

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Ciências da Saúde

Karisa Santiago Nakahata

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS EM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

SÃO PAULO

2017

Karisa Santiago Nakahata

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS EM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciane Lucio Pereira

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Nakahata, Karisa Santiago

Atividades desenvolvidas por enfermeiros em programa de residência multiprofissional /
Karisa Santiago Nakahata – São Paulo, 2017, 58f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade Santo Amaro, 2017

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Lucio Pereira

1. Educação em Enfermagem. 2. Internato e Residência. 3. Educação de Pós-Graduação em Enfermagem. 4. Residência Hospitalar. I. Lúcio Pereira, Luciane, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título

Karisa Santiago Nakahata

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS EM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciane Lucio Pereira

São Paulo, _____ de _____ de 2017

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Luciane Lucio Pereira

Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa

Prof^a Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante

Aos meus pais em quem me
espelho,

Às minhas irmãs e sobrinhos pelo
carinho,

Ao companheiro Wellington e minha
filha Gabriela pelo amor que recebo.

Agradecimentos

A Deus por tudo que sou e tenho nesta vida.

A minha família, marido e filha, meus pais e minhas irmãs pela confiança em mim.

Aos professores que me incentivaram a iniciar o mestrado: Sônia Regina Leite de Almeida Prado, Rosa Kazue Koda D'Amaral, Jane de Eston Armond, Patricia Colombo de Souza, Neil Ferreira Novo e Yara Juliano.

A todos os professores que me conduziram neste momento de ensinamentos direta e indiretamente.

À minha orientadora Luciane Lucio Pereira pela paciência e compreensão.

À professora Carolina Nunes França pelo auxílio, apoio e dedicação.

Aos professores Eloi F. Rosa e Maria de Belém G. Cavalcante por contribuírem com o processo.

Aos amigos do Curso de Enfermagem que estiveram ao meu lado: Hogla Cardoso Murai, Maisa Namba Kim, Cleo Chinaia e Roseli de Lana Moreira.

Aos amigos que estiveram presente nesta fase tão delicada da minha vida.

A todos os colaboradores nesta pesquisa por sua participação generosa.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: a residência é uma modalidade de pós-graduação no formato de Especialização que favorece a prática profissional no desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos, habilidades e atitudes profissionais. É uma parceria entre Sistema Único de Saúde, Instituições de Ensino Superior e profissionais da saúde, como enfermeiros, farmacêuticos, biomédicos, fonoaudiólogos, entre outros. Sua implantação é recente no Brasil, com início efetivo na década de 60. **Objetivos:** conhecer as atividades desenvolvidas pelos residentes enfermeiros do 2º ano do Programa de Residência Multiprofissional, caracterizar a população desses residentes e apresentar os fatores positivos e negativos referentes às atividades desenvolvidas por eles dentro da instituição hospitalar, durante seu curso no referido programa. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa com dez enfermeiros, alunos residentes do 2º ano do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Santo Amaro (Unisa), após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com perguntas para caracterização da população e sobre a atuação do residente durante seu curso de pós-graduação. Os dados coletados foram trabalhados conforme o método de Análise do Conteúdo apresentado por Laurence Bardin. **Resultados:** Após as transcrições e análise do material, foi possível identificar três grandes categorias: Atuação dos residentes de Enfermagem, fatores positivos na atuação dos residentes e fatores negativos na atuação dos residentes. A primeira categoria discorre sobre o cenário dos programas de residência, a atuação dos residentes e o ensino da prática. A segunda grande categoria apresenta as vivências e experiências do residente como enfermeiro, como também a atuação conjunta do residente com o enfermeiro, e a terceira categoria apresenta fatores negativos, como residentes assumindo plantões sozinhos, compondo escala de funcionários e substituindo enfermeiros. Cada tema foi discutido a partir de suas necessidades. **Considerações Finais:** a residência é uma oportunidade de amadurecimento e crescimento profissional, tornando o enfermeiro, muitas vezes recém-graduado, em especialista. Este ensino prático traz muitos benefícios tanto aos enfermeiros como às instituições de saúde, mas, algumas vezes, são necessários ajustes de acordo com a legislação pertinente. Há necessidade de acompanhamento dos residentes, em tempo integral, por um profissional responsável, bem como alinhamento das instituições de ensino com as unidades de saúde no desenrolar do programa.

Descritores: Educação em Enfermagem, Internato e Residência, Educação de Pós-Graduação em Enfermagem e Residência Hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: Residence is a postgraduate modality in the Specialization format that favors professional practice in the development of theoretical-practical knowledge, skills and professional attitudes. It is a partnership between SUS, Higher Education Institutions and health professionals such as nurses, pharmacists, biomedical, speech therapists, among others. Its implantation is recent in Brazil, beginning from the decade of 60 effectively. **Objectives:** Knowing the activities developed by the resident nurses of the 2nd year Multi-professional Residency Program, characterizing the population of nursing residents of the 2nd year in the Multi-professional Residency Program and presenting the positive and negative factors related to the activities developed by resident nurses of the 2nd year within the institution, during their course in the Multi-professional Residency Program. **Method:** Qualitative approach research with 10 nurses, students residing in the 2nd year of the Multi-professional Residency Program of the Santo Amaro University (UNISA) after approval of the Research Ethics Committee, through semi-structured interviews, with questions to characterize the population and related to the resident performance during their graduate course. The data collected were analyzed according to the Content Analysis method presented by Laurence Bardin. **Results:** After transcribing and analyzing the material, it was possible to identify three main categories: Nursing Residents' Performance, Positive Residents' Factors and Residents' Negative Factors. The first category deals with the scenario of residence programs, the performance of residents and the teaching of the practice. The second major category presents the experiences of residents as nurses, as well as the resident's joint work with the nurses, and the third category presents as a negative factor residents taking on a duty alone, residents in an employee scale and as substitutes for nurses. Each topic was discussed based on their needs. **Final Considerations:** Residence is an opportunity for maturing and professional growth, turning nurses, often newly graduates, into specialists. This practical teaching brings many benefits to both nurses and health institutions, but sometimes needs to be adjusted according to the legislation. There is a need for full-time follow-up of a responsible professional, as well as aligning educational institutions and health units with the development of the program.

Descriptors: Education in Nursing, Internship and Residence, Post-Graduate Education in Nursing and Hospital Residence.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Exemplo de codificação | 29 |
| Quadro 2 | Exemplo de categorização | 30 |
| Quadro 3 | Síntese das categorias e subcategorias relacionadas às atividades desenvolvidas por residentes de enfermagem, segundo os residentes, São Paulo, 2017 | 33 |
| Quadro 4 | Transcrições, Códigos e Subcategorias apresentadas na categoria Atuação do residente | 49 |
| Quadro 5 | Transcrições, Códigos e Subcategorias apresentadas na categoria Fatores positivos na atuação do residente | 50 |
| Quadro 6 | Transcrições, Códigos e Subcategorias apresentadas na categoria Fatores negativos na atuação do residente | 51 |

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CIES: Comissão de Integração de Ensino e Serviço

CNRMS: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

Cofen: Conselho de Enfermagem

COREMU: Comissão de Residência Multiprofissional

Coren: Conselho Regional de Enfermagem

FNRS: Fórum Nacional de Residentes em Saúde

MEC: Ministério da Educação

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RAS: Rede de Atenção à Saúde

ReforSUS: Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RMS: Residência Multiprofissional em Saúde

R1: Residente do 1º ano de pós-graduação

R2: Residente do 2º ano de pós-graduação

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNISA – Universidade Santo Amaro

URSI – Unidade de Referência à Saúde do Idoso

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO | 12 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 14 |
| 2.1 Um pouco da história da Residência no Brasil | 14 |
| 2.2 A residência Multiprofissional | 17 |
| 2.3 A residência de Enfermagem | 19 |
| 3. OBJETIVOS | 23 |
| 4. MÉTODOS | 24 |
| 4.1 Referencial | 24 |
| 4.2 Local de Pesquisa | 24 |
| 4.3 Participantes do Estudo | 26 |
| 4.3.1 Critérios de inclusão | 26 |
| 4.3.2 Critérios de exclusão | 26 |
| 4.4 Coleta de dados | 27 |
| 4.4.1 Entrevista com os residentes | 27 |
| 4.5 Análise dos dados | 27 |
| 4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa | 30 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 32 |
| 5.1 Caracterização da população | 32 |
| 5.2 Categorias da pesquisa | 33 |
| 5.3 Atuação dos residentes | 33 |
| 5.4 Fatores positivos na atuação do residente | 41 |
| 5.5 Fatores negativos na atuação do residente | 44 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 52 |
| 7. REFERÊNCIAS | 53 |
| 8. APÊNDICE | 60 |
| 9. ANEXO - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa | 61 |

1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A residência é uma modalidade de aprendizado utilizada para qualificar a categoria profissional, a partir da ideia de se trabalhar o cotidiano do enfermeiro como uma forma de aprendizado, facilitando o caminho para a pesquisa, pois tem como foco o conhecimento e o desenvolvimento profissional.

Como enfermeira, ministrei aulas teóricas e práticas para nível técnico, iniciando meu processo como docente. Em seguida, tive o privilégio de atuar em um hospital parceiro de instituições de ensino superior e, por algumas vezes, acompanhei graduandos e especialistas, até mesmo na modalidade de residência, em atividades práticas. Esta vivência como preceptora possibilitou-me um enorme aprendizado, despertando meu interesse pela modalidade de pós-graduação como docente, tutora e preceptora.

Enfrentei ou enfrentamos, eu e o aluno, desafios ligados tanto à prática diária do enfermeiro quanto ao processo educacional. É complicado ensinar, principalmente no processo de trabalho do enfermeiro, quando o envolvimento com a docência ainda é distante. Não há um *script* ou modelo a ser seguido, depende muito mais da situação vivenciada, da solicitação da instituição, das necessidades tanto de cada relação entre os envolvidos quanto a individual de cada graduando ou residente na construção de seu autoconhecimento. O despreparo para exercer a função como preceptora resultou em algumas situações inadequadas referentes, até mesmo, à falha no processo ensino-aprendizagem da prática diária do residente.

Como preceptora precisei acompanhar, auxiliar e delegar atividades para os alunos e residentes, sempre me responsabilizando por suas ações e atitudes; ensinei procedimentos básicos e específicos; permiti ao residente a passagem de plantão, administração de leitos, de funcionários e orientei a sua busca pela fundamentação teórica e, principalmente, trabalhamos juntos na construção de sua identidade profissional.

Enquanto enfermeira, senti um pouco de dificuldade, devido ao acúmulo de funções no trabalho, em acompanhar o residente, causando desconforto entre ambos. Este processo pode induzir no enfermeiro alguns sentimentos negativos quanto ao seu papel na instituição. A insegurança, a revolta e o medo são sentimentos que podem estar envolvidos neste contexto, comprometendo a vontade do residente em aprender e melhorar ou transformar uma realidade. Como resposta,

poder-se-á criar uma barreira no relacionamento e no desenvolvimento do aprendizado, desmotivando o residente, não o reconhecendo como um profissional qualificado.

Algumas barreiras que o residente pode enfrentar são pertinentes à sua atuação, principalmente em relação à autonomia, tanto na realização prática das atividades, como referente à sua participação no processo de tomada de decisão. Além destas circunstâncias, ainda há a validação do processo quanto à evolução do residente, isto é, a avaliação. Este é um processo natural para legitimar o aprendizado, sendo imprescindível cautela frente aos valores humanos como atitudes e habilidades, que são critérios identificados na residência. É difícil ser indiferente quando falamos em ser humano, principalmente quando o vínculo entre as pessoas é mais durador, em períodos extensos de tempo.

Após minha experiência prática como preceptora, fui convidada a lecionar em uma Instituição de Ensino Superior. Na busca em melhorar minha atuação como docente, ingressei no mestrado. Como o mestrado é uma modalidade de pós-graduação *Stricto Sensu*, a partir daí, fui convidada a ministrar aulas teóricas no programa de residência para os alunos de enfermagem. Em encontros com esses residentes, percebi uma angústia frente às atividades que desenvolvem dentro do programa de residência multiprofissional e, como participante ativa em atuações passadas de preceptoria, verifiquei uma lacuna no entendimento entre as atividades solicitadas pelo preceptor e as atividades realizadas pelos residentes, pois até então só tinha a visão como preceptora, não imaginava como os residentes se percebiam. Por isso este estudo tem como justificativa entender quais atividades o residente realiza durante o programa de residência multiprofissional, a fim de contribuir com melhorias para a prática nesta modalidade de especialização.

Ainda há muito que se discutir quanto aos programas de residência, para melhor se adequarem à legislação pertinente e delinearem seus limites, como também o desenrolar dos atores principais e suas verdadeiras funções.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Um pouco da história da Residência no Brasil

Em 1920, as instituições de ensino superior (IESs) no Brasil sofreram grande influência norte-americana para o desenvolvimento dos cursos de pós-graduação. Para os cursos de Enfermagem, este avanço se iniciou com 17 enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery, que receberam uma bolsa de estudos para capacitação para os programas e cursos de pós-graduação nos Estados Unidos, pela fundação Rockefeller.¹

No Brasil, o primeiro programa de Residência implantado foi a Residência Médica em 1945, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, e o segundo, em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado de São Paulo. A partir da década de 1960, houve uma busca para crescer e melhorar a educação com incentivo de órgãos federais e até mesmo internacionais, criando os cursos de pós-graduação nas universidades.²⁻⁴

A modalidade Residência em Enfermagem foi descrita pela primeira vez em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, na cidade de São Paulo. E, a partir de então, iniciaram-se outros programas de pós-graduação nesta modalidade.^{5,6} Ainda neste mesmo ano, a Lei n. 4.024 fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), reconhecendo os cursos de pós-graduação nas instituições de ensino superior.⁷

O primeiro documento quanto ao ensino de pós-graduação foi o Parecer n. 977/65 da Câmara do Ensino Superior do Conselho Federal de Educação, por conter como pilares atividades de ensino, pesquisa e preceptoria. Este parecer desenvolveu uma política para os cursos de pós-graduação e sua devida regularização, diferenciando os cursos profissionalizantes, de *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*, a partir dos moldes germânicos e norte-americanos. Os motivos principais para a formulação deste parecer foram capacitar professores e estimular a pesquisa e o trabalho de intelectuais para o desenvolvimento do país.^{8,9}

A Resolução n. 12 de 1983 do Conselho Federal de Educação passa a considerar um curso de pós-graduação *Lato Sensu*, como é o caso das residências, definindo carga horária mínima de 360 horas e estabelece o percentual de frequência em 75% e rendimento acadêmico para aprovação em 70% do processo formal de avaliação. Esses cursos possuem o objetivo técnico-profissional; sendo

assim, mais se adaptam à categoria de extensão e não propriamente de ensino.^{2,10} Têm como objetivo aprofundar os conhecimentos que a graduação proporcionou, além de aproximar os interesses de cada área profissional com a realidade prática, sendo favorecida principalmente pela qualificação do corpo docente, para a qual a legislação determinou como mínima o título de Mestre.⁹

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988, e, dois anos depois, o Congresso Nacional, em 1990, aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalhou o funcionamento do SUS.¹¹ Em consequência à criação do SUS, os cursos na área da saúde buscaram aprimorar e implementar seus currículos pedagógicos com base nos princípios do SUS, em uma tentativa de garantir que os futuros profissionais desta área estejam capacitados para atender à demanda da população que utiliza esse serviço.^{12,13} A repercussão desta ação é o estabelecimento da Residência Multiprofissional em Saúde (como um programa de cooperação ao SUS, inserindo mão de obra qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho).²

A residência em saúde é multiprofissional, portanto abrange as categorias profissionais da saúde como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional de acordo com a Resolução CNS n. 287/1998.^{2,14}

Para a enfermagem, a Resolução do Conselho de Enfermagem (Cofen) n. 259/2001¹⁵ estabelecia que a “residência de enfermagem configura-se em modalidade de pós-graduação *Lato Sensu* destinada a enfermeiros, caracterizada por desenvolvimento das competências técnico-científicas e éticas, decorrentes do treinamento em serviço”.^{16,17} Por ser um curso intitulado como especialização ou aperfeiçoamento, tem caráter técnico-profissional, podendo ser considerado até mesmo como um programa de extensão.¹⁵

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, para apoiar os programas de residência multiprofissionais em saúde, criou um projeto conhecido como Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS). Com essa iniciativa e o financiamento de dois bancos nacionais, objetivou-se melhorar as finanças públicas voltadas à saúde, controlar custos, otimizando o recurso público, consecutivamente aumentando a responsabilidade de gestores e prestadores de serviços ao SUS e, como resultado, promovendo a equidade.¹⁸ A partir da criação do ReforSUS, no ano

seguinte, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES). A SGTES tem como finalidade apoiar e sensibilizar os programas de residência e teve como propostas a criação da Comissão de Residências em Saúde e, tempos depois, a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.¹⁸

Esta atuação dos sistemas públicos, tanto na atenção primária com o apoio do Departamento da Atenção Básica da Secretaria da Assistência à Saúde, quanto na secundária e terciária, embasadas no art. 13 da Lei n. 11.129/2005,¹⁹ direciona e orienta as residências multiprofissionais na saúde, respaldando os princípios e diretrizes do SUS a serem adotados. Para garantir as necessidades locais e regionais, que é um dos princípios do SUS, a SGTES instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2004, por meio da Portaria 198.^{18,20,21} Esta ação conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, a partir da criação da PNEPS, regulamentou em 2007 a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).^{20,21}

A partir da recomendação da PNEPS, os programas de residência em saúde estão orientados a seguir a política pública nacional por meio da descentralização e disseminação da capacidade pedagógica, direcionando para a qualidade no trabalho, transformando o SUS em uma rede-escola.²²

Em 2009, por meio da Portaria Interministerial n. 1.077, foi instituída a CNRMS, sendo coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.²³

A CNRMS tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.²⁴

Em 2012, a Resolução n. 2 da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) reforçou que a especialização sob a forma de residência possui duração mínima de dois anos, com carga horária de 60 horas semanais e regime de dedicação exclusiva.^{12,24}

A partir da 4ª reunião plenária da CNRMS, que aconteceu em setembro de 2015, ficou decidido e validado que, a partir da Resolução n. 01 de 2015, a própria instituição executora poderia ser a instituição formadora. Destarte, programas podem ter a mesma instituição como executora e formadora desde que esta tenha um núcleo de ensino e pesquisa.²⁵

2.2 A Residência Multiprofissional

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem como característica principal integrar o serviço ao ensino e à comunidade, incentivando a especificidade na formação dos profissionais da saúde, de uma maneira inter e multiprofissional. Esta vivência multiprofissional que os residentes agregam possibilita a integralidade na assistência, reforçando, assim, a necessidade de valorizar a vida e de integralizar os cuidados prestados.²⁶

Paralelamente ao aumento da oferta de cursos na área da saúde, os Programas de Residência Multiprofissional estão sendo implantados em todo o país, consolidando-se devido ao seu formato de aprendizagem, favorecendo a reflexão da realidade social, política e cultural, fundamentados pelos princípios e diretrizes do SUS.²⁷

Uma das intenções que podem ser citadas nesses programas é o desenvolvimento do saber profissional no residente, tendo em vista o processo saúde-doença, permitindo a resolução de problemas, a reflexão acerca do cuidado e das atitudes, ideias e sentimentos, proporcionando uma relação entre a vivência e o conhecimento teórico.²⁸

Os programas de residência têm seus currículos organizados de modo a proporcionar uma formação abrangente e global sobre a categoria profissional, garantindo conhecimentos na especialidade do programa escolhido. Para fundamentar as atividades práticas, são realizadas aulas teóricas que reforçam os conteúdos específicos, as competências de comunicação e do trabalho em equipe (multidisciplinar e interdisciplinar).²⁹

Um estudo realizado para compreender os significados das experiências de formação dos pós-graduandos de um programa de RMS revelou que os residentes, ao término do programa, apresentam uma visão ampla acerca do cuidado, identificando a utilidade das outras categorias profissionais, trazendo benefícios à

saúde integralmente, assumindo uma nova conduta na prática profissional.³¹ Para cada categoria profissional, o ganho maior foi em articular a organização do trabalho e delegar as atividades, compartilhando as responsabilidades. Com isso, ocorre a complementariedade no cuidado, pois a residência favorece o relacionamento entre as diferentes áreas profissionais da saúde, resultando na ajuda mútua dos profissionais.³⁰

Essa equipe multidisciplinar apresenta como resultado positivo contribuir com o mercado de trabalho, principalmente com as redes de atendimento do SUS, em que, após adquirir segurança profissional, consegue eleger prioridades em sua atuação, agregando uma postura de liderança.¹³

Os programas de residência precisam: capacitar o profissional para o ensino e pesquisa, oferecer formação altamente especializada, de acordo com as necessidades da vida econômica e social, estarem abertos a tudo e todos para responder aos múltiplos aspectos da chamada educação permanente em sentido *lato* e cooperar em uma visão global.²⁹

Para que os objetivos da residência multiprofissional sejam alcançados, os currículos necessitam ser organizados de modo a proporcionar uma formação abrangente e global sobre a categoria profissional, garantindo conhecimentos na especialidade do programa escolhido.^{2,29}

Um estudo que analisou os Projetos Político-Pedagógicos no Estado de São Paulo, em 2015, apresentou como resultado a prática colaborativa para todos os profissionais baseada em competências comuns a todas as áreas, favorecendo o crescimento da competência colaborativa.³¹

Na fundamentação das atividades práticas, são realizadas aulas teóricas que reforçam o desempenho das habilidades e atitudes, como a comunicação e o trabalho em equipe (multidisciplinar e interdisciplinar), para contribuir no desenvolvimento científico do residente. Ao final do programa, o residente entrega uma monografia, geralmente baseada em uma pesquisa de campo, a partir de um problema vivenciado pelo próprio, durante seu curso, e, se possível, com uma proposta de melhoria/ intervenção, representando seu olhar crítico acerca de algum fator.³¹

Como resultado da RMS, há o desenvolvimento da especialidade do profissional. Um estudo norte-americano sobre a parte crítica dos programas de residência apresentou como resultados expandir as competências dos profissionais

e melhorar os cuidados dos pacientes, direcionados para o ensino, para o mercado de trabalho, agências de saúde e atendimento especializados em saúde.³²

Para os residentes, tais competências são compreendidas como uma excelente oportunidade de aprendizado, além da troca de experiências com outros profissionais. Referem realizar o cuidado em conjunto, porém mantendo a individualidade profissional, contribuindo para o benefício do paciente.³⁰

2.3 Residência de Enfermagem

A formação do curso de residência em enfermagem é uma especialização que possui duração mínima de dois anos, com carga horária de 60 horas semanais e regime de dedicação exclusiva.^{3,12,24}

A residência em enfermagem é um programa que direciona 80% das horas de atividades do residente enfermeiro à prática, sob a responsabilidade de um coordenador, tutor e preceptor da instituição executora, conhecida como uma modalidade de educação em serviço. O restante, correspondente aos 20% das horas de atividades do residente, é voltado para atividades teóricas, cuja responsabilidade pode se dar por meio de um núcleo de treinamento da própria instituição executora, como também por uma instituição de ensino superior proponente.¹⁵

Esta pós-graduação é processual, integrativa e tem como fundamento o saber adquirido pela experiência. Para tanto, constitui-se em modalidade de formação continuada, que tem como essência o treinamento em situações reais de trabalho vinculado a uma discussão acadêmica. É uma formação considerada de excelência, para qualificar, especializar e atualizar enfermeiros, além de facilitar a transição do recém-graduado, transformando-o em um especialista.¹⁷

É considerada pelos enfermeiros uma transição da vida acadêmica para a atividade profissional. Além disso, o mercado de trabalho atual, cada vez mais competitivo e com avançado desenvolvimento tecnológico, exige maior especialização.^{13,16,17} A metodologia é desenvolvida de forma a integrar os componentes do ensino, pesquisa, extensão e assistência, objetivando proporcionar uma formação abrangente e global, não fracionada, garantindo a especialidade do saber em enfermagem.³

Portanto, a residência em enfermagem tenta relacionar-se ao sistema educativo por meio da capacitação para o ensino e a pesquisa, oferecendo formação altamente especializada, de acordo com as necessidades da vida econômica e social, bem como busca estar aberta a tudo e todos para responder aos múltiplos aspectos da chamada educação permanente e cooperar com a visão global.²⁹

Este método de ensino prático, com a intenção de ensinar tudo sobre o serviço na prática, possui como agravante uma carga horária extensa e cansativa, e podem ser apontados como fatores estressores o trabalho em equipe; as metodologias ativas e participativas, muito utilizadas na residência para discussão de casos; relações interpessoais e responsabilidade do cuidado integral.^{33,34}

Alguns fatores estressores foram estudados em residentes multiprofissionais de enfermagem e, com a pesquisa, ficou evidenciado que ser residente é uma atividade exaustiva, podendo até mesmo gerar a Síndrome de *Burnout* nos profissionais, que é o estresse no trabalho. Foram apresentados como resultado entre residentes de uma universidade pública a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional. E os pontos mais citados frente à residência foram: falta de autonomia, sobrecarga de trabalho e desmotivação da equipe de saúde, além dos baixos recursos financeiros.³⁴

Para se obter sucesso no programa de residência, especialmente no de enfermagem, é preciso sensibilizar todos os funcionários da instituição de saúde, para que tenham conhecimento e informação quanto aos residentes e sua atuação no fluxo de trabalho. A equipe de enfermagem, ao receber um residente, necessita saber as atividades que este irá realizar, respeitar suas dificuldades em acompanhar as atividades rotineiras, a insegurança, a falta de autonomia do residente e sua dependência da supervisão. Diante dessas dificuldades, uma pesquisa com o objetivo de compreender se houve, ou não, a mudança nas práticas de enfermagem, a partir da inserção de residentes dessa categoria em uma unidade de internação, verificou que as auxiliares e técnicas de enfermagem contam com o residente somente como uma ajuda profissional, o que deixa clara a falta de esclarecimento sobre o papel do residente e seu objetivo nas instituições de saúde.²¹

A sensação de desgaste que o residente poderá sentir reflete notoriamente em suas atitudes, e, a partir daí, podem-se destacar os atrasos diários, o absenteísmo e até mesmo a desistência do programa, quando se é percebido um esforço causado pelo ritmo de trabalho acelerado, carga horária extensa e não

reconhecimento desse esforço. Este empenho do residente impacta em cada instituição diretamente com resultados positivos, beneficiando a prática de atividades gerais a partir das atribuições técnico-administrativas, por meio de projetos de melhorias.^{33,34}

O residente precisa desempenhar atividades voltadas às competências de trabalho do enfermeiro, em que o desenvolvimento dessas competências resulta em agregar valores de amplitude social e individual ao profissional de enfermagem. As competências de enfermagem são distribuídas em três grandes eixos do saber que são: conhecimentos (saber), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber agir).³⁵ Na residência multiprofissional, essas competências são avaliadas a partir de situações simuladas e na prática profissional, avaliando a capacidade dos residentes de desempenhar tarefas e fundamentar suas ações segundo evidências científicas, destreza técnica, valores e postura ética, além de uma avaliação somativa de conhecimentos teóricos.³⁶

No que tange às suas competências, fica claro que o residente como um profissional já graduado possui atividades privativas ao cargo que exerce, como gerenciar órgãos da enfermagem, coordenar a assistência de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em vários âmbitos como prevenção, promoção e intervenção, contribuindo com aprimoramentos e participando de programas de saúde.³⁷ Um estudo sobre contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos obteve como resultado o destaque para as competências adquiridas durante o programa, tornando os residentes mais competitivos no mercado de trabalho e melhor preparados para atuar em diferentes campos.²⁹

A aquisição de conhecimentos é um fator crescente na área da saúde, principalmente para o enfermeiro, por ser um líder. Neste contexto, ele apresenta suas experiências, habilidades a partir de conhecimentos adquiridos ou inovadores. Por este motivo, precisa se manter atualizado nas informações, buscando sempre respostas, dando destaque ao seu papel de pesquisador.³⁵

A residência também contribui para o desenvolvimento do saber profissional e para a formação dedutiva/ indutiva, descrita como ideias e sentimentos, em que o residente consegue ampliar sua visão para além da doença, do paciente, refletindo sua ação. Além disso, proporciona embasamento teórico na realização das práticas, segurança no desenvolvimento do trabalho na identidade profissional e na visão

ampla da assistência para além do biológico, e, com isso, melhora a socialização e aumenta o sentimento de valorização, contribuindo para um perfil profissional diferenciado.³⁸

Para que recebam o título de especialistas em enfermagem, os residentes, além de desenvolverem o processo de trabalho do enfermeiro e as competências da categoria profissional, ainda precisam exercer funções comuns como a responsabilidade profissional, ética e legal; melhorar a qualidade da assistência; realizar a gestão de cuidados e desenvolver os métodos de aprendizagens profissionais.¹⁵

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Conhecer as atividades desenvolvidas por enfermeiros residentes do 2º ano dentro de uma instituição hospitalar, durante o Programa de Residência Multiprofissional, segundo a visão do residente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a população de residentes de enfermagem do 2º ano no Programa de Residência Multiprofissional.

Apresentar os fatores positivos e negativos referentes às atividades desenvolvidas por esses enfermeiros residentes dentro da instituição hospitalar, durante o curso no Programa de Residência Multiprofissional.

4. MÉTODOS

4.1 Referencial

É uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores, das crenças e das atitudes.³⁹ Aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, percepções e opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.⁴⁰

Os estudos exploratórios possuem o objetivo de formulação de questões ou um problema com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o problema e clarificar conceitos. Estudos descritivos e exploratórios combinados descrevem determinado fenômeno por completo, como a utilização de ideias em análises de conteúdo.³⁹ Descreve-se “[...] *em níveis aprofundados, tudo que se refere ao homem, enquanto membro de um grupo [...] requerendo uma descrição e análise subjetiva da experiência*”,⁴¹ possibilitando, nesta pesquisa, o conhecimento referente à vivência do residente e suas atividades.

4.2 Local de Pesquisa

A pesquisa foi realizada junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Emergências e Clínica da instituição formadora Universidade Santo Amaro (Unisa), uma instituição privada de ensino superior localizado na Zona Sul da cidade de São Paulo, juntamente com a instituição executora, o Hospital Geral do Grajaú (HGG). Este é um hospital estadual administrado pela instituição proponente Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, local onde os residentes realizam as atividades práticas.

O HGG é um hospital público localizado na região sul da cidade de São Paulo, no distrito do Grajaú, com início das atividades em 1998. É um hospital-escola, referência no atendimento às urgências e emergências, além de oferecer atendimento nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Ginecologia, Neurologia Clínica, Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria e Urologia.

Chega a atender uma população de um milhão de pessoas e conta com projetos de humanização como ouvidoria, brinquedoteca, voluntariado, cantinho da beleza, doutores da alegria, alta amiga, sem contar a reunião mensal com representantes da comunidade.

A Unisa é pioneira entre as Instituições de Ensino Superior (IESs), na rede privada, da cidade de São Paulo, formando alunos desde 1968. Possui tradição no ensino na área da saúde, principalmente com o Curso de Medicina. Com a inovação do mercado tecnológico, a partir de 2005, empenhou-se nos cursos na modalidade de Educação a Distância (EaD) e quatro cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*. Atualmente possui quatro *campi* na cidade de São Paulo e conta com polos de apoio distribuídos pelo país para a EaD. Possui diversos cursos de graduação distribuídos nas áreas de humanas, exatas e biológicas.

Esta gama de cursos propiciou à instituição a formação na modalidade residência. Inicialmente a residência na instituição existia somente para o curso de medicina. Hoje a Unisa conta com cinco tipos diferentes de cursos na área da saúde, voltados à equipe multiprofissional, distribuídos entre Neonatologia, Terapia Intensiva, Atenção à Urgência e Emergências, Emergências Clínicas e Trauma e Emergências e Intensivismo em Neonatologia e Pediatria. A residência tem como foco as urgências e emergências e se justifica pelo alto índice deste atendimento na região, com superlotação da rede pública, tanto em unidades hospitalares como também em atendimento ambulatorial. Este programa tem como intenção capacitar profissionais para atuação direta na região.

Em 2012, o Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês firmou com o Governo do Estado de São Paulo o Contrato de Gestão do HGG. Por ser um hospital-escola, possui um núcleo de ensino e pesquisa, além de oferecer campo de estágio para os cursos da saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social, Medicina e Psicologia Clínica, além de Residência Médica credenciada pelo Governo Federal e Estadual, nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Gineco-obstetrícia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia e Ortopedia.

Nos programas de residência multiprofissional em urgências e emergências, para os enfermeiros, é disponibilizado um total de 18 vagas divididas nos programas, sendo contempladas entre R1 e R2. Chama-se de R1 o residente que se encontra no primeiro ano de atividades e de R2 o residente que já está no segundo

ano, isto é, já adquiriu um certo conhecimento sobre o serviço, podendo ensinar e acompanhar o desenvolvimento do R1.

4.3 Participantes do Estudo

Foram abordados 12 enfermeiros alunos residentes do 2º ano do Programa de Residência Multiprofissional da instituição que se encontravam regularmente matriculados, representando todos os residentes no momento da coleta de dados, uma vez que, *“na modalidade da pesquisa qualitativa, o pesquisador pode escolher se quer usar a saturação, ou se irá coletar todos os dados, todos os sujeitos escolhidos”*.⁴¹

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizadas letras em ordem alfabética para cada residente, sendo descritos como residente A, B, C e assim por diante.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram utilizados os seguintes critérios: estar regularmente matriculado no e cursando o Programa de Residência Multiprofissional no momento da coleta dos dados e concordar em participar voluntariamente da pesquisa.

Como o Programa de Residência tem duração de dois anos ou quatro semestres letivos, a escolha por residentes do 2º ano (R2) para a coleta de dados ocorreu porque, no momento da entrevista, eles já se encontravam no final do terceiro semestre, isto é, 1/3 do tempo estipulado para a residência.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Os critérios para exclusão foram: alunos que se encontram em período de licença-maternidade ou médica; que desistiram do Programa de Residência Multiprofissional; residentes que se recusaram a participar da entrevista após o contato para agendamento da mesma. Dois residentes foram excluídos por se enquadrarem nesses critérios, um se encontrava em licença médica no momento da coleta e o outro desistiu do programa.

4.4 Coleta de dados

Para a pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas sobre a atuação do residente durante seu curso de pós-graduação e questões assimilando a categorização da população em estudo (Apêndice).

No primeiro momento da entrevista, foi realizada a caracterização da população, com as seguintes questões: sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na área, se possui pós-graduação e em qual área.

As duas questões norteadoras que possibilitaram os resultados dos objetivos foram:

- Conte um pouco de sua atuação: Quais atividades você desenvolve como residente?
- Existe alguma atividade que desenvolve que considera que não deveria ser realizada por residente? Apresente seus motivos.

4.4.1 Entrevistas com os residentes

Foi realizado o primeiro contato com o residente explicando sobre sua participação na pesquisa. Após aceitar o convite para fazer parte da amostra, o residente assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e, em seguida, foi agendada a entrevista.

As entrevistas aconteceram tanto no *campus* da instituição como também no local onde os residentes estavam estagiando com um tempo de no máximo 20 minutos. A entrevista ocorreu após uma breve explicação sobre o tema do projeto e o objetivo da pesquisa. Consentida autorização para a gravação, iniciou-se a coleta de dados.

4.5 Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador eletrônico – *MP4* e transcritas literalmente após a gravação, sendo os dados armazenados em *pen-drive*.

Cada entrevista foi transcrita na íntegra e analisada conforme o método de Análise do Conteúdo apresentado por Laurence Bardin. Este é um método muito empírico, dependente do tipo de fala a que se dedica e ao tipo de interpretação que se pretende como objetivo, sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.³⁴

Nesta pesquisa, a escolha pela Análise de Conteúdo se fez por meio da modalidade de análise temática, isto é, *“a noção de um tema que está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto”*.⁴¹ O tema é conhecido como unidade de significação.

A partir da transcrição, iniciou-se a primeira etapa, a fase conhecida como pré-análise. Neste momento, é feita a *“leitura flutuante”*, isto é, uma leitura aberta e releituras. Essa etapa *“requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar por seu conteúdo”*⁴⁰; *“implica a leitura exaustiva do conjunto de textos a ser analisado, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes, como se flutuasse sobre o texto, ou seja, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura”*.⁴² Dessa leitura emergem as hipóteses.⁴³

Ainda na pré-análise, tem-se a constituição do *corpus*, que é caracterizado, após a leitura e exaustão dos dados, como *“o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”*.⁴³ Uma primeira regra que se deve respeitar para constituir o *corpus* é chamada de *“exaustividade, isto é, que o material deve contemplar todos os aspectos levantados no roteiro, sendo completado pela não seletividade”*.⁴³

Logo após, devem-se seguir as regras da representatividade e homogeneidade. Para a representatividade, *“a mostra deve conter características essenciais do universo pretendido”* e, para a homogeneidade, a amostra *“precisa obedecer a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, técnicas empregadas e atributos dos interlocutores”*.⁴⁰ A última regra a seguir na composição de um *corpus* é a pertinência, *“que os documentos sejam adequados para dar respostas aos objetivos do trabalho”*.⁴⁰

Após a constituição do *corpus*, iniciou-se a fase de formulação de hipóteses e objetivos, isto é, *“uma suposição, cuja origem é a intuição”*, e a referenciação dos índices e elaboração de indicadores, em que se fazem *“categorização e codificação*

para registro dos dados”.⁴³

Após a etapa da pré-análise, tem-se a segunda etapa, conhecida como exploração do material. Este momento “*consiste num processo de redução de texto às palavras e expressões significativas, buscando encontrar categorias [...] o texto é recortado em unidades de registro que podem se constituir de palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos indicados como relevantes na pré-análise*”.⁴²

E, como última etapa, temos o tratamento dos dados e a interpretação, em que “*os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos, permitindo estabelecer quadros de resultados [...] colocando em relevo as informações obtidas*”.

40,43

Com os dados brutos, é realizada a codificação, isto é, “*transformação dos dados brutos por recorte, agregação ou enumeração, que permite atingir uma representação de conteúdo ou de sua expressão*”⁴³. Nesta pesquisa, foi realizada a codificação por classificação e agregação, por escolha de categorias. “*A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguido de reagrupamento segundo gêneros, com critérios previamente definidos.*”⁴³

O objetivo desta análise é o de familiarização dos dados pelo pesquisador e a organização das informações descritas, conforme ilustrado no quadro abaixo:

| Transcrição | Codificação |
|---|--|
| A: O enfermeiro não ter chegado D: Assumo setor sozinha H: Assumimos o plantão sozinhos como enfermeiros da instituição | A: Afirma realizar o papel do enfermeiro D e H: Afirmam que fazem o papel do enfermeiro |

Quadro 1: Exemplo de codificação

A próxima etapa a ser realizada é a inferência, que é descrita como “*operação lógica através da qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras*”.⁴² “*A inferência é feita a partir de mecanismos clássicos da comunicação: com mensagem, suporte ou canal, emissor e receptor*”.⁴³

Para a análise dos dados, foi realizada a técnica da análise temática ou categorial, na qual,

“a partir dos temas determinados e da sua quantificação, devem ser definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise [...]. Para cada categoria são citadas características como: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação ou pertinência [...]. As categorias sintetizam as unidades de registro e agregam os significados existentes no texto em subconjuntos”⁴³

| Agrupamento de Códigos | Subcategoria | Categoria |
|---|---------------------------|---|
| O residente afirma assumir o plantão sozinho O residente refere receber o plantão O residente afirma assumir um plantão inteiro | Assumir o plantão sozinho | Fatores negativos na atuação do residente |

Quadro 2: Exemplo de categorização

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto desta pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro, localizado na Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Embuias, São Paulo – SP, tendo sido iniciada somente após aprovação a partir do parecer n. 2.015.704, de 13 de abril de 2017 (Anexo).

A partir desta aprovação e após aceitação pelos residentes do convite para participarem da pesquisa, foi-lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o que lhes permitiu tomar conhecimento dos benefícios da pesquisa, bem como dos constrangimentos que eventualmente possam surgir. Os termos foram elaborados conforme a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Já os dados relativos às informações gravadas e transcritas foram utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa e amparados pelo Termo de Compromisso e Confiabilidade.

Ressalva-se que, durante o período do estudo, a pesquisadora manteve-se afastada das atividades de docente no Programa de Residência Multiprofissional das aulas teóricas para manter a integridade e validade dos desfechos, não havendo ministrado aulas para os residentes entrevistados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da População

Foram entrevistados dez enfermeiros que se encontravam no segundo ano da residência, dos quais oito são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Corroborando esta informação, pesquisas descrevem que de 70 a 100% dos residentes ingressantes em programas de residência são do sexo feminino.^{16,24,30,44} Devido a aspectos históricos da profissão, no atendimento de enfermagem, há predomínio de mulheres. Esta é uma característica dos profissionais de enfermagem dos hospitais em âmbito nacional.^{16,24} Cabe ressaltar que esse fator é tido como positivo no ato de cuidar, pois as mulheres se envolvem ativamente neste aspecto, sendo grandes incentivadoras da equipe.^{13,17}

A faixa etária dos participantes ficou entre 23 e 38 anos, sendo a média 28,3 anos. Este dado é condizente com o tempo de formados, uma vez que três residentes são formados somente há um ano, possuindo apenas a experiência profissional que a residência proporcionou. Porém, dos dez entrevistados, cinco deles (50%) nunca atuaram como enfermeiros, o que corrobora com algumas publicações referentes à busca pela residência por profissionais recém-formados,^{16,24,30} e somente um dos enfermeiros possui pós-graduação completa.

No que tange ao tempo de atuação na área como enfermeiro em instituições de saúde, o resultado é aproximado a estudos anteriores que apontam que entre 50 e 65% dos ingressantes de residência atuam há menos de um ano na área.³⁰ O interesse em aprimoramento profissional na modalidade residência é maior entre recém-formados pois, além de se qualificar, ao término do curso, esses enfermeiros almejam alcançar logo o primeiro emprego, melhorando seu *status* no mercado de trabalho. Um estudo em uma Universidade Pública do Sul do Brasil comprova que 86,1% dos residentes formados, após o término da residência, já estavam atuando na profissão.⁴⁵

5.2 Categorias da Pesquisa

Após obtenção e análise sistemática dos dados, os temas emergidos das dez entrevistas realizadas foram discutidos e agrupados em três categorias conceituais, a saber:

- Atuação do residente
- Fatores positivos na atuação do residente
- Fatores negativos na atuação do residente

Quadro 3. Síntese das categorias e subcategorias relacionadas às atividades desenvolvidas por residentes de enfermagem, segundo os residentes, São Paulo, 2017

| CATEGORIA 1: Atuação dos residentes | CATEGORIA 2: Fatores positivos na atuação do residente | CATEGORIA 3: Fatores negativos na atuação do residente |
|---|--|---|
| 1. Diferentes cenários em uma mesma residência 2. Residente atuando como enfermeiro 3. O ensino da prática profissional | 1. Vivências e Experiências do residente como enfermeiro 2. Atuação conjunta com o enfermeiro | 1. Assumir o plantão sozinho 2. Residente compondo escala de funcionários 3. Residente como substituto de enfermeiros |

Fonte: dados da pesquisa

5.3 Atuação dos Residentes

Nessa primeira categoria da pesquisa, atuação dos residentes, são apresentadas as atividades desenvolvidas por residentes de enfermagem. Neste contexto, fica evidenciada a atuação do residente como um enfermeiro, como se pode constatar nas falas dos residentes B e D:

Eu particularmente não vejo que seja uma coisa além da função do enfermeiro, na minha opinião. (Residente B)

Realizo atividades que são pertinentes ao enfermeiro obviamente. (Residente D)

De acordo com essas citações, fica nítido que o residente se reconhece atuante como enfermeiro e não distingue diferenças entre seu papel e do enfermeiro. Quando se pergunta o que distingue a atuação do residente da atuação do enfermeiro, verifica-se que quase todos os residentes se percebem como enfermeiros e descrevem somente as limitações quanto à tomada de decisão e divisão de tarefas. Tal afirmação é confirmada na declaração do residente I:

Eu realizo toda função do enfermeiro [...] aí, em vez de ser o coadjuvante, sou o ator principal. (Residente I)

Ao realizar as atividades de responsabilidade dos enfermeiros, os residentes conseguem desenvolver um olhar diferenciado, que os capacita no desenvolvimento de habilidades como leitura de cenário, o dia a dia do enfermeiro e a maturidade profissional.¹⁶ Deparar-se diante do papel do enfermeiro é o que transforma o residente em enfermeiro, sendo uma adaptação para sua vida profissional.⁴⁵

O residente H relata:

Qualquer atividade que o enfermeiro da unidade desenvolve, nós podemos desenvolver também. Não podemos não, nós desenvolvemos. (Residente H)

Um estudo quanto às contribuições que a residência oferece ao residente, a partir de sua atuação no programa, apontou que se tem como resultado ao término da residência um enfermeiro mais crítico, resolutivo, com conhecimento fundamentado em produções científicas recentes.²⁸

Pelo fato de o programa de residência, foco de estudo desta pesquisa, ser multiprofissional, o residente de enfermagem atua juntamente com outros profissionais da saúde, como mostra o depoimento do residente B:

Deixa ver mais... tem as reuniões multiprofissionais, visita multiprofissional em pacientes, que é composta pelo médico, enfermeiro, farmacêutico, e lá temos também um pouco de atuação.

Nessa fala, percebe-se que o residente possui participação ativa durante as reuniões e resoluções da equipe multiprofissional. Ele atua diretamente com a integração entre as diversas profissões, até mesmo com a equipe médica, sendo esta atuação ainda um desafio ao enfermeiro no cotidiano da prática hospitalar.⁴⁶

5.3.1 Diferentes cenários em uma mesma residência

Os residentes têm a oportunidade de conhecer a realidade de vários setores, o que contribui para o crescimento e desenvolvimento profissional deles. Os residentes A e D relatam:

A gente acha que vai atuar só no Pronto Socorro, mas lá a gente atua na clínica médica, clínica cirúrgica, unidades de terapia intensiva e até ortopedia. (Residente A)

Eu passo por diversos setores dentro do hospital. (Residente D)

A atuação do residente está interligada ao setor em que se encontra. Dependendo do setor, o residente consegue desenvolver suas atividades com maior facilidade. As atividades desempenhadas pelos enfermeiros são comuns para todo e qualquer setor, porém cada setor apresenta uma rotina específica, de acordo com sua complexidade e com a necessidade do paciente. O residente G cita:

Dependendo do setor, a rotina é um pouco diferente.

Durante o período de residência, o profissional transita em diferentes unidades de atendimento à saúde, como exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), para o conhecimento sobre a assistência primária, isto é, prevenção e promoção da saúde, que correspondem a uma assistência de baixa complexidade.⁴⁷

Dentro das unidades hospitalares, a prática oferecida oportuniza ao residente prestar atendimento de média e alta complexidade, nos níveis de atendimento secundário e terciário. Isso favorece a construção da integralidade do cuidado, além de direcionar e formar no residente sua identidade profissional.¹³

O residente C afirma:

A gente passa como residente em muitos campos... o campo é muito variado, eu já desenvolvi todas as atividades possíveis do enfermeiro em todos os campos.

Essa transição de cenários na residência é apresentada na Resolução do Cofen n. 459 de 2014, no artigo 2º, que dispõe que os programas devem abranger áreas da Enfermagem, a partir das necessidades da população atendida, o perfil epidemiológico da região e os eixos curriculares definidos pelos programas.¹⁷

Essa passagem por campos variados pelo residente contempla os diferentes níveis de atenção durante os dois anos de residência, favorecendo o conhecimento da prática de uma maneira diversificada, desenvolvendo um olhar diferenciado no profissional quanto aos níveis de complexidade que o SUS atende contemplados na Rede de Atenção à Saúde (RAS).⁴⁵

Além de fornecer bases para os diferentes níveis de complexidade, é comum aos cursos de residência multiprofissional com ênfase em Enfermagem criar seus currículos com atividades assistenciais de média complexidade no primeiro ano, deixando as atividades específicas, de maior complexidade, para o segundo ano do programa.²

Uma pesquisa na Universidade Federal do Mato Grosso com residentes de Enfermagem, com o objetivo de relatar as experiências vivenciadas por eles quanto à sua formação, descreve exatamente que os residentes do primeiro ano do programa atuam em clínicas não especializadas, como Clínica Médica, Cirúrgica, e que somente no final do segundo ano, atuam em unidades de Urgência e Emergência.⁴⁵

Essa oportunidade de atuar em diferentes campos de estágio favorece o crescimento profissional, tanto para as situações gerenciais como assistenciais, sendo uma contribuição que o curso traz para o profissional residente.¹⁶

5.3.2 Residente atuando como enfermeiro

Nessa subcategoria, fica evidenciado que o residente atua como enfermeiro, tanto na assistência direta ao paciente quanto no gerenciamento das atividades. O residente consegue atuar na assistência, na gerência, no ensino e na pesquisa, tornando-se um profissional competente e capacitado para as exigências da profissão no mercado de trabalho.²⁹ A dimensão do assistir é referida com maior ênfase nesta pesquisa, destacando-se como atividade realizada por residentes. Dados que sustentam este resultado vêm a partir de um estudo que comprova a atividade assistencial como predominante, seguida de atividades gerenciais, ensino, pesquisa e, por último, outras.²⁹

Outro estudo, que dimensionou o processo de trabalho do enfermeiro e as competências gerenciais, quantificando em horas as atividades dos enfermeiros, evidenciou que o ato de assistir compromete 42% do tempo total que o enfermeiro possui em sua jornada de trabalho, sendo seguido pelo ato de administrar que

ocupa 33% do tempo. O tempo gasto com educação chega a aproximadamente 20% e, quanto à pesquisa, não foi encontrado tempo destinado a essa atividade.⁴⁸

Na assistência direta ao paciente, o residente C expõe que precisa desenvolver as habilidades técnicas, por meio das quais assiste diretamente o paciente, realizando todos os cuidados necessários:

Eu já desenvolvi, fiz todos os procedimentos, já preparei o paciente, já recebi o paciente do centro cirúrgico, já fiz curativo específico da enfermagem, já passei sonda, já puncionei acesso, puncionei jugular, já passo PIC, já faço o cuidado de uma hemodinâmica, já fiquei, já passei sonda, alguns procedimentos, já mensurei PIC, DVE, já vi dreno, a gente já saca dreno também, dreno de tórax, já fiz, intubação, extubação, já atendi, os procedimentos básicos, analisar uma gasometria...

A ideia central na realização das técnicas é conhecida como cuidados integrados, isto é, cuidados técnicos, que têm a intenção de promover o contato com o paciente, a fim de perder a insegurança, melhorar e aprender a prática profissional, desenvolvendo habilidades e aumentando sua autoconfiança, além de minimizar riscos ao paciente.³ O residente G acrescenta:

Você vai fazer isso, você vai fazer aquilo, você tecnicamente assume os cuidados integrais, você assume o paciente... para dar banho.

É sabido que o enfermeiro nem sempre consegue realizar as atividades técnicas, como banho e medicação, mas, ainda assim, dá suporte científico liderando uma equipe de enfermagem que irá realizar todos os dias esses procedimentos, por isso a necessidade de realizá-los.

Os enfermeiros fazem procedimentos e utilizam-se de técnicas pontuais, e o Coren e o Cofen os responsabilizam por conta do maior nível de complexidade. São procedimentos comuns ao enfermeiro: passagem de sondas e cateteres nasoentéricos, vesicais e punção de artérias (por serem mais profundas que as veias) ou veia jugular, punção de cateter central de inserção periférica (PICC), troca de curativos específicos.^{17,37}

Em um estudo com pós-graduandos de enfermagem, somente 10% dos entrevistados encontraram apoio institucional para realizar as atividades da especialidade da residência²⁴, o que coincide com o resultado desta pesquisa, em que a assistência como cuidado integral é fortemente referida, havendo um déficit nas atividades voltadas à especificidade do curso escolhido.

Para o profissional atuante nas instituições hospitalares, a assistência de enfermagem prestada por residente está voltada aos procedimentos técnicos de uma forma fragmentada e individualizada, de acordo com o processo saúde-doença de cada indivíduo, apesar de o programa ter como sua essência a assistência integral e mais abrangente.³⁰

Já no gerenciamento de enfermagem, isto é, a parte administrativa das atividades realizadas, foram citadas atividades como o dimensionamento de pessoas, com as escalas de funcionários e de folga, número de leitos ocupados e tempo de internação; gerenciamento de protocolos para atendimentos direcionados e resolução de problemas. O residente B explica:

É mais ou menos isso, mais a parte administrativa, ver escala de funcionários, ver escala de folga, fazer notificação de perda de sonda, notificação de quedas, fazer os Kanban, e tempo de permanência do paciente internado.

Um dos confrontos relacionados aos dados da pesquisa foi quanto ao ato de administrar, uma vez que um estudo com enfermeiros expôs que a competência gerencial é predominante à competência assistencial.⁴⁹ Sobre a competência de gerenciamento, a administração, a fala do residente G esclarece que a resolução de problemas também é uma das atividades realizadas durante a residência:

Você chega, você dimensiona os técnicos, você vai fazer todas as SAEs, vai avaliar todos os pacientes se tiver qualquer pepino de médico você irá resolver, se tiver qualquer problema você vai resolver.

Solucionar problemas durante um plantão é conseguir desenvolver habilidades e atitudes frente ao poder de negociação e tomada de decisão durante conflitos. É a iniciativa e a pró atividade no fazer acontecer.

Os residentes vivenciam a atuação do enfermeiro no gerenciamento de recursos humanos, materiais, financeiros e principalmente no planejamento das ações ligadas ao cuidado. A fala do residente E exemplifica isso:

Gerenciais assim, fazendo escala de funcionário, técnicos, atividades gerenciais como verificar materiais, estoque e solicitação de material, pedido de farmácia, responsável por um setor.

A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é referida por muitos residentes como gerenciamento dos cuidados, o residente A refere:

Como R1, aos sábados que a gente faz, a gente fica, que a gente fala que é o administrativo, que é a parte de fazer a SAE, a visita de enfermagem, é

fazer o gerenciamento da unidade... o dia em que a gente tava no administrativo.

Nas entrevistas, essa fase é exposta de uma maneira dissociada, de forma que colocar no papel, refletir as ações e descrever cada fase da SAE faz parte do gerenciamento. Cabe ressaltar que a SAE é um método utilizado para organizar o trabalho, a partir do gerenciamento do cuidado, mas está presente tanto no gerenciamento como na assistência. Assim afirmam os residentes B e J:

Por exemplo, você está no administrativo e vai assumir paciente ao mesmo tempo... é de competência do residente como enfermeiro. (Residente B)

Tem a parte administrativa que é fazer evolução, prescrição, visita, passagem de plantão. (Residente J)

Ao citar as atividades administrativas, o residente precisa entender que as realiza juntamente com as atividades assistenciais. Passar visita de enfermagem, realizar a prescrição e a evolução de enfermagem são atribuições do enfermeiro quando este realiza o gerenciamento da assistência prestada. É preciso esclarecer que a SAE, dentro das etapas do processo de enfermagem, por mais que se descreva em fases distintas e isoladas, faz parte de um contexto único e inter-relacionado.⁵⁰

Os dados da pesquisa revelaram que a fase do levantamento de diagnósticos não foi citada por nenhum residente, ficando subentendida no tema generalizado apontado como SAE. Fica claro que o gerenciamento ou administração dos cuidados demanda bases teóricas da administração, sendo casualmente reconhecidos como uma burocracia do enfermeiro.⁵¹

5.3.3 O ensino da prática profissional

Contextualizando o processo de ensino na residência, foi citada situação de troca de experiências entre os residentes R1 e R2, sendo o R2 o responsável em ensinar o fazer e auxiliar na formação do conhecimento do R1, como afirma a residente A:

Quando eu era R1, eu pedi muita ajuda para os meus R2 que já tinham passado por esta situação e já sabiam fazer.

Esta vivência propicia ao residente a responsabilidade de ensinar, que é uma das dimensões do processo de trabalho do enfermeiro. Destarte, os recém-

chegados ao programa contam com o apoio dos residentes mais antigos, no ato de instruir. O residente B cita:

E como R2 somos responsáveis pelos R1, óbvio R2 orienta R1.

Essa é uma forma de aprendizado muito utilizada no campo da educação, no qual, realizando a prática por repetição, o indivíduo apreende um determinado conhecimento para si, assim como ocorre, por exemplo, na educação infantil, em que a criança aprende por repetição. Para tanto, há uma grande dificuldade em refletir sobre a ação realizada, uma vez que esta vem sendo reproduzida por meio da observação, impondo, ao longo da residência, o desenvolvimento do profissional em associar seus conhecimentos teóricos à prática.⁴⁷ O residente G expõe:

A gente é muito mais preceptor de R1 que o próprio preceptor.... eu to ensinando eles a fazer tudo.... a gente recebe os residentes.

O ensino da residência precisa ser acompanhado diretamente pelo tutor e preceptor, sendo esta atuação embasada na legislação dos programas de residência.¹² Uma pesquisa sobre protocolos de ensino prático na residência, que relacionou o papel do preceptor aos cuidados de enfermagem a partir de situações-problema, descreve como ações do preceptor oportunizar, orientar, acompanhar e ainda supervisionar a realização da ação pelo residente, além de realizar um *feedback* imediato quanto às dificuldades e facilidades encontradas por este.⁴⁴

O residente I relata esta atuação do preceptor como supervisor:

...o enfermeiro vai ficar te supervisionando... então, alguma dúvida, você pergunta pra ele, e ele vai te direcionando, aí todos os cuidados, que ele tá ali junto, você acaba fazendo.

A legislação¹⁹ exige das unidades de saúde executoras que todos os preceptores atuantes nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde sejam profissionais da mesma área que o residente, vinculados à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista, e que tenham a função de supervisionar diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa.¹²

Tutores e preceptores ensinam o residente a clinicar, isto é, atuam diretamente na formação da prática clínica.⁵² Esta atuação do preceptor é dificultada pela inexistência de incentivo institucional, carga de trabalho aumentada sem acréscimo de remuneração e falta de capacitação na área de ensino.⁴⁶ Para que

tutores e preceptores realizem essas atividades de ensino, embasados em uma mesma metodologia, no ano de 2015, a partir da iniciativa da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), foi criado o Programa de Apoio aos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde, com a intenção de qualificar o corpo docente assistencial.⁵³

5.4 Fatores positivos na atuação do residente

Esta categoria apresenta os pontos fortes que a residência propicia ao profissional durante as atividades que este desenvolve. É dividida em três subcategorias a partir dos relatos dos residentes.

5.4.1 Vivências e Experiências do residente como enfermeiro

Os programas de residência propiciam uma formação profissional qualificada a partir da vivência do cotidiano do enfermeiro. Ao realizar atividades, o residente aprimora seus conhecimentos relacionados à sua profissão. A residência tem a intenção de facilitar o processo de aprendizagem. O residente C e E relatam:

A instituição aproveita que somos residentes e nos deixa fazer tudo.... é muito bom pra mim. (Residente C)

Todas as atividades que realizo são da rotina do enfermeiro. Se o foco da residência é uma pós-graduação, acredito que temos que fazer para aprender. (Residente E)

Uma pesquisa realizada com enfermeiros de um programa de residência em urgência e emergência, com o objetivo de relatar as vivências do residente, expôs que o desenvolvimento das habilidades do enfermeiro não foi alcançado durante a graduação, sendo necessária a continuidade da formação profissional, favorecida por programas de residências. Nesses programas, o residente realiza todas as atividades que são do enfermeiro, fortalecendo a ideia de que este aprende a função do enfermeiro.²⁴

O residente H diz:

Tudo que é pertinente ao enfermeiro nós fazemos, não há restrição alguma do que, o papel do enfermeiro da instituição e do nosso papel como residente.

Esta vivência do profissional como residente contribui para o desenvolvimento de suas competências profissionais, sendo citada em um estudo como facilitador para a visão crítica, a formação do profissional como agente transformador, a atuação em equipe, na gerência, na pesquisa, além da ética profissional, entre outros.²⁹ O residente A reforça essa ideia quando refere:

Então, eu sinto que lá (na residência), eu atuo como enfermeiro.

As vantagens que os programas de residência trazem são muitas para o crescimento do residente. Proporciona-se uma formação das competências técnicas e relacionais, caracterizada tanto no ensino teórico quanto prático, como também um diferencial na construção das habilidades referentes às relações interpessoais, facilitando a inserção deste profissional no cotidiano do mercado de trabalho.⁴⁵

Por ser um programa multiprofissional, oportuniza momentos de interação com outras áreas da saúde, favorecendo complementariedade do cuidado, isto é, cada área profissional aborda suas prioridades na assistência específica e todas juntas conseguem fornecer um cuidado integrado e abrangente ao paciente, realizando um bom trabalho em equipe.^{30,46}

5.4.2 Atuação conjunta com o enfermeiro

No âmbito do crescimento profissional, é muito importante saber se posicionar, a partir de fundamentos científicos, no momento de decisão, de fazer escolhas. A residência é um ambiente que possibilita a liderança juntamente à tomada de decisão. Por estar, muitas vezes, acompanhado do preceptor, o residente tem a oportunidade de participar deste processo. O residente F revela:

A gente faz todo o processo, toma algumas decisões juntamente com o enfermeiro, eu procuro decidir junto com o enfermeiro.

O residente G afirma que participa do processo de tomada de decisão, referindo:

Eu sempre decidi no setor junto do enfermeiro.

Preceptores e ou tutores participam intensamente do processo de aprendizado, porém precisam atuar de uma maneira neutra.⁵⁰ Existe uma relação

dos preceptores em auxiliar e supervisionar os residentes, além de avaliar as atividades, competências, conhecimentos, habilidades e atitudes. Delegar atividades a partir do cronograma que o residente precisa seguir é um dos papéis criteriosos que preceptores precisam realizar, oportunizando momentos com a participação do residente na tomada de decisão.¹²

Sobre esta atuação o residente E cita:

[...] a gente chega no Pronto Socorro do hospital, e a gente recebe plantão, passa visita em todos os pacientes junto com a enfermeira do setor.

O relacionamento entre residente e preceptor é baseado no conhecimento, na troca de informações e experiências. É comum o residente ser tratado como aluno, por não possuir experiência profissional, e, por este motivo, este se coloca na condição de esperar o conhecimento do preceptor, de acordo com sua vivência.⁴⁸ Por ser inexperiente, o residente depende tanto de tutor como de preceptor, para atuar em conjunto, tendo sido essa dependência descrita em um estudo como a insegurança do residente.²¹

A residente G aborda essa questão:

Quando nossa atuação não é como residente, é como profissional em si [...] aí você se sente um pouco insegura.

Acerca desse aspecto foi realizada uma investigação quanto ao saber profissional dos residentes, e um dos desfechos foi que a residência contribui muito para o desenvolvimento da segurança e da identidade profissional a partir da vivência conjunta com o preceptor.²⁸

Essa atuação, com a supervisão de tutores e preceptores, promove uma prática profissional reflexiva, que fundamenta o conhecimento teórico do residente, fortalecendo a integração entre a academia e o serviço.^{13,30}

Uma das dificuldades do residente em atuar com o enfermeiro preceptor foi descrita em uma pesquisa sobre a inserção do residente e os desafios da prática clínica, discutindo a falta de sensibilização dos profissionais das instituições de saúde quanto aos residentes, ocasionando uma barreira ou inibição nos residentes frente a suas ações.²¹

5.5 Fatores negativos na atuação do residente

Nessa categoria, são apresentadas as atividades desenvolvidas pelos residentes de enfermagem que precisam ser alinhadas com a legislação pertinente aos programas de residência multiprofissional. São situações pontuais citadas a partir dos relatos dos residentes referentes à sua vivência, que necessitam ser melhoradas. Nessa categoria, foram encontradas três subcategorias.

5.5.1 Assumir o plantão sozinho

Esta subcategoria obteve um número expressivo de entrevistados que relatam assumir o plantão sozinhos, isto é, na ausência do enfermeiro do setor. Os residentes D e E declaram:

A gente é submetida a assumir um setor como enfermeiro, sendo que a gente tá como é, no período de residência ainda, a gente deveria ter o acompanhamento de outro profissional enfermeiro. (Residente D)

Assumimos plantão na ausência do enfermeiro, talvez só essa seja a atividade que a gente desenvolve e que não deveria desenvolver como residente. (Residente E)

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Gerência de Ensino, o residente deve sempre desenvolver atividades sob a supervisão de preceptores das equipes de saúde.⁵⁴ Diante dessa determinação, o preceptor tem a responsabilidade de ser orientador de referência para o residente, no desempenho de suas atividades, sendo uma de suas atuações descrita a partir da Resolução CNRMS n. 2 de 2012, no art. 13:¹²

A função do preceptor caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora [...] estando presente no cenário da prática.

Este resultado desta pesquisa corrobora com um estudo acerca das deficiências da residência que apontou como um dos problemas presentes nos programas de residência exatamente a ausência de acompanhamento do residente pelo preceptor.²⁴

Uma pesquisa sobre o ensino prático de residentes de enfermagem apresentou como fator limitante da residência a pouca participação do preceptor em

seu papel educativo. Durante a elaboração do protocolo de ensino prático, foram propostas ao preceptor as seguintes ações: acompanhar e facilitar o cotidiano do residente na prática, no momento de acolhimento e ambiência do residente e acompanhar, supervisionar e orientar o cotidiano do residente na prática, no momento em que se realizam os cuidados de enfermagem.⁴⁴

O acompanhamento de preceptores a residentes foi descrito com uma boa avaliação quando se tratou de preceptores que haviam sido residentes e, por esta experiência, entendem as dificuldades por que passam os residentes e conseguem favorecer o amadurecimento profissional destes.⁴⁴

O Coren dispõe em seu regimento, no caderno sobre Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem, dentro do capítulo III referente ao Ensino, Pesquisa e Produção Científica, o artigo 95, sobre a necessidade de um docente, enfermeiro responsável ou supervisor para se responsabilizar pelas atividades executadas por alunos ou estagiários. Fica exposto com este resultado que o residente necessita, em tempo integral, da presença de um preceptor quando em atividade.⁵⁵

5.5.2 Residente compondo escala de funcionários

Os residentes precisam completar uma carga horária dentro das instituições de saúde realizando atividades práticas juntamente com os preceptores. Para que isso aconteça, há um planejamento para os dias de atuação, para os dias referentes à folga, às férias ou mesmo à liberação para participação de cursos e eventos científicos. Nesta subcategoria, são apresentados os relatos quanto às dificuldades vivenciadas pelos residentes e como é abordado este cronograma, a partir da escala de funcionários.

O residente G afirma:

O supervisor me coloca na escala de funcionários.

A sensação do residente é que ele está sendo utilizado como funcionário da instituição quando se vê na escala de funcionários. De acordo com a Resolução CNRMS n. 2 de 2012, no art. 14, é de competência do preceptor elaborar, com o suporte do tutor, as escalas de plantões e de férias dos residentes, bem como

acompanhar sua execução. O residente D expõe:¹²

A polêmica é..., acontecem situações que a gente tem o nosso cronograma a cumprir, aí descubro que sou comunicado para cobrir a escala de outro plantão, setor, porque determinado enfermeiro faltou.

Com esta afirmação, fica evidenciado que existe a elaboração de um cronograma de atividades que o residente deve realizar, porém, na ausência de um enfermeiro, o residente é solicitado para colaborar na escala de funcionários, com sua atuação em outro setor.

A Resolução do Cofen n. 259 de 2001 determina que os residentes de enfermagem não podem ser considerados como profissionais de enfermagem no dimensionamento de profissionais das instituições de saúde.¹⁵

Ainda sobre o dimensionamento de profissionais, o residente I refere:

Tem a questão do dimensionamento da equipe, que a gente não deveria contar como número de funcionário. Não era o dia que eu tava de plantão, no fim de semana, aí me ligaram porque num setor ia ter menos funcionários, então fui para cobrir aquele setor.

É possível que haja um desencontro nas informações quando no início do programa. É preciso estabelecer com os envolvidos como acontecerão suas folgas, dias e finais de semana. Essa explicação favorece até mesmo a redução dos índices de absenteísmo.

Como os residentes encontram-se na condição de aprendizado, uma pesquisa sobre a percepção das enfermeiras acerca da atuação dos residentes expõe a dificuldade em manter o residente como um funcionário, por este ter certa limitação em criar vínculo com o paciente, em acompanhar todas as rotinas das unidades, e até mesmo, no desenvolvimento das atividades referentes à função.²¹

5.5.3 Residente substituto de enfermeiros

Além da situação citada acima, os residentes também referem ser realocados de setor para contribuir em outras unidades na ausência dos profissionais das instituições de saúde executoras, conforme afirma o residente G:

A gente chega a assumir o setor sozinho por não ter enfermeiro, principalmente no sábado, cobrimos plantão.

Diante do contexto, percebe-se que há esse dimensionado como uma

alternativa empregada pelas instituições de saúde quando o número de enfermeiros encontra-se reduzido. O residente B afirma:

O hospital é um hospital público e tem poucos funcionários... várias faltas que existem.

No artigo 8º da Resolução Cofen n. 259 de 2011, fica estabelecido que as instituições de saúde executoras precisam possuir um contingente de profissionais Enfermeiros que corresponda a, no mínimo, duas vezes o número de vagas ofertadas pelo programa, garantindo assim que o residente não faça parte do quadro de profissionais.¹⁵

Para este cenário, é preciso se atentar para as atividades que necessitam ser desenvolvidas, pois, algumas vezes, não são concluídas pela dificuldade do residente em se manter no setor e também pelo escasso período de tempo oferecido para essas devidas atividades.

O residente A refere:

Eles colocam o residente pra tampar um buraco, a gente não tá lá pra aprender, a gente tá lá pra tampar um buraco então, sempre faltava gente na escala, a gente já assumiu várias vezes até mesmo no dia em que a gente tava no administrativo.

A Resolução CNRMS n. 3 de 2010, em seu art. 7º, descreve que a supervisão precisa ser permanente durante o treinamento do residente e deverá ser realizada por corpo docente assistencial qualificado. Com isso, esta Resolução esclarece que o residente não deve realizar o papel do enfermeiro na ausência do profissional, menos ainda trocar de setor para cumprir uma escala de serviço dos funcionários da instituição.⁵⁶

Um problema causado por essa situação é que, quando o residente precisa realizar a atividade e função do enfermeiro, ele deixa de fazer as atividades que precisam ser cumpridas como residente, o que pode resultar em atraso do cronograma de atividades que são destinadas aos residentes. O residente D refere:

Acontecem situações que a gente tem nosso cronograma, por exemplo: eu estou passando por uma ortopedia, por exemplo, e... ah.. descobro que sou comunicado que deveria, que eu devo é, cobrir outro setor, porque determinado profissional não compareceu. Então isso é algo que eu acho muito injusto, porque eu já passei por determinado setor, já cumpri minha carga horária neste setor e porque ocorreu alguma falha, falta, eu tenho que voltar para este setor sendo que eu teria que completar minha carga horária em outro lugar.

O residente precisa realizar atividades de acordo com seu cronograma

previamente instituído, pois a Resolução CNRMS n. 2 de 2012 determina que é papel do coordenador responsabilizar-se pela elaboração e encaminhamento do cronograma anual de atividades práticas e teóricas do R1 e R2 e de tutores e preceptores, planejar as atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação.

Para o residente, esta atuação é dificultada, pois, a partir de seu regimento, sabe que é responsável pelo cumprimento das atividades de seu Programa de Residência, obedecendo às atribuições que lhe forem designadas pelos tutores e preceptores.^{12,57}

Corroborando com esse resultado, uma pesquisa sobre as dificuldades da residência em enfermagem citou como resultado o cronograma descontínuo, falta de autonomia, pouco tempo em unidades e fraco empoderamento na gestão do cuidado de enfermagem.²¹

No que tange a esses fatores negativos apontados, também é necessário esclarecer que é papel do residente apresentar aos representantes pelo programa de residência as irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas nos serviços, conforme a Artigo 22, seção i, da Resolução CNRMS n. 2 de 2012.¹²

A insegurança, seguida pela falta de autonomia do residente, é condição citada em pesquisas que justificam a dificuldade do residente tanto em atuar sozinho como também em participar do dimensionamento de funcionários e em substituir um enfermeiro ausente.^{21,24,28.}

A seguir, apresentam-se os quadros com a construção das categorias a partir das transcrições, codificações e subcategorias.

Quadro 4: Transcrições, Códigos e Subcategorias apresentadas na categoria Atuação do residente

| Categoria: ATUAÇÃO DO RESIDENTE | | |
|--|---------------------------------------|--|
| Transcrição | Códigos | Subcategoria |
| Residente A: a gente acha que vai atuar só no Pronto Socorro, mas lá a gente atua na clínica médica, clínica cirúrgica, unidades de terapia intensiva e até ortopedia. | Atuação não só no Pronto Socorro | Diferentes cenários em uma mesma residência |
| Residente C: a gente passa como residente em muitos campos,... o campo é muito variado, eu já desenvolvi todas as atividades possíveis do enfermeiro em todos os campos. | Desenvolve atividade em vários campos | |
| Residente D: eu passo por diversos setores dentro do hospital | Atua em diversos setores do hospital | |
| Residente A: gerenciais assim, fazendo escala de funcionário, técnicos, atividades gerenciais como verificar materiais, estoque e solicitação de material, pedido de farmácia, responsável por um setor. | Realiza atividades gerenciais | Residente atuando como Enfermeiro |
| Residente C: eu já desenvolvi, fiz todos os procedimentos, já preparei o paciente, já recebi o paciente do centro cirúrgico, já fiz curativo específico da enfermagem, já passei sonda, já puncionei acesso, puncionei jugular, já passo PIC, já faço o cuidados de uma hemodinâmica, já fiquei, já passei sonda, alguns procedimentos, já mensurei PIC, DVE, já vi dreno, a gente já saca dreno também, dreno de tórax, já fiz, intubação, extubação, já atendi os procedimentos básicos, analisar uma gasometria. | Realiza cuidados, assistência | |
| Residente G: você vai fazer isso, você vai fazer aquilo, você tecnicamente assume os cuidados integrais, você assume o paciente... para dar banho. | Realiza cuidados integrados | |
| Residente J: tem a parte administrativa que é fazer evolução, prescrição, visita, passagem de plantão. | Faz a parte administrativa | |
| Residente A: quando eu era R1, eu pedi muita ajuda para os meus R2 que já tinham passado por esta situação e já sabiam fazer | Solicita ajuda para R2 | O ensino da prática realizado por residente |
| Residente B: e como R2 somos responsáveis pelos R1, óbvio R2 orienta R1. | R2 responsável por R1 | |

Quadro 5: Transcrições, Códigos e Subcategorias apresentadas na categoria Fatores positivos na atuação do residente

| Categoria: FATORES POSITIVOS NA ATUAÇÃO DO RESIDENTE | | |
|--|--|--|
| Transcrição | Códigos | Subcategoria |
| Residente C: a instituição aproveita que somos residentes e nos deixa fazer tudo... é muito bom pra mim. | Refere fazer tudo | Vivências e Experiências do residente como enfermeiro |
| Residente E: todas as atividades que realizo são da rotina do enfermeiro. Se o foco da residência é uma pós-graduação, acredito que temos que fazer para aprender. | Residência como aprendizado, experiência | |
| Residente H: tudo que é pertinente ao enfermeiro nós fazemos, não há restrição alguma do que, o papel do enfermeiro da instituição e do nosso papel como residente. | Atuação do residente como de enfermeiro | |
| Residente F: a gente faz todo o processo, toma algumas decisões juntamente com o enfermeiro, eu procuro decidir junto com o enfermeiro. | Toma decisões com o enfermeiro | Atuação conjunta com o enfermeiro |
| Residente G: eu sempre decidi no setor junto do enfermeiro. | | |

Quadro 6: Transcrições, Códigos e Subcategorias apresentadas na categoria Fatores negativos na atuação do residente

| Categoria: FATORES NEGATIVOS NA ATUAÇÃO DO RESIDENTE | | |
|---|--|---|
| Transcrição | Códigos | Subcategoria |
| Residente D: a gente é submetida a assumir um setor como enfermeiro, sendo que a gente tá como é, no período de residência ainda, a gente deveria ter o acompanhamento de outro profissional enfermeiro | Não tem acompanhamento de outro profissional enfermeiro | Assumir o plantão sozinho |
| Residente E: assumimos plantão na ausência do enfermeiro, talvez só essa seja a atividade que a gente desenvolve e que não deveria desenvolver como residente. | Assumi plantão na ausência do enfermeiro | |
| Residente G: o supervisor me coloca na escala de funcionários. | Entra na escala de funcionários | Residente compoendo escala de funcionários |
| Residente D: a polêmica é..., acontece situações que a gente tem o nosso cronograma a cumprir, aí descubro que sou comunicado para cobrir a escala de outro plantão, setor, porque determinado enfermeiro faltou. | Irá cobrir escala em outro setor, ausência de enfermeiro | |
| Residente I: tem a questão do dimensionamento da equipe, que a gente não deveria contar como número de funcionário. Não era o dia que eu tava de plantão, no fim de semana, aí me ligaram porque num setor ia ter menos funcionários, então fui para cobrir aquele setor. | Cobre setor em dia de folga | |
| Residente G: a gente chega a assumir o setor sozinho por não ter enfermeiro, principalmente no sábado, cobrimos plantão. | Assumi setor como cobertura de escala | Residente substituto de enfermeiros |
| Residente B: o hospital é um hospital público e tem poucos funcionários... várias faltas que existem. | Refere faltar funcionários | |
| Residente A: eles colocam o residente pra tampar um buraco, a gente não tá lá pra aprender, a gente tá lá pra tampar um buraco então, sempre faltava gente na escala, a gente já assumiu várias vezes até mesmo no dia em que a gente tava no administrativo. | Refere ser usado para tampar buraco | |
| Residente D: acontece situações que a gente tem nosso cronograma por exemplo: eu estou passando por uma ortopedia por exemplo, e... ah...descubro que sou comunicado que deveria, que eu devo é, cobrir outro setor, porque determinado profissional não compareceu. Então isso é algo que eu acho muito injusto, porque eu já passei por determinado setor, já cumpri minha carga horária neste setor e, porque ocorreu alguma falha, falta, eu tenho que voltar para este setor sendo que eu teria que completar minha carga horária em outro lugar. | Refere cobrir setor por ausência de profissional. | |

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, fica evidenciado que os residentes de enfermagem desenvolvem atividades que contemplam o processo de trabalho do enfermeiro, sendo a atuação dos residentes destacada de acordo com os locais em que se encontram. O conteúdo das entrevistas revela que os residentes atuam diretamente com o paciente, realizando o cuidado, na essência da profissão, porém as atividades pertinentes ao enfermeiro em situações de urgências e emergências foram pouco citadas, apresentando até mesmo uma deficiência na especificidade.

A análise das entrevistas por meio do referencial teórico da Análise de conteúdo proposto por Bardin permitiu a construção de três categorias: atuação do residente, fatores positivos na atuação do residente e fatores negativos na atuação do residente.

As respostas foram unânimes quanto à realização de atividades como enfermeiros. No que concerne à assistência e ao gerenciamento de enfermagem, os relatos apontaram a necessidade de se discutir a realização da prática do gerenciamento do cuidado como uma forma de assistir o paciente.

O ensino prático foi evidenciado por meio da troca de informações entre residentes de 1º e 2º ano. Com esses dados, verifica-se a real necessidade de melhor estruturar a relação dos envolvidos nos programas de residência e sua atuação. Cabe ressaltar que os entrevistados não citaram professores, tutores ou coordenadores. A relação com os preceptores é referida no momento de tomada de decisão, uma vez que os residentes participam deste processo juntamente com o enfermeiro. A ausência deste profissional é citada como redução do quantitativo de profissionais nas instituições de saúde, o que resulta na participação do residente como mão de obra institucional.

Os resultados desta pesquisa sugerem que os programas de residência precisam rediscutir a atuação de cada um dos profissionais envolvidos, coordenadores, professores, tutores e preceptores, para melhorar as estratégias de ensino prático, fundamentar a teoria dos conteúdos específicos de cada curso, bem como propiciar a prática direcionada ao tema do curso proposto.

7. REFERÊNCIAS

1. Santos TCF, Gomes MLB. Nexos entre pós-graduação e pesquisa em enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(1):91-95.
2. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós graduação lato-sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ Saúde* 2010; 7(3):479-498.
3. Valladão LM, Lopes GT. A configuração do programa de residência de enfermagem do ministério da saúde. *Esc Anna Nery Rev de Enf* 2005; 9(1):18-27.
4. Lima JCS. A Residência médica: articulações entre a prática e o ensino. 185 f. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2008.
5. Cylindro AC, et al. Residência de enfermagem: uma trajetória de 20anos. *R. Bras. Enferm* 2000; 53(1):109-114.
6. Lima DM, Porto MEA. Residência em Enfermagem: subsídios para possíveis estudos. *Enferm Novas Dimensões* 1977;(3):294-298.
7. Brasil. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm.
8. Brasil. Ministério da Educação. Parecer nº 977/65, Definição dos cursos de pós-graduação. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: <https://capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/avaliacao-n/Parecer-977-1965.pdf>.
9. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ Saúde* 2010; 7(3):479-498.

10. Brasil. Resolução nº 12 de 1983 do Conselho Federal de Educação. Fixa condições de validade de certificados de cursos de aperfeiçoamento e especialização. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.prppg.ufes.br/sites/prppg.ufes.br/files/field/anexo/resolucao_n_1283_de_61083.pdf.

11. Brasil. Lei 8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20/09/1990. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.ceaam.net/lef/LF8080.htm>.

12. Brasil. Secretaria da Educação Superior. Resolução CRNMS nº 02, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 16 abril. 2012.

13. Haddad MCFL. A residência de Enfermagem na formação profissional. Rev Cienc Saúde 2012; 11(2):223.

14. Brasil. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. [acesso em 08 de agosto de 2017] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.

15. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-259/2001. Estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Brasília, DF. 2001. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2592001_4297.html.

16. Magnabosco G, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Rossaneis MA, Silva LGC. Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de Enfermagem. Semina: Ciên Biológ Saúde 2015;36(1):73-80.

- 17.** Brasília. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 0459 de 2014. [acesso em 08 de agosto de 2017] Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04592014_26170.html.
- 18.** Brasil. 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, 2006.
- 19.** Brasil. Lei 11.129 de 2005. Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CRNMS). [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.
- 20.** Silva CT, Terra MG, Camponogara S, Kruse MHL, Roso CC, Xavier MS. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Rev Gaúcha Enferm* 2014; 35(3):49-54.
- 21.** Drago LC, Salum RL, Andrade SR, Medeiros M, Marinho MM. A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. *Cogitare Enferm* 2013; 18(1):95-101.
- 22.** Burg RC. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciêns Saúde Col* 2005; 10(4):975-986.
- 23.** Brasil. Portaria Interministerial nº1.077 de novembro de 2009. Dispõem sobre a Residência Multiprofissional em Saúde. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: www.ufsj.edu.br/portal2depositorio/File/resenf/LEGISLACAO/Portaria%20Interministerial%20MEC-MS%201077%20de%202009.pdf.
- 24.** Pereira ALF, Nicácio, MC. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev Enf UERJ* 2014; 22(1):50-56.
- 25.** Brasil. Ministério da Educação. ATA da 4ª Comissão Plenária da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde em 9 de setembro de 2015. [acesso em 08

de agosto de 2017]. Disponível em: www.portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=35661-ata-4a-reuniao-plenaria-2015-pdf&category_slug=marco-2016-pdf&Itemid=30192.

26. Brasil. Ministério da Saúde e da Educação. Edital de convocação nº 17, de 4 de novembro de 2011 Programa Nacional De Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional Da Saúde. Diário Oficial da União. Nº 214, terça-feira, 8 de novembro de 2011. [acessado em 08/08/2017] Disponível em: portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9504-editaldeconvocacao-17-residenciamultiprofissional-1&category_slug=dezembro-2011-pdf&Itemid=30192.

27. Martins GM, Caregnato RCA, Barroso VLM, Ribas DCP, Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev Gaúcha Enferm* 2016; 37(3):e57046

28. Garcia SD, Ignotti BS, Ciciliato CZ, Vannuchi MTO. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(4):362-366.

29. Zanoni CS, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Rossaneis MA, Gvozd R. Contribuições da residência em Enfermagem na atuação profissional das egressas. *Semina: Ciên Biológ Saúde* 2015; 36(1):215-224.

30. Silva JC, Contim D, Ohl RI, Chavaglia SR, Amaral EM. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(2):132-138.

31. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(4):586-593.

32. Mccaffrey R, Hayes RM, Cassell A, Miller-Reyes S, Donaldson A. The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the

benefits of positive communication and collaboration. *J Adv Nurs* 2012; 68(2):293–301.

33. Pinheiro J, Zeitone RCG. O trabalho dos residentes de enfermagem na perspectiva dos riscos ocupacionais. *HU Revista* 2011; 37(2):225-232.

34. Guido LA, Silva RM, Goulart CT, Bolzan MEO, Lopes LFD. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1477-1483.

35. Cunha ICKO, Balsanelli AP, Feldman LB, Ruthes RM. Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro. São Paulo, Martinari, 2008.

36. Projeto de Credenciamento de Programa (PCP) de Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Trauma. Local: UNISA. Data: 2013. Disponível em: <http://www.unisa.br/media/Edital-RMulti08112018.pdf>.

37. Barros ALBL, et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015.

38. Silva RM, Cordeiro AL, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GA. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. *Acta Paul Enf* 2014; 27(4):362-366.

39. Minayo MCS, Gomes SFDR. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, Vozes, 2011.

40. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa na saúde. 14^a ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

41. Canzonieri AM. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

- 42.** Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de Sistematização. *Rev Enf UERJ* 2008; 16(4):569-576.
- 43.** Bardin, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).
- 44.** Melo MC, Queluci GC, Gouvêa MV. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 2014; 48(4):706-714.
- 45.** Sassi MM, Machado RR. Residência multiprofissional em urgência e emergência: a visão do profissional de saúde residente. *Rev Enf UFPE* 2017; 11(2):785-791.
- 46.** Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enf* 2013; 18(3):592-595.
- 47.** Barbeiro FMS, Miranda LV, Souza SR. Enfermeiro preceptor e residente de enfermagem: a interação no cenário da prática. *Rev Pesq: Cuid Fundam Online* 2010; 2(3):1080-1087.
- 48.** Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Sade MPC, Larocca LM. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(2):463-470.
- 49.** Peduzzi M, Hausmann M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enf* 2009; 18(2): 258-265.
- 50.** Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- 51.** Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enf* 2007; 60(2):221-224.

52. Bottil SHO, Regol S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? Rev Bras Educ Méd 2008; 32(3):363-373.

53. Brasil. Ministério da Educação. Carta convite para o Curso Estratégias de Ensino/Aprendizagem em Saúde e Políticas Públicas de Saúde para preceptores. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=35011-comunicado02032016-pdf&category_slug=marco-2016-pdf&Itemid=30192.

54. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Edital de abertura de inscrições nº 002/ 2016 para seleção pública para residência uni e multiprofissional – 2017. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: <https://documento.vunesp.com.br/documento/stream/MTA5MTg%3d>

55. Brasil. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Principais Legislações para o exercício de enfermagem. [Internet] [acesso em 08 de agosto 2017] Disponível em http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/principais_legislacoes_web.pdf.

56. Brasília. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192.

57. São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Regimento Residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo. [acesso em 08 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/ger_de_desenvolvimento/index.php?p=33672.

APÊNDICE

Caracterização da população

Feminino

Masculino

Idade: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de atuação na área: _____

Pós-graduação: Sim Não

Em que: _____

Perguntas norteadoras:

- Conte um pouco de sua atuação: Quais atividades você desenvolve como residente?
- Existe alguma atividade que você desenvolve e acha que não deveria ser realizada por residente? Apresente seus motivos.

ANEXO

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Karisa Santiago Nakahata

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65917017.9.0000.0081

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.704

Apresentação do Projeto:

Idem anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Idem anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Carta Anuência: postada. (Embora seja da mantenedora, não está em papel timbrado e não há carimbo).

-Instrumento de Coleta de Dados/Roteiro Entrevistas: postado.

Recomendações:

Idem anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 2.015.704

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_873053.pdf | 11/04/2017 12:32:12 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Final_CEP.doc | 11/04/2017 12:31:41 | Karisa Santiago Nakahata | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracao_Rosana.pdf | 07/04/2017 08:03:35 | Karisa Santiago Nakahata | Aceito |
| Outros | Instrumento_de_coleta_de_dados.docx | 07/04/2017 08:02:46 | Karisa Santiago Nakahata | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_CEP.pdf | 13/03/2017 09:18:10 | Karisa Santiago Nakahata | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 06/03/2017 11:40:32 | Karisa Santiago Nakahata | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br