

# O invisível salta aos olhos: saúde mental e residência multiprofissional no Hemorio

The invisible catches the eye:  
mental health and multiprofessional residency at Hemorio

Bruna Alves da Motta\*    
Keiza da Conceição Nunes\*\*    
Ingrid de Assis Camilo Cabral\*\*\*  

**Resumo:** Este artigo teve como objetivo analisar a percepção dos residentes do programa multiprofissional do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – Hemorio referente à experiência na residência e suas implicações na saúde mental desses sujeitos. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quanti-qualitativo, fundamentado no método crítico-dialético. O estudo está sustentado em análises bibliográficas e pesquisa de campo realizada no período de agosto a setembro de 2023. Verificou-se que 88,2% dos pesquisados tiveram alguma implicação em sua saúde mental. Além disso, o estudo evidenciou as contradições que permeiam a Residência Multiprofissional em Saúde, como também apontou suas potencialidades. Dentre as quais, um importante espaço de formação em saúde, e também um local de sofrimento mental. Desse modo, este trabalho visou contribuir para maiores reflexões e propor realizações de estudos com delineamento interventivo para que essa realidade seja modificada.

**Palavras-chaves:** Saúde mental; Residência multiprofissional; Residentes.

**Abstract:** This article aimed to analyze the perception of residents of the multidisciplinary program at State Institute of Hematology Arthur de Siqueira Cavalcanti – Hemorio regarding the experience in the residency and its implications on the mental health of these subjects. This is an exploratory research of a quantitative and qualitative nature, based on the critical-dialectical method. The study is supported by bibliographical analyses and field research carried out from August to September 2023. It was found that 88.2% of the respondents had some implication in their mental health. In addition, the study highlighted the contradictions that permeate the Multidisciplinary Residency in Health, as well as pointed out its potentialities. Among which, an important space for health training, and also a place of mental suffering. Thus, this work aimed to contribute to further reflections and propose studies with an interventionist design so that this reality can be changed.

**Keywords:** Mental health; Multiprofessional residency; Residents.

\* Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti. E-mail: mottabruna@id.uff.br

\*\* Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti. E-mail: keizanunes@gmail.com

\*\*\* Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti. E-mail: ingridcabral.as@gmail.com

## Introdução

A motivação para a realização deste estudo surge da vivência na residência multiprofissional no Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio)<sup>1</sup>. Após o ingresso nesta modalidade de pós-graduação e a reflexão das circunstâncias na qual a residência multiprofissional se insere, origina-se a inquietação a respeito da saúde mental dos profissionais residentes na instituição.

No Hemorio, a residência multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia tem início em 2017, dotada de regimento próprio revisado periodicamente. Originalmente, as vagas foram destinadas às áreas de Serviço Social; Enfermagem; Biologia/Biomedicina. Anos depois, em 2020, foram incorporados os profissionais odontólogos.

Hoje, a especialização em modalidade de residência é composta pelas quatro profissões anteriormente citadas. Anualmente, doze vagas são disponibilizadas, sendo distribuídas três vagas igualmente entre as categorias profissionais. De acordo com o Regimento Interno, o ingresso ocorre por meio de processo seletivo incluindo um ou mais dos seguintes instrumentos: provas objetivas de múltipla escolha; provas práticas; análise de currículo e/ou entrevista. Portanto, podendo ter até 24 residentes do programa multiprofissional ao longo de um ano, a saber: doze R1 e doze R2.

De início, ressaltamos que a construção deste trabalho foi realizada a partir da rotina experienciada no processo de residência, isso significa que, a pesquisadora também é afetada pelas relações e condições estabelecidas no campo de pesquisa.

Em síntese, como sujeito ativo no processo de viver, pesquisar, pensar e escrever sobre o tema, esta escrita é permeada de experiências, sentimentos e afetos. Parafraseando Silveira e Conti (2016), o ponto de partida de uma pesquisa é aquilo que “nos passa, nos toca, nos acontece”. Em última instância é o que me passa, me toca e me acontece. E esse movimento nos atravessa quando nos colocamos em relação com o campo de pesquisa.

Em primeiro lugar, o que “nos passa, nos toca e nos acontece” na atualidade em relação a uma significativa parcela de egressos do ensino superior na área da saúde é a grande procura por esta modalidade de pós-graduação. Observando os dados divulgados pelo Ministério da Educação (MEC) sobre os candidatos à residência por intermédio do Exame Nacional de

<sup>1</sup> O Hemorio é uma unidade pública de saúde que presta assistência a pacientes com doenças hematológicas. Seus eixos de atuação dividem-se em Hematologia e Hemoterapia. Além disso, é também o hemocentro coordenador do estado do Rio de Janeiro, dispensando bolsas de sangue para unidades públicas e particulares conveniadas de saúde do Estado.

Residência (ENARE)<sup>2</sup>, entre 2021 e 2022 houve um aumento significativo de 70% de candidatos às vagas de residência em todo o país.

Em tese, a residência em saúde é direcionada aos recém-formados, sendo este o requisito em alguns programas e editais. Porém, diante do contexto de desemprego estrutural, o ingresso na residência vem se tornando uma alternativa de renda e subsistência. Em muitos casos, os profissionais ingressam em duas residências de forma consecutiva, e apenas não fazem uma terceira residência devido a impossibilidade instituída por lei<sup>3</sup>.

Outro fator que nos chama atenção é o aumento exponencial do adoecimento mental da população nos últimos anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2022), antes da pandemia, em 2019, cerca de 970 milhões de pessoas no mundo estavam vivendo com um transtorno mental, 82% dos quais em países de média e baixa renda. Durante a pandemia da Covid-19, houve o agravamento do adoecimento mental. Nesse contexto, a depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.

Além dessas premissas fundamentadas em dados numéricos, a vivência rotineira na residência transparece, por meio do adoecimento constante dos colegas residentes multiprofissionais, a necessidade de identificar a correlação entre saúde mental e residência. Evidenciamos nos estudos sobre essa temática que, num primeiro momento, as referências bibliográficas sobre essa discussão estão direcionadas à residência médica e a uma análise sobre a qualidade dos serviços de saúde ofertados para a população por profissionais médicos. Dessa maneira, a discussão e emersão desse tema voltado, também, para os profissionais multiprofissionais envolvidos no cuidado em saúde é algo urgente e que não pode ser ignorado.

Outrossim, a relevância desta pesquisa está nas poucas produções de trabalhos de conclusão de residência (TCR) sobre este tema, de forma que foram encontrados trabalhos sobre esse assunto, mas em sua maioria produzidos pelos gestores desses espaços. Observamos que, em sua maioria, os trabalhos e as pesquisas estão direcionados à elucubração do serviço/prática, e não a estruturação dos programas. A discussão sobre a configuração da residência e a saúde de seus participantes pode levar à ponderação de possíveis caminhos a serem trilhados pelos programas e os integrantes do seu corpo.

---

<sup>2</sup> O ENARE trata-se de um processo seletivo unificado para ingresso nas residências médicas, uniprofissionais ou multiprofissionais em hospitais universitários geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A primeira edição ocorreu em 2020.

<sup>3</sup> De acordo com os artigos 1 e 2 da Resolução nº 1, de 27 de dezembro de 2017 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, é vedado ao egresso de programa de residência repetir programas de Residência, nas modalidades uni ou multiprofissional, em áreas de concentração que já tenha anteriormente concluído, sendo permitido ao egresso realizar programa de Residência em apenas mais uma área de concentração diferente daquela concluída.

---

Como constatado, dos dezoito TCR's multiprofissionais produzidos no Hemorio que tivemos acesso<sup>4</sup>, não há sequer uma produção direcionada à reflexão do programa. Logo, esse cenário nos apresenta a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que se debrucem na reflexão sobre a estrutura da residência multiprofissional.

Nesse sentido, residência e saúde mental são campos férteis para mediação e discussão, considerando a complexidade histórica e a tensão advinda dos interesses antagônicos existentes nesses campos, como veremos ao longo deste estudo.

Salientamos que este artigo teve suas análises, reflexões, e pontuações pautados na consideração de que o processo de participação na vida política, social, cultural e econômica não é linear. Sendo assim, existe a necessidade de contextualizar a saúde mental inserida nas relações de produção e reprodução da vida no capitalismo. A partir dessa perspectiva, este artigo abordará as questões relacionadas à saúde mental como uma expressão da “questão social”.

A análise proposta neste artigo também se ancora em questões estruturais que sustentam os dados encontrados e orientam sua interpretação. A crise atual do capitalismo, marcada pela reconfiguração do papel do Estado e pela intensificação das desigualdades sociais, é um pano de fundo indispensável para compreender os impactos sociais e emocionais enfrentados por profissionais em formação. Nesse contexto, a contrarreforma do Estado, materializada por meio de políticas de austeridade, cortes orçamentários e flexibilização das relações de trabalho, implica diretamente na precarização das condições de ensino e de trabalho nas Residências em Saúde. Esses elementos se entrelaçam ao debate teórico crítico acerca da Residência Multiprofissional, que denuncia o deslocamento de seu propósito formativo para uma lógica produtivista. Portanto, compreender a experiência da residência exige o reconhecimento dessas determinações macroestruturais e das tensões que configuram o campo da saúde no Brasil.

Sabemos que a inserção em uma residência é complexa e imbuída de significados, e essa experiência pode afetar direta ou indiretamente a saúde mental do indivíduo. Nessa perspectiva, o objetivo deste artigo é analisar a experiência na residência multiprofissional e suas implicações na saúde mental dos residentes multiprofissionais no Hemorio. Ressaltamos com isso, a importância de um olhar mais apurado para os profissionais que são responsáveis pelos cuidados em saúde.

Por fim, destacamos a potência desta pesquisa diante da oportunidade de debatermos este tema. Em muitos espaços a realização desta seria impossibilitada, visto que os assuntos abordados podem ser sensíveis e apresentar as fragilidades das instituições. Portanto,

<sup>4</sup> Os trabalhos encontram-se disponíveis na biblioteca do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti.

celebramos a possibilidade e o privilégio de realizar este estudo no Hemorio, instituição de referência no estado do Rio de Janeiro e no Brasil.

Para alcançar o nosso objetivo, realizamos um estudo exploratório embasado no método crítico-dialético, utilizando a abordagem quanti-qualitativa. Conforme Minayo e Sanches (1993), ambas as abordagens são de natureza distintas. Enquanto a quantitativa atua em níveis da objetividade, o método qualitativo interpreta a subjetividade, entre eles: valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões.

O projeto de pesquisa elaborado foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hemorio<sup>5</sup>. A pesquisadora respeitou os critérios éticos das pesquisas com seres humanos segundo a Resolução 466/12 e 510/16 que orientam os critérios éticos para participação de seres humanos em pesquisas.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2023, com aplicação de questionário semiestruturado disponível na plataforma *online Google forms*<sup>6</sup>. Para validação do instrumento, realizamos um estudo piloto com dois ex-residentes multiprofissionais. A partir desse teste, foram realizadas as modificações sugeridas pelos participantes e consideradas necessárias pela pesquisadora.

O universo da pesquisa foi constituído pelos residentes inseridos no programa entre os anos de 2017-2022, perfazendo cinquenta e quatro participantes<sup>7</sup>. Os critérios de inclusão contemplaram os residentes matriculados no período de recorte da pesquisa, contudo, excluíram-se os residentes que permaneceram menos de 60 dias matriculados e a pesquisadora.

Dante dos critérios determinados, um total de 50 participantes foram elegíveis. O contato foi efetuado por meio de e-mail no qual constava o *link* para acesso ao questionário, onde continha o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em que os sujeitos pesquisados optaram por concordar, após serem informados sobre os objetivos, riscos e benefícios, da pesquisa. É de suma importância frisar que em todas as etapas deste artigo o sigilo foi garantido.

Foram coletados 36 retornos, equivalentes a 72% dos participantes. Sendo que 68% concordaram em responder e 4% manifestaram o desejo de não participar. Esses dados foram

<sup>5</sup> Número do Parecer: 6.179.002.

<sup>6</sup> O *Google forms* é uma ferramenta *online* que permite a criação de formulários e questionários para pesquisa e avaliação. A escolha por esse modelo de aplicação se justifica pela dinâmica da vida cotidiana, assim, possibilitando alcançar o maior número de candidatos em menor período.

<sup>7</sup> O quantitativo informado considera o somatório do número de vagas ofertadas pelo programa ao longo do tempo estipulado pela pesquisa.

organizados, mapeados e sistematizados. Os dados da etapa quantitativa foram apresentados em gráficos e tabelas que foram analisados por meio de estatística descritiva.

As respostas qualitativas foram categorizadas em dados que classificam as unidades de significados. “Um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto da informação e ser produtivo no plano das inferências” (Bardin, 1977, p. 55). Nesta etapa, estabelecemos categorias analíticas para as respostas coletadas na pesquisa de campo, buscando articulações importantes entre estas e o referencial teórico.

A pesquisa de campo foi rica em informações, relatos e ponderações. Por isso, nem todos os dados foram analisados e as falas foram selecionadas de maneira que assegurou o sigilo dos participantes, ou seja, qualquer escrita que pudesse identificar o sujeito pesquisado foi retirada.

Os participantes foram identificados com o nome do pássaro símbolo da instituição em que a pesquisa foi realizada: “Tiê-sangue”. Utilizamos o primeiro termo da palavra seguido de um numeral para diferenciar os entrevistados. Além de ser emblemático, a escolha por essa nomenclatura ocorreu, pois os pássaros estão constantemente associados à ideia de movimento e liberdade, elementos que estão relacionados à saúde mental e às lutas políticas e sociais neste campo.

444

## Quem somos?

*Somos quem podemos ser  
Sonhos que podemos ter*  
(Somos quem podemos ser, 1988).

Dos elegíveis para participar da pesquisa, obtivemos um percentual de 72% de respostas. A predominância da participação se atreve ao Serviço Social (29,4%) e a Enfermagem (29,4%), enquanto com menor participação, a Odontologia (14,7%).

É relevante salientar que os dados foram analisados a partir da perspectiva ampliada de saúde. Considerando essa concepção, a pesquisa traçou o perfil dos residentes do Hemorio compreendendo que a situação socioeconômica é um determinante no processo saúde-doença. Desse modo, a Tabela 1 apresenta os dados referentes ao perfil do público-alvo da pesquisa.

Tabela 1: Perfil socioeconômico dos residentes.

		Nº (%)
<b>Idade</b>	Até 24 anos	6 (17,6)
	Entre 25 e 30 anos	15 (44,1)
	Acima de 30 anos	13 (38,2)
<b>Gênero</b>	Masculino	2 (5,9)
	Feminino	32 (94,1)
<b>Estado Civil</b>	Casado (a)	8 (23,5)
	Solteiro (a)	21(61,8)
	Divorciado (a)	2 (5,9)
	União Estável	3 (8,8)
<b>Raça/cor</b>	Preto	10 (29,4)
	Pardo	11 (32,4)
	Branco	13 (38,2)
<b>Filhos</b>	Sim	7 (20,6)
	Não	27 (79,4)
<b>Uso de transporte coletivo</b>	Sim	29 (85,3)
	Não	5 (14,7)
<b>Tempo de locomoção</b>	Até 30 min.	8 (23,5)
	Entre 31 min a 60 min.	10 (29,4)
	Acima de 60 min.	16 (47,1)
<b>Bolsa como principal fonte de renda familiar</b>	Sim	15 (44,1)
	Não	19 (55,9)

Fonte: autoria própria.

445

Dentre os resultados obtidos, destacamos para análise a categoria raça/cor, pois percebemos durante a pesquisa bibliográfica que os artigos apresentam de forma incipiente o perfil de residentes em diferentes instituições, e nos poucos em que encontramos esses dados, não existe uma discussão profícua sobre esse tema.

Os resultados apontam que há uma predominância da raça/cor negra<sup>8</sup> (61,08%) no perfil dos residentes no Hemorio. Compreendemos que reconhecer-se enquanto pessoa da raça/cor negra, é um processo histórico com diferentes significados. Carneiro (2011, p. 58) sinaliza que “[...] a identidade étnica e racial é um fenômeno historicamente construído ou destruído”. Ainda de acordo com a autora, existe em nosso país uma ausência ou confusão de identidade racial atribuídas a miscigenação<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Partimos da concepção de que a categoria “negro” compreende o conjunto de pardos e pretos.

<sup>9</sup> “Aqui, aprendemos a não saber o que somos e, sobretudo, o que devemos querer ser. Temos sido ensinados a usar a miscigenação ou a mestiçagem como carta de alforria do estigma da negritude: um tom de pele mais claro, cabelos mais lisos ou um par de olhos verdes herdados de um ancestral europeu são suficientes para fazer alguém que descenda de negros se sentir pardo ou branco, ou ser “promovido” socialmente a essas categorias. E o acordo tácito é que todos façam de conta que acreditam” (Carneiro, 2011).

Como um dos elementos que fazem parte desse processo, citamos “a dor da cor” que perpassa o indivíduo. Isso indica que se identificar através da autodeclaração como pessoa negra é perceber-se suscetível a sofrer opressões, o que pode representar um local imbuído de sofrimento da vítima de racismo.

Embora, no Brasil, haja escassez de produção de dados e estudos sobre os danos emocionais causados às vítimas de racismo, é de conhecimento geral que os mecanismos discriminatórios produzem nesses sujeitos um dos elementos mais perversos do racismo: o sofrimento mental (Carneiro, 2011).

Além disso, o cenário da pesquisa também evidencia que as residentes, são majoritariamente do gênero feminino (94,1%). Essa taxa expressiva, corrobora para o debate sobre a divisão sexual do trabalho e a construção dos papéis sociais atribuídos historicamente ao gênero desde o Brasil colônia. Neste caso, o papel do cuidado é reforçado quando comprovamos que o mercado de trabalho na saúde é majoritariamente constituído por mulheres, conforme dados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). “No Brasil, dos seis milhões de profissionais do setor, 65% são mulheres [...]. Em áreas como fonoaudiologia, nutrição e serviço social, elas ultrapassam 90% de presença, e 80% em enfermagem e psicologia” (Teixeira, 2021, p. 43).

Diante do exposto até aqui, concluímos que as residentes multiprofissionais do Hemorio são, em sua maioria, mulheres negras. Portanto são atravessadas pela questão de gênero e raça que perpassam a sociedade e consequentemente o ambiente de trabalho. “A participação da mulher negra no mercado de trabalho é marcada pela desigualdade. O caráter discriminatório desse processo a designa para atividades com menor remuneração e sem expressão nas hierarquias de poder” (Teixeira., 2021, p. 46).

Para a manutenção de uma lógica dominante e perpetuação dessa hierarquia, a reprodução de violências é necessária, por isso, a discussão dessas categorias analíticas são indispensáveis na construção do debate sobre saúde mental, pois são fatores geradores de sofrimento dado a lógica patriarcal e racista. “Na própria compreensão de sociedade e em seus inúmeros conflitos, a raça é um marcador de desigualdade econômica. Raça, assim como gênero, são elementos importantes para a problematização das desigualdades sociais” (Teixeira, 2021, p. 47).

Os dados também apontam que essas mulheres são majoritariamente solteiras (61,8%), sem filhos (79,4%), com idade acima dos 25 anos que fazem/faziam uso de transporte público (mais de 80%) com um tempo de deslocamento que ultrapassa os 30 minutos para chegar à instituição de formação.

Contudo, compreendendo a lógica desigual na qual mulheres negras estão inseridas socialmente, não podemos deixar de ressaltar a importância de essas ocuparem o lugar numa pós-graduação com formação em serviço, um lócus privilegiado, tendo em vista o percentual ínfimo de mulheres negras que tem acesso a graduação. E sua inserção no ensino superior se deve muito às políticas de cotas adotadas nos últimos anos. Portanto, vemos e consagramos a existência de mulheres negras neste espaço como símbolo de luta, resistência e visibilidade.

### **De onde viemos, onde chegamos, para onde vamos...**

*Todos os dias eu venho ao mesmo lugar  
Às vezes fica longe, difícil de encontrar  
Mas quando o neon é bom  
Toda noite é noite de luar*  
(Somos quem podemos ser, 1988).

Assim como o perfil socioeconômico, o histórico acadêmico/profissional também se faz relevante para discussão do tema em questão. Desse modo, o perfil acadêmico e profissional das residentes está exposto na Tabela 2.

Tabela 2: perfil acadêmico/profissional

		Nº (%)
<b>Profissão</b>	Biomedicina/Biologia	9 (26,5)
	Enfermagem	10 (29,4)
	Odontologia	5 (14,7)
	Serviço Social	10 (29,4)
<b>Universidade que cursou a graduação</b>	Privada	12 (35,3)
	Pública	22 (64,7)
<b>Tempo de formado</b>	Menos de 1 ano	12 (35,3)
	De 1 a 4 anos	11 (32,4)
	Mais de 4 anos	11 (32,4)
<b>Já possuía pós-graduação</b>	Sim	14 (41,2)
	Não	20 (58,8)
<b>Primeira residência</b>	Sim	30 (88,2)
	Não	4 (11,8)
<b>Já tinha experiência profissional na área da saúde</b>	Sim	21 (61,8)
	Não	13 (38,2)

447

Fonte: autoria própria.

Quando questionados sobre o tempo de formado ao ingressar na Residência Multiprofissional, a resposta foi equilibrada, sendo há menos de um ano a predominância (35,3%).

Um número expressivo de 88,2% está inserido na primeira residência. Entretanto, 61,8% já possuíam experiência na área da saúde e 41,2 % já possuíam algum título de pós-graduação.

Os dados apresentados podem ser um indicativo da precarização da política de saúde, especificamente da precarização dos vínculos e das formas de contratação instáveis.

A Política de Saúde, assim como as demais políticas públicas, têm sofrido reflexos do neoliberalismo, com constantes cortes e formas de precarização. Um dos elementos mais cruéis dessa precarização são as modalidades de contratação em que estão sendo submetidos os profissionais de saúde. Nos últimos anos, verificamos um aumento excepcional de vínculos frágeis que são geridos por Organizações Sociais (OS's) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). As condições de trabalho precárias decorrentes da “flexibilização” da contratação e privatização dos serviços de saúde podem explicar o número significativo de participantes que já têm experiência em saúde, porém decidiram por ingressar na residência (Silva; Castro, 2020).

Como é de conhecimento, desde a década de 1990 os ideais econômicos brasileiros são pautados no neoliberalismo que tem como um de seus pilares a flexibilização do trabalho e a pouca interferência do Estado na economia. O Neoliberalismo e a desresponsabilização do Estado em relação aos bens e serviços públicos, corrobora para a agudização das desigualdades nas relações sociais estabelecidas pela contradição capital x trabalho.

Perante as considerações realizadas e diante do resultado da Tabela 2, surge o questionamento: a Residência é um meio para qualificação profissional ou para inserção no mercado de trabalho?

Para respondermos a essa pergunta, é essencial compreendermos as configurações no mundo do trabalho hoje. O modelo de “acumulação flexível” tem como consequência o aumento gradual de um exército industrial de reserva que, em contrapartida, garante cada vez menos oportunidades e postos de trabalho. Logo, a residência é vista como uma saída para o crescente desemprego estrutural (Harvey, 2011).

A Residência Multiprofissional em saúde não é exatamente um campo de trabalho, mas é uma etapa de formação que visa preparar os profissionais de saúde para um mercado mais amplo e competitivo. Ela oferece a oportunidade de adquirir conhecimentos, habilidades e competências em um ambiente de aprendizado prático, o que pode tornar os profissionais mais qualificados e aptos a exercer suas funções em diversos contextos de saúde.

Porém, observamos no cenário atual, um esvaziamento do sentido da residência multiprofissional em saúde, que pode ocorrer quando a modalidade de ensino é desviada de seus objetivos originais e princípios fundamentais, que é a formação em saúde. Alguns dos desafios que podem levar à perda do sentido original da residência multiprofissional incluem: ausência de integração, priorização de tarefas burocráticas, falta de supervisão adequada e a

carga horária excessiva que expressa as condições de trabalho exaustivas que podem comprometer a qualidade da formação, tornando a residência mais uma questão de quantidade de horas do que de qualidade do aprendizado.

Os estudos de Silva (2018) apontam um aumento em investimentos financeiros públicos em residências multiprofissionais:

Sobre a evolução do financiamento de bolsas via MEC, observa-se um aumento de cerca de 700% entre os anos de 2010 e 2014. Conforme Relatório MEC (BRASIL, 2014), no ano de 2010 foram concedidas 414 (quatrocentas e quatorze) bolsas; em 2011, 1.193 (mil, cento e noventa e três) bolsas; em 2012, 1.750 (mil, setecentas e cinquenta); em 2013, 3.155 (três mil, cento e cinquenta e cinco); e no ano de 2014 foram 3.322 (três mil, trezentas e vinte e duas) bolsas (Silva, 2018, p. 204-205).

Na ausência de postos de trabalho e uma bolsa atrativa, atualmente fixada no valor de R\$ 4.106,90<sup>10</sup>, muitas vezes, a residência é uma alternativa ao desemprego. Como reflexo disso, quatro participantes estão na segunda residência. Um desses relata que se sentiu sobrecarregado por tratar-se da segunda residência: “Um período bastante complexo. Além do fato de ser minha segunda residência, o que para mim significou uma sobrecarga [...]” (Tiê 1).

Observamos que as condições objetivas de vida, como o meio de prover as necessidades básicas, são elementos determinantes para tomada de escolhas, como o fato de ingressar em uma segunda residência. Como confirma a fala do nosso participante: “A residência custou um preço alto que eu e muitos, antes e depois de mim, por **necessidade** se encontram compelidos a pagar. Nesse contexto, não dá pra sair porque está insatisfeito” (Tiê 2).

A partir dessas falas, podemos inferir algumas reflexões para além do desemprego estrutural e da acumulação flexível. No período em que os participantes estiveram na residência aconteceram dois grandes marcos políticos e socioeconômico: a Reforma Trabalhista - que nós iremos denominar de contrarreforma<sup>11</sup> - e a pandemia do Coronavírus.

A contrarreforma trabalhista teve como símbolo a promulgação da Lei da Terceirização (Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017), que implica em uma série de desmontes de direitos. Essa medida em conjunto com outras representa o desmonte da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) aumentando a insegurança e a precarização dos trabalhadores, onde as negociações entre capital e trabalho são marcadas por imensa desigualdade, mais ainda no contexto de recessão e desemprego.

---

<sup>10</sup> Valor referente ao ano de 2024.

<sup>11</sup> O termo contrarreforma designa as transformações conduzidas pelo Estado que, conforme Behring (2008), adaptam as políticas nacionais às exigências do capitalismo mundial na tentativa de recompor a hegemonia burguesa. Assim, o termo “reforma” seria indevido por se tratar de “uma escolha político-econômica, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos” (Behring, 2008, p. 198).

Outro fato que transformou o mercado de trabalho foi a pandemia causada pelo Coronavírus no ano de 2020, que impactou a população mundial evidenciando e aprofundando as desigualdades estruturalmente construídas, inclusive nas dinâmicas dos serviços de saúde. Durante este período houve um aumento do desemprego que fez com que profissionais que já concluíram uma residência buscassem uma segunda residência como saída para suporte financeiro e manutenção de suas condições básicas de subsistência.

Portanto, para evitar a perda do sentido da residência multiprofissional em saúde, é importante que as instituições responsáveis, os preceptores e os próprios residentes estejam comprometidos com os objetivos originais do programa, que incluem a formação profissional de qualidade, a integração entre as diversas áreas da saúde e a prestação de cuidados de saúde eficazes.

### Como estamos...

*Toda vez que falta luz  
Toda vez que algo nos falta  
(Alguém que parte e não volta)  
O invisível nos salta aos olhos  
Um salto no escuro da piscina  
(Somos quem podemos ser, 1988).*

Como já mencionado, a vivência em uma residência é complexa. Porém, cada indivíduo tem experiências distintas desse mesmo movimento. Concordamos então que a vivência pode ser coletiva, entretanto, a experiência é individual e singular. É nesse sentido que os relatos de experiência ora se complementam, ora se refutam.

Para alguns, o aprendizado e o crescimento profissional, são os pontos mais relevantes, vejamos a seguir:

[...] através desses medos tive um amadurecimento profissional, que hoje atuando como assistente social trago para minha atuação todos os pontos positivos que vivenciei na residência e com os pontos negativos, meus medos, busco minha mudança a cada dia. A residência me proporcionou crescimento profissional, pessoal, conhecimentos e principalmente grandes amizades (Tiê 3).

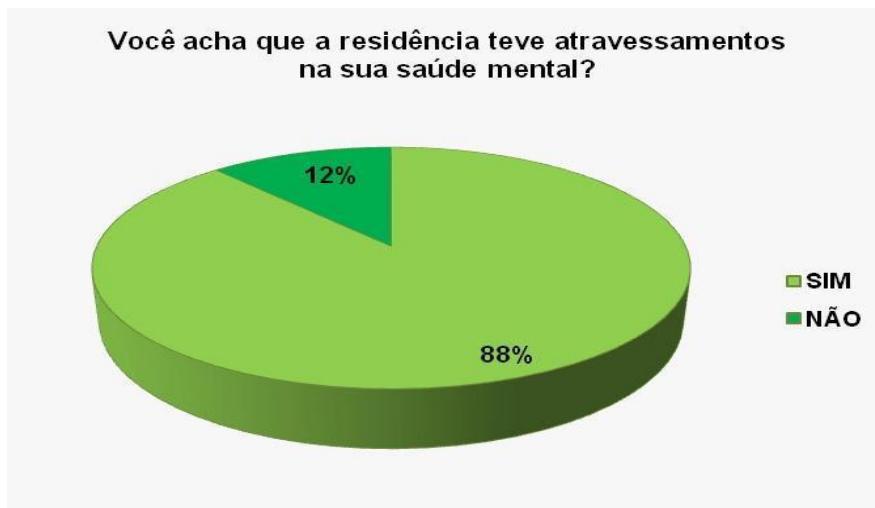
Eu acho que evoluí muito no lado profissional e pessoal. No lado profissional, pude aprender e ter acesso a diversas metodologias/equipamentos de ponta que são utilizados na minha área e que talvez eu não pudesse aprender/ter acesso em outro lugar fora do Hemorio. Então, aprendi muitas coisas novas e aperfeiçoei o que já tinha relacionado à minha profissão (Tiê 4).

Bom, depois do término da residência, pude concluir que a pós-graduação no Hemorio foi uma grande base para a minha vida profissional (Tiê 5).

Contudo, a maior parcela dos entrevistados afirma que a residência tem implicações na saúde, causando diversos sintomas e até mesmo diagnósticos de transtornos mentais durante a residência, como veremos ao longo deste artigo.

Quando questionados se a residência teve atravessamentos em sua saúde mental, obtivemos um percentual de 88% de respostas positivas. Um número tão expressivo que nos causa inquietações.

Gráfico 1: Implicações da residência na saúde mental.



Fonte: autoria própria.

451

Os motivos pelos quais as respostas acima foram afirmativas são diversos. Todavia, não conseguiremos esgotar essa temática aqui. Por isso, destacamos para o debate alguns elementos que se repetem nas escritas dos participantes.

De início, a extensa carga horária de 60 horas semanais é um dos elementos que observamos reiteradas vezes nesses relatos:

A vivência na residência é bem complexa, a começar que a carga horária da residência já é extensa, carga horária extenuante traduz falta de tempo para realizar atividades profissionais e pessoais fora do ambiente de trabalho. Depois de 10 horas, você vai conseguir chegar em casa e estudar? Ter vida social e ter 8 horas de sono? (Tiê 6).

Sem sombra de dúvidas foi o período mais difícil da minha vida! Por que além da carga horária de 60h que deve ser cumprida, as atividades para fazer em casa no único dia de folga, não nos deixa viver e respirar (Tiê 7).

Foi difícil. A carga horária era extensa, fazíamos dez horas diárias de segunda a sábado na instituição, todas as semanas (Tiê 8).

A residência proporciona um ambiente de muito aprendizado. No entanto, a extensa carga horária associada ao grande tempo de deslocamento para chegar à instituição apresenta grande impacto negativo no desenvolvimento

acadêmico [...] (Tiê 9).

Carga horária extensa, sem infraestrutura para acolher o residente para que realize seu estudo didático, o que poderia ser deixado para ser realizado em casa, porém era obrigatória o cumprimento de toda carga horária dentro da instituição (Tiê 10).

É um processo bem cansativo, por se tratar de 60H semanais, mas sobretudo pelas inflexibilidades da residência em si [...] visto que muitos setores iniciam suas atividades a partir das 8h e temos que chegar às 7h (Tiê 11).

Ademais, o modelo pelo qual o controle dessa carga horária é realizado na instituição, dá-se por meio do ponto biométrico que é utilizado para averiguação do cumprimento das horas de serviço. A forma de controle exercida através do ponto biométrico com marcação de entrada e saída foi apontada pelos participantes como um grande dificultador em virtude, inclusive, da não flexibilização de ajuste no horário/ compensação.

Ponto biométrico como uma forma de ter controle da hora de entrada e saída e obrigar o residente a repor minutos de atraso o que causa angústia caso falte horas para completar a carga horária diária. Obrigatoriedade de chegar às 7 horas da manhã sendo que os atendimentos iniciam às 8 horas da manhã (Tiê 6).

Para o residente é constante a sensação de ser "mais uma mão de obra" por um lado enquanto por outro é cobrado produção teórica. As bases para esta produção têm se mostrado bastante deficitárias indo desde a própria estrutura física no serviço para tal, como computadores e locais de estudos silenciosos e que se adequem ao extenso horário que é cobrado e controlado por meio do ponto eletrônico e também questões que se relacionam a elementos da estrutura subjetiva que são impactados pela dinâmica de "estudo no serviço" em uma instituição de saúde (Tiê 12).

Numa perspectiva crítica, a carga horária estabelecida de 60 horas semanais expressa a superexploração do trabalho. Na atual ordenação em que a sociedade se encontra, a residência, além da função de formar e qualificar a força de trabalho, é apropriada para garantir o acúmulo e a valorização do capital.

Ressaltamos que em 2007, houve alteração na carga horária a ser cumprida por esses profissionais, sendo permitida a realização de 40 horas semanais.

A Portaria 45/2007 estabeleceu a composição e as atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), assim como a carga horária semanal das atividades desenvolvidas nos programas de residência, entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas. Definiu, também, que os programas de residência multiprofissional e em área da saúde deveriam ser desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas justificadas pela realidade local, considerando as necessidades locais e regionais, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho e a capacidade técnico-assistencial (BRASIL, 2007a). A portaria possibilitava que os programas de residência multiprofissional se desenvolvessem com o patamar de 40 horas semanais. O estabelecimento dessa variação na carga horária, considerando 20% da mesma voltada para

atividades teóricas, demonstrava certa coerência metodológica com o discurso de uma formação que considera o residente como um sujeito no processo de formação, no trabalho e na gestão do SUS (Silva, 2018, p. 203).

Entendemos, porém, que o processo de formação integral do ser humano está diretamente relacionado ao trabalho e, consequentemente, ao processo pedagógico. Como afirma Tonet (2021), o trabalho é o ato ontológico-primário do ser social, além de ser uma atividade eminentemente social.

[...] a essência humana é produzida pelos próprios homens. O que o homem é, é-o pelo trabalho. A essência do homem é um feito humano. É um trabalho que se desenvolve, se aprofunda, se complexifica ao longo do tempo: é um processo histórico (Saviani, 2007, p. 154).

Entretanto, dentro do capitalismo, a formação integral do homem é impossibilitada pelas desigualdades sociais e pela superexploração do trabalho que apresenta contrariedades provenientes dessa estrutura, que tem por característica imanente a divisão da sociedade em classes, onde a educação e o trabalho adquirem relações com características particulares que se complexificam. Sendo assim, como conciliar, na sociedade de hoje, uma dinâmica que relaciona educação, trabalho e ainda a saúde mental? A resposta a essa pergunta pressupõe o debate sobre a descaracterização de algo que faz parte da essência do ser social: o trabalho.

Outro fator relevante para os participantes é a necessidade de compensação de horas de atestado médico, que para alguns é uma norma que causa insatisfação/descontentamento. Assim está evidenciado nas narrativas a seguir:

Reposição de atestado de doença: ter a necessidade se repor horas de dias que a pessoa está adoecida e incapacitada de, muitas vezes, ter contato com outras pessoas e trabalhar (Tiê 6).

[...] a relação estabelecida entre o programa/coordenação de área e geral e a carga horária, como se a exigência das 60 horas fosse o que determina a qualidade formativa [...] ainda inclui-se a falta de flexibilidade, em nome das 60 horas, em casos de adoecimento ou outros problemas da vida cotidiana. Nota-se que não há uma reflexão profunda e sincera sobre os impactos dessa carga horária na saúde física, mental e também na própria qualidade do trabalho prestado e frases como "essas são as regras", "quando prestou prova já sabia que eram 60 horas" são exaltadas além de um movimento de intensificação de cobranças e outros meios retaliativos frente aos questionamentos. Há uma naturalização do desgaste, do sacrifício, da desumanização desses profissionais que chega ao ponto de reposição de carga horária devido a adoecimento mesmo quando esse é oriundo da atividade laborativa (Tiê 12).

Conforme o regimento interno:

Art. 17º - Será permitida a interrupção temporária do Programa nas seguintes situações:

a) Licença médica para tratamento de saúde, de até 5 dias no ano, consecutivos ou não, com percepção de bolsa, mediante apresentação de atestado médico;

§ 1º - No afastamento que exceder o período indicado na alínea a deste Artigo, deverá ser reposto ao final do PRM e/ou até 10 dias úteis do período de férias da residência, sem pagamento da bolsa (Hemorio, 2023, p. 6).

A instituição na qual o estudo foi executado, baseia-se na Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2014, para justificar a compensação da carga horária, incluindo as de atestado médico:

Art. 4º A promoção do Profissional da Saúde Residente para o ano seguinte e a obtenção do certificado de conclusão do programa estão condicionados:  
I - ao cumprimento integral da carga horária exclusivamente prática do programa (Brasil, 2014).

A resolução acima, em momento algum afirma que os atestados médicos não são justificativas para abono de faltas ou confirma que existe a necessidade de compensar estes. Logo, o que impera é a compreensão de cada instituição. Cabe a cada unidade a elaboração do seu programa, a partir da interpretação das resoluções/leis/portarias e demais instrumentos legais.

Porém, entendemos que a ausência de uma política pública que gerencie a residência multiprofissional em saúde em todo o território nacional, assim como existe na política de educação, abre diversas brechas para a exploração ainda mais profunda do trabalho. A construção de uma política pública de residência envolveria a padronização, institucionalização e criação de um arcabouço legal e regulatório que estabelecesse diretrizes para a residência.

A transformação de programas isolados e com regimentos internos diferenciados em uma política pública unificada seria uma mudança significativa que implicaria uma abordagem mais ampla e estruturada para a formação de profissionais de saúde. Como bem evidenciado no artigo a seguir:

O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode levar ao adoecimento, o que ressalta a importância de uma readequação dessas resoluções com um olhar mais humanizado. Propõe-se amenizar essa problemática com a redução da carga horária para os residentes, fato que já ocorre em diversos países (Coêlho *et al.*, 2018, p. 3.495).

Além disso, o residente é um sujeito que vive na linha tênue do “binômio estudo-trabalho”, não tem vínculo empregatício, como escrito em sua legislação específica, porém, possui carga horária extensa e contrato de dedicação exclusiva<sup>12</sup> que o impossibilita de ter vínculo empregatício durante a residência (Coêlho *et al.*, 2018).

<sup>12</sup> A dedicação exclusiva é uma característica apenas da Residência Multiprofissional. Na Residência Médica, a Lei 11.381/2006, revogou a legislação que regulamentava a dedicação exclusiva do médico residente.

Simultaneamente, o residente é considerado estudante, mas também é requisitado como trabalhador. Silva e Castro (2020) concordam que reiteradas vezes, os residentes acabam por ser utilizados como mão de obra explorada.

[...] entendemos que o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no “trabalho” do residente, essas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, entendemos que 60 horas semanais são uma maneira de intensificação da exploração do trabalho, incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS (Silva; Castro, 2020, p. 81-82).

Os relatos dessa pesquisa também condizem com essa argumentação:

Nenhuma relação é linear ou sem conflitos, porém, em alguns momentos, houve excesso e uma certa confusão na compreensão do lugar da residência na unidade, levando ao equívoco de abordagens e direcionamentos baseados na dicotomia residente/funcionário (Tiê 2).

As equipes estavam reduzidas e, durante o primeiro ano, os residentes muitas vezes taparam o buraco da falta da equipe, independentemente do que dizia o cronograma pré-estabelecido para aquele dia. Não posso negar que isso melhorou durante o segundo ano. Mas no geral, por ser uma residência nova, alguns preceptores não sabiam como lidar com o residente e esse não lugar entre trabalhador e estudante (Tiê 8).

Em primeiro lugar encontra-se a forma como os profissionais envolvidos diretamente no acompanhamento e formação dos residentes que tem um olhar/modo de lidar com o residente onde o aspecto de que estes são profissionais já formados em suas respectivas áreas mesmo que em um processo de formação em serviço. Desta forma se constitui uma relação onde o conhecimento recém adquirido durante a graduação é menosprezado [...] Para o residente é constante a sessão de ser "mais uma mão de obra" por um lado enquanto por outro é cobrado produção teórica (Tiê 12).

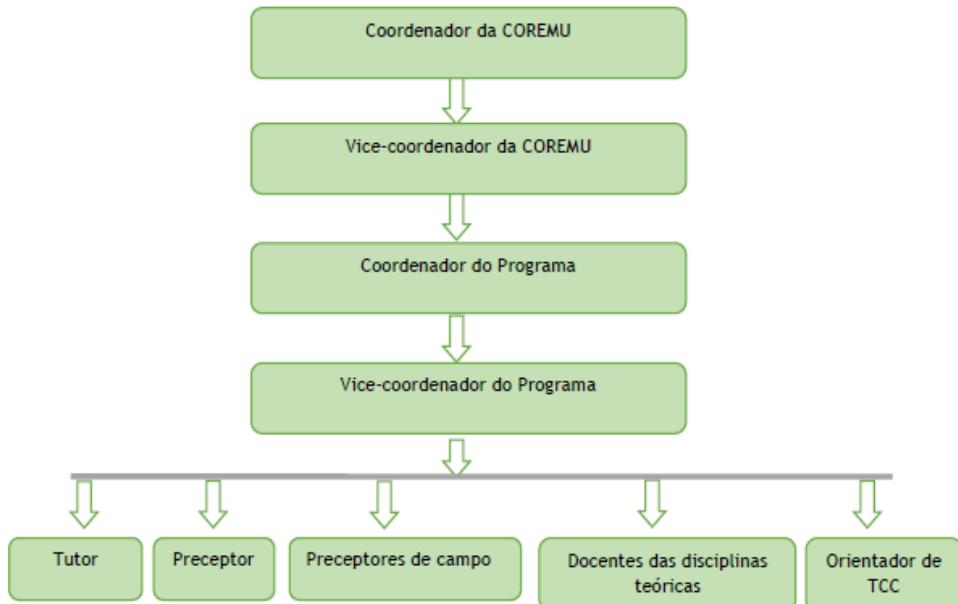
A própria forma de organização do programa implica em questões que colocam o residente ora como profissional, o que acarreta responsabilidades como tal, ora como simples estudantes sendo por vezes infantilizados em função disso (Tiê 13).

Afinal, quem são os residentes na engrenagem do capitalismo? Como constatamos acima, os residentes são a base de uma cadeia onde ora são tratados como estudantes, ora como profissionais, de acordo com a necessidade dos serviços. Sabemos que o custo da mão-de-obra de um residente muitas vezes é mais econômico do que a de um servidor, devido à natureza do seu vínculo, além de ser renovada constantemente. Assim a residência garante a manutenção do exército industrial de reserva.

Ademais, sabemos que a forma como a residência atualmente se configura, situa os profissionais residentes em uma cadeia de autoridade que apresenta o coordenador da

COREMU no topo dessa hierarquia e, por último, o residente. Entretanto, no organograma elaborado por Coêlho *et al.* (2018) o residente sequer é representado nessa hierarquia.

Organograma 1: Hierarquia da Residência Multiprofissional em Saúde.



Fonte: Coêlho *et al.*, 2018.

456  
Essas desigualdades no campo do poder, de alguma forma, geram maior probabilidade de conflitos internos, falha na comunicação, entre outras situações. Em alguns relatos, essas relações estão associadas ao autoritarismo e ao assédio. Entendemos que há uma correlação entre as relações de gênero, raça, o lugar que o residente ocupa - nem profissional nem estudante - e a reprodução da opressão.

Há um número significativo de participantes que relatam ter sofrido algum tipo de assédio<sup>13</sup>, por isso, anular esse elemento iria contra o título deste artigo. Visto isso, pontuamos estas falas para que sejam visibilizadas e gerem reflexão para se pensar formas de combater qualquer tipo de assédio.

Entendemos que essa pesquisa, para muitos participantes, foi o espaço em que tiveram a oportunidade de expressarem as questões que apareceram durante a residência, sem medo de consequências. Ou seja, um espaço onde suas “vozes” seriam “ouvidas” no anonimato.

[...] Muitas vezes são vistos como um “peso” ou “alguém que ganha mais do que eu, então precisa ser explorado”, e acredito que essa não é a proposta da residência. A proposta é formar especialistas, não pessoas sem autonomia,

<sup>13</sup> A cartilha do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (2018) configura o assédio moral como uma exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, de forma repetitiva e prolongada no tempo, no exercício de suas funções. Já o assédio sexual consiste em constranger colegas por meio de cantadas e insinuações constantes, com o objetivo de obter vantagens ou favorecimento sexual.

com medo de errar porque serão muito julgadas/comparadas/expostas ou exploradas por alguém que simplesmente não quer fazer o seu trabalho (Tiê 4).

Para além disso, as inúmeras questões de assédio moral [...] (Tiê 11).

Agora, com relação à experiência diária com a residência em si, acho que existe muita tensão, pressão e cobrança (e até maldade mesmo) nas relações hierárquicas que atrapalham muito que tenhamos uma vivência mais leve. Punições por eventos que desconhecemos, tratamento diferenciado entre residentes, tensões nos Estudos de Caso, exigência de participação das ações mensais e a sensação de estar sempre sendo vigiados e obrigados a pisar em ovos são desgastantes (Tiê 14).

Me envolvi com a residência e sofri assédio [...] decidi buscar outro local para minha formação (Tiê 15).

[...] também passei por situações de assédio sexual relacionado a um funcionário da instituição (Tiê 16).

[...], ressalta-se que no dia a dia, diferentes elementos pontuados aqui e outros que não foram citados corroboram para um ambiente onde o assédio moral é perpetrado e naturalizado e justificado em nome de uma formação adequada para o mercado de trabalho (Tiê 22).

Apesar dos relatos de assédio, não é possível afirmar se foi realizado algum procedimento legal em relação a tal ato. Essa informação não foi coletada, pois o questionário não possuía perguntas específicas sobre o tema e não foram fornecidos nas narrativas dos participantes.

Dante de um cenário como esse, o adoecimento físico e mental apresenta-se como resultado da vivência da residência. Os relatos de sintomas físicos associados ao processo de residência evidenciam gastrite, espasmos musculares recorrentes, e no que tange aos sintomas mentais houve uma frequência de respostas das seguintes manifestações: irritabilidade extrema, ansiedade, insônia ou distúrbio do sono, angústia, estresse e cansaço como ressaltamos em algumas falas a seguir:

Uma realidade, neste período tem sido a presença constante do distúrbio de sono (insônia), um cansaço excessivo, físico e mental, problemas gastrointestinais e relacionados à imunidade que permanecem mesmo com a estabilização mediante medicamentos, acompanhamento psicológico e psiquiátrico (Tiê 12).

Crises de ansiedade e angústia de ter que retornar ao Hemorio a cada novo dia (Tiê 17).

Crises sistemáticas de ansiedade e na própria unidade sofri desmaio pelo desgaste físico e mental (Tiê 18).

Antes da residência já tinha diagnóstico de transtorno de ansiedade que já estava controlada a alguns anos. Com a residência as crises de ansiedade voltaram e a terapia ajudava bastante, mas em um certo momento tive que interromper as sessões de terapia por falta de tempo [...] (Tiê 19).

Distúrbios de sono e ansiedade. Estive no Hemorio no período da pandemia. E como eu estava longe da minha família com certeza isso teve um impacto bem grande na minha saúde mental. Também a rotina inicial de trabalho durante os primeiros meses de pandemia também era bem exaustiva e mexeu muito com o emocional (Tiê 20).

Foi de grande aprendizado e amadurecimento profissional, mas foram os dois anos de maior piora no quadro de saúde físico e mental devido ao alto nível de estresse e cansaço (Tiê 21).

A partir dessas explanações verificamos que os sintomas são decorrentes do processo de ser residente e as condições oferecidas neste processo. O tempo dedicado à residência e a dinâmica do trabalho, por vezes, impõe o afastamento da família e a impossibilidade da realização do autocuidado, como terapia ou atividades de lazer.

Perante isto, 76,5% do universo dessa pesquisa relatou que precisaram de acolhimento em saúde mental, sendo que ao descreverem onde encontram esse acolhimento, grande parte diz que encontrou suporte entre os próprios residentes e/ou com profissional qualificado através do plano de saúde.

Diante dos relatos e diagnósticos de transtornos mentais citados, a Síndrome de Burnout nos chama atenção por tratar-se de uma doença decorrente do ambiente de trabalho e por observarmos que diversas manifestações citadas são sintomas de esgotamento profissional, conforme prevê o Ministério da saúde, o que pode significar um número maior de adoecimentos, porém, sem diagnóstico de um especialista. Os estudos de Cavalcanti *et al.* (2018) e Perniciotti *et al.* (2022) apontam a ligação das residências com o diagnóstico de transtornos mentais, dando destaque para a prevalência no número de Burnout<sup>14</sup>.

#### Segundo o Ministério da Saúde, a doença

Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A principal causa da doença é justamente o excesso de trabalho. Esta síndrome é comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes, como médicos, enfermeiros, professores, policiais, jornalistas, dentre outros (Brasil, 2019).

Nossa pesquisa demonstra que, dos sujeitos que tiveram acesso à um profissional especialista, oito tiveram diagnóstico relacionados à saúde mental, sendo três diagnosticados com Síndrome de Burnout.

Ainda conforme Perniciotti *et al.* (2022), a síndrome em questão tem aumentado em profissionais da saúde de forma geral. Contudo, durante os anos de treinamento em programas

<sup>14</sup> Em 2019, a síndrome foi codificada na Classificação Internacional de Doenças CID 11 (código QD 85).

de residência, a prevalência é mais elevada, o que faz com que tenhamos um olhar mais atento para a Síndrome de Burnout, que já é considerada pela OMS como uma questão de saúde pública e, como tal, deveria ser pensada uma forma de diagnosticar e tratar esse adoecimento.

No Brasil, aproximadamente 30% dos trabalhadores brasileiros sofreram com a Síndrome de Burnout em 2022. De acordo com o estudo da International Stress Management Association (Isma), o Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos diagnosticados, superado apenas pelo Japão.

Destacamos que algumas ações são realizadas para dar suporte ao residente na instituição pesquisada. Recentemente, foi implementada e incluída no cronograma da residência a atividade denominada de “InterAgir”. São ações em grupos que ocorrem mensalmente, sendo coordenada por uma profissional da enfermagem e um psicólogo.

Além disso, os relatos também demonstram que os afetos e relacionamentos que nascem durante a convivência dos residentes são combustíveis para permanecer na jornada que tem como objetivo o título de pós-graduação. O acolhimento entre os pares é, segundo os entrevistados, um diferencial que traz conforto emocional.

Apesar disso, encontramos uma taxa de desligamento considerável (29,4%) no programa, mas não foi possível identificar a sua causa. O questionamento que fica é se esses números têm relação com as questões de saúde mental. Se a resposta for sim, precisamos pensar em estratégias para lidar com tal situação, buscando mudanças para o modelo de residência multiprofissional instituído no Brasil, pois, embora o estudo tenha sido nessa instituição, há casos semelhantes em outras unidades.

459

## **Considerações finais**

A saúde mental tem sido negligenciada por anos, seja pelo seu histórico estigmatizante, marginalizado ou desconhecido. Essa negligência tem como elemento crucial, sua manifestação invisível ou invisibilizada. Em suma, este estudo buscou trazer uma centelha de luz para a saúde mental daqueles que cuidam/tratam da saúde de terceiros e por, muitas vezes, esquece ou é esquecido do próprio cuidado de si.

Foram apresentados os principais elementos que atravessaram a saúde mental dos participantes da pesquisa durante a residência. Entretanto, este ensaio não busca limitar ou apenas pontuar as limitações de processo de residência multiprofissional, e nem tem a pretensão de propor ações internas específicas. Este estudo é um pontapé para que as gestões em toda a sua hierarquia pensem no cuidado dos residentes, desta vez, a partir das perspectivas deles.

Nosso objetivo é proporcionar a reflexão sobre o tema e fomentar que, coletivamente, busquemos uma nova configuração de residência multiprofissional, já que os estudos desempenhados neste texto comprovam que a residência da forma como está organizada é um ambiente adoecedor.

Como um sistema que objetiva produzir saúde naqueles que o utilizam é, ele mesmo, gerador de doenças naqueles que o fazem rodar? Esse paradoxo que só pode surgir com a alienação do homem de seus meios de produção não deve persistir se quisermos otimizar nosso cuidado para todos neste sistema que queremos universal (Marinho *et al.*, 2022, p. 92).

O resultado dessa pesquisa é apenas um recorte de como a apropriação da Residência como forma de maximização da produção e minimização dos gastos, reforça a lógica do trabalho na forma em que é concebido hoje, e como isso se materializa na saúde mental.

Os elementos apresentados não são um caso isolado apenas da instituição. O resultado reflete a sociedade e a forma pela qual é realizada a produção e a reprodução da vida. Numa sociedade que opta pelo lucro em detrimento da vida e da saúde, a exploração de uma mão de obra barata é essencial. E infelizmente, os residentes ocupam esse lugar.

Para tanto, mudanças precisam ser iniciadas. No plano macro, implementar a residência como uma política pública é um passo. Para isso, é necessário o apoio de autoridades governamentais em diferentes níveis, bem como o envolvimento de instituições de ensino superior, serviços de saúde e outras partes interessadas. Isso requer um planejamento cuidadoso na elaboração da regulamentação e diretrizes.

A transformação da residência em uma política pública é uma medida importante para garantir que a formação de profissionais de saúde atenda às necessidades da sociedade e contribua para a qualidade e equidade na prestação de serviços de saúde. Os benefícios podem ser substanciais em termos de força de trabalho qualificada e atendimento de saúde eficaz.

No plano institucional, a criação de um projeto multiprofissional em saúde mental poderá trazer grandes benefícios, com espaço de escuta e formação, como o debate sobre assédio. Isso demonstra um compromisso com o bem-estar e a formação de profissionais de saúde, garantindo que eles estejam preparados para enfrentar os desafios da prática assistencial e clínica de maneira saudável e sustentável.

Portanto, concluímos que durante a residência, os sujeitos envolvidos atravessam processos que causam sofrimento, porém, também encontraram abrigo e afeto que os faz permanecer e suportar a jornada. Residência, no sentido literal, significa moradia, localidade onde uma pessoa vive, durante dois anos os residentes vivem intensamente no Hemorio, e neste tempo algumas pessoas fazem morada dentro uma das outras.

Em síntese, realizar esta pesquisa e apresentar algumas considerações acerca do rico material que resultou desta, teve grande relevância para aquela que escreve e que vivencia a residência. Desejamos ainda que para um número ínfimo da sociedade, o invisível esteja materializado nesta pesquisa e, que a partir dessa visibilidade, sejam realizadas reflexões e debates - e sendo, talvez, utópica - que esse ensaio consiga auxiliar na criação de uma nova forma de organização de residência multiprofissional em saúde, não só no Hemorio, mas também no Brasil.

## Referências bibliográficas

- BEHRING, E. R. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. 18. ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução N.º 5, de 7 de novembro de 2014*.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNRMS N.º 3, de 4 de maio de 2010*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Síndrome de Burnout*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- CARNEIRO, S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.
- CAVALCANTI, I. L. et al. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, p. 188-196, 2018.
- COÊLHO, P. D. L. P. et al. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. *Revista Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 12, p. 3492-3499, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236072>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. *Prevenção e enfrentamento ao assédio moral e sexual (Cartilha)*. Brasília: CNMP, 2018. Disponível em: [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/assedio\\_moral.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/assedio_moral.pdf). Acesso em: 07 mar. 2024.
- HARVEY, D. *Enigma do capital: e as crises do capitalismo*. Tradução: João Alexandre Peschanski. São Paulo, 2011.
- HEMORIO. Regimento interno residência multiprofissional do Instituto Estadual de Hematologia. Coordenação de Desenvolvimento Institucional, Serviço de Ensino. Rio de Janeiro, 7 jan. 2023.
- IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. *Revista Temporalis*, Ano 2, n. 3, jan./jul. 2001. Brasília: ABEPSS.
- MARINHO, M. M. T.; PAIVA DOS SANTOS, A. Reflexão em torno da síndrome de burnout em médicos na atenção primária. *Revista da ESP*, v. 16, p. 88-93, 2022.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- PERNICOTTI, P. et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista da SBPH*, v. 23, p. 35-52, 2020.

- SAVIANI, D. *Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2024.
- SILVA, L. B.; CASTRO, M. M. C. E. *Serviço Social e Residência em Saúde*: trabalho e formação. 1. ed. Campinas: Papel Social, 2020. v. 1. 184 p.
- SANTOS, R. et al. *O papel da residência multiprofissional no sistema único de saúde: perspectivas e contradições*. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- SOMOS quem podemos ser. Intérprete: Engenheiros do Hawaii. Compositor: Humberto Gessinger. In: OUÇA o que eu digo, não ouça ninguém. Intérprete: Engenheiros do Hawaii. São Paulo: PluG, 1988. 1 LP, faixa A3.
- TEIXEIRA (org.) Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho. In: PADILLA, M.; GOSCH, C.; POSSA, L. B.; FERLA, A. A. (org.). *Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde*. Porto Alegre/Brasília: Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Mulheres-e-Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- TONET, I. *Trabalho e formação humana*. Disponível em: [http://ivotonet.xp3.biz/arquivos/EDUCACAO\\_E\\_FORMACAO\\_HUMANA.pdf](http://ivotonet.xp3.biz/arquivos/EDUCACAO_E_FORMACAO_HUMANA.pdf). Acesso em: 11 fev. 2024.