou-se o cuidado de oferecer um escopo amplo de respostas para que, ao respondê-lo, o residente não se sentisse constrangido a satisfazer os itens, implicando, desse modo, em falta de liberdade para manifestar inquietações que ultrapassassem os pontos definidos pelos elementos do instrumento.

#### **4.1 Participantes**

Participaram desta pesquisa integrantes da Residência Multiprofissional na cidade de Fortaleza com atuação em hospital público durante o período 2019-2021. O convite para responder o questionário foi enviado através de link via e-mail. O instrumento foi hospedado no Google Forms e apresentava 49 Questões (Q) (anexos A e B; apêndices B e C) distribuídos entre variáveis quantitativas, categóricas e mais 2 perguntas complementares abertas e não obrigatórias. O uso de formulário online mostrou-se mais conveniente e apropriado devido ao cenário pandêmico da COVID-19 durante todo o período de realização da pesquisa. A recomendação das autoridades sanitárias era de que evitássemos exposições a fim de nos protegermos da contaminação e de não propagarmos a transmissão do patógeno.

O acesso aos participantes da pesquisa ocorreu presencialmente no âmbito da residência e também através de convite para participar do estudo via e-mail. A Unidade de Residência Multiprofissional (URM) e a Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) da instituição onde os residentes desempenhavam suas atribuições colaboraram com o estudo fornecendo algumas informações solicitadas, como quantitativo de residentes e e-mails. Foram incluídos no estudo residentes não médicos de qualquer especialidade profissional que estivesse no primeiro ou segundo ano de residência multiprofissional em atenção hospitalar à saúde. Profissionais de odontologia, assim como residentes médicos, não foram incluídos, embora possam fazer parte de equipes multiprofissionais.

Os critérios considerados para exclusão de residentes em odontologia deste estudo justificam-se pelo fato de que, na instituição pesquisada, odontologistas só ingressam na modalidade de residência Uniprofissional, a duração do tempo de residência Uniprofissional (36 meses) é superior ao da RESMULTI (24 meses) e, conseqüentemente, a carga horária total prevista também é superior (8.640 horas). No que concerne a não inclusão de médicos, já explicamos na seção de introdução que existe a Residência Multiprofissional destinada ao ingresso de várias categorias de profissionais da saúde, excetuando médicos e que há especificamente as Residências Médicas (RESMED), programas destinados exclusivamente a selecioná-los (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As três modalidades de residências aqui citadas apresentam particularidades marcantes de funcionamento, por exemplo o caráter de dedicação integral e exclusiva presente na RESMULTI, mas ausente na RESMED, ou a duração e a carga horária da residência Uniprofissional, que é superior à da multiprofissional. Com isso, não é nosso propósito negar as várias semelhanças existentes entre eles, mas sim demarcarmos que seria inviável realizar uma pesquisa de modo a satisfazer nossos objetivos abarcando grupos submetidos a condições de trabalho significativamente heterogêneas, mesmo havendo correspondências importantes entre eles.

A quantidade máxima inicial de respondentes prevista foi limitada a 111, número que correspondia ao quadro total de residentes na instituição pesquisada no período compreendido entre 2019-2021. Tal informação foi previamente solicitada pela pesquisadora e fornecida pela RESMULTI via e-mail. Como previsto, no

momento da obtenção de dados havia menor quantidade, pois é comum ocorrerem desistências no decorrer do percurso.

Quadro 6 – Residentes Multiprofissionais distribuídos por ênfase de atuação no período 2019-2020

<b>Categoria profissional</b>	<b>Ênfase/atuação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Concentração (%)</b>
Enfermagem	Assistência em Diabetes	7	18,42
	Assistência em Onco-hematologia	4	10,53
	Assistência em Saúde da Mulher/Criança	5	13,16
	Assistência em Terapia Intensiva	4	10,53
	Assistência em Transplante	4	10,53
	Obstetrícia	12	31,58
	Saúde Mental	2	5,26
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
Farmácia	Assistência em Onco-hematologia	2	9,09
	Assistência em Saúde da Mulher/Criança	8	36,36
	Assistência em Terapia Intensiva	6	27,27
	Assistência em Transplante	6	27,27
	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>99,99</b>
Fisioterapia	Assistência em Diabetes	4	28,57
	Assistência em Saúde da Mulher/Criança	2	14,28
	Assistência em Terapia Intensiva	6	42,86
	Assistência em Transplante	2	14,28
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>99,99</b>
Nutrição	Assistência em Diabetes	8	42,10
	Assistência em Onco-hematologia	1	5,26
	Assistência em Saúde da Mulher/Criança	4	21,05
	Assistência em Transplante	4	21,05
	Saúde Mental	2	10,53
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>99,99</b>
<b>Categoria profissional</b>	<b>Ênfase/atuação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Concentração (%)</b>

Psicologia	Assistência em Onco-hematologia	1	12,5
	Assistência em Saúde da Mulher e da Criança	1	12,5
	Assistência em Transplante	4	50
	Saúde Mental	2	25
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Serviço Social	Assistência em Saúde da Mulher e da Criança	2	22,22
	Assistência em Transplante	5	55,55
	Saúde Mental	2	22,22
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>99,99</b>
Terapia Ocupacional	Saúde Mental	1	100
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
<b>Total Geral</b>	-	<b>111</b>	-

Nota: Dados fornecidos pela RESMULTI referente ao biênio 2019-2020.

Fonte: Elaborada pela autora.

O residente que obtém êxito no processo seletivo ganha o direito de ocupar uma vaga pelo período de 24 meses e sair com o certificado de especialista na ênfase escolhida. Além do mais, não é vedada a desistência de ingressar no programa. A qualquer tempo, por qualquer motivo, podem haver abandonos. Porém, nesses casos, não fará *jus* ao título de especialista e cessará o recebimento da remuneração a que tem direito enquanto permanece. Caso a desistência ocorra no limite de até 60 dias após o ingresso da turma, poderá, em consonância com as normas legais e a critério da gestão, haver substituições. Passado esse período, não é possível inserir novos membros e as vagas resultantes de desistências continuam ociosas.

A quantidade de vagas e distribuição por categoria profissional que cada unidade de saúde receberá pode ocorrer a partir da solicitação da instituição interessada em acolher o programa e que esteja devidamente conveniada ao Ministério da Saúde (MS). Contudo, ela pode indicar sua necessidade, mas não garante que as vagas serão concedidas, pois a concessão fica a cargo do MS, que avaliará, além de critérios estruturais, organizacionais e administrativos do demandante, sua própria capacidade financeira para fornecer a remuneração a título de bolsas de estudos, uma vez que tal obrigação compete ao MS. Esclarecemos que



a forma de captar residentes multiprofissionais para o quadro de pessoal ativo apresenta variações de acordo com a esfera governamental na qual a instituição de saúde encontra-se vinculada.

Conforme demonstrado acima (Quadro 6), a quantidade máxima possível de respondentes era bem definida, contemplando 7 categorias de profissionais de saúde distribuídas irregularmente entre 7 ênfases de atuação. Pode ser observado que residentes enfermeiros estão presentes em maior quantidade e em todas as 7 ênfases existentes, enquanto em Terapia Ocupacional há somente 1 representante na ênfase saúde mental. As especialidades “Assistência em Saúde da Mulher e da Criança” e “Assistência em Transplante” possuem mais diversificação de profissionais, ao menos 6 profissões compõem essas equipes.

Para participar desta pesquisa, os residentes multiprofissionais receberam em seus endereços de e-mail um convite contendo uma breve explicação e o link para acesso ao questionário, onde deveriam escrever sucintamente uma resposta ou selecioná-la dentre as opções oferecidas. Embora nossos esforços fossem direcionados a obter o máximo de questionários respondidos, não estipulamos uma quantidade, isto foi determinado ao final do estudo com base na adesão de respostas oferecidas pelo grupo de interesse.

## 4.2 Instrumento

Um questionário contendo escalas nominais, ordinais, do tipo *Likert*, acrescidos de 2 itens com respostas discursivas (abertas) foi respondido por 62 residentes que concordaram em participar voluntariamente desta pesquisa. O instrumento aplicado para obter os dados foi modificado a partir do Questionário de Condições de Trabalho (QCT) dos autores Borges et al. (2013); Mendes (2016). Um protocolo, chamado de Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), elaborado por Facas (2013) também foi adaptado e incorporado ao instrumento, totalizando 8 categorias descritas a seguir:

- a) **Dados sociodemográficos (Q1-Q10):** contempla dados básicos, como sexo, idade, tempo de trabalho, carga horária, estado civil, quantidade de

filhos e formação acadêmica;

b) **Condições de trabalho contratuais e jurídicas (Q11-Q21):** considera carga horária prescrita e real, tipo de vínculo de trabalho, tempo dedicado ao trabalho, deslocamento, remuneração, experiência profissional, motivações e expectativas em relação ao ingresso na RESMULTI;

c) **Condições físicas e materiais de trabalho (Q22):** concentra-se nos aspectos físicos ambientais, equipamentos de proteção individual, exposição a agentes patológicos, riscos de acidente de trabalho, ergonomia, extensão do tempo de trabalho através de recursos digitais, risco de desenvolvimento de doenças ocupacionais, abrangendo o estresse relacionado ao trabalho;

d) **Processos e características de trabalho (Q23-Q30):** reúne dados sobre organização do tempo de trabalho, possibilidade de flexibilização de horários, ritmo de trabalho, prazos, trabalho em equipe, controle de desempenho, exigências da função, qualificação, autonomia no pensar e no desempenhar das atividades.

e) **Ambiente sociogerencial (Q31-Q38):** discorre sobre condições organizativas da instituição, relacionamento entre profissionais e gestores, tomada de decisões, sobrecarga de tarefas, desempenho e ociosidade;

f) **Riscos psicossociais no trabalho(Q39):** Compreende a satisfação com as atribuições realizadas, desvalorização profissional, relações sociolaborais, sentidos, significados e sentimentos atribuídos ao trabalho;

g) **Aspectos de saúde do trabalhador (Q40-Q47):** refere-se às condições gerais de saúde do trabalhador, afastamentos por motivo de doença, psicopatologias, tipos de tratamento realizados, distúrbios do sono, ações de prevenção e promoção em saúde a que tem acesso;

h) **Questões de respostas subjetivas (Q48 e Q49):** compreende duas Questões (Q) que permitem qualquer tipo de resposta discursiva não restringindo ou delimitando as opções. Permitem explicações longas e tem caráter não obrigatório.

Tanto o QCT quanto o PROART foram validados no Brasil em 2013. O primeiro

foi validado entre diferentes categorias de trabalho, incluindo docentes de ensino superior e profissionais da saúde de hospitais universitários. Apresenta-se adequado para avaliar as condições de trabalho de diversas categorias profissionais, embora Borges et al. (2013) pondere que, devido às especificidades das ocupações e dos labutadores, mais estudos empíricos devem ser realizados com outros grupos de trabalhadores. Já o protocolo de avaliação de riscos psicossociais no trabalho de Facas (2013), adota perspectivas críticas e das clínicas do trabalho, preocupando-se com os riscos psicossociais advindos das relações de trabalho e da organização laboral.

### **4.3 Aspectos éticos**

No convite para participar da pesquisa, esclarecemos que o residente não deveria participar contra sua vontade. Sua recusa não traria nenhum prejuízo para si e poderia fazer qualquer pergunta que julgasse necessária para a compreensão dos procedimentos.

Esse estudo não previu nenhum dano à saúde do respondente. Entretanto, o questionário aplicado contém 49 itens com subitens e escalas, divididos em 8 categorias com perguntas sobre dados sociolaborais, condições de trabalho, organização do trabalho, relações socioprofissionais e riscos psicossociais no trabalho. Foi avisado que seria necessário reservar de 25-40 minutos para responder, mas que a duração média seria de aproximadamente 32 minutos.

Para estimarmos o tempo gasto, aplicamos um teste piloto com 3 residentes vinculados a outro programa de residência para evitar comprometer nossa amostra. Eles foram convidados, devidamente informados sobre os termos e concordaram em participar voluntariamente desta etapa. Eles não foram incluídos na nossa análise. Pedimos, no primeiro momento, que respondessem individualmente as perguntas e nos informassem o horário de início e de término. Posteriormente, aproveitamos para questioná-los quanto às dificuldades de compreender enunciados e instruções. Fomos comunicados da inexistência de embaraços textuais, mas nos alertaram sobre o cansaço provocado pela extensão do questionário. Daí nossa cautela de avisar que contribuir com essa pesquisa poderia envolver o risco de cansaço leve ou mesmo

desconforto ao responder alguma questão. Caso isto acontecesse, orientamos que interrompesse a participação no estudo, em definitivo ou momentaneamente, podendo retomá-la caso desejasse.

Sobre as condições de sigilo, enfatizamos que as respostas foram anônimas. O nome ou outro dado que possa identificar quem respondeu não aparece em nenhum momento do estudo, preservando-se, assim, o sigilo das informações. A partir desta investigação, esperávamos poder caracterizar o perfil do grupo estudado, descrever a estrutura do contexto de trabalho dos residentes e fazer aproximações entre processos de precarização laboral e o desempenho da função residente em saúde.

A depender do interesse institucional do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, a síntese da construção nesse estudo poderá fornecer novas compreensões sobre o contexto de trabalho de residentes, culminando em subsídios para a implementação de intervenções capazes de fortalecer a noção de coletivo e de prevenção a agravos a saúde mental no trabalho no âmbito da RESMULTI.

Por fim, informamos sobre a disponibilização de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constava uma breve descrição da pesquisa, seus objetivos, como os dados seriam usados e o esclarecimento de que o entrevistado não receberia nenhum valor financeiro e nem haveria ônus, implicando em risco mínimo. Consideramos que, a partir do preenchimento e envio de respostas, o respondente expressava sua concordância com o TCLE e sua participação voluntária. Todavia, salientamos que este poderia retirar o consentimento a qualquer momento.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o nº 3.836.803 - CAAE: 28641020.0.0000.5054 e ao Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), sob o nº 4.201.437 - CAAE: 28641020.0.3001.5045, e em ambos obtive parecer aprovado.

#### **4.4 Análise de dados**

Os dados necessários para a construção desta pesquisa foram obtidos através de formulário eletrônico do Google Forms, um serviço online gratuito considerado simples e acessível. Através dessa ferramenta, podemos criar formulários com itens

que permitem respostas de múltipla escolha, discursivas, nominais e em escala numérica. As respostas ao questionário ficaram armazenadas na conta de acesso da pesquisadora principal. Os dados que compuseram as análises do estudo foram previamente tabulados no programa Excel. As variáveis quantificadas e categorizadas foram codificadas e exportadas para o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) e analisadas através de estatística descritiva. Os resultados foram apresentados e descritos de forma sumarizada em tabelas e discutidos textualmente.

Para a análise das respostas obtidas através dos dois itens discursivos (48 e 49), utilizamos o apoio do recurso tecnológico Atlas.ti versão 8 para Windows. O Atlas.ti é um software desenvolvido para analisar dados qualitativos. Ele é capaz de sistematizar as etapas da Análise de Conteúdo, auxiliando, portanto, a organização dos dados que serão posteriormente interpretados pelo pesquisador (SILVA JUNIOR; LEÃO, 2018). Nessa etapa, usamos as respostas aos itens discursivos para gerar uma nuvem de palavras e identificarmos com rapidez e precisão os termos que mais se repetiram nas respostas e que, portanto, foram discutidos. Silva e Jorge (2019, p. 42) explicam que:

Nuvens de palavras (NP) são recursos gráficos que representam frequências de palavras utilizadas em um texto. Por meio de algoritmos é possível construir imagens formadas por dezenas de palavras cujas dimensões indicam sua frequência ou relevância temática em meio a centenas ou milhares de postagens.

Concluimos que o uso da ferramenta nuvens de palavras na etapa final permitiu uma análise mais exploratória, interpretativa e menos quantificável em termos numéricos devido à impossibilidade de padronização das respostas livres e discursivas. Esclarecemos que essa liberdade dada aos respondentes foi proposital, um risco metodológico estratégico que optamos por correr para que fosse crível obtermos acesso a conteúdos que deixaram de ser contemplados nos demais itens, mas que poderiam gerar inquietações e aparecer como demandas de fala dos pesquisados ao escolherem responder as perguntas de número 48 e 49 do instrumento.

Quando falamos de risco, nos referimos à possibilidade de críticas quanto à adoção de uma postura que pode ter escapado brevemente aos procedimentos considerados padrões, sobretudo por estudiosos mais conservadores que guardam a

ideia de que pesquisas categorizadas como quantitativas devem demonstrar isenção absoluta do pesquisador e rigidez em todos os aspectos. A fim de amenizar tais objeções, ao determinarmos a frequência de aparecimento de palavras e identificarmos a relevância temática do conteúdo para que fosse analisado, fizemos uso do mecanismo de inteligência artificial Atlas.ti, um software considerado padrão ouro para realizar análise de conteúdo.

Percebam que duas questões discursivas e não obrigatórias são elementos insuficientes para classificarmos esse estudo como sendo de metodologia mista, visto que de 49 perguntas, 47 são apresentadas em escalas do tipo Likert ou nominal, ou seja, as respostas puderam ser operacionalizadas e transformadas em explicações numéricas por meio de técnicas estatísticas, reunindo desse modo, subsídios para a construção de uma pesquisa com enfoque quantitativista.

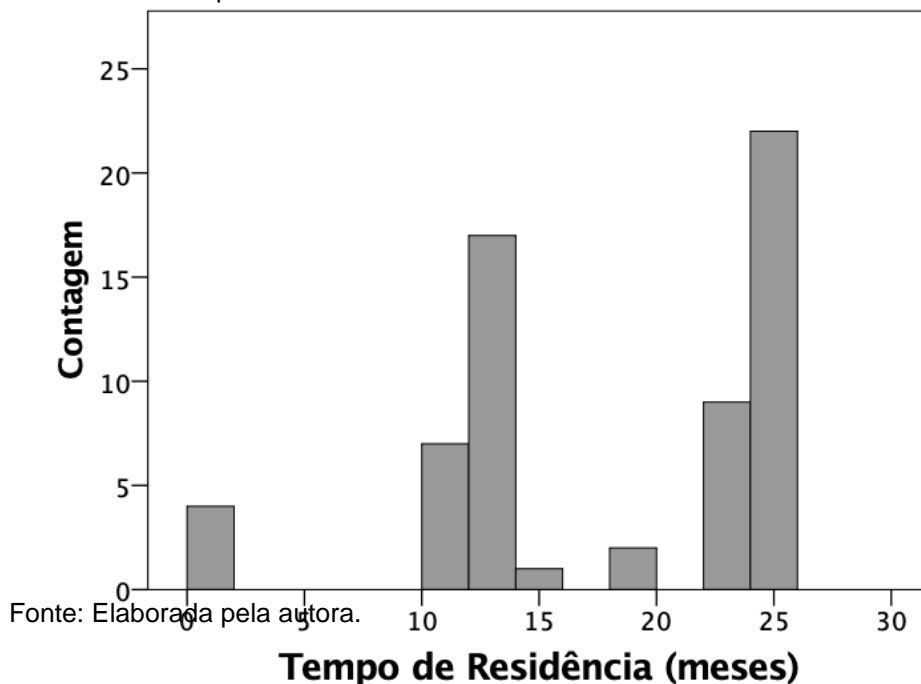
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise estatística, as variáveis qualitativas foram expressas como contagem absoluta e frequência relativa como porcentagens. Dados categóricos foram comparados usando o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Todas as variáveis quantitativas foram testadas para distribuição normal usando o teste de Kolmogorov-Smirnov. Dados normais foram, então, expressos como média  $\pm$  desvio padrão e dados não normais como mediana e amplitude interquartil.

Os dados quantitativos foram comparados entre 3 grupos através do teste de Kruskal-Wallis para os dados não paramétricos, com pós teste de Dunn. Os dados foram analisados no software SPSS para Macintosh, versão 23 (Armonk, NY: IBM Corp.). Para todos os testes analíticos, foi considerado valor base de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativos. Os achados obtidos no processo de pesquisa foram discutidos de forma conjunta para que fosse possível produzir uma articulação teórica entre os resultados e os objetivos propostos para esse estudo.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos residentes em atenção hospitalar à saúde

Figura 7. Histograma representando o tempo de residência do grupo de multiprofissionais não médicos avaliados.



Antes de intentarmos caracterizar propriamente o perfil do residente multiprofissional, trouxemos um dado que representa a caracterização da amostra obtida quanto ao tempo de estadia na RESMULTI. É possível observar no histograma acima que a distribuição apresentada variou de 1 a 24 meses, ocorrendo uma concentração maior de respondentes que estavam entre o 10<sup>o</sup> ao 15<sup>o</sup> mês e também entre o 18<sup>o</sup> ao 24<sup>o</sup> mês como residente. Notamos que tais agrupamentos coincidem respectivamente com o fim do primeiro ano de residência e com o período de conclusão da residência, que, em condições normais, ocorre com 24 meses.

Na tabela a seguir podemos observar os principais dados sociodemográficos básicos sintetizados.

Tabela 1. Dados sociodemográficos básicos

	<b>Grupo total (n=62)</b>
<b>Idade</b>	26,7 ± 3,6
<b>Sexo feminino</b>	53 (85,5)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	47 (75,8)
Casado(a) ou União Estável	15 (24,2)
Separado(a) ou Divorciado(a)	0 (0)
Viúvo(a)	0 (0)
<b>Número de filhos</b>	
Nenhum	59 (96,7)
Um filho	1 (1,6)
Dois filhos	2 (3,3)
<b>O que você ganha é</b>	
A única renda de sua família	14 (22,6)
Quase a totalidade da renda familiar	13 (21)
Aproximadamente a metade da renda familiar	21 (33,9)
Uma parcela pequena da renda da família	14 (22,6)

Dados quantitativos expressos como média ± desvio padrão e dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

Fonte: Elaborada pela autora.



A média de idade encontrada foi de 26,7 (desvio padrão 3,6), com predominância de mulheres 85,5%. Estado civil com maior porcentagem de solteiros 75,8% e 24,2% casados ou vivendo em união estável, enquanto separados, divorciado ou viuvez não obtiveram pontuação. Em relação ao número de filhos, 96,7% responderam não ter filhos. Enquanto 1,6% indicou ter 1 filho e 3,3% apontaram ter 2 filhos. Sobre a renda familiar, 33,9% indicaram que o que ganham como residente, ou seja, o valor da bolsa, equivale aproximadamente à metade da renda familiar. Por outro lado, tanto os que responderam que a bolsa é a única renda da família como os que disseram que ela corresponde a uma parcela pequena da renda familiar apresentam o mesmo percentual de 22,6%, ao passo que 21% consideram que a remuneração pelo trabalho como residente é quase a totalidade da renda familiar.

Tabela 2. Perfil sociolaboral de Residentes Multiprofissionais em Atenção Hospitalar à Saúde

	<b>Grupo total (n=62)</b>
<b>Graduação</b>	
Enfermagem	23 (37,1)
Farmácia	7 (11,3)
Fisioterapia	11 (17,7)
Nutrição	10 (16,1)
Psicologia	3 (4,8)
Serviço Social	8 (12,9)
<b>Nome da residência que integra</b>	
Assistência em diabetes	16 (25,4)
Enfermagem Obstétrica	3 (4,8)
Oncohematologia	2 (3,2)
Residência Multiprofissional	13 (20,6)
Saúde da Mulher e da Criança	13 (20,6)
Saúde mental	2 (3,2)
Terapia intensiva	6 (9,5)
Transplante	7 (11,1)

**Enquanto residente multiprofissional, você acha que desempenha atividades diferentes das que são exigidas para o seu cargo?** 21 (33,9)

**Nível de instrução formal**

Graduação	30 (48,4)
Uma especialização	19 (30,6)
Duas especializações	3 (4,8)
Mais de duas especializações	2 (3,2)
Uma especialização e um mestrado	3 (4,8)
Duas especializações e um mestrado	2 (3,2)
Uma especialização e uma residência concluída	2 (3,2)
Uma especialização, uma residência concluída e um mestrado	1 (1,6)
Especialização, mestrado e doutorado concluídos	0 (0)

**Qual o principal motivo da sua decisão de ingressar na residência multiprofissional?**

Desejo de especializar-se	12 (19,4)
Medo de ficar desempregado ou dificuldade para encontrar emprego	8 (12,9)
O valor da bolsa	3 (4,8)
Interesse pessoal por uma área específica	7 (11,3)
Ganhar experiência profissional	31 (50,0)
Continuar estudando	1 (1,6)

**Quando entrou na residência você...**

Era recém graduado (até 6 meses)	30 (48,4)
Tinha experiência na sua área de formação no serviço público	6 (9,7)
Tinha experiência na área de formação no serviço privado	2 (3,2)
Tinha experiência de consultório particular (empreendedor individual)	3 (4,8)
Prestava serviços a planos de saúde	0 (0)
Nunca tinha trabalhado na área e estava desempregado	21 (33,8)

---

Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

Nota: Como explicado no decorrer do texto, Terapia ocupacional só tinha um representante, e este não participou como respondente da pesquisa, motivo pelo qual não aparece representado na tabela.

Fonte: Elaborada pela autora.

No Programa de Residência pesquisado, profissionais de enfermagem são maioria, 37,1%, (Tabela 2) representando mais que o dobro de profissionais Fisioterapeutas e Nutricionistas que aparecem representados por 17,7% e 16,1% respectivamente. Assistentes Sociais e Farmacêuticos, possuem percentual semelhante de residentes, correspondendo a 12,9% e 11,3%. Já Psicólogos aparecem com o quantitativo de 4,8%, o menor entre todos os respondentes. No entanto, avaliamos que essas discrepâncias são coerentes com a distribuição de vagas por ênfase profissional elencada no quadro 6, onde Enfermeiros detém mais vagas, Fisioterapeutas e Nutricionistas concentram quantidade de vagas semelhantes e Psicólogos o menor número de postos (8 vagas no total), quando excluídos Terapeutas ocupacionais do estudo. A principal discrepância avaliada entre o número de respondentes no estudo concerne à categoria dos profissionais de Serviço Social, em que notamos que, do total máximo possível de (9) profissionais (consultar Quadro 6), oito (8) concordaram em participar da pesquisa, uma adesão bastante significativa (88,8%).

A maioria dos respondentes indicaram fazer parte da ênfase Assistência em Diabetes (25,4%), enquanto 20,6% encontravam-se vinculados à Saúde da Mulher e da Criança. Ainda sobre a pergunta a qual ênfase o residente estava vinculado, o percentual de 20,6% respondeu pertencer à “ênfase Residência Multiprofissional”, contudo, sabemos que tal resposta não tem como ser validada, pois Residência Multiprofissional representa a categoria ocupacional estudada e não somente uma parte específica, como é o caso de uma ênfase. Além do mais, não ser residente multiprofissional é critério de exclusão desse estudo e impossibilita responder ao questionário, logo, todos que responderam obrigatoriamente são residentes multiprofissionais em atenção hospitalar.

Em resumo, ênfase trata-se de uma divisão da população investigada em grupos menores que atuam prestando serviços em diversas especialidades clínicas (ênfases). Desse modo, admitimos que houve um equívoco quanto à elaboração da pergunta, o que terminou confundindo os participantes na hora de fornecer as informações. Acreditamos que tal falha poderia ter sido evitada se tivéssemos optado por opções pré-definidas ao invés de resposta textual curta ou ainda termos perguntado não o nome da residência que integra, mas sim a ênfase de atuação.

Perguntados se desempenhavam atividades diferentes das exigidas para sua função, 33,9% dos residentes responderam que sim. Já sobre o nível de instrução formal, 48,4% afirmaram possuir somente graduação, enquanto 30,6% possuíam ao menos uma especialização. 4,8% indicaram ter duas especializações ou uma especialização e um mestrado. 3,2% tinham mais de duas especializações, duas especializações e um mestrado ou uma especialização e uma residência concluídos. Somente 1,6% possuía especialização, mestrado e outra residência. Nenhum dos pesquisados possuía doutorado. Com base nesses dados, podemos inferir que o perfil acadêmico dos ingressantes na residência multiprofissional tem predominância de graduados, representando quase metade da amostra investigada.

Ganhar experiência profissional foi a principal justificativa citada para querer ingressar na RESMULTI (50%), resultado que coaduna com a resposta de 33,8% que declararam nunca ter trabalhado na área de formação ou está desempregado. Essa informação também corrobora a resposta de 48,4% que alegaram ter até 6 meses de graduação. Com base nesses achados, podemos concluir que a residência multiprofissional pode ser uma oportunidade para profissionais recém formados ingressarem no mercado de trabalho e, sobretudo, ganharem experiência. A residência apresenta-se como uma opção atrativa para esse público devido ao fato de ser contabilizada por alguns processos seletivos, tanto como formação acadêmica, como de trabalho, diferente de cursos de pós-graduação como mestrados e doutorados, por exemplo, que são predominantemente acadêmicos e, mesmo quando profissionais, não costumam contar como experiência trabalhista. Inclusive, 9,6% (6 participantes) desta pesquisa mesmo já tendo concluído um curso de mestrado antes de ser residente (Tabela 2), enxergaram na RESMULTI uma oportunidade mais acessível para adquirir experiência profissional. O valor da bolsa ( $\pm$  3 salários mínimos) não foi apontado como um fator de grande relevância para o ingresso na Residência (4,8%).

## **5.2 Condições contratuais e jurídicas**

Conforme apresentado na tabela 3, a maioria dos residentes cumprem a jornada de trabalho efetivamente prescrita (58,1%), ou seja, 60 horas semanais.

Porém, 24,2% afirmaram cumprir jornada inferior (44 horas semanais) à prescrição. Apesar de não ser um percentual tão expressivo, ainda assim chama a atenção o percentual dos que declararam trabalhar mais do que a carga horária máxima estabelecida pela regulamentação das residências multiprofissionais (11,3%), que é de 60 horas semanais. Neste caso, identificamos que há uma extrapolação acentuada da jornada de trabalho configurando-se como uma prática denominada de superextensão do tempo dedicado ao trabalho.

Segundo o estudo elaborado por Silva e Dalbello-Araújo (2019), não são raros os debates em espaços destinados a discussões sobre a residência multiprofissional cujas falas são unânimes em afirmarem que ser residente implica desempenhar jornada de trabalho excessiva, que, em parte, pode ser justificada pela carência de profissionais nas unidades de saúde e pelas próprias demandas criadas a partir da implantação das RESMULTI's. Uma vez que estas demandam que profissionais vinculados diretamente às instituições acumulem funções como as de preceptoria, tutoria, coordenação e docência de disciplinas, que obrigatoriamente farão parte do programa de residência. Todos esses fatores colaboram com a redução de profissionais disponíveis para atender à população, fazendo com que a maioria das obrigações sejam direcionadas aos residentes.

Para 29% (Tabela 3), a residência caracteriza vínculo empregatício, todavia sabemos que a legislação que fundamenta os Programas de Residência considera o residente como sendo bolsista de pós-graduação e não um empregado. A compreensão de que a RESMULTI é um emprego pode indicar entendimento insuficiente sobre a regulamentação e funcionamento ou uma percepção alterada do contexto de atuação, onde o residente não se identifica como estudante de especialização, mas sim como trabalhador. A diferença de carga horária prática ( $\pm 80\%$ ) para ( $\pm 20\%$ ) de atividades teóricas pode ser um dos fatores que contribua para essa noção.

Tabela 3. Condições de trabalho contratuais e jurídicas de residentes multiprofissionais

	<b>Grupo total (n=62)</b>
<b>Quantas horas trabalha normalmente na residência multiprofissional?</b>	
Menos de 30 h semanais	0 (0)

30 horas semanais	1 (1,6)
40 h semanais	3 (4,8)
44 h semanais	15 (24,2)
60 h semanais	36 (58,1)
Mais de 60 h semanais	7 (11,3)
<b>A residência caracteriza vínculo trabalhista/empregatício?</b>	18 (29)
<b>Quantos dias por semana trabalha na residência multiprofissional?</b>	
Um dia	0 (0)
Dois dias	2 (3,2)
Três dias	0 (0)
Quatro dias	1 (1,6)
Cinco dias	57 (91,9)
Seis dias	2 (3,2)
Sete dias	0 (0)
<b>Quantas vezes por mês trabalha durante a noite (pelo menos 2 horas entre as 10 horas da noite e às 5 horas da manhã)?</b>	
Uma vez	3 (4,8)
Duas vezes	3 (4,8)
Três vezes	0 (0)
Quatro vezes ou mais	3 (4,8)
Não trabalho a noite	51 (82,3)
Outros	2 (3,2)
<b>Quantas vezes por mês você trabalha aos domingos?</b>	
Uma vez	29 (46,8)
Duas vezes	13 (21)
Três vezes	1 (1,6)
Quatro vezes	2 (3,2)
Não trabalho aos domingos	17 (27,4)
<b>Gostaria de trabalhar ...</b>	
20 horas semanais	2 (3,2)
24 horas semanais	1 (1,6)

30 horas semanais	37 (59,7)
44 horas semanais	20 (32,3)
60 horas semanais	2 (3,2)
<b>Você trabalha ... [O mesmo número de horas todos os dias]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	4 (6,5)
Algumas vezes	10 (16,1)
Muitas vezes	25 (40,3)
Sempre	23 (37,1)
<b>Você trabalha ... [O mesmo número de dias toda semana]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	1 (1,6)
Algumas vezes	3 (4,8)
Muitas vezes	16 (25,8)
Sempre	42 (67,7)
<b>Você trabalha ... [com horários fixos de entrada e de saída]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	2 (3,2)
Algumas vezes	4 (6,5)
Muitas vezes	12 (19,4)
Sempre	44 (71)
<b>Você trabalha ... [Por turnos ou escala]</b>	
Nunca	11 (17,7)
Raramente	4 (6,5)
Algumas vezes	5 (8,1)
Muitas vezes	10 (16,1)
Sempre	32 (51,6)
<b>Normalmente, quanto tempo você gasta por dia no seu deslocamento de casa para o trabalho e do trabalho para casa (soma)?</b>	50 (20 -90)

---

Dados quantitativos expressos como mediana e amplitude interquartil entre parêntesis e dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

Fonte: Elaborada pela autora.

No que se refere à carga horária (Tabela 3), 91,9% dos residentes trabalham cinco dias por semana, ou seja, semana padrão de segunda a sexta-feira, o que significa que a maioria folga aos fins de semana. Entretanto, 72,6% dos pesquisados afirmaram que trabalham de um a quatro domingos por mês (plantões), contra 27,4% que disseram nunca trabalhar aos domingos na RESMULTI. O percentual de 82,3% não desempenha atividades em horário noturno.

Perguntados sobre quantas horas gostariam de atuar na função como residente, 59,7% indicaram 30 horas semanais e 32,3% apontaram 44 horas. Ao avaliarmos tais dados, podemos constatar que a jornada de trabalho considerada ideal para pelo menos 92% do grupo investigado estaria no intervalo entre 30-44 horas semanais, portanto, dentro da margem adotada para profissionais de saúde e em compatibilidade com a padronização para qualquer trabalhador formal (44 horas).

É predominante no contexto da residência o trabalho com pouca ou nenhuma variação de tempo de permanência no local, dias trabalhados, horários de entrada e saída, assim como a organização por turnos ou escalas (Tabela 3). Sobre o tempo de deslocamento de casa até o ambiente de atuação, ordenamos os elementos e encontramos como medida de tendência central, mediana ( $M_d$ ) de 50 minutos e, ao avaliarmos a dispersão dos dados em torno da  $M_d$ , obtivemos uma Amplitude Interquartil (AIQ) de (20-90min). Com base nessa informação, podemos deduzir que cerca de 50% dos residentes que se distribuem em torno da medida central gastam entre 20 a 90 minutos para chegar ao local de trabalho/estudo. Consideramos a AIQ nessa análise por esta ser uma medida mais robusta dada a sua insensibilidade à variação do tamanho da amostra, seja ela muito grande ou excessivamente pequena. É importante frisarmos que o tempo informado pelos respondentes corresponde à soma do trajeto de ida e volta.

A Reforma Trabalhista de 2017 mudou o entendimento jurídico quanto à possibilidade de considerar em alguns casos específicos o tempo de deslocamento como jornada de trabalho. Assim, mesmo para aqueles residentes que podem levar até 2 horas no percurso de ida e volta ao trabalho e que talvez residam em lugares de difícil acesso ou desprovido de transporte público regular, o tempo de deslocamento não é contabilizado como jornada de trabalho, de modo que podemos inferir que residentes nessas condições precisam tolerar uma ampliação no tempo à disposição



da instituição a qual estão vinculados e, quando somadas as horas gastas no trajeto de casa-trabalho-casa ao longo de uma semana (5 dias úteis), representam mais de 15% do tempo dedicado a residência.

### 5.3 Condições físicas e materiais

No que concerne à exposição de riscos oriundos das condições de trabalho (Tabela 4), obtivemos resultados divergentes, onde 54,8% indicaram como “muitas vezes” ou “o tempo todo” a possibilidade de exposição a materiais ou agentes infecciosos e 42% disseram que nunca ou raramente correm tal tipo de risco. Essa divergência levanta a hipótese de que há fatores heterogêneos capazes de diferenciar o grau de risco ao qual o residente pode estar exposto no desempenho de suas atribuições diárias. A maioria (80,6%) atribui que o risco muitas vezes ou todo o tempo acontece através do contato com pessoas acometidas por enfermidades infectocontagiosas.

Tabela 4. Condições de trabalho físicas e materiais de residentes multiprofissionais

	<b>Grupo total (n=62)</b>
<b>Quanto você considera que se expõe às condições de trabalho abaixo?</b>	
<b>[Manuseio ou contato direto com materiais que podem transmitir doenças infecciosas (tais como dejetos, sangue, fluidos corporais, materiais de laboratório, etc)]</b>	
Nunca	12 (19,4)
Raramente	14 (22,6)
Muitas vezes	19 (30,6)
Todo o tempo	15 (24,2)
Não se aplica	2 (3,2)
<b>[Contato com pessoas com doenças infectocontagiosas]</b>	
Nunca	1 (1,6)
Raramente	10 (16,1)
Muitas vezes	32 (51,6)
Todo o tempo	18 (29)

Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Situações que podem desenvolver doenças ocupacionais]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	11 (17,7)
Muitas vezes	30 (48,4)
Todo o tempo	21 (33,9)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Exigências psíquicas estressantes]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	4 (6,5)
Muitas vezes	28 (45,2)
Todo o tempo	28 (45,2)
Não se aplica	2 (3,2)
<b>[Riscos de pequenos acidentes de trabalho]</b>	
Nunca	2 (3,2)
Raramente	18 (29)
Muitas vezes	25 (40,3)
Todo o tempo	17 (27,4)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Riscos de acidentes de trabalho incapacitantes]</b>	
Nunca	10 (16,1)
Raramente	33 (53,2)
Muitas vezes	9 (14,5)
Todo o tempo	9 (14,5)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Riscos de acidentes de trabalho fatais]</b>	
Nunca	16 (25,8)
Raramente	34 (54,8)
Muitas vezes	7 (11,3)
Todo o tempo	2 (3,2)
Não se aplica	3 (4,8)

**[Posições dolorosas ou fatigantes]**

Nunca	1 (1,6)
Raramente	16 (25,8)
Muitas vezes	27 (43,5)
Todo o tempo	16 (25,8)
Não se aplica	2 (3,2)

**[Trabalhar fora da RESMULTI, a partir de sua casa com um computador ou smartphone]**

Nunca	8 (12,9)
Raramente	27 (43,5)
Muitas vezes	13 (21)
Todo o tempo	10 (16,1)
Não se aplica	4 (6,5)

**[Uso da Internet/e-mail/WhatsApp para fins profissionais]**

Nunca	1 (1,6)
Raramente	11 (17,7)
Muitas vezes	24 (38,7)
Todo o tempo	20 (32,3)
Não se aplica	6 (9,7)

---

Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.  
Fonte: Elaborada pela autora.

Chama a atenção o percentual de pesquisados que alegaram vulnerabilidade quanto ao desenvolvimento de doenças ocupacionais ao atuar na residência, 48,4% (muitas vezes) e 33,9% (todo o tempo). 17,7% não descartaram o risco, mas acreditam que raramente são expostos a tais condições. Na perspectiva de 90,4% do grupo estudado, “muitas vezes” ou “o tempo todo” as condições de atuação como residente envolve exigências psíquicas estressantes. 40,3% acreditam muitas vezes correrem o risco de sofrer pequenos acidentes de trabalho. Porém, 53,2% afirmaram que raramente tais acidentes seriam incapacitantes e 80,6% descartam ou consideram remota a possibilidade de acidentes fatais. Para 43,5% o trabalho muitas vezes requer posições dolorosas ou fatigantes. Tais números são significativos no delineamento da exposição dos residentes a situações que potencialmente podem

levar a sofrimento psíquico.

O trabalho à distância (home office) parece não ser uma opção de trabalho preferencial para a população investigada, haja vista que 43,5% pontuou que raramente trabalha a partir de casa através de um computador ou smartphone, e 12,9% afirmaram que nunca trabalham nessa modalidade. Um dado previsível, dadas as especificidades de atuação de profissionais de saúde que tradicionalmente precisam estar em contato direto com aqueles a que prestam serviço. Contudo, se considerarmos o contexto pandêmico no qual aplicamos o instrumento, o prognóstico era de um montante maior de residentes demandados prioritariamente para o trabalho presencial, já que, nesse período, trabalhadores da saúde foram considerados essenciais e bastante solicitados a estarem nas unidades de enfrentamento a COVID-19. Entretanto, ponderamos que mesmo que residentes sejam profissionais capacitados para atuar na linha de frente no combate ao coronavírus e efetivamente tenham atuado e ampliado o quadro de pessoal necessário, eles não deixaram de ser considerados residentes na ocasião, o que implica dizer que pelo menos 20% da carga horária (formação/teoria) pôde ser convertida em atividades remotas durante a pandemia.

O quantitativo de 71% (Tabela 4) dos respondentes assegura que muitas vezes ou o tempo todo utilizam internet, e-mail e/ou WhatsApp para fins profissionais. Essa estatística reforça a tendência de adoção de recursos tecnológicos pelas mais diversas áreas de atuação profissional e que foi intensificada pelo contexto da pandemia. As teleconsultas e prontuários eletrônicos, por exemplo, foram medidas inseridas na rotina de trabalho de forma quase experimental em virtude da situação emergencial provocada pela SARS-CoV-2, mas que permanecem e encontra-se em fase de expansão e consolidação definitiva dentro do Programa de Residência pesquisado.

#### **5.4 Processos e características de trabalho**

Os processos e características relacionados aos horários de trabalho na RESMULTI são definidos pela instituição/organização sem possibilidade de alteração, foi o que responderam 50% dos residentes (Tabela 5), o que implica dizer que há

pouca ou nenhuma liberdade na determinação de horários pelos profissionais (75,8%). Combinar o horário com os pacientes também não é uma opção possível para 50% dos respondentes. Observamos certa estabilidade quanto à jornada de trabalho, pois a chefia nunca (48,4%) ou raramente (35,5%) faz alterações de horários sem ou com aviso prévio (raramente 40,3% e nunca 33,9%).

Conforme responderam 58,1%, as atividades na residência muitas vezes exigem ritmo acelerado e prazos rígidos e curtos (41,9%). O ritmo de trabalho na residência raramente depende das tarefas de terceiros (45,2%), ora muitas vezes é determinado pelo desempenho de outros (43,5%). Em termos de objetivos quantitativos de produção ou desempenho como fator de influência na temporalidade laboral, os que mencionaram “raramente” e “muitas vezes” apresentaram o mesmo percentual (32,3%), assim como o elemento controle de tempo realizado por gestores, onde “raramente” e “muitas vezes” foram mencionados por 35,5% dos participantes. Percebemos que no contexto da RESMULTI o controle de tempo das atividades escapa do residente, haja vista que este não tem autonomia para organizá-lo ou distribuí-lo conforme achar mais adequado.

Podemos notar na tabela 5 que o trabalho como residente exige o cumprimento de normas (88,7%) e autoavaliação constante da qualidade do serviço prestado (40,3%). Onde 53,2% da amostra considera ser sua a responsabilidade de resolver eventuais problemas que surgirem no contexto de atuação e 90,3% consideram que muitas vezes ou praticamente o tempo todo precisam realizar tarefas repetitivas, complexas (92%) e novas (95,2%). Isso reflete o caráter prescritivo do trabalho como residente, processos organizativos pouco flexíveis, necessidade constante de atualização profissional e obtenção de novos conhecimentos.

Tabela 5. Processos e características do trabalho como residente multiprofissional

	<b>Grupo total (n=62)</b>
<b>Seu horário e seu trabalho é ...</b>	
<b>[Definido pela empresa/organização sem possibilidade de alteração]</b>	
Nunca	2 (3,2)
Raramente	10 (16,1)
Muitas vezes	17 (27,4)

Todo o tempo	31 (50)
Não se aplica	2 (3,2)
<b>[Inteiramente determinado por você]</b>	
Nunca	47 (75,8)
Raramente	8 (12,9)
Muitas vezes	4 (6,5)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	3 (4,8)
<b>Combinado (acordado) entre você e pacientes.</b>	
Nunca	31 (50)
Raramente	14 (22,6)
Muitas vezes	6 (9,7)
Todo o tempo	1 (1,6)
Não se aplica	10 (16,1)
<b>[Alterado com frequência pela chefia sem aviso prévio a você]</b>	
Nunca	30 (48,4)
Raramente	22 (35,5)
Muitas vezes	5 (8,1)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	5 (8,1)
<b>[Alterado com frequência pela chefia com aviso prévio a você]</b>	
Nunca	21 (33,9)
Raramente	25 (40,3)
Muitas vezes	12 (19,4)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	4 (6,5)
<b>O seu trabalho implica em...</b>	
<b>[Ritmo acelerado]</b>	
Nunca	1 (1,6)
Raramente	7 (11,3)
Muitas vezes	36 (58,1)

Todo o tempo	17 (27,4)
Não se aplica	1 (1,6)

**[Prazos muito rígidos e muito curtos]**

Nunca	3 (4,8)
Raramente	22 (35,5)
Muitas vezes	26 (41,9)
Todo o tempo	9 (14,5)
Não se aplica	2 (3,2)

**De uma maneira geral, o seu ritmo de trabalho depende de:**

**[Do trabalho feito pelos seus colegas]**

Nunca	5 (8,1)
Raramente	28 (45,2)
Muitas vezes	27 (43,5)
Todo o tempo	2 (3,2)
Não se aplica	0 (0)

**[De objetivos quantitativos de produção ou desempenho]**

Nunca	11 (17,7)
Raramente	20 (32,3)
Muitas vezes	20 (32,3)
Todo o tempo	10 (16,1)
Não se aplica	1 (1,6)

**[Do controle direto do seu chefe/gestor/preceptor]**

Nunca	5 (8,1)
Raramente	22 (35,5)
Muitas vezes	22 (35,5)
Todo o tempo	13 (21)
Não se aplica	0 (0)

**O seu trabalho lhe exige...?**

**[Respeitar normas (administrativas, técnicas, de segurança, etc)]**

Nunca	0 (0)
Raramente	0 (0)

Muitas vezes	7 (11,3)
Todo o tempo	55 (88,7)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Avaliar por você mesmo(a) a qualidade do seu trabalho]</b>	
Nunca	6 (9,7)
Raramente	17 (27,4)
Muitas vezes	14 (22,6)
Todo o tempo	25 (40,3)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Resolver por você mesmo(a) problemas imprevistos]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	10 (16,1)
Muitas vezes	33 (53,2)
Todo o tempo	19 (30,6)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Realizar tarefas repetitivas]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	6 (9,7)
Muitas vezes	29 (46,8)
Todo o tempo	27 (43,5)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Realizar tarefas complexas]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	5 (8,1)
Muitas vezes	37 (59,7)
Todo o tempo	20 (32,3)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Aprender coisas novas]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	2 (3,2)
Muitas vezes	22 (35,5)



Todo o tempo	37 (59,7)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Interromper uma tarefa para realizar outras]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	14 (22,6)
Muitas vezes	29 (46,8)
Todo o tempo	19 (30,6)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Ser contatado por e-mail e/ou por telefone fora do seu horário]</b>	
Nunca	13 (21)
Raramente	20 (32,3)
Muitas vezes	23 (37,1)
Todo o tempo	5 (8,1)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>Você pode escolher ou modificar ...?</b>	(0)
<b>[A ordem das suas tarefas]</b>	
Nunca	4 (6,5)
Raramente	28 (45,2)
Muitas vezes	25 (40,3)
Todo o tempo	2 (3,2)
Não se aplica	3 (4,8)
<b>[Os seus métodos de trabalho]</b>	
Nunca	6 (9,7)
Raramente	26 (41,9)
Muitas vezes	25 (40,3)
Todo o tempo	3 (4,8)
Não se aplica	2 (3,2)
<b>[O ritmo da realização das tarefas]</b>	
Nunca	4 (6,5)
Raramente	24 (38,7)
Muitas vezes	29 (46,8)

Todo o tempo	4 (6,5)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>Na execução de suas atividades de trabalho...</b>	(0)
<b>[Você pode receber ajuda de colegas]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	1 (1,6)
Algumas vezes	40 (64,5)
Muitas vezes	21 (33,9)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Você pode receber ajuda dos seus superiores/chefes]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	5 (8,1)
Algumas vezes	42 (67,7)
Muitas vezes	15 (24,2)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Você pode fazer pausa quando desejar]</b>	
Nunca	1 (1,6)
Raramente	8 (12,9)
Algumas vezes	46 (74,2)
Muitas vezes	7 (11,3)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Você tem tempo suficiente para terminar o seu trabalho]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	5 (8,1)
Algumas vezes	46 (74,2)
Muitas vezes	11 (17,7)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	0 (0)

**[Você pode negociar com chefes e colegas quando tirar férias e/ou dias de folga]**

Nunca	19 (30,6)
Raramente	17 (27,4)
Algumas vezes	19 (30,6)
Muitas vezes	5 (8,1)
Todo o tempo	2 (3,2)
Não se aplica	0 (0)

**[Você pode fazer um trabalho bem feito nas condições de trabalho atuais]**

Nunca	4 (6,5)
Raramente	6 (9,7)
Algumas vezes	42 (67,7)
Muitas vezes	10 (16,1)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	0 (0)

**[Você pode pôr em prática as suas ideias]**

Nunca	1 (1,6)
Raramente	14 (22,6)
Algumas vezes	38 (61,3)
Muitas vezes	8 (12,9)
Todo o tempo	1 (1,6)
Não se aplica	0 (0)

**[Você é intelectualmente exigido (desafiado)]**

Nunca	0 (0)
Raramente	6 (9,7)
Algumas vezes	35 (56,5)
Muitas vezes	21 (33,9)
Todo o tempo	0 (0)
Não se aplica	0 (0)

**[Você precisa apresentar emoções específicas]**

Nunca	1 (1,6)
-------	---------

Raramente	8 (12,9)
Algumas vezes	39 (62,9)
Muitas vezes	13 (21)
Todo o tempo	1 (1,6)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Você precisa dissimular suas emoções]</b>	
Nunca	5 (8,1)
Raramente	12 (19,4)
Algumas vezes	20 (32,3)
Muitas vezes	15 (24,2)
Todo o tempo	9 (14,5)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>As suas atividades são executadas por:</b>	(0)
<b>[Por você sozinho]</b>	
Nunca	1 (1,6)
Raramente	9 (14,5)
Algumas vezes	18 (29)
Muitas vezes	22 (35,5)
Todo o tempo	12 (19,4)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Em equipe]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	3 (4,8)
Algumas vezes	14 (22,6)
Muitas vezes	25 (40,3)
Todo o tempo	20 (32,3)
Não se aplica	0 (0)
<b>O que você faz é definido ...</b>	(0)
<b>[Previamente por setores aos quais você tem pouco acesso]</b>	
Nunca	4 (6,5)
Raramente	21 (33,9)

Algumas vezes	21 (33,9)
Muitas vezes	6 (9,7)
Todo o tempo	6 (9,7)
Não se aplica	4 (6,5)
<b>[Por você, planejando independentemente]</b>	
Nunca	20 (32,3)
Raramente	24 (38,7)
Algumas vezes	9 (14,5)
Muitas vezes	5 (8,1)
Todo o tempo	1 (1,6)
Não se aplica	3 (4,8)

---

Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.  
Fonte: Elaborada pela autora.

Para 46,8%, muitas vezes precisam interromper uma tarefa para realizar outra. 37,1% referem que muitas vezes são contatados por e-mail ou telefone fora do horário de trabalho, entretanto, 32,3% disseram que raramente isso ocorre.

Sobre a autonomia na execução, métodos e ritmos de trabalho, obtivemos como respostas o seguinte: 40,2% raramente e 40,3% muitas vezes conseguem mudar a ordem das tarefas. Os métodos de trabalho raramente (41,9%) podem ser alterados e 40,3% consideram que muitas vezes alteram o modo de trabalho. 46,8% relataram que muitas vezes conseguem modificar o ritmo de realização das tarefas. Na execução de suas atribuições, o residente pode receber algumas vezes ajuda de colegas (64,5%), de superiores (67,7%), pode fazer algumas pausas (74,2%) e, na maioria das vezes, tem tempo suficiente para terminar o serviço (74,2%).

Os dias de folga e períodos de férias não possuem muita margem para negociação entre residentes e gestores da RESMULTI. (Tabela 5). As condições de trabalho no âmbito da residência algumas vezes permitem (67,7%) tarefas bem feitas. Algumas vezes (56,5%) mencionaram que são intelectualmente exigidos para que ponham em prática ideias próprias (61,3%) e, em algumas ocasiões (62,9%), precisaram apresentar emoções específicas ou dissimulá-las (32,3%).

No tocante à realização das atribuições, vemos que para 35,5%, muitas vezes

as tarefas são executadas individualmente, já 40,3% afirmam ser em equipe e raramente ou só algumas vezes essas atividades são definidas por setores pouco acessíveis aos sujeitos ou são planejadas de forma independente pelo residente.

## 5.5 Ambiente sócio gerencial

Acerca do ambiente sociogerencial, para 43,5% (Tabela 6) dos residentes muitas vezes para o desempenho de suas funções são exigidas qualificações previamente adquiridas, assim como atualizações frequentes (58,1%). Quanto às responsabilidades, o residente é cobrado o tempo todo pela qualidade nos atendimentos (48,4%). Na percepção de 80,7%, erros técnicos no desenvolvimento das atividades, em alguma medida, podem ser atribuídos como sendo responsabilidade do residente. 87,1% dos respondentes informaram que realizaram algum curso de formação nos últimos 6 meses. Desse total, 51,9% disseram que fizeram cursos gratuitos, 40,7% afirmaram que pagaram com recursos próprios e somente 7,4% informaram que tiveram a formação complementar custeada pelo Programa de residência. 64,3% dos residentes referiram que a realização de cursos de formação complementares ocorreria fora do horário de trabalho. Baseados nesses achados, compreendemos que, como formação ou trabalho, a residência ocupa mais do que as 60 horas semanais legalmente previstas, pois a fronteira entre tempo na residência e tempo fora desta tende a ser rompida facilmente tanto pelo intermédio de aparatos tecnológicos, como pela necessidade de qualificação constante. Neste ponto questionamos se há um limite que, se ultrapassado, tornaria essa qualificação excessiva ou danosa às condições de trabalho do residente.

Tabela 6. Ambiente sociogerencial do trabalho como residente multiprofissional

	<b>Grupo Total (n=62)</b>
<b>Suas atividades e funções exigem...?</b>	
<b>[As qualificações e experiência que você já tem]</b>	
Nunca	2 (3,2)
Raramente	4 (6,5)
Algumas vezes	12 (19,4)

Muitas vezes	27 (43,5)
Todo o tempo	17 (27,4)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Atualizações]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	0 (0)
Algumas vezes	4 (6,5)
Muitas vezes	22 (35,5)
Todo o tempo	36 (58,1)
Não se aplica	0 (0)
<b>Quanto às suas responsabilidades você responde por...?</b>	
<b>[Qualidade no atendimento a outras pessoas]</b>	
Nunca	0 (0)
Raramente	2 (3,2)
Algumas vezes	8 (12,9)
Muitas vezes	20 (32,3)
Todo o tempo	30 (48,4)
Não se aplica	2 (3,2)
<b>[Erros técnicos no desenvolvimento de seu trabalho]</b>	
Nunca	2 (3,2)
Raramente	9 (14,5)
Algumas vezes	16 (25,8)
Muitas vezes	14 (22,6)
Todo o tempo	20 (32,3)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>Nos últimos 6 meses, você participou de algum tipo de formação para melhorar as suas competências?</b>	54 (87,1)
<b>Se respondeu sim à pergunta anterior, quem pagou por esta formação?</b>	
Você	22 (40,7)
O Programa de Residência Multiprofissional que faço parte	4 (7,4)
Foi gratuito	28 (51,9)

**Participação no curso foi realizada fora do horário de desempenho da função de residente multiprofissional** 36 (64,3)

**No último ano, você...?**

**[Foi consultado sobre mudanças na organização do trabalho e/ou nas suas condições de trabalho]**

Nunca	13 (21)
Raramente	16 (25,8)
Algumas vezes	19 (30,6)
Muitas vezes	6 (9,7)
Todo o tempo	2 (3,2)
Não se aplica	6 (9,7)

**[Discutiu com o seu chefe problemas relacionados ao trabalho]**

Nunca	14 (22,6)
Raramente	15 (24,2)
Algumas vezes	18 (29)
Muitas vezes	8 (12,9)
Todo o tempo	3 (4,8)
Não se aplica	4 (6,5)

**[Foi informado sobre os riscos de acidentes no trabalho]**

Nunca	13 (21)
Raramente	19 (30,6)
Algumas vezes	13 (21)
Muitas vezes	10 (16,1)
Todo o tempo	4 (6,5)
Não se aplica	3 (4,8)

**[Foi informado sobre os riscos de adoecimento decorrente do trabalho]**

Nunca	16 (25,8)
Raramente	18 (29)
Algumas vezes	15 (24,2)
Muitas vezes	6 (9,7)
Todo o tempo	4 (6,5)



Não se aplica	3 (4,8)
<b>Em seu trabalho, você está exposto a:</b>	
<b>[Pressão por decisões rápidas]</b>	
Nunca	3 (4,8)
Raramente	6 (9,7)
Algumas vezes	20 (32,3)
Muitas vezes	18 (29)
Todo o tempo	15 (24,2)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Falta de equipamentos/ferramentas adequadas]</b>	
Nunca	1 (1,6)
Raramente	10 (16,1)
Algumas vezes	24 (38,7)
Muitas vezes	16 (25,8)
Todo o tempo	10 (16,1)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Conflitos com colegas e chefias]</b>	
Nunca	8 (12,9)
Raramente	23 (37,1)
Algumas vezes	13 (21)
Muitas vezes	7 (11,3)
Todo o tempo	11 (17,7)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Exigências conflitantes com seus princípios e valores]</b>	
Nunca	10 (16,1)
Raramente	27 (43,5)
Algumas vezes	10 (16,1)
Muitas vezes	9 (14,5)
Todo o tempo	6 (9,7)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Realizar tarefas diferentes das suas]</b>	

Nunca	10 (16,1)
Raramente	21 (33,9)
Algumas vezes	18 (29)
Muitas vezes	8 (12,9)
Todo o tempo	4 (6,5)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Sobrecarga de tarefas]</b>	
Nunca	5 (8,1)
Raramente	12 (19,4)
Algumas vezes	15 (24,2)
Muitas vezes	18 (29)
Todo o tempo	11 (17,7)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Realizar tarefas conflitivas ou contraditórias]</b>	
Nunca	12 (19,4)
Raramente	25 (40,3)
Algumas vezes	12 (19,4)
Muitas vezes	8 (12,9)
Todo o tempo	5 (8,1)
Não se aplica	0 (0)
<b>[Realizar tarefas desagradáveis]</b>	
Nunca	12 (19,4)
Raramente	22 (35,5)
Algumas vezes	17 (27,4)
Muitas vezes	5 (8,1)
Todo o tempo	5 (8,1)
Não se aplica	1 (1,6)
<b>[Ficar sem fazer nada]</b>	
Nunca	19 (30,6)
Raramente	25 (40,3)
Algumas vezes	13 (21)

Muitas vezes	1 (1,6)
Todo o tempo	3 (4,8)
Não se aplica	1 (1,6)

Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

Fonte: Elaborada pela autora.

Poucas vezes (30,6%) ou raramente (25,8%) os residentes foram consultados sobre mudanças na organização ou alterações nas condições de trabalho no último ano. Entretanto, essa prática parece ter pouca influência na relação laboral entre gestores e prestadores de serviços, visto que 75,8% alegaram não vivenciar nenhum ou poucos conflitos com a chefia (Tabela 6).

Chama nossa atenção a porcentagem de 51,6% daqueles que nunca ou raramente receberam orientações quanto aos riscos de acidentes no trabalho, assim como o percentual de 54,8% de residentes que alegaram não terem sido informados sobre potenciais danos decorrentes do trabalho. A respeito da exposição a fatores desencadeadores de possíveis riscos de acidente ou adoecimento advindos a partir do labor, 85,5% responderam que trabalhar na residência algumas vezes, muitas ou o tempo todo, abrange trabalhar sob pressão para tomada de decisões rápidas (Tabela 6). No que tange aos materiais necessários para a execução dos serviços, algumas vezes (38,7%) faltam equipamentos adequados.

No que concerne a conflitos, 37,1% referiram que raramente há conflitos entre colegas ou chefia do grupo. No entanto, um número bem menor, 17,7% alegaram que o tempo todo estão envolvidos em algum conflito e 21% indicaram que às vezes entram em conflito. Para 43,5% dos respondentes, o contexto da RESMULTI não demanda práticas incompatíveis com princípios e valores pessoais. 62,9% dos pesquisados afirmaram que raramente ou somente algumas vezes precisam realizar atividades diferentes das suas atribuições. No último ano, 53,2% dos residentes consideraram que trabalharam algumas ou muitas vezes com sobrecargas de tarefas. Para 40,3%, a residência raramente exige realizar atividades conflitivas ou contraditórias e desagradáveis (35,5%). Também encontramos que raramente (40,3%) há presença de ociosidade, caracterizando, assim, que a organização das atividades na residência implica em certa intensificação da jornada na execução de tarefas do grupo estudado.

## 5.6 Aspectos psicossociais

Entre os achados relacionados a aspectos psicossociais (Tabela 7), a informação de que às vezes (37,1%), e frequentemente (25,8%), o trabalho como residente é desvalorizado chama atenção e coaduna com os resultados apresentado na revisão bibliográfica de Silva e Dalbello-Araújo (2019), que ratifica a existência de circunstâncias de organização e condições de trabalho com potencialidade para impactar negativamente as relações laborais fixadas entre residentes e demais funcionários de instituições de saúde que abrigam Programas de Residência Multiprofissional, visto que se evidencia nesses espaços a predominância de condições precárias de trabalho e de estruturas dos serviços. Além disso, a primazia por práticas baseadas no padrão biomédico de saúde acarretaria prejuízos para o processo formativo e de prática profissional.

Sobre utilidade dentro do contexto de atuação, 35,5% nunca se sentiram inúteis. Porém, 33,9% responderam que às vezes se sentem sem utilidade, 22,6% raramente sentem isso e 8,1% frequentemente ou sempre convivem com o sentimento de não utilidade. A maioria da amostra (46,8%) nunca considera as tarefas realizadas como insignificantes, e 96,3% nunca, raramente ou somente algumas vezes consideram-se improdutivos.

Constata-se que uma minoria (3,2%) não se identifica com as tarefas da residência, enquanto que 53,2% nega qualquer inexistência de identificação com as atribuições. Para 59,7%, o trabalho nunca é sem sentido. Para 29% raramente as tarefas podem parecer sem sentido, 6,5% às vezes e 4,8% frequentemente ou sempre percebem falta de sentido no labor (Tabela 7). Tais dados apontam para uma boa vinculação dos residentes com sua atividade.

A despeito da extensa carga horária na RESMULTI, os que referiram cansaço e desgaste frequentemente ou sempre somam 25,8% (Tabela 7), porcentagem inferior aos que indicaram que raramente ou nunca (30,6%) às tarefas são desgastantes ou cansativas. Os demais (43,5%), logo, a maioria, mencionou que apenas às vezes há cansaço e desgaste. Perguntados se experimentam sobrecarga de trabalho, 41,9% referiu às vezes, 32,3% frequentemente ou sempre. A menor porcentagem encontrada

foi a soma dos que raramente ou nunca se sentiam sobrecarregados (25,8%). Tais informações apontam para uma perspectiva que o cansaço e desgaste, tão propalado no sentido comum, não são experimentados de tal forma pelos próprios residentes.

Tabela 7. Aspectos psicossociais do trabalho como residente multiprofissional

	<b>Grupo Total (n=62)</b>
<b>Sobre riscos psicossociais no trabalho responda:</b>	
<b>[Meu trabalho é desvalorizado pela organização]</b>	
Nunca	9 (14,5)
Raramente	11 (17,7)
Às vezes	23 (37,1)
Frequentemente	16 (25,8)
Sempre	3 (4,8)
<b>[Sinto-me inútil dentro da residência multiprofissional]</b>	
Nunca	22 (35,5)
Raramente	14 (22,6)
Às vezes	21 (33,9)
Frequentemente	1 (1,6)
Sempre	4 (6,5)
<b>[Considero minhas tarefas insignificantes]</b>	
Nunca	29 (46,8)
Raramente	12 (19,4)
Às vezes	17 (27,4)
Frequentemente	2 (3,2)
Sempre	2 (3,2)
<b>[Sinto-me improdutivo dentro da residência multiprofissional]</b>	
Nunca	22 (35,5)
Raramente	20 (32,3)
Às vezes	16 (25,8)
Frequentemente	2 (3,2)
Sempre	2 (3,2)

**[A identificação com minhas tarefas é inexistente]**

Nunca	33 (53,2)
Raramente	17 (27,4)
Às vezes	10 (16,1)
Frequentemente	0 (0)
Sempre	2 (3,2)

**[Meu trabalho é sem sentido]**

Nunca	37 (59,7)
Raramente	18 (29)
Às vezes	4 (6,5)
Frequentemente	1 (1,6)
Sempre	2 (3,2)

**[Meu trabalho é cansativo e desgastante]**

Nunca	10 (16,1)
Raramente	9 (14,5)
Às vezes	27 (43,5)
Frequentemente	6 (9,7)
Sempre	10 (16,1)

**[Meu trabalho me sobrecarrega]**

Nunca	9 (14,5)
Raramente	7 (11,3)
Às vezes	26 (41,9)
Frequentemente	12 (19,4)
Sempre	8 (12,9)

**[Permaneço na residência multiprofissional por falta de oportunidade no mercado de trabalho]**

Nunca	32 (51,6)
Raramente	9 (14,5)
Às vezes	12 (19,4)
Frequentemente	5 (8,1)
Sempre	4 (6,5)

**[Meu trabalho me causa insatisfação]**

Nunca	31 (50)
Raramente	11 (17,7)
Às vezes	12 (19,4)
Frequentemente	7 (11,3)
Sempre	1 (1,6)
<b>[Meus colegas de residência desvalorizam meu trabalho]</b>	
Nunca	39 (62,9)
Raramente	13 (21)
Às vezes	8 (12,9)
Frequentemente	2 (3,2)
Sempre	0 (0)
<b>[As pessoas que não são residentes, mas que trabalham no serviço que atuo, desvalorizam meu trabalho como residente]</b>	
Nunca	13 (21)
Raramente	9 (14,5)
Às vezes	28 (45,2)
Frequentemente	8 (12,9)
Sempre	4 (6,5)
<b>[Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho]</b>	
Nunca	10 (16,1)
Raramente	18 (29)
Às vezes	18 (29)
Frequentemente	14 (22,6)
Sempre	2 (3,2)
<b>[Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas]</b>	
Nunca	15 (24,2)
Raramente	20 (32,3)
Às vezes	18 (29)
Frequentemente	7 (11,3)
Sempre	2 (3,2)
<b>[Minha chefia trata meu trabalho com indiferença]</b>	
Nunca	32 (51,6)

Raramente	18 (29)
Às vezes	11 (17,7)
Frequentemente	0 (0)
Sempre	1 (1,6)
<b>[É difícil a convivência com meus colegas de residência]</b>	
Nunca	33 (53,2)
Raramente	7 (11,3)
Às vezes	17 (27,4)
Frequentemente	2 (3,2)
Sempre	3 (4,8)
<b>[O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia]</b>	
Nunca	35 (56,5)
Raramente	20 (32,3)
Às vezes	6 (9,7)
Frequentemente	1 (1,6)
Sempre	0 (0)
<b>[Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia]</b>	
Nunca	26 (41,9)
Raramente	15 (24,2)
Às vezes	12 (19,4)
Frequentemente	9 (14,5)
Sempre	0 (0)
<b>[Há desconfiança na relação entre preceptores e residentes]</b>	
Nunca	24 (38,7)
Raramente	17 (27,4)
Às vezes	14 (22,6)
Frequentemente	6 (9,7)
Sempre	1 (1,6)

---

Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

Fonte: Elaborada pela autora.

A respeito dos motivos que contribuem para a permanência na RESMULTI,



51,6% negam permanecer por falta de oportunidade no mercado de trabalho, 14,5% consideram que raramente a dificuldade de encontrar emprego seja um fator de continuação na residência. Outros avaliam que às vezes (19,4%), frequentemente (8,1%) e sempre (6,5%) ponderam que se tivessem outras opções profissionais poderiam não ter ingressado como residente.

De modo geral, os resultados mostraram que a maioria (87,1%) dos pesquisados estavam satisfeitos com o Programa de Residência, apresentando pouca ou nenhuma insatisfação. Quanto ao restante, (12,9%) referiram insatisfação constante ou frequente. Notamos que, apesar das queixas declaradas, os residentes se percebem satisfeitos com o Programa de Residência.

Sobre riscos psicossociais advindos a partir das relações sociolaborais, um número expressivo (62,9%) opinou que o trabalho que desempenham nunca é desvalorizado por colegas também residentes, 21% respondeu que raramente isso ocorre, 12,9% disseram que às vezes isso pode ocorrer, 3,2% avaliaram que frequentemente isso ocorre, mas ninguém afirmou que desvalorizar o trabalho de companheiros fosse uma prática contínua. Para 64,5% a convivência entre pares nunca ou raramente é difícil. 27,4% indicou que às vezes há empecilhos e 8% referiu obstáculos ocasionados pela convivência entre residentes.

Percebemos com essas informações que a relação entre residentes se baseia no respeito mútuo e reconhecimento de que cada um desempenha um papel importante dentro da equipe de trabalho. No entanto, 45,2% das pessoas não residentes que trabalham no serviço, às vezes não valorizam, 35,5% nunca ou raramente e 19,4% frequentemente ou sempre percebem desvalorização dentro da RESMULTI.

No tocante a riscos psicossociais produzidos pela pouca autonomia e participação no desempenho das funções laborativas, encontramos que 58% raramente ou poucas vezes sente que não tem liberdade para dizer o que pensa, 25,8% frequentemente ou sempre alega pouca liberdade para expressar o que pensa sobre suas tarefas e 16,1% sempre sente segurança para opinar sobre suas atribuições profissionais/acadêmicas. Inclusive, 56,5% nunca ou raramente são excluídos do planejamento, 29% às vezes sente essa exclusão e uma minoria de 14,5% indicaram que frequentemente ou ininterruptamente não participam do planejamento

das tarefas.

Acerca dos riscos psicossociais referentes a valorização derivada das relações sociolaborais entre residentes, gestores e preceptores, temos que 80,6% dos pesquisados nega ou considera incomum que o trabalho de residentes seja tratado com indiferença pela chefia. Nessa mesma direção, o percentual de 88,8% alega que nunca ou raramente sentiu que as tarefas desempenhadas foram desqualificadas pelos gestores (Tabela 7). 66,1% dos participantes desse estudo referiram que nunca ou raramente sentiram falta de liberdade para dialogar com a chefia imediata, 19,4% concluíram que às vezes há obstáculos para conversar e 14,5% se queixaram de serem frequentes as dificuldades na comunicação com gestores. Apesar disso, 66,1% dos residentes confirmaram que nunca ou raramente há desconfiança na relação com preceptores, 22,6% ponderou que as vezes a desconfiança estaria presente e 11,3% expuseram que a relação entre residentes e preceptores é permeada por desconfianças (Tabela 7).

### **5.7 Fatores relacionadas à saúde dos residentes multiprofissionais**

Na avaliação geral das condições de saúde dos residentes, analisamos os afastamentos ocorridos durante a estadia na residência, contabilizando a quantidade de vezes que tais ausências ocorreram. Dentre essas, 51,6% se afastaram ao menos uma vez, 16,1% se afastaram cerca de duas vezes, 3,2% se afastaram até três vezes e o mesmo percentual (3,2%) se afastaram mais de três vezes no intervalo de dois anos como residente.

Em suma, temos que, de todos que participaram dessa pesquisa, 74,1% se afastaram entre uma ou mais de três vezes, contra 25,8% que nunca precisaram se ausentar das atribuições da residência (Tabela 8). Perguntamos se foram submetidos a tratamento de saúde em decorrência de adoecimento gerado ou piorado pelas condições de trabalho na RESMULTI, e 40,3% responderam sim a essa pergunta específica.

A ansiedade está entre os transtornos mais comuns e que mais geram afastamentos do trabalho e, na avaliação de Ribeiro et al. (2019), produz impactos

capazes de limitar as atividades laborais diárias e rendimento abaixo do habitual. Para estes autores, é possível estabelecer uma relação entre manifestação de transtornos ansiosos e contexto de trabalho, sendo que somente a partir do estabelecimento dessa associação poderíamos realizar intervenções preventivas no campo da saúde do trabalhador que terminariam reduzindo os índices de afastamentos. Ampliar a observação sobre a organização, as condições e as relações de trabalho torna-se imprescindível para a otimização de gastos financeiros e, mais ainda, para reduzir custos humano acarretado por adoecimentos mentais, de modo que estudos que reúnam dados como perfil de adoecimento e identifique fatores de risco são relevantes para a realização de diagnósticos situacionais e elaboração de intervenções que objetivem melhorar as condições contextuais de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador.

Por esse motivo fez parte da nossa investigação verificar a incidência de situações autorrelatadas pelos residentes como crise ou sintomatologia compatível com ansiedade e obtivemos que 74,2% dos residentes já passaram por crise de ansiedade no contexto da RESMULTI. Ainda 8,1% alegam que talvez tenham tido alguma crise ansiosa durante a permanência como residente e 17,7% negam ter vivenciado esse tipo de situação. Aprofundamos a questão averiguando o uso de medicações para tratamento de condições clínicas atribuídas ou agravadas pelo desempenho das atividades como residente, assim como a contratação de serviço de psicoterapia após ingressar na residência. A esse respeito, colhemos que 27,4% passaram a usar medicações e 40,3% passaram a fazer terapia/psicoterapia. Observamos a partir desse dado preferência expressiva por tratamento psicológico não medicamentoso, ou talvez combinado.

Também consideramos alterações relacionadas ao sono, uma vez que estas frequentemente estão entre os marcadores sintomatológicos para o diagnóstico dos principais transtornos mentais da atualidade e, portanto, os que mais contribuem para os afastamentos das atividades profissionais.

Tabela 8. Condições de saúde de residentes no âmbito da RESMULTI

---

**Grupo Total  
(n=62)**

---

**Afastou-se da Residência Multiprofissional por problema de saúde no período como residente?**

Não	16 (25,8)
1 vez	32 (51,6)
2 vezes	10 (16,1)
3 vezes	2 (3,2)
Mais de 3 vezes	2 (3,2)

**Fez tratamento de saúde em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho no período como residente** 25 (40,3)

**Teve alguma crise de ansiedade após o ingresso/durante a permanência na residência?**

Sim	46 (74,2)
Não	11 (17,7)
Talvez	5 (8,1)

**Faz uso de algum medicamento em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho** 17 (27,4)

**Durante a residência passou a fazer terapia/psicoterapia** 25 (40,3)

**Após ingressar na Residência Multiprofissional você percebeu alterações como:**

Dormir mais	7 (11,3)
Dormir menos	27 (43,5)
Ter dificuldade para iniciar o sono	5 (8,1)
Ter dificuldade para acordar	15 (24,2)
Dificuldades para manter o sono	4 (6,5)
Ter insônia	1 (1,6)
Nenhuma alteração	2 (3,2)
Outros	1 (1,6)

**Dentro do Programa de Residência Multiprofissional existe alguma ação voltada para a prevenção e/ou melhoria da saúde mental e qualidade de vida no trabalho oferecida ao Residente?** 15 (24,2)

---

Dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis.

Fonte: Elaborada pela autora.

A fim de investigarmos melhor os motivos geradores de afastamentos, buscamos verificar se há correlações entre o número de afastamentos e as variáveis de condições de saúde que foram descritas detalhadamente acima (tabela 8). Na mensuração dos dados categóricos apresentados a seguir foi aplicado o teste do qui-quadrado ou exato de Fisher para que determinássemos o valor de significância estatística (referência  $p \leq 0,05$ ) em cada categoria.

Considerando somente a amostra de residentes que responderam afirmativamente que fizeram tratamento de saúde em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho ( $n=25$  - vide Tabela 8), observamos que a maioria (64,3%) precisou se afastar 2 ou mais vezes das suas atribuições laborativas. 43,8% se licenciou para tratamento de saúde pelo menos 1 vez, e somente 12,5% não precisou ou não quis se afastar do contexto profissional/acadêmico. Nesse grupo, obtivemos um valor de  $p=0,013$  (Tabela 9), corroborando, portanto, com a hipótese de que a maioria dos afastamentos foram demandados pela necessidade de tratamento de saúde em decorrência de sintomatologia desenvolvidas a partir do contexto de atuação na RESMULTI. Convém pontuarmos que todos que necessitaram realizar tratamento contra COVID-19 foram afastados.

Notamos que de três respondentes que afirmaram conviver com a Síndrome de Burnout, um não solicitou ou, se o fez, não conseguiu afastamento. Levando em consideração o tamanho do universo estudado e a amostra obtida ( $n=62$ ), a constatação de três casos de Burnout (Tabela 9) representa aproximadamente 4,8% da amostragem total e sobe para 12% se considerarmos como ponto de análise apenas o grupo dos que realizaram algum tratamento de saúde ( $n=25$ ) desencadeado pelas condições contextuais de atuação profissional.

De forma simplista, podemos definir Síndrome de Burnout como uma resposta crônica caracterizada por estresse patológico originado do contexto de trabalho, mas com determinantes psicossociais. “Na Residência Multiprofissional, 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, p. 1480). Convém salientarmos que nesta pesquisa ansiedade e depressão aparecem como sendo o segundo principal motivo de afastamento, ficando atrás apenas de COVID-19. Com base nesse dado, podemos

julgar que, em condições não pandêmicas, ansiedade e depressão despontariam como as principais causas de afastamentos de residentes multiprofissionais em saúde.

O valor obtido do cruzamento entre crise de ansiedade após o ingresso na residência e as licenças requisitadas para tratamento de saúde (Tabela 9) não mostrou significância estatística ( $p=0,812$ ). Contudo, a esse respeito verificamos que 62,5% (Tabela 9) dos que não se afastaram experimentaram sintomas ansiogênicos e, embora não tenham se licenciado da residência, eles admitiram (18,8%) que faziam uso de medicamentos classificados como ansiolíticos (100%). Enquanto que os afastados por um período (31,3%) utilizavam ansiolíticos (50%), antidepressivos (60%), outros fármacos (10%). Avaliamos como esperada que a soma da porcentagem superasse o padrão 100%, uma vez que é comum a prescrição de mais de um tipo de droga para o tratamento de transtornos mentais.

Entre os que se distanciaram duas vezes ou mais (28,6%), temos que 50% consumia ansiolíticos, e 75% antidepressivos. Notamos também que, nessa categoria, a soma chega a 125%, indicando, desse modo, que ao menos 25% deles faziam uso combinado de psicofármacos. A maioria dos que se afastaram por duas vezes ou mais também são os que mais aderiram a tratamentos com psicoterapias (57,1%). Dos que se afastaram uma vez, 43,8% deles faziam psicoterapia e, entre os que nunca se licenciaram, 18,8% estavam indo a consultas com psicólogos, ou seja, exatamente a mesma proporção de residentes que declararam usar medicações e que passaram a dormir mais do que antes do ingresso na RESMULTI.

Considerando a proposta dos programas de residência e o contexto no qual elas estão inseridas, não raro encontramos profissionais residentes em saúde que apresentam algum nível de acometimento da saúde mental fazendo uso de medicação e substâncias psicoativas referindo elevado nível de estresse no cotidiano e apresentando níveis de absenteísmo nos processos de trabalho e ensino (MARTINS; KUSS; WÜNSCH, 2019, p. 82).

Quanto às alterações relacionadas ao sono, obtivemos um valor estatisticamente significativo ( $p=0,035$ ) ao cruzarmos tais alterações com a variável afastamentos (Tabela 9). Para os que não se afastaram, 25% se queixaram de ter passado a dormir menos, dificuldade para acordar (25%) e para manter o sono (25%).

A queixa majoritária em relação ao sono entre os que se afastaram uma vez é de dormir menos (53,1%), seguida por ter dificuldade para acordar (21,9%). Resultado semelhante encontramos nas respostas dos que se afastaram duas ou mais vezes, que asseguraram que as principais alterações de padrão do sono percebidas após ingressarem na residência foram: dormir menos (42,9%), dificuldade para acordar (28,6%) e dificuldade para iniciar o sono (21,4%). Perturbações no sono frequentemente podem ser associadas a quadros de transtornos mentais, redução da produtividade e queda no desempenho de tarefas diárias. Daí a importância de avaliarmos esse fator.

Tabela 9. Correlação entre número de afastamentos e condições de saúde entre residentes

	Afastamento da residência			P
	Não	1 vez	2 ou mais vezes	
<b>Fez tratamento de saúde em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho no período como residente</b>	2 (12,5)	14 (43,8)	9 (64,3)	0,013
COVID-19	0 (0)	10 (58,8)	3 (33,3)	0,182
Burnout ou Estresse	1 (50)	2 (11,8)	0 (0)	0,115
Ansiedade e depressão	0 (0)	3 (17,6)	3 (33,3)	0,485
Outras causas	1 (50)	2 (11,8)	3 (33,3)	0,263
<b>Teve alguma crise de ansiedade após ingresso/durante a permanência na residência</b>				0,812
Sim	10 (62,5)	25 (78,1)	11 (78,6)	
Não	4 (25)	5 (15,6)	2 (14,3)	
Talvez	2 (12,5)	2 (6,3)	1 (7,1)	
<b>Faz uso de algum medicamento em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho</b>	3 (18,8)	10 (31,3)	4 (28,6)	0,654
Ansiolíticos	3 (100)	5 (50)	2 (50)	0,279
Antidepressivos	0 (0)	6 (60)	3 (75)	0,113
Outros	0 (0)	1 (10)	0 (0)	0,689
<b>Durante a residência passou a fazer terapia/psicoterapia</b>	3 (18,8)	14 (43,8)	8 (57,1)	0,086

<b>Após ingressar na Residência Multiprofissional você percebeu alterações no sono:</b>				0,035
Dormir mais	3 (18,8)	3 (9,4)	1 (7,1)	
Dormir menos	4 (25)	17 (53,1)	6 (42,9)	
Ter dificuldade para iniciar o sono	0 (0)	2 (6,3)	3 (21,4)	
Ter dificuldade para acordar	4 (25)	7 (21,9)	4 (28,6)	
Dificuldades para manter o sono	4 (25)	0 (0)	0 (0)	
Ter insônia	0 (0)	1 (3,1)	0 (0)	
Nenhuma alteração	0 (0)	2 (6,3)	0 (0)	
Outros	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)	
<b>Dentro do Programa de Residência Multiprofissional existe alguma ação voltada para a prevenção e/ou melhoria da saúde mental e qualidade de vida no trabalho oferecida ao Residente</b>	5 (31,3)	8 (25)	2 (14,3)	0,550

Dados quantitativos expressos como mediana e percentil e dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis. Foi usado o teste do qui-quadrado ou exato de Fisher para dados categóricos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na percepção dos que nunca se afastaram, 31,3% afirmaram que existe alguma ação voltada para a prevenção ou melhoria da saúde mental no trabalho oferecida ao residente. O percentual vai diminuindo à medida em que os afastamentos aumentam, 25% para quem se ausentou uma vez e 14,3% entre os que se licenciaram duas ou mais vezes. Com base nisso, podemos conjecturar que a percepção de haver ações preventivas e de apoio direcionadas à saúde psíquica dos residentes pode funcionar como um fator de proteção que, em última análise, contribuiria para reduzir os afastamentos.

A tabela abaixo compara os afastamentos da residência com fatores relacionados à temporalidade presentes na rotina de tarefas dos residentes. Os dados apresentados na primeira linha indicam que o tempo de residência entre os que se afastaram duas vezes ou mais (Md=18) e quem se afastou uma vez (Md=23) em comparação com quem não se afastou (Md=11) é superior apresentando um valor de  $p=0,009$  (Tabela 10). Tanto aqueles que se licenciaram por duas ou mais vezes como os que se afastaram por uma única vez, apresentaram percentis de (12-24), enquanto



quem não se ausentou apresentou percentil de (6-20,5). Tais informações corroboram com a hipótese de que menos tempo como residente implica em menor probabilidade de afastamento.

Sobre o tempo diário gasto no deslocamento de casa até o trabalho/residência, considerando ida e volta, obtivemos um valor de  $p=0,044$ , resultante da comparação entre quem se afastou duas ou mais vezes ( $Md=20$ ) e os demais grupos que apresentaram  $Md=60$  para afastados em uma ocasião e  $Md=50$  para quem nunca se licenciou. Avaliamos que o tempo de deslocamento tende a ser maior para aqueles que se afastaram uma vez e o menor tempo requerido para se deslocar encontra-se dentro do grupo dos que se ausentaram duas ou mais vezes.

Perguntados a respeito de trabalhos noturno como residente, a predominância das respostas foi de que não seria algo habitual e 92,9% foi a resposta de quem se afastou por duas ou mais vezes, 87,5% de que se ausentou uma vez e 62,5% de quem não se licenciou. Já sobre trabalhar aos domingos, 37,5% dos que nunca se distanciaram realizam atividades aos domingos uma vez por mês e 50% dos que se afastaram entre uma, duas ou mais vezes precisam executar atribuições profissionais de residente aos domingos. Desse modo, trabalhar aos domingos, ainda que seja uma vez por mês, parece impactar na demanda por afastamentos ( $P=0,049$ ).

Tabela 10. Correlação entre número de afastamentos e tempo de trabalho entre residentes

	Afastamento da residência			P
	Não	1 vez	2 ou mais vezes	
<b>Tempo de residência (meses)</b>	11 (6 - 20,5)	23 (12 - 24)	18 (12 - 24)	0,009 <sup>#</sup>
<b>Normalmente, quanto tempo você gasta por dia no seu deslocamento de casa para o trabalho e do trabalho para casa (soma)</b>	50 (20 - 60)	60 (30 - 100)	20 (20 - 50)	0,044 <sup>##</sup>
<b>Quantas vezes por mês trabalha durante a noite</b>				0,456
Uma vez	1 (6,3)	1 (3,1)	1 (7,1)	
Duas vezes	2 (12,5)	1 (3,1)	0 (0)	
Três vezes	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Quatro vezes	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)	
Não trabalho a noite	10 (62,5)	28 (87,5)	13 (92,9)	
<b>Quantas vezes por mês você trabalha aos domingos</b>				0,501
Uma vez	6 (37,5)	16 (50)	7 (50)	
Duas vezes	4 (25)	6 (18,8)	3 (21,4)	
Três vezes	0 (0)	1 (3,1)	0 (0)	
Quatro vezes	2 (12,5)	0 (0)	0 (0)	
Não trabalho aos domingos	4 (25)	9 (28,1)	4 (28,6)	
<b>Gostaria de trabalhar ...</b>				0,049
20 horas semanais	0 (0)	2 (6,3)	0 (0)	
24 horas semanais	0 (0)	1 (3,1)	0 (0)	
30 horas semanais	8 (50)	24 (75)	5 (35,7)	
44 horas semanais	7 (43,8)	4 (12,5)	9 (64,3)	
60 horas semanais	1 (6,3)	1 (3,1)	0 (0)	
<b>Você trabalha ... [com horários fixos de entrada e de saída]</b>				0,599
Nunca	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Raramente	0 (0)	2 (6,3)	0 (0)	
Algumas vezes	1 (6,3)	3 (9,4)	0 (0)	
Muitas vezes	2 (12,5)	6 (18,8)	4 (28,6)	
Sempre	13 (81,3)	21 (65,6)	10 (71,4)	

Dados quantitativos expressos como mediana e percentil e dados categóricos expressos como contagem absoluta e porcentagens entre parêntesis. Foi usado o teste do qui-quadrado para dados categóricos e o teste de Kruskal-Wallis para dados quantitativos. # Diferença observada entre “2 ou mais vezes” e “1 vez” vs “Não”. ## Diferença observada entre “2 ou mais vezes” vs demais grupos.

Fonte: Elaborada pela autora.

No que se refere à carga horária considerada ideal, desejada pelos respondentes, foi indicado que gostariam de trabalhar como residente de 30 a 44 horas semanais. Para quem nunca se afastou (50%), 30 horas seria o ideal e 44 horas seria aceitável (43,8%). Para os que se ausentaram uma vez (75%), trabalhar 30 horas os deixariam confortáveis e os que se afastaram duas ou mais vezes (64,3%), 44 horas seria a carga horária laboral desejada.

Percebemos que a jornada laboral idealizada se aproxima da estabelecida em contratos determinados pelas normas da CLT e da maioria dos contratos de trabalho. O desejado vai de encontro com a prescrição normativa e essa convergência fica ainda mais evidente entre os que precisaram se afastar mais vezes do desempenho de suas atividades profissionais. Mesmo os que tendem a preferir uma jornada composta por 30 horas, tal opção ainda enquadra-se nas prescrições, pois algumas categorias profissionais de saúde têm garantidas por lei específica, jornada de trabalho estabelecida em 30 horas semanais e não as tradicionais 44 horas previstas na legislação trabalhista geral.

### ***5.7.1 O que o residente tem a dizer a partir do seu lugar de fala: Reivindicações***

A nuvem de palavras é um recurso de quantificação visual que não visa responder perguntas de pesquisa ou apresentar uma solução para questionamentos. Seu objetivo consiste em indicar para onde devemos direcionar nosso olhar, daí sua relevância. O destaque de cada palavra é determinado pelo número de repetições, ou seja, para aparecer destacada na conformação, ela necessariamente precisa se repetir. É como uma “hierarquização” de palavras. Essa forma de apresentação de dados permite a visualização rápida e resumida de quaisquer textos.

Para análise de conteúdo das questões discursivas (Q48 e Q49) do instrumento aplicado para a construção deste estudo, obtivemos uma nuvem de palavras que, apesar de apresentar uma conformação considerada ampla, traz em sua composição categorias semelhantes que remetem ou estão atreladas às quatro principais reivindicações dos residentes sobre suas condições contextuais de atuação. As principais queixas se referem à ausência de local para repouso e estudo, carga horária excessiva, falta de suporte na formação, necessidade de cuidados à saúde mental e algumas deficiências estruturais gerais e de gestão.

Como podemos observar abaixo, a palavra “repouso” aparece centralizada e destacada, indicando por meio da análise realizada através do Software Atlas.ti que tal categoria foi a que mais se repetiu entre as respostas fornecidas. Optamos por apresentar a figura 8 de forma integral, sem filtrar da imagem categorias que poderiam ser consideradas sinônimas. Observamos, por exemplo, que a palavra “descanso”,

que também aparece em evidência, pode ser equiparada à categoria “repouso”, visto que seu uso tem o mesmo objetivo de reivindicar um espaço destinado ao descanso.

Observando a figura 8 derivada da categorização hierárquica de palavras que compõem os discursos dos residentes, podemos assentir com o entendimento de Martins; Kuss e Wünsch (2019, p. 93) de que:

A forma como o trabalho se configura nos programas de residência e a maneira como se inserem os profissionais nessas instituições se traduzem como formas de violência, na medida em que negligenciam os processos de adoecimento desses profissionais e não oferecem suporte para as dificuldades enfrentadas, muito menos para o acompanhamento dos processos de adoecimentos diagnosticados. Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que os programas de residência realmente promovam um processo de formação em serviço de forma qualificada em detrimento da inserção precarizada que configura esses profissionais como mão-de-obra barata.

A partir da nuvem de palavras apresentada, podemos notar que as expressões “repouso”, “local”, “carga horária”, “residentes”, “descanso”, “estudo”, “trabalho”, “horas”, “mental” e “serviços” aparecem em destaque no centro. Tais categorias remetem às principais dificuldades cotidianas apontadas pelos residentes, como, por exemplo, o desejo por um espaço destinado ao descanso/repouso e outro com a finalidade de servir para estudo. Constatamos, assim, que oferecer um local de repouso constituiria uma melhora significativa das condições de atuação dos residentes.

A urgência expressa no discurso do residente sinaliza para uma maior atenção para a saúde, posto que “cansaço”, “estresse” e “insônia”, por exemplo, podem indicar estafa física ou mental culminando em adoecimento físico com maior prevalência de esgotamento psíquico, elemento presente em condições precárias de trabalho. A insuficiência de profissionais para atender a população dependente exclusivamente do SUS, gera sobrecarga de trabalho, culminando em intensificação da rotina, desgaste e exaustão dos profissionais de saúde que, entre os anos de 2020 e 2021, foram agravadas pelo contexto de pandemia da SARS-CoV-2.

Figura 8 – Nuvem de palavras produzidas a partir das respostas aos itens 48 e 49 do instrumento aplicado para essa pesquisa.



	<p>profissional residente, além de melhores condições de trabalho e descanso.</p> <p>Muito é cobrado que façamos, porém não nos dão condições seguras para realização desse trabalho, por exemplo: vacinação contra covid, revezamento da equipe, tendo em vista o aumento de casos.</p>
<p><b>Q49</b> - Quais ações ou medidas você gostaria de sugerir para melhoria das condições do seu trabalho?</p>	<p>Deixar de realizar atividades técnico administrativas enquanto preciso fazer meu trabalho como nutricionista residente e haver local de repouso para os residentes.</p> <p>Ter um lugar para repouso para os residentes e um local de estudo adequado (fala que mais se repete).</p> <p>Melhorar a disponibilidade de treinamentos com foco nas atividades práticas.</p> <p>Maior participação de um preceptor da área para nos auxiliar em discussão de casos clínicos e atualizações que são demandadas no serviço.</p> <p>Gestão se preocupar com o bem estar do residente.</p> <p>Mudar a coordenadora da residência multiprofissional. Ter um local de estudo. Ter local para repouso. Poder ser afastado por mais de 3 dias por atestado médico sem ter que pagar horas.</p> <p>Relação entre os colegas de trabalho da própria ênfase/categoria.</p> <p>Lugar adequado para estudo, descanso e ações de cuidado com a saúde mental dos residentes.</p> <p>Local de descanso e apoio à saúde mental, principalmente para casos de ansiedade e depressão.</p> <p>Ações de saúde mental para os residentes.</p> <p>Que tivessem cuidados com a saúde física e mental</p>

	<p>do residente. Com momentos de exercício, massagens e meditação.</p> <p>Momento de terapia complementar.</p> <p>Um local para repouso e para estudo, pois o primeiro nem existe e seria interessante para melhorar a produtividade no serviço e outro seria para algum momento em que não estamos dentro do serviço a fim de melhor aproveitamento do tempo.</p> <p>Espaço de repouso para as 12h ou diminuição da carga horária para 8h.</p> <p>A avaliação da carga horária semanal é muito exaustiva.</p> <p>Diminuir carga horária.</p> <p>Redução da carga horária e trabalho com banco de horas.</p> <p>Com relação a carga horária extensa de trabalho que são 60 horas semanais. eu acredito que não era pra ser as 60 horas semanais até porque nenhum outro profissional fica tanto tempo no hospital e recebem bem mais que 3.330, além de trabalharmos 60 horas semanais o salário não é de acordo com as horas trabalhadas.</p> <p>Maior flexibilização nas atividades de formação além da carga horária hospitalar, aumento salarial compatível com as horas de serviço e núcleo de atendimento para o residente ou um órgão semelhante para atendimento psicológico.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Tomando como referência as respostas sumarizadas no quadro acima, constatamos que ações que objetivem promover melhorias para o contexto de atuação dos residentes precisam considerar os elementos fundamentais apontados por eles. Além do local de repouso/descanso já explanado, atentamos para as reivindicações quanto à jornada de trabalho excessiva e a desvalorização expressa

pelo estabelecimento de vínculo precário de trabalho, baixo salário, limitações de recursos financeiros, espaços físicos inadequados e falta de reconhecimento profissional.

Além do estresse do cotidiano de trabalho, os residentes se deparam com a exaustão vivida anteriormente na graduação e que continua e/ou aumenta com as atribuições acadêmicas e laborais na Residência. As más condições de trabalho; baixa remuneração; limitações para participação em eventos científicos; falta de motivação por parte dos profissionais dos serviços para desenvolver novas atividades; carga horária elevada; falta de tempo para estudo e pesquisa; designação para 'substituir' profissionais do serviço; cobranças de produtividade; falta de identidade profissional; ausência de espaços para questionamentos junto aos/as preceptores/as, tutores/as e equipes de saúde; falta de reconhecimento do trabalho realizado; falta de articulação entre aprendizado teórico, orientações recebidas e práticas instituídas nos serviços (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2019).

Não podemos generalizar que há falta de identificação com o trabalho na residência, mas encontramos elementos que apontam para uma perspectiva futura de falta de identificação com o trabalho como residente que provém, sobretudo, da falta de definição clara da função residente multiprofissional. Essa ambiguidade de tratamento tem potencialidade para gerar um distanciamento entre o trabalhador e suas funções, gerando desgastes emocionais, fragmentação de tarefas e comprometimento das relações sócio-ocupacionais, fortalecendo, por sua vez, processos de individualização e esfacelando qualquer possibilidade de organização coletiva que busque reivindicar alterações nas condições de trabalho e de vida do trabalhador. A lógica empregada é do trabalhador multifuncional que se adapta às condições contextuais do trabalho, apesar de que, para obter êxito, seja necessário renunciar a singularidades e vínculos de pertencimento, impossibilitando, dessa maneira, o desenvolvimento de estratégias que tenham como objetivo oferecer resistências às condições precárias de trabalho. O esvaziamento e a deterioração de organizações coletivas que busquem reivindicações políticas necessárias para o fortalecimento de categorias profissionais marcadas por contexto precário (MARX; ENGELS, 1989).

Para Silva (2011), a desvalorização ou reconhecimento profissional do residente enquanto trabalhador pode determinar o enfraquecimento ou fortalecimento de processos identitários, de cessão ou de supremacia. Por vezes, o residente com perfil de jovem, recém egresso da graduação e sedento por adquirir muitos



conhecimentos engendram incômodos entre aqueles que se encontram previamente estabelecidos no contexto permeado por normas de viés mais conservador, fechando-se para novas possibilidades e fazendo emergir dessa divergência geracional diferenciações, competição e exclusão entre profissionais vinculados ao serviço e residentes.

Nesse mesmo sentido, a carga horária laboral discrepante entre residentes e demais trabalhadores de saúde também culmina em seção de categorias de trabalho coabitantes em um mesmo espaço. Além do que, não há dúvidas de que o residente multiprofissional trabalha mais horas que os demais profissionais de saúde, superando, inclusive, a determinação constitucional que estabelece duração máxima de 44h semanais, podendo ser reconfigurada em casos de acordos celebrados de forma individual ou coletiva, o que não se aplica ao caso da RESMULTI, pois a determinação de 60 horas semanais não provém de acordos, mas sim de estabelecimento unilateral, onde residentes constituem a fração mais vulnerável (MARTINS; KUSS; WÜNSCH, 2019).

Embora a RESMULTI tenha muitas arestas a serem aparadas, ela funciona como um espaço de oportunidades para obtenção de saberes condizentes com as políticas e diretrizes propostas pelo SUS, ela proporciona a integração de conhecimentos a partir da atuação multi e interdisciplinar, visando o atendimento integral do usuário dos serviços públicos de saúde, fortalecendo as políticas de educação permanente e formativa de mão de obra qualificada para lidar com as demandas do SUS, prestando assistência integral à população. Ela é também uma oportunidade que o recém graduado tem de adquirir tanto qualificação específica em uma área de atuação, como também de ganhar experiência de trabalho. É uma possibilidade de ingresso no mercado de trabalho para aqueles que encontram dificuldades devido às exigências de experiência profissional anterior.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer das análises e discussão dos dados, muitos esclarecimentos já foram fornecidos, mas aproveitamos essa sessão para sintetizar informações que ratificam a presença de um contexto suscetível a processos de precarização no âmbito das Residências Multiprofissionais em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI), protagonizado pela carga horária de trabalho avaliada pelos residentes como excessiva. Perguntados sobre a jornada laboral, os residentes foram unânimes em confirmar que na residência que integram adota-se a carga horária máxima permitida (60 horas/semanais). A falta de local adequado para repouso e estudo também apareceram no rol de queixas. Essa problemática em particular não foi abordada nos itens do instrumento, mas, em razão das duas perguntas de respostas discursivas longas, pudemos acessar essa informação, evitando que tal discussão deixasse de ser percebida. Tal aspecto se configura como uma informação relevante dado seu potencial direcionador para novos estudos sobre a realidade dos residentes.

O perfil encontrado foi de jovens entre 22-35 anos e média de 26 anos, com pouco tempo de graduação, tendo, em sua maioria, no currículo uma especialização concluída ou em andamento, que optaram por ingressar na RESMULTI com o principal objetivo de adquirir experiência profissional (50%). Mais de 85% das vagas na residência estão ocupadas por respondentes que se identificaram com o gênero feminino, se denominaram solteiras e sem filhos. Em termos de remuneração, para um percentual considerável dos pesquisados, a bolsa recebida a título de remuneração, equivale aproximadamente a metade da renda familiar, ao passo que o mesmo percentual indicou que o valor corresponde a uma parcela pequena dos rendimentos.

Com essa pesquisa, podemos perceber que a dificuldade para entender a organização, as condições de atuação e as relações sociolaborais não se restringe a funcionários dos serviços e usuários de saúde, uma vez que os próprios residentes evidenciam dúvidas sobre se as condições contratuais equivalem a vínculo empregatício ou não. Essa falta de clareza é extremamente compreensível, pois, como discutimos teoricamente, a portaria que institui e os regimentos de regulam as residências, expõem uma redação ambígua, ora tratando o residente como estudante,

ora o tratando como profissional. Após nos apropriarmos de um considerável volume de leituras sobre o assunto, depreendemos que ser residente não gera vínculo empregatício, pois o tipo de contratação garante juridicamente que isso não ocorra. Porém, podemos afirmar que a residência configura a realização de um trabalho, talvez comparável ao que Sabóia (2019) nomeou de trabalho invisível, isto é, um trabalho invisibilizado a partir da lógica de um contexto precário, do quase emprego, em que o residente geralmente é apresentado como trabalhador da saúde para os beneficiários dos serviços, mas para a instituição hospitalar é visto como estudante em processo de pós-graduação.

Essa ambiguidade termina por produzir e também reafirmar o não reconhecimento do residente multiprofissional como trabalhador ocupante de um posto de atuação estável na instituição. Isso ocorre algumas vezes por parte das pessoas que recebem os serviços, mas não sabem que o prestador é um residente em processo formativo, e outras vezes se dá pelo caráter de tratamento assumido pelos Programas de Residência, que aproximam o desempenho das atividades de residente a atividades acadêmicas, descaracterizando de certo modo a função de trabalhador, ao passo que imprime a ideia da formação em serviço.

Insistimos nessa concepção, pois o trabalho como residente multiprofissional reúne os elementos característicos de uma relação de trabalho elencados a seguir: emprego de força laboral para suprir as necessidades de sobrevivência, relações baseadas na distinção de hierarquias, definição de quem oferece os serviços e daquele que recebe. A residência ainda estipula normas e estabelece a padronização de protocolos a serem seguidos. A partir do trabalho na RESMULTI, os residentes constroem e alteram seus modos de pensar, sentir e agir, reconhecidos como comportamentos adaptativos típicos, que são esperados de um trabalhador diante de um novo ambiente de trabalho.

Por fim, sabemos que um contrato por tempo determinado é celebrado entre as partes, entretanto os termos são propostos unilateralmente pelo contratante, deixando o RM vulnerável às fragilização no contexto de trabalho. Essa vulnerabilização deriva do cenário de trabalho marcado por precarizações, como salários incompatíveis com a extensa jornada de trabalho, ausência de direitos trabalhistas e previdenciários, flexibilizados por meio de uma pretensa vinculação acadêmica derivada do déficit de

profissionais para atuar no SUS, em especial em períodos de crise na saúde, como a surgida a partir do coronavírus. A atuação proposta pela RMS tem funcionado como alternativa para suprir a carência de pessoal, uma vez que usar profissionais subcontratados para atuar na prestação de serviços de saúde é menos oneroso do que realizar concursos públicos ou contratações regidas pela CLT.

Acreditamos que foi possível responder o objetivo geral e os específicos da pesquisa em questão. Tendo em conta que não dispomos de uma produção científica vasta sobre a realidade dos residentes, conseguimos, mediante este estudo, ampliar o conhecimento sobre o contexto de trabalho presente no domínio da RESMULTI, tornando essa pesquisa devidamente justificada e cientificamente relevante.

Reiteramos que os elementos esboçados não aparecem de forma isolada. Com efeito, contexto de trabalho é uma categoria complexa composta pelo entrelaçamento de organizações, condições de naturezas diversas e relações sociais que podem ser estabelecidas a partir do trabalho, mas que nem sempre se limitam a ele. Apontamos a necessidade de mais estudos sobre os residentes multiprofissionais em saúde, visto que a residência é um espaço com características bem específicas. Podemos notar certa concordância quanto à percepção do contexto de trabalho entre residentes de um mesmo programa, todavia, não foi possível fazer grandes generalizações a esse respeito, pois os programas são moldados por instituições diferentes. No caso desta pesquisa, ela foi realizada com residentes vinculados a uma instituição federal de referência para a região. Não podemos afirmar que se outro estudo for aplicado com residentes da rede estadual ou mesmo com viés privado, por exemplo, os resultados serão semelhantes. Precisamos que outras pesquisas sejam realizadas e um volume maior de dados sejam reunidos através de amostras maiores para termos algum nível de segurança e inferirmos posicionamentos mais sólidos sobre a categoria residente multiprofissional.

Desenvolver intervenções de cunho qualitativo, talvez com entrevistas não estruturadas ou semiestruturadas, tem potencial para ser mais uma estratégia importante no sentido de melhorar a compreensão acerca da realidade do grupo investigado. Outra limitação que apontamos diz respeito ao próprio instrumento, que, em sua versão não adaptada, mostrou ter boa consistência quando aplicado a outras categorias de trabalhadores (profissionais da saúde de dois HU, trabalhadores do

saneamento básico e operários da construção civil), mas ainda assim, Borges (2013, p. 224) recomenda que “Pesquisas e análises adicionais devem ser realizadas para se obter um instrumento cada vez melhor e que permita diferenciar os empregos/trabalho por suas condições”. Desse modo, concluímos ser indispensável fazer adaptações em alguns aspectos para que não deixemos de considerar as devidas singularidades de cada ocupação.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni Pinto. Subjetividade às avessas: Toyotismo e "captura" da subjetividade do trabalho pelo capital. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 223-239, dez. 2008. Disponível em: <https://bit.ly/3dLXedw>. Acesso: em 16 ago. 2018.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo. Cortez, 1998.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital** - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2018.
- AQUINO, Cássio Adriano Braz de. A temporalidade como elemento chave no estudo das transformações no trabalho. **Athenea Digital**, Barcelona, n. 4, p. 151–159, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/mAQ3i8>. Acesso em: 24 jul. 2018.
- AQUINO, Cássio Adriano Braz de et al. O fenômeno da precarização e da flexibilização laboral no âmbito da Universidade Pública Brasileira: o caso dos professores substitutos. **Athenea Digital**, 14(1), 173-193. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21238>. Acesso em: 06 jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.1004>.
- AQUINO, Cássio Adriano Braz de. **Reflexões sobre a precarização laboral: uma perspectiva da Psicologia Social**. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas, Anais. São Luis: UFMA, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2RFesSu>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- BBC Brasil. **'Relembre frases de Bolsonaro sobre a covid-19'**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880>. Acesso em: 28 ago. 2021.
- BENDASSOLLI, Pedro. **Crítica às apropriações psicológicas do trabalho**. Psicologia e Sociedade, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p.75-84, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/JNEsV8>. Acesso em: 24 jul. 2018.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.
- BLANCH, Josep M. et al. Condiciones de Trabajo. *In*: BLANCH, J.M. ESPUNY M.J, C. GALA & A. MARTÍN (org.). **Teoría de las relaciones laborales**. Fundamentos. Barcelona: Editorial UOC, 2003.
- BRAGA, Ruy. **A Rebelia do Precariado: trabalho e neoliberalismo no Sul global**. São Paulo: Boi tempo, 2017.
- BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Dispositivos de transformação do

sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 465-473, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2Q9RGBm>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Residentes em saúde reivindicam reajuste na “bolsa-salário e lutam contra precarização do SUS**. [Brasília], 2020a. Disponível em: <https://bit.ly/3t4FzVa>. Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho – CLT: e normas correlatas**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. Seção 2, p. 1-193, 2017a. Disponível em: <https://bit.ly/2QYde4u>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bit.ly/2T3eG6O>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.117, de 3 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/327HQmF>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3hw91jG>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. **Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional – CNRMS Nº 5/2014**. D.O.U.: 07.11.2014. Brasília, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3fPZmUd>. Acesso em 08 out. 2019.

BRASIL. **Sobre a doença – O que é COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://bit.ly/3cVkWor>. Acesso em: 05 ago. de 2020.

BORGES, Ângela. Mercado de trabalho: mais uma década de precarização. *In*: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

BORGES, Livia de Oliveira. et al. Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 213-225. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3fOjpTd>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. Os trabalhadores e suas vivências cotidianas: dos tempos de trabalho e de não-trabalho. **Rev. bras. Ci. Soc**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 101–177, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/KvBMw9>. Acesso em: 25 jul. 2018.

COELHO, Prisca Dara Lunieres Pêgas et al. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [S.l.], v. 12, n. 12, p. 3492-3499, dez. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://bit.ly/2QYde4u>. Acesso em: 16 abr. 2021. DOI: <https://bit.ly/3oa8mHB>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Observatório da Enfermagem**, 2020. Profissionais infectados por covid-19 informado pelo serviço de Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3wDiTxp>. Acesso em: 05 ago. 2020.

CORREIA, Bruna Siqueira. **A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. Portal da educação. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3sYcVov>. Acesso em 25 jun. 2020.

CENTENO, Ayrton. **Brasil perde mais de 200 enfermeiras (os) para a covid-19, um recorde no mundo**. Brasil de Fato, Porto Alegre, 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/06/19/brasil-perde-mais-de-200-enfermeiras-os-para-a-covid-19-um-recorde-no-mundo>. Acesso em: 05 ago. 2020.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (Genebra). **Más de 600 enfermeras han fallecido por el COVID-19 en todo el mundo**: el cie implora a los gobiernos que recopilen datos precisos sobre los contagios y fallecimientos de enfermeras y que actúen para proteger su salud y salvar vidas. 2020. Comunicado de prensa. Disponível em: <https://bit.ly/3uM30CV>. Acesso em: 06 abr. 2021.

COUTINHO, Maria Chalfin; BERNARDO, Marcia Hespanhol; SATO, Leny. (Org.). **Psicologia Social do Trabalho**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017. – (Coleção Psicologia Social).

DAI, Yuhong et al. **Impacto psicológico do surto da doença coronavírus 2019 (COVID-19) em profissionais de saúde na China**. Disponível em: <https://bit.ly/3sVh9MT>. Acesso em: 08 dez. 2020. DOI: <https://bit.ly/3rv9Mid>.

FACAS, Emílio Peres. **Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho - contribuições da psicodinâmica do trabalho**. 2013. 191 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3rXyiF2>. Acesso em: 30 jan. 2020.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al. Caracterização do contexto de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 20, p. 565-572, set. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3aEQNIq>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FREITAS, Lêda Gonçalves de; FACAS, Emílio Peres. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3ds4soe>. Acesso em: 06 abr. 2021.



FONTES, Virgínia. **Capitalismo em tempos de uberização**: do emprego ao trabalho. Marx e o Marxismo, Niterói: Universidade Federal Fluminense, v. 5, n. 8. p. 45-67, jul. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2RblgpD>. Acesso em: 22 out. 2019.

GIONGO, Carmem Regina; MONTEIRO, Janine Kieling; SOBROSA, Gênesis Marimar Rodrigues. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 803-814, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a02.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev. Escola de Enfermagem da USP** [internet]. 2012. Disponível em: <https://bityli.com/E8dL7b>. Acesso em: 20 set. 2021.

JACQUES, Maria da Graça Corrêa. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/39RTdmH>. Acesso em 26 de julho de 2018.

KOLLER, Silvia H.; COUTO, Maria Clara P. de Paula; HOHENDORFF, Jean Von. (Organizadores). **Métodos de pesquisa**: manual de produção científica. Porto Alegre, RS: Penso. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3exig13>. Acesso em 13 nov. 2020.

LEITE, Kelen. Trabalho e condição humana na contemporaneidade. **Laplage em Revista**, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 109-124, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3uC0kl9>. Acesso em: 30 jul. 2020. DOI: 10.24115/S2446-6220201841440p.109-124.

LIMA, Camila Alves.; BARROS, Edgla M. Costa.; AQUINO, Cássio Adriano Braz de. Flexibilização e intensificação laboral: manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhador. **Revista LABOR**, Fortaleza, v. 1, n. 7, p. 102–125, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/P5QQiM>. Acesso em: 27 jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.29148/labor.v1i7.6708>.

MAISSIAT, Greisse da Silveira et al. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 42-49, jun. 2015. FapUNIFESP. Disponível em: <https://bit.ly/3twpNSV>. Acesso em: 07 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>.

MARTINS, Juliana; KUSS, Cristine; WÜNSCH, Dolores Sanches. A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. Política social e regressões sociais no Brasil: dilemas e desafios, **Palmas**, v.6, n.17, dez. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3wvs6rR>. Acesso em: 21 set. 2021.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p.1667-1676, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2T2AW0s>. Acesso em 30 jan. 2021.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Tradução, apresentação e notas de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2ShfGUz>. Acesso em: 12 out. 2020.

MARX, Karl; ENGELS, Friederich. **Ideologia Alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

MBEMBE, Achille. **NECROPOLÍTICA**: biopoder soberania estado de exceção política da morte. biopoder soberania estado de exceção política da morte. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3tAuMSK>. Acesso em: 08 abr. 2021.

MENDES, Ana Magnólia; FERREIRA, Mário César. Contexto de Trabalho. *In*: Mirlene Matias Maria Siqueira (org.). **Medidas do Comportamento Organizacional**: ferramentas de diagnóstico e gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 111-123. Disponível em: <https://bit.ly/3sS7Htq>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Michele de Medeiros. Condições de trabalho e riscos psicossociais: um estudo com os funcionários do Restaurante Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2016. 110 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Processos Institucionais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3mvi6dg>. Acesso em: 30 jan. 2020.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, dez. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/n9MOFY>. Acesso em 08 set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2RHBaK5>. Acesso em: 20 jan. 2021.

NAVARRO, Vera Lucia; MACIEL, Regina Heloisa; MATOS, Tereza Glauca Rocha. A

questão do trabalho no Brasil: uma perspectiva histórica a partir do desenvolvimento industrial. *In*: COUTINHO, Maria Chalfin; BERNARDO, Marcia Hespanhol; SATO, Leny. (org.). **Psicologia Social do Trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2Rh1QAY>. Acesso em: 25 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (Genebra). **La prevención de las enfermedades profesionales**. Genebra: OIT, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3bMxDRK>. Acesso em: 12 out. 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2QaCEvy>. Acesso em: 25 jun. 2020.

RIBEIRO, Hellany Karolliny Pinho et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2019, v. 44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000021417>. Acesso em: 08 set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000021417>.

RODRIGUES, Ana Carolina de Aguiar. et al. Trabalhadores na pandemia: múltiplas realidades, múltiplos vínculos. *In*: MORAES, Melissa Machado de. (org.). **Os impactos da pandemia para o trabalhador e suas relações com o trabalho [ebook]**. Porto Alegre: Artmed, 2020. (coleção o trabalho e as medidas de contenção da COVID-19: contribuições da psicologia Organizacional e do Trabalho, v. 2. Disponível em: <https://bit.ly/2Q1TSLw>. Acesso em 30 jul. 2020.

RODRIGUES, Terezinha de Fátima. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 71-82, out. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2Os69lv>. Acesso em: 28 jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>.

SABÓIA, Iratan Bezerra de. **Entre Clio e Kairós: organização e vivência do tempo de trabalho de professores gestores da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral**. 2019. 300 p.- Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/43696>. Acesso em 25 jun. 2020.

SANTOS, Carla. **Estatística Descritiva**: Manual de Auto-aprendizagem. Lisboa: Edições Silabo, 3. ed., 2018.

SANTOS, José Luís Guedes dos. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3mtM5Sw>. Acesso em: 24 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública (online)**. v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3fQUxtO>. Acesso em 02 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>.

SILVA, Cinthia Alves da; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 123, p. 1240-1258, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>. Acesso em: 08 set. 2021.

SILVA, Edith Seligmann. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Vozes, 2011. p. 207, 393, 398, 504.

SILVA JUNIOR, Luiz Alberto; LEO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciênc. educ.**, Bauru, v. 24, n. 3, p. 715-728, set. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3tZwHk6>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SILVA, Paulo Vasconcellos; JORGE, Tania Araújo. Análise de conteúdo por meio de nuvem de palavras de postagens em comunidades virtuais: novas perspectivas e resultados preliminares. **Atas CIAIQ: Investigação Qualitativa em Saúde**, Lisboa: Portugal, v. 2, n. 8, p. 41-48, jul. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3f535wB>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3t0B6Cy>. Acesso em: 05 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>.

SILVA, Lais Santos; NATAL, Sônia. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3tbakrz>. Acesso em: 06 ago. 2020. DOI: <https://bit.ly/34aqaak>.

SILVA, Luciana da Conceição e. Residência multiprofissional em saúde: crise do capital e flexibilização do trabalho. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória-Es. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Vitória-Es: Ufes, 2018. p. 1-18. Disponível: <https://bit.ly/3aXINE3>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SOARES, Gabriella. **Mortes de profissionais de saúde crescem 26% em 1 ano de pandemia no Brasil**. 2021. PODER 360. Disponível em: <https://bit.ly/3wSIVwL>. Acesso em: 06 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC). Complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará. **Regimento interno**: Residência Médica. Fortaleza, CE, p. 1-27. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3dGb55a>. Acesso em 02 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC). Complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará. **Regimento interno**: Residência Multiprofissional e Uniprofissional da saúde. Fortaleza, CE, p. 1-25. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3utTRyB>. Acesso em 16 jun. 2019.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) por Janequeli Simão Nascimento, para participar da pesquisa intitulada “**Contexto de trabalho de Residentes Multiprofissionais em Atenção Hospitalar à Saúde**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é descrever como residentes multiprofissionais em atenção hospitalar à saúde avaliam o contexto de trabalho. A presente pesquisa não prevê nenhum dano à sua saúde. Entretanto, o questionário aplicado contém 49 itens divididos em 8 categorias com perguntas sobre seu trabalho, percepções e vivências como residente multiprofissional. Levará cerca de 25-40 minutos para ser respondido, o que poderá provocar leve cansaço ou desconforto ao responder alguma pergunta. Caso isso aconteça, poderá interromper sua participação nesse estudo em definitivo ou momentaneamente, podendo retomar, caso deseje. O questionário será respondido de forma anônima, o nome do(a) senhor(a) ou outro dado que possa identificá-lo não aparecerá em qualquer momento do estudo, preservando-se assim o seu anonimato. Não será feito nenhum outro procedimento que lhe traga desconforto ou risco à sua vida. Não lhe será atribuído nenhum benefício direto pela participação nesta pesquisa. Contudo, a depender do interesse institucional do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, a síntese da construção desse estudo poderá fornecer novas compreensões sobre o contexto de trabalho de residentes, culminando em subsídios para implementação de intervenções capazes de fortalecer a noção de coletivo e de prevenção a agravos a saúde mental no trabalho no âmbito da RESMULTI. A partir dessa pesquisa também será possível caracterizar o perfil do grupo estudado. Pela sua participação no estudo, o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que nenhuma despesa será necessária para a realização da pesquisa. O (A) senhor (a) não é obrigado a participar da pesquisa e pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Consideramos que a partir do preenchimento e envio de respostas, o (a) senhor (a) expressava sua concordância com o TCLE e concorda em participar voluntariamente desta pesquisa. O(A) senhor(a) receberá junto ao formulário de respostas uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora responsável pelo estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre sua participação nesta pesquisa agora ou a qualquer outro momento.

<p><b>Nome:</b> Janequeli Simão Nascimento  <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará  <b>Telefones para contato:</b> xxxx-xxxx / (xx)xxxxx-xxxx  <b>Endereço:</b> Rua XXXXXXXXXXX XXXXX XXXXX, Nº 00 – XXXXXX XXXXXX</p>
---

Nome e endereço do pesquisador responsável:

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que responda e nos envie o questionário.

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo,1000 - Rodolfo Teófilo - Fone: 3366-8346 – Email: [comep@ufc.br](mailto:comep@ufc.br)

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa:	Assinatura
Pesquisador responsável:	Assinatura

### APÊNDICE B – DADOS SOCIOLABORAIS (Q1-Q10)

<b>1) Idade:</b> _____	<b>2) Sexo:</b> ( ) F ( ) M
<b>3) Graduação:</b> <input type="checkbox"/> Enfermagem ( ) Farmácia ( ) Fisioterapia <input type="checkbox"/> Nutrição ( ) Psicologia ( ) Serviço Social <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<b>4) Nome da residência que integra:</b> _____ – <b>5) Tempo de Residência</b> (meses): _____ <b>6) Carga horária semanal na</b> <b>residência:</b> _____
<b>7) Enquanto residente multiprofissional, você acha que desempenha atividades diferentes das que são exigidas para o seu cargo?</b> <input type="checkbox"/> Sim ( ) Não <b>7.1) Se sim, as atividades executadas equivalem às de qual cargo?</b> _____	
<b>8) Maior nível de instrução formal:</b> <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Graduação com uma especialização <input type="checkbox"/> Graduação com duas especializações <input type="checkbox"/> Graduação com mais de duas especializações <input type="checkbox"/> Especialização e mestrado <input type="checkbox"/> Duas especializações e mestrado <input type="checkbox"/> Especialização e residência concluída <input type="checkbox"/> Especialização, residência concluída e mestrado <input type="checkbox"/> Especialização, mestrado e doutorado <input type="checkbox"/> Outra situação: _____	
<b>9) Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) ou União Estável <input type="checkbox"/> Separado(a) ou Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<b>10) Nº de filhos:</b> _____

**APÊNDICE C – QUESTÕES DISCURSIVAS (Q48-Q49)**

**Q48)** Existe algo que não foi perguntado, mas que você considera muito importante que seja dito para que possamos melhor compreender a realidade do Residente Multiprofissional não médico em sua relação com o trabalho?

**Q49)** Quais ações ou medidas você gostaria de sugerir para melhoria das condições do seu trabalho?



**ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO – QCT (Q11-Q39)**  
**(ADAPTADO A PARTIR DE BORGES et al, 2013)**

<b>SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO: CONTRATUAIS E JURÍDICAS</b>					
<b>11) A Residência Multiprofissional que você integra determina uma jornada de trabalho de quantas horas semanais?</b>					
<input type="checkbox"/> 40 horas semanais		<input type="checkbox"/> 52 horas semanais			
<input type="checkbox"/> 44 horas semanais		<input type="checkbox"/> 60 horas semanais			
<input type="checkbox"/> 48 horas semanais		<input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____ horas			
<b>12) Na prática, quantas horas você trabalha normalmente na residência multiprofissional?</b>					
<input type="checkbox"/> 30 horas semanais		<input type="checkbox"/> 60 horas semanais			
<input type="checkbox"/> 40 horas semanais		<input type="checkbox"/> mais de 60 horas semanais			
<input type="checkbox"/> 44 horas semanais		<input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____ horas			
<b>13) A residência caracteriza vínculo trabalhista/emprego?</b>			<b>14) Normalmente, quantos dias por semana você trabalha na residência multiprofissional?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			_____ dias por semana		
<b>15) Normalmente, quantas vezes por mês trabalha durante a noite (pelo menos 2 horas entre as 10 horas da noite e às 5 horas da manhã)? _____ noites por mês</b>			<b>16) Quantas vezes por mês trabalha aos domingos? _____ domingos por mês</b>		
<input type="checkbox"/> Nunca			<input type="checkbox"/> Nunca		
<b>17) Gostaria de trabalhar ...</b>					
<input type="checkbox"/> 60 horas semanais		<input type="checkbox"/> 24 horas semanais			
<input type="checkbox"/> 44 horas semanais		<input type="checkbox"/> 20 horas semanais			
<input type="checkbox"/> 30 horas semanais		<input type="checkbox"/> Outro. Quantas? _____			
<b>18) Você trabalha ... ?</b>					
Utilizando a seguinte escala (de <u>nunca</u> a <u>sempre</u> ) responda cada item:					
	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
18.1) o mesmo número de horas todos os dias					
18.2) o mesmo número de dias todas as semanas					
18.3) com horários fixos de entrada e de saída					
18.4) por turnos ou escala					

<b>19) Normalmente, quantos minutos por dia demora no percurso de casa para o trabalho e do trabalho para casa (soma)? _____ minutos</b>	<b>20) O que você ganha é:</b> <input type="checkbox"/> A única renda de sua família <input type="checkbox"/> Quase a totalidade da renda familiar <input type="checkbox"/> Aproximadamente a metade da renda familiar <input type="checkbox"/> Uma parcela pequena da renda da família					
<b>21) Qual o principal motivo da sua decisão de ingressar na residência multiprofissional?</b> <input type="checkbox"/> Desejo de especializar-se <input type="checkbox"/> Medo de ficar desempregado ou dificuldade para encontrar emprego <input type="checkbox"/> O valor da bolsa <input type="checkbox"/> Interesse pessoal por uma área específica <input type="checkbox"/> Ganhar experiência profissional <input type="checkbox"/> Continuar estudando <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____						
<b>22) Quando entrou na residência você...</b> <input type="checkbox"/> Era recém graduado (até 6 meses) <input type="checkbox"/> Tinha experiência na sua área de formação no serviço público – SUS <input type="checkbox"/> Tinha experiência na área de formação no serviço privado <input type="checkbox"/> Tinha experiência de consultório particular (empreendedor individual) <input type="checkbox"/> Prestava serviços a planos de saúde <input type="checkbox"/> Nunca tinha trabalhado na área e estava desempregado <input type="checkbox"/> Outra situação. Especifique: _____						
<b>SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO: FÍSICAS E MATERIAIS</b> Utilizando a seguinte escala (de <b>nunca</b> a <b>todo o tempo</b> ) responda cada item:						
<b>23) Quanto você se expõe às condições de trabalho abaixo?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Todo o tempo</b>	<b>Não se aplica</b>
23.1) Manuseio ou contato direto com materiais que podem transmitir doenças infecciosas (tais como dejetos, sangue, fluidos corporais, materiais de laboratório, etc.)						
23.2) Contato com pessoas com doenças infectocontagiosas						
23.3) Situações que podem desenvolver doenças ocupacionais						
23.4) Exigências psíquicas estressantes						
23.5) Riscos de pequenos acidentes de trabalho						
23.6) Riscos de acidentes de trabalho incapacitantes						
23.7) Riscos de acidentes de trabalho fatais						
23.8) Agravos de doenças que você contraiu por razões diversas						
23.9) Posições dolorosas ou fatigantes						
23.10) Trabalhar fora da RESMULTI, a partir de sua casa com						

um computador						
23.11) Uso da Internet /e-mail / WhatsApp para fins profissionais						
23.12) Usar vestuário ou equipamento pessoal de proteção						
<b>CONDIÇÕES DE TRABALHO: PROCESSOS E CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO</b>						
Utilizando a seguinte escala (de <b>nunca</b> a <b>todo o tempo</b> ) responda cada item:						
<b>24) O horário de seu trabalho é ...</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Todo o tempo</b>	<b>Não se aplica</b>
24.1) Definido pela empresa/organização sem possibilidade de alteração						
24.2) Uma escolha entre vários horários de trabalho fixos, determinados pela empresa/organização						
24.3) Adaptado por você dentro de certos limites (ex.: poder ocasionalmente trocar horário sob justificativa)						
24.4) Inteiramente determinado por você						
24.5) Combinado (acordado) entre você e clientes						
24.6) Combinado (acordado) entre você, colegas e outras pessoas						
24.7) Alterado com frequência pela chefia sem aviso prévio a você						
24.8) Alterado com frequência pela chefia com aviso prévio a você						
<b>25) O seu trabalho implica ...</b>						
25.1) Ritmo acelerado						
25.2) Prazos muito rígidos e muito curtos						
<b>26) De uma maneira geral, o seu ritmo de trabalho depende ...?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Todo o tempo</b>	<b>Não se aplica</b>
26.1) Do trabalho feito pelos seus colegas						
26.2) Dos pedidos diretos de pessoas como os usuários, os pacientes, etc.						
26.3) De objetivos quantitativos de produção ou desempenho						
26.4) Do controle direto do seu chefe						
<b>27) O seu trabalho lhe exige ...?</b>						
27.1) Respeitar normas (administrativas, técnicas, de segurança, etc.)?						
27.2) Avaliar por você mesmo(a) da qualidade do seu trabalho?						

27.3) Resolver por você mesmo(a) problemas imprevistos?						
27.4) Realizar tarefas repetitivas?						
27.5) Realizar tarefas complexas?						
27.6) Aprender coisas novas?						
27.7) Interromper uma tarefa para realizar outras						
27.8) Ser contatado por e-mail e/ou por telefone fora do seu horário						
<b>28) Você pode escolher ou modificar ...?</b>						
28.1) A ordem das suas tarefas?						
28.2) Os seus métodos de trabalho?						
28.3) O ritmo da realização das tarefas?						
<b>29) Na execução de suas atividades de trabalho...?</b>						
29.1) Você pode receber ajuda de colegas						
29.2) Você pode receber ajuda dos seus superiores/chefes						
29.3) Você pode fazer pausa quando desejar						
29.4) Você tem tempo suficiente para terminar o seu trabalho						
29.5) Você pode negociar com chefes e colegas quando tirar férias e/ou dias de folga						
29.6) Você pode fazer um trabalho bem feito nas condições de trabalho atuais.						
29.7) Você pode pôr em prática as suas ideias						
29.8) Você é intelectualmente exigido (desafiado)						
29.9) Você precisa apresentar emoções específicas						
29.10) Você precisa dissimular suas emoções						
<b>30) As suas atividades são executadas ...?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Todo o tempo</b>	<b>Não se aplica</b>
30.1) Por você sozinho						
30.2) Em equipe						
<b>31) O que você faz é definido ...</b>						
31.1) Previamente por setores aos quais você tem pouco acesso						
31.2) Em manuais de serviço que você precisa seguir passo a passo						
31.3) Por seu chefe/administrador sozinho						
31.4) Por seu chefe/administrador após ouvir a equipe de trabalho						
31.5) Pela equipe de trabalho						
31.6) Por você, planejando independentemente						
31.7) Por você, negociando com colegas e chefes						
<b>32) Suas atividades e funções exigem...?</b>						

32.1) As qualificações e experiência que você já tem						
32.2) Atualizações						
32.3) Formação suplementar ao que já tenho						
<b>33) Quanto às suas responsabilidades você responde por...?</b>						
33.1) Por qualidade no atendimento a outras pessoas						
33.2) Erros técnicos no desenvolvimento de seu trabalho						
<b>34) Nos últimos 6 meses, você participou de algum tipo de formação para melhorar as suas competências? Considerar os cursos de capacitação, especialização, atualização, etc.</b> ( ) Sim                      ( ) Não	<b>35) Se sim, quem pagou por esta formação?</b> ( ) Você ( ) O Programa de Residência Multiprofissional. ( ) Foi gratuito					
<b>36) Quanto tempo durou tal formação? ____ dias</b>	<b>37) Sua participação no curso foi realizada fora do horário de desempenho da função de residente multiprofissional? (ex. horário de descanso, folga, feriado, fim de semana, nas férias, etc.)</b> ( ) Sim                      ( ) Não					
<b>CONDIÇÕES DE TRABALHO: AMBIENTE SOCIOGERENCIAL</b>						
Utilizando a seguinte escala (de <b>nunca</b> a <b>todo o tempo</b> ) responda cada item:						
<b>38) No último ano, você...?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Todo o tempo</b>	<b>Não se aplica</b>
38.1) Foi consultado sobre mudanças na organização do trabalho e/ou nas suas condições de trabalho?						
38.2) Foi sujeito a uma avaliação formal regular do desempenho das suas funções						
38.3) Discutiu com o seu chefe problemas relacionados ao trabalho?						
38.4) Foi informado sobre os riscos de acidentes no trabalho						
38.5) Foi informado sobre os riscos de adoecimento decorrente do trabalho						
<b>39) Em seu trabalho, você está exposto a:</b>						
39.1) Pressão por decisões rápidas						
39.2) Falta de material necessário para a realização de suas tarefas						
39.3) Falta de equipamentos/ferramentas adequadas						
39.4) Exigências desproporcionais às condições de trabalho						
39.5) Conflitos com colegas e chefias						
39.6) Exigências conflitantes com seus princípios e valores						
39.7) Realizar tarefas diferentes das suas						
39.8) Sobrecarga de tarefas						
39.9) Realizar tarefas conflitivas ou contraditórias						
39.10) Realizar tarefas desagradáveis						
39.11) Ficar sem fazer nada						

**ANEXO B – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO – PROART (Q40-Q47) (ADAPTADO A PARTIR DE FACAS, 2013)**

<b>40) SOBRE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO</b>					
Utilize os números de 1 a 5 para responder. Onde 1 representa <b>nunca</b> e 5 representa <b>sempre</b>					
<b>1</b> <b>Nunca</b>	<b>2</b> <b>Raramente</b>	<b>3</b> <b>Às vezes</b>	<b>4</b> <b>Frequentemente</b>	<b>5</b> <b>Sempre</b>	
40.1) Meu trabalho é desvalorizado pela organização					
40.2) Sinto-me inútil dentro da residência multiprofissional					
40.3) Considero minhas tarefas insignificantes					
40.4) Sinto-me improdutivo dentro da residência multiprofissional					
40.5) A identificação com minhas tarefas é inexistente					
40.6) Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas					
40.7) Meu trabalho é sem sentido					
40.8) Meu trabalho é cansativo e desgastante					
40.9) Meu trabalho me frustra					
40.10) Meu trabalho me sobrecarrega					
40.11) Meu trabalho me desanima					
40.12) Meu trabalho me faz sofrer					
40.13) Permaneço na residência multiprofissional por falta de oportunidade no mercado de trabalho					
40.14) Meu trabalho me causa insatisfação					
40.15) Meus colegas de residência desvalorizam meu trabalho					
40.16) As pessoas que não são residentes, mas que trabalham no serviço 40.17) que atuo, desvalorizam meu trabalho como residente					
40.18) Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho					
40.19) Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas					
40.20) Minha chefia trata meu trabalho com indiferença					
40.21) É difícil a convivência com meus colegas de residência					
40.22) O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia					
40.23) Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia					
40.24) Há desconfiança na relação entre preceptores e residentes					

<b>CONDIÇÕES DE TRABALHO: ASPECTOS DE SAÚDE</b>	
<b>41) Afastou-se da Residência Multiprofissional por problema de saúde no período como residente?</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes	
<b>42) Fez tratamento de saúde em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho no período como residente?</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual enfermidade? _____	
<b>43) Teve alguma crise de ansiedade após ingresso/durante a permanência na residência?</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>44) Faz uso de algum medicamento em decorrência de sintomas gerados pelo trabalho? (ex. Ansiedade, depressão, insônia, etc)</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	
<b>45) Durante a residência passou a fazer terapia/psicoterapia?</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>46) Após ingressar na Residência Multiprofissional você percebeu alterações como:</b>	
<input type="checkbox"/> Dormir mais	<input type="checkbox"/> Dificuldade para manter o sono
<input type="checkbox"/> Dormir menos	<input type="checkbox"/> Ter insônia
<input type="checkbox"/> Ter dificuldade para iniciar o sono	<input type="checkbox"/> Nenhuma alteração
<input type="checkbox"/> Ter dificuldade para acordar	<input type="checkbox"/> Outra: Qual? _____
<b>47) Dentro do Programa de Residência Multiprofissional existe alguma ação voltada para a prevenção e/ou melhoria da saúde mental e qualidade de vida no trabalho oferecida ao Residente?</b>	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(ais)? _____	