



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS



## RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

André Viana Fagundes

**Perfil e inserção profissional de egressos de uma residência multiprofissional de um hospital universitário de Porto Alegre.**

PORTO ALEGRE, 2019



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS



André Viana Fagundes

**Perfil e inserção profissional de egressos de uma residência multiprofissional de um hospital universitário de Porto Alegre.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Integral ao Usuário de Drogas

Orientador: Dr<sup>o</sup> Luiz Alvarenga

PORTO ALEGRE, 2019

## RESUMO

**Introdução:** A Residência multiprofissional tem como objetivo qualificar os serviços de saúde, especializando profissionais da área da saúde uma atuação multiprofissional integrada dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde. Olhar para os profissionais que passaram por este programa e identificar quais são os espaços que estão atuando e sua situação de vida atual foi o objetivo geral deste estudo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida de forma anônima em formulário Google Forms. Como amostra foi obtida a resposta de 112 egressos multiprofissionais (59,9%), distribuídos entre os sete programas de residência existentes no hospital dentre os oito núcleos profissionais. **Resultados:** em relação à renda, 30,5% (34) tem renda acima de cinco mil reais; 29,5% (33) acima de três mil e quinhentos reais; 16% (18) acima de dois mil e quinhentos reais. Em relação a organizações de trabalho 31% (35) atuam na iniciativa privada; 31% (35) atuam como público celetista; 8% (9) atuam como público estatutário. Em relação à função profissional 53,5% (60) atuam na assistência; 9% (10) atuam na gestão. **Conclusão:** Pode-se concluir que os dados aqui expressos mostram-se promissores nas variáveis como renda, função profissional e organizações de trabalho a partir da realidade de egressos de uma residência multiprofissional.

Palavras Chave: Residência Multiprofissional, Egressos, Mercado de Trabalho.

## ABSTRACT

**Introduction:** The multiprofessional residency aims to qualify the health services, specializing health professionals in an integrated multiprofessional action within the Public Health System principles. The general objective of this study was to look at the professionals who went through this program and identify the spaces in which they are working on and their current life situation. **Methods:** This is a descriptive research with a quantitative approach, developed anonymously in the Google Forms platform. The replies of 112 multiprofessional graduates (59.9%) were obtained from the seven residency programs in the hospital among the eight professional nuclei. **Results:** Regarding income, 30.5% (34) have income above 5000 reais; 29.5% (33) above 3500 reais; 16% (18) above 2500 reais. Regarding to working organizations 31% (35) work in the private sector; 31% (35) work on a contract basis; 8% (9) act as a statutory public. Regarding professional function 53.5% (60) work in the care; 9% (10) work in the management. **Conclusion:** It can be concluded that the data expressed here are positive and promising in the variables such as income, professional function and work organizations from the reality of graduates of a multiprofessional residency.

Keys words: multiprofessional residency, graduates, job market

## SUMÁRIO

RESUMO .....	1
1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Hipótese Alternativa.....	6
1.2 Questão de Pesquisa .....	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 Histórico da residência multiprofissional.....	7
2.2 Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS).....	8
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral .....	11
3.2 Objetivos Específicos .....	11
4. METODOLOGIA.....	12
4.1 Delineamento do estudo .....	12
4.3 Instrumentos .....	12
4.4 Procedimentos .....	12
4.5 Variáveis Mensuradas .....	12
4.6 Análises dos Dados.....	13
4.7 Aspectos Éticos .....	13
5. RESULTADOS .....	13
RESUMO .....	14
INTRODUÇÃO.....	15
METODOLOGIA.....	16
RESULTADOS .....	17
DISCUSSÃO .....	26
LIMITES DO ESTUDO.....	29
CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	33
7. AGRADECIMENTOS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO .....	37
APÊNDICE B - INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO AOS PARTICIPANTES .....	43

## 1. INTRODUÇÃO

A residência multiprofissional, programa dos ministérios da saúde e da educação, tem como objetivo qualificar os serviços de saúde, especializando profissionais da área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) com exceção dos profissionais de medicina (BRASIL, 2010).

Os programas de residências multiprofissionais têm configurações diferentes de especializações convencionais, tendo como particularidade a formação em serviço, sendo então constituído por parte teórica e prática, respectivamente 20% e 80% da carga horária de 60 horas semanais que o residente deve cumprir durante dois anos (BRASIL, 2010).

As atividades teóricas que o residente desenvolve devem ser relacionadas tanto com a prática de campo da saúde do programa de residência específico, como do seu núcleo profissional de formação originalmente. Já a parte relacionada à formação em serviço deve ser constituída de serviço assistencial aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). A residência tem um papel significativo na vida do profissional, tanto durante o programa, tendo seu regime em dedicação exclusiva, como após a sua conclusão, fatores como a intenção de aplicar os conhecimentos da residência no trabalho atual, a probabilidade de melhorar a sua capacidade de trabalhar em grupo e sua melhor integração com outros profissionais já foram evidenciados em uma pesquisa com egressos de uma residência multiprofissional de um hospital vinculado a Universidade Federal de Minas Gerais (CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que os serviços de saúde que atuam de forma interprofissional, qualificam a assistência ao usuário, e aumentam a compreensão dos atores de saúde para o atendimento integral do paciente (OMS, 2010). Isto mostra a importância da residência multiprofissional em saúde (RMS), como estratégia para conquista do princípio de integralidade do SUS (BRASIL, 1990), a promoção da saúde evitando que os espaços da alta complexidade fiquem superlotados (BRASIL, 2010), e para educação permanente em saúde (SILVA, 2016), trazendo, a cada ano, novos profissionais, fomentando um melhor cuidado para o usuário, evitando assim a estagnação do conhecimento, pois está em constante atualização.

Assim, torna-se importante olhar tanto para o programa de residência multiprofissional em execução quanto para os profissionais que realizam-no, para avaliar seus efeitos e implicações para o SUS, sendo fundamental realizarem-se investigações que mostrem quais as implicações

para o SUS desta formação, e para todo o mercado de trabalho onde ocorre a inserção dos egressos das residências. Para isto o presente estudo objetiva analisar quais são as características dos profissionais da saúde que passaram por uma residência multiprofissional em um hospital universitário de Porto Alegre, identificando quais os espaços que estes estão inseridos após a formação em serviço.

### **1.1 Hipótese Alternativa**

A principal hipótese é de que um número expressivo dos residentes multiprofissionais não estão sendo absorvidos pelo SUS.

### **1.2 Questão de Pesquisa**

Qual o perfil e a inserção profissional de egressos de uma residência multiprofissional de um hospital universitário?

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Histórico da residência multiprofissional**

Para chegar ao modelo de RMS que temos hoje, houve um grande percurso, começando pela Residência de São José de Murialdo no Rio Grande do Sul em Medicina comunitária no ano de 1976, e que após dois anos se torna multiprofissional, como uma forma de ser resistência ao modelo médico-industrial, fragmentação do conhecimento, e olhar somente biológico para as doenças. Em 1988 surge a Constituição Brasileira, legislação onde estão as bases do SUS, a qual reforça o fato deste ser responsável pela formação de seus próprios recursos humanos, no artigo 200 (BRASIL, 1988). Em 1993 é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), ampliando a atuação de agentes comunitários, reforçando a importância da Atenção Básica como organizadora da atenção em saúde e a atuação interprofissional como estratégia do trabalho em equipe. Em 1999 o então Departamento de Atenção Básica vinculado ao Ministério da Saúde (MS) demonstra interesse em ampliar as residências de saúde da família que até então eram compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, para acrescentar valores como promoção da saúde, integralidade e acolhimento (BRASIL, 2006).

No ano de 2002 foram criadas 19 residências com ênfase em saúde da família, por meio de financiamento do Ministério da Saúde, e com diversos formatos cada uma, mas todas com o objetivo de integrar todas as profissões da saúde até ali estabelecidas. Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), esta vem organizada de forma a cumprir a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta Secretaria propõe então a criação da Comissão de Residências em Saúde no âmbito do MS, esta comissão seria responsável por abrigar a então Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais (CNRM), porém a proposta é negada em virtude de fortes resistências.

Em 30 de junho de 2005 é promulgada a lei 11.129 que cria a Residência Multiprofissional em Área da Saúde, sendo excetuada a área médica. O motivo argumentado era em função de que a residência em saúde da família não estava nos padrões que estariam a ser implantados no modelo de residência que estava sendo proposto. Entretanto enquanto a residência médica tem sua certificação assegurada na sua devida área (residência), a multiprofissional não, ou seja, os profissionais não médicos que concluem a residência ganham

um título de especialista somente, não sendo reconhecidos distintamente pelo modelo de pós-graduação diferenciado.

A SGTES com a colaboração de outras entidades realiza o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, um mês após a promulgação da lei 11.129, com o objetivo de definir objetivos que nortearão as residências nos próximos anos como: estratégias para a construção da Multidisciplinaridade com a intenção de alcançar o princípio de integralidade; construção de diretrizes nacionais para RMS; composição da CNRM; e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006).

No ano de 2005 o MS então elabora as portarias que regulamentam e financiam a RMS: portarias n°s 1.111, 1.143 e 2.117. O investimento na potencialidade político-pedagógico da RMS confere um caráter inovador ao possibilitar a formação de profissionais e uma mudança no modelo técnico-assistencial do SUS. A intrínseca característica de interdisciplinaridade moderniza a RMS ao incluir, pela resolução do CNS 287/1998, as catorze categorias profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

## **2.2 Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS)**

A RIMS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) tem como objetivo geral especializar profissionais por meio da formação em serviço, como forma de atuar em equipe de modo interdisciplinar, norteado pelos princípios do SUS, considerando as necessidades de saúde da população e com base em indicadores epidemiológicos. E tem como alguns objetivos específicos: desenvolver em cada uma das áreas de concentração ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde; fomentar o olhar crítico sobre como analisar e propor integralidade, equidade e universalidade com participação social na atenção à saúde do usuário; ampliar a conexão da alta, média e baixa complexidade, facilitando para o usuário a continuidade do seu tratamento, e para alta complexidade a liberação de demandas para novos atendimentos; qualificar as práticas assistenciais com a integração das linhas de cuidado interdisciplinares, com condutas baseadas em evidências, promovendo a segurança do usuário e trabalhador e, produzir conhecimento, através da pesquisa, de acordo com a lacunas percebidas pelo residente em seu cenário de prática.



Para que todos estes objetivos sejam alcançados é de fundamental importância que o residente conheça, e desenvolva análise crítica sobre o seu campo de atuação, criando a discussão sobre o processo dinâmico da saúde-doença da população; planeje ações em saúde com base nos princípios do SUS no seu aprendizado teórico-prático de núcleo e transversal, afim de promover a constante atualização dos cuidados em saúde; incorpore na sua prática assistencial, principalmente e constantemente a integralidade, a universalidade e a equidade, esta com a ideia de trabalho interdisciplinar, com finalidade de redução do tempo de hospitalização do paciente, com maior qualidade, corroborando para os melhores indicadores de saúde e, por último, estimular a educação permanente em saúde, tanto de si próprio como dos demais agentes de saúde envolvidos com sua prática docente-assistencial (HCPA, 2015).

A fim de atingir estes objetivos, a residência multiprofissional do HCPA é norteada por alguns aspectos da Cartilha da Política Nacional de Humanização (PHN) que fala sobre clínica ampliada, projeto terapêutico singular (PTS) e equipe de referência. O conceito de clínica ampliada traz como principais características um olhar único para cada caso de paciente, a responsabilidade da equipe sobre seus pacientes, intersetorialidade, ou seja, busca de ajuda em outros setores para o cuidado do usuário, reconhecer e respeitar os limites de conhecimento de cada profissão, respeitando a ética profissional de cada núcleo. Já o conceito de PTS é um conjunto de condutas terapêuticas decididas em equipe interdisciplinar para o melhor bem estar do paciente. Uma atuação destas só é possível quando todos os núcleos profissionais forem considerados importantes para o entendimento da situação do Sujeito em questão, nas suas diversas formas de cuidado, e, por conseguinte, tomada de ações efetivas para a saúde. O nome anteriormente era chamado “projeto terapêutico individual”, mas em virtude do olhar muitas vezes não ser somente sobre o indivíduo, mas sobre o contexto de pessoas no qual ele está inserido, o nome mudou para “projeto terapêutico singular”, uma ação que visa à busca da diferença daquele indivíduo, que o torna único e exclusivo, pois em muitos casos o olhar para o paciente é centrado no diagnóstico, que busca igualar ele a outras pessoas com o mesmo problema, porém como diz o ditado “cada caso, é um caso” (BRASIL, 2007).

A importância da residência multiprofissional no HCPA foi analisada em uma pesquisa que serviu de base para tese de doutorado sobre a formação em serviço multiprofissional do hospital no qual constam relatos de diversos profissionais envolvidos com a mesma, como, por exemplo, de uma residente que afirma sobre a criação do PTS por meio de uma atividade teórico-

prática, no qual se iniciou somente com objetivo de ensino, mas que se observar que esta reflexão dos casos fez com que algumas preceptoras repensassem suas práticas assistenciais, e que esta reflexão realmente eram discussões concretas sobre os casos, o que posteriormente ocasionou o convite dos atores da residência multiprofissional para outros profissionais não relacionados à RIMS. Em relação à clínica ampliada, também é observado nesta tese que uma preceptora não tinha conhecimento dos princípios de clínica ampliada, e que somente começou a estudar e praticar após o surgimento da residência multiprofissional, pois até então somente se enxergava o modelo hegemônico da medicina. Um dos aspectos mais importantes do programa de residência é o processo avaliativo. Sobre isso, a autora acima citada, relata em sua tese sobre que a avaliação do programa deve ser contínua, mas que uma das verdadeiras avaliações irá acontecer na medida que os primeiros residentes forem saindo, quando o mercado receber estes e a forma que esta formação impactará nos processos de trabalho, isto sim será a avaliação do egresso da residência multiprofissional do HCPA (LOPES, 2014)

Com relação ao perfil de egressos de cursos de formação em saúde, a revisão na literatura pertinente mostrou pesquisas que evidenciam perfil de egressos graduados (BRANQUINHO, 2012), outros sobre a residência médica (DE OLIVEIRA, 2011), e ainda há um sobre a residência multiprofissional de Sobral - CE (DIAS et al, 2008), aquele último porém, formula um questionário com perguntas dissertativas, dando margem para que respostas não sejam padronizadas, diferente do questionário formulado para este estudo com grande parte de suas questões objetivas.

Estes pontos apresentados mostram a complexidade e as potencialidades que envolvem um programa de residência multiprofissional enquanto fazendo parte de uma política de formação e como estratégia de qualificação e transformação dos profissionais e dos processos de trabalho.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar o perfil de egressos da residência multiprofissional do HCPA, e sua inserção profissional após a formação em serviço.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- descrever aspectos sociodemográficos dos egressos especializados na RIMS;
- descrever remuneração dos egressos especializados na RIMS;
- descrever vínculo empregatício dos egressos especializados na RIMS;
- descrever tempo de inserção profissional dos egressos especializados na RIMS;
- descrever as funções que os egressos especializados na RIMS desempenham nos serviços de saúde;
- descrever se a ênfase de formação condiz com a inserção profissional na mesma área da residência dos egressos especializados na RIMS.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal que fez a avaliação atual dos egressos da residência multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### **4.2 População e Amostra**

Trata-se de um estudo de base populacional envolvendo todos os 187 egressos já especializados nesta modalidade entre os anos de 2012 e 2017 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Como critério de inclusão foi considerado ter concluído a residência multiprofissional do HCPA dentro do período definido. Como critérios de exclusão foi considerado ter sido desligado do programa.

### **4.3 Instrumentos**

Foi aplicado um questionário de múltipla escolha (APÊNDICE 1), sendo algumas questões com resposta única (alternativas com parênteses) e outras com mais de uma resposta possível (alternativas com colchetes).

### **4.4 Procedimentos**

O questionário foi enviado via e-mail, fornecido pela secretaria da RIMS, após a aprovação deste projeto pelo comitê de ética do próprio hospital. O questionário foi formulado em plataforma Google Forms, sendo enviado o link para acesso juntamente com informações sobre o estudo aos participantes (APÊNDICE B). Caso se percebesse a não conferência à mensagem, por motivo de e-mail institucional desativado e falta de e-mail pessoal no cadastro da RIMS, ou ainda por não conferência da caixa de entrada, o pesquisador fez a tentativa de informá-lo via rede social, utilizando o mesmo corpo da mensagem do apêndice B, seguido do link de acesso ao questionário.

### **4.5 Variáveis Mensuradas**

O questionário continha questões relacionadas à variáveis de dados sociodemográficos, experiência profissional prévia a RIMS, experiência profissional após a RIMS e, experiência sobre a formação durante a residência. Os desfechos de caráter primário foram função profissional e renda dos participantes; e os secundários foram indicadores sociodemográficos dos

residentes, avaliação da residência multiprofissional do HCPA para a formação pessoal do residente, indicadores do histórico profissional dos residentes.

#### **4.6 Análises dos Dados**

A análise descritiva dos dados quantitativos foi feita através do software SPSS (22.0) para variáveis categóricas expressas em "n" e porcentagem.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo Seres Humanos, foram assegurados os aspectos éticos de pesquisa, obedecendo a Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). O estudo foi submetido à análise e posterior aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA) e a coleta de informações só foi iniciada após aprovação.

Os participantes do presente estudo foram orientados quanto à natureza e objetivos da pesquisa (APÊNDICE B). Segundo o comitê de ética em pesquisa do hospital, o presente estudo dispensa Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em caso de aceitação o participante começou o preenchimento do questionário. A pesquisa foi anônima, e não houve divulgação dos dados de forma individual. Como riscos é passível de ocorrência o acesso dos dados por terceiros não envolvidos com a pesquisa, para isto o banco de dados foi armazenado em plataforma digital com acesso somente pelos pesquisadores, cada plataforma digital necessita de identificação e senha de usuário, devendo os pesquisadores manter sigilo de suas contas. E como benefícios o conhecimento da/ realidade da residência fornecendo parâmetros para a gestão do programa e para todos os envolvidos (gestão, tutores, preceptores e residentes) para a qualificação da formação.

### **5. RESULTADOS**

O resultado deste projeto será apresentado a seguir no formato de artigo a ser submetido para a publicação.

# PERFIL E INSERÇÃO PROFISSIONAL DE EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE.

Autores: André Viana Fagundes<sup>1</sup>  
Luiz Fernando Calage Alvarenga<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A Residência multiprofissional tem como objetivo qualificar os serviços de saúde, especializando profissionais da área da saúde uma atuação multiprofissional integrada dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde. Olhar para os profissionais que passaram por este programa e identificar quais são os espaços que estão atuando e sua situação de vida atual foi o objetivo geral deste estudo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida de forma anônima em formulário Google Forms. Como amostra foi obtida a resposta de 112 egressos multiprofissionais (59,9%), distribuídos entre os sete programas de residência existentes no hospital dentre os oito núcleos profissionais. **Resultados:** em relação à renda, 30,5% (34) tem renda acima de cinco mil reais; 29,5% (33) acima de três mil e quinhentos reais; 16% (18) acima de dois mil e quinhentos reais. Em relação a organizações de trabalho 31% (35) atuam na iniciativa privada; 31% (35) atuam como público celetista; 8% (9) atuam como público estatutário. Em relação à função profissional 53,5% (60) atuam na assistência; 9% (10) atuam na gestão. **Conclusão:** Pode-se concluir que os dados aqui expressos mostram-se promissores nas variáveis como renda, função profissional e organizações de trabalho a partir da realidade de egressos de uma residência multiprofissional.

Palavras Chave: Residência Multiprofissional, Egressos, Mercado de Trabalho.

## ABSTRACT

**Introduction:** The multiprofessional residency aims to qualify the health services, specializing health professionals in an integrated multiprofessional action within the Public Health System principles. The general objective of this study was to look at the professionals who went through this program and identify the spaces in which they are working on and their current life situation. **Methods:** This is a descriptive research with a quantitative approach, developed anonymously in the Google Forms platform. The replies of 112 multiprofessional graduates (59.9%) were obtained from the seven residency programs in the hospital among the eight professional nuclei. **Results:** Regarding income, 30.5% (34) have income above 5000 reais; 29.5% (33) above 3500 reais; 16% (18) above 2500 reais. Regarding to working organizations 31% (35) work in the private sector; 31% (35) work on a contract basis; 8% (9) act as a statutory public. Regarding professional function 53.5% (60) work in the care; 9% (10) work in the management. **Conclusion:** It can be concluded that the data expressed here are positive and promising in the variables such as income, professional function and work organizations from the reality of graduates of a multiprofessional residency.

Keys words: multiprofessional residency, graduates, job market.

---

<sup>1</sup> Residente Multiprofissional da Atenção Integral ao Usuário de Drogas

<sup>2</sup> Professor da UFRGS do curso de fisioterapia. Coordenador e Tutor do programa Adulto Crítico da RIMS HCPA.

## INTRODUÇÃO

A residência multiprofissional, programa dos ministérios da saúde e da educação, tem como objetivo qualificar os serviços de saúde, especializando profissionais da área da saúde, com exceção da medicina (BRASIL, 2010). Estes têm configurações diferentes de especializações convencionais, tendo como particularidade a formação em serviço, sendo então constituído por parte teórica e prática, respectivamente 20% e 80% da carga horária de 60 horas semanais que o residente deve cumprir durante dois anos (BRASIL, 2010). As atividades teóricas que o residente desenvolve devem ser relacionadas tanto com a prática de campo da saúde deste, como do seu núcleo profissional de formação originalmente. Já a parte relacionada à formação em serviço deve ser constituída de serviço assistencial aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Egressos de uma residência de Minas Gerais relataram em uma pesquisa a intenção de aplicar os conhecimentos da residência no trabalho atual, a probabilidade de melhorar a sua capacidade de trabalhar em grupo e sua melhor integração com outros profissionais (CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que os serviços de saúde que atuam de forma interprofissional, qualificam a assistência ao usuário, e aumentam a compreensão dos atores de saúde para o atendimento integral do paciente (OMS, 2010). Isto mostra a importância da residência multiprofissional em saúde (RMS), como estratégia para conquista do princípio de integralidade do SUS (BRASIL, 1990).

Em um estudo que utilizou a RMS de um hospital público de Porto Alegre como campo de sua pesquisa, foi relatado pela coordenadora do programa que a avaliação do mesmo deve ser contínua, mas que uma das verdadeiras avaliações irá acontecer na medida em que os primeiros residentes forem saindo, quando o mercado receber estes e a forma que esta formação impactará nos processos de trabalho, isto sim será a avaliação do residente (LOPES, 2014).

Assim, torna-se importante olhar para os profissionais que passam por este programa e identificar quais são os espaços que estes estão atuando, e sua situação de vida atual, com base em variáveis de renda, moradia, organização de trabalho e afins. Para isto o presente estudo objetiva analisar quais são as características dos profissionais da saúde que passaram por uma residência multiprofissional em um hospital universitário de Porto Alegre, identificando dados

sociodemográficos, e experiência após a sua conclusão do programa de residência multiprofissional.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida de forma anônima em formulário Google Forms no período de junho a agosto de 2018. Foram convidados todos os egressos de um programa de residência multiprofissional realizado em um hospital universitário de Porto Alegre, especializados entre os anos de 2012 e 2017 de oito núcleos profissionais, entre os sete programas existentes neste hospital.

O presente estudo foi aprovado em dois Comitês de Ética sendo um do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e outro da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) além de obedecer a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) respeitando os critérios éticos para pesquisa em seres humanos.

Como critério de inclusão a conclusão da residência multiprofissional da instituição proponente dentro dos anos de 2012 a 2017. Como critérios de exclusão o desligamento do programa durante a formação. Após a aprovação do projeto de pesquisa em Comitê de Ética, foi disponibilizado o contato de 187 residentes egressos, o qual serviu de base para o cálculo amostral de 126 participantes. Ao fazer a tentativa de contatos com todos, obtivemos respostas de 112 (88,9%) indivíduos. O questionário continha questões relacionadas à variáveis de dados sociodemográficos, experiência profissional prévia, após e sobre a RIMS. Os desfechos de caráter primário foram a experiência após a RIMS; e os secundários foram indicadores sociodemográficos dos residentes. O presente estudo dispensou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois após a descrição do estudo no corpo do e-mail foi introduzida à frase “Ao responder e enviar o questionário você está concordando em participar desta pesquisa”.



## RESULTADOS

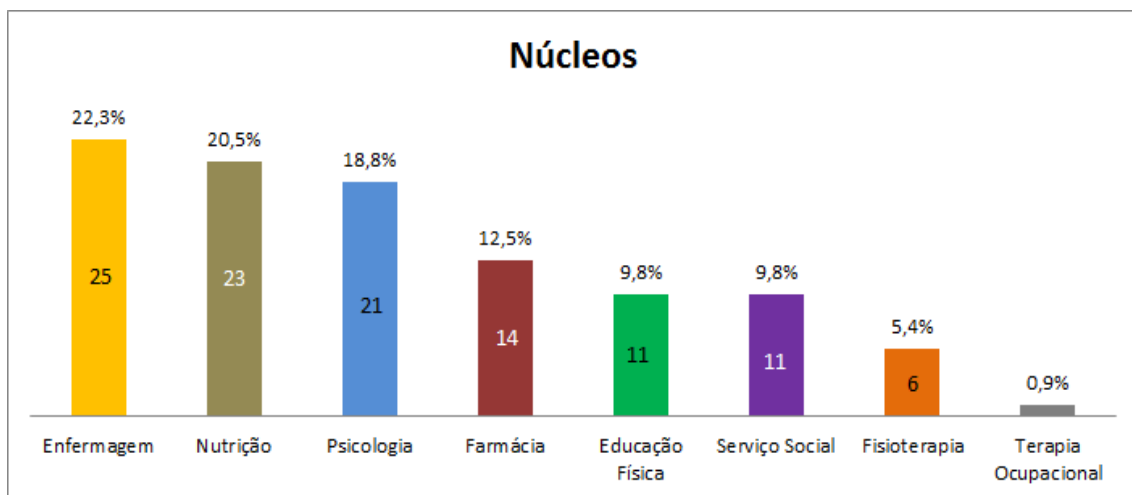
Abaixo serão apresentados em tabelas e gráficos os resultados das principais variáveis quantitativas coletadas neste estudo.

**Tabela 1 – Caracterização da amostra**

<b>Caracterização da amostra</b>	<b>Resultados</b>	<b>%</b>	<b>N=112</b>
Sexo	Feminino	87,5%	98
Raça/etnia	Branco	93%	104
Estado Civil	Solteiro	70,5%	79
Cidade Atual	Porto Alegre	67%	75
Filhos	Não	87,5%	98
Moradia	Alugada	41%	46
Instituição de Graduação	Pública	52,7%	59
Estágio no SUS	Sim	81,3%	91
Pós-graduação prévia	Não	73,2%	82
Experiência profissional prévia	Não	48,2%	54
Idade no ingresso (anos)	24 ± 4,52		
Idade atual (anos)	31 ± 3,60		
Tempo graduação – residência (anos)	1,7 ± 2,45		

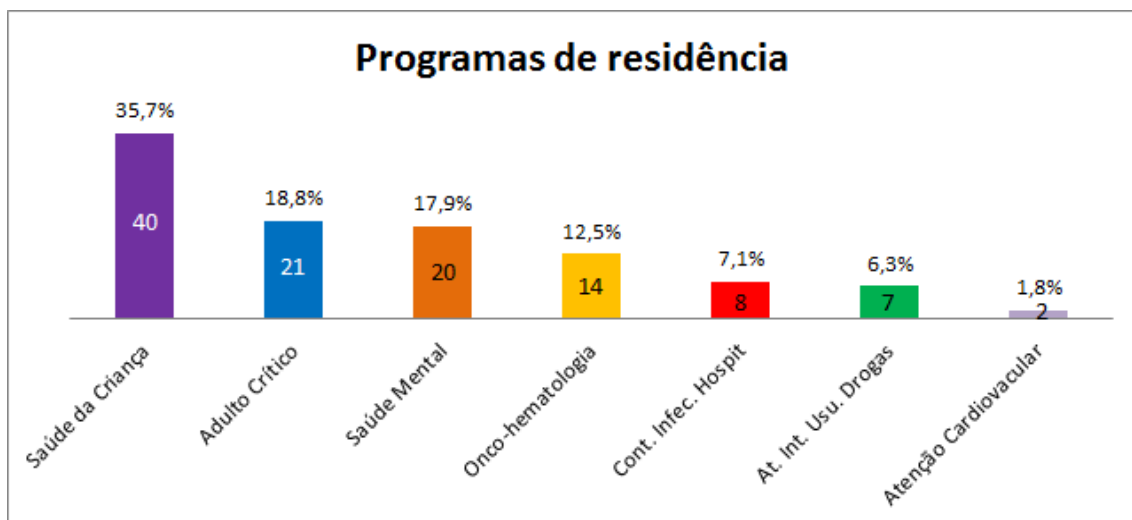
Na tabela 1 são descritos os dados sociodemográficos, na qual podemos observar que 87,5% (98) são do sexo feminino, com idade ao ingressar de 24 ± 4,52 anos e idade ao responder a pesquisa de 31 ± 3,59 anos; 93% (104) de cor branca; 70,5% (79) solteiro (a); 67% (75) residem em Porto Alegre. 87,5% (98) sem filhos; 41% (46) com moradia alugada; 52,7% (59) com graduação em instituição pública; 81,3% (91) realizaram estágios no SUS; 73,2% (82) sem pós-graduação anterior a RMS; 48,2% (54) sem experiência como profissional graduado; e, 1,7 ± 2,44 entre a graduação e início da residência.

Na Figura 1 e Figura 2 apresenta-se a amostra distribuída entre núcleos profissionais e programas de residência, respectivamente.



**Figura 1 – Distribuição da amostra por núcleo profissional**

Ao observar a Figura 1 podemos identificar que 22,3% (25) são da Enfermagem; 20,5% (23) da Nutrição; 18,8% (21) da Psicologia; 12,5% (14) da Farmácia; 9,8% (11) da Educação Física e Serviço Social; 5,4% (6) da Fisioterapia e 0,9% (1) da Terapia Ocupacional.



**Figura 2 - Distribuição da amostra por programa de residência**

Já na figura 2 a descrição mostra a distribuição da amostra por programas, nos quais 35,7% (40) são da Saúde da Criança; 18,8% (21) do Adulto Crítico; 17,9% (20) da Saúde Mental; 12,5% (14) da Onco-Hematologia; 7,1% (8) do Controle de Infecção Hospitalar; 6,3% (7) da Atenção Integral ao Usuário de Drogas; 1,8% (2) da Atenção Cardiovascular.



**Figura 3 - Percentual de respostas pelo total de residentes do programa.**

Na figura 3 estão apresentados os percentuais de respostas dos participantes que fizeram parte do estudo dentre a totalidade de egressos por programa, logo 63,5% dos egressos de Saúde da Criança, 58,3% do Adulto Crítico, 66,7% da Saúde Mental, 53,8% da Onco-Hematologia, 44,4% do Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), 87,5% da Atenção Integral ao Usuário de Drogas e 33,3% da Atenção Cardiovascular responderam o instrumento do presente estudo.

Na tabela 2 apresentam-se os dados relativos à renda e organização atual de trabalho.

**Tabela 2 – Renda e Organização atual de trabalho**

<b>RENDA</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Acima de 5000	30,5%	34
Entre 3501 e 5000	29,5%	33
Entre 2501 e 3500	16%	18
Entre 1001 e 2500	15%	17
Entre 501 e 1000	3,5%	4
Menos de 500	1%	1
Sem renda	4,5%	5
<b>Organização Atual</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Não exerce atividade	12,5%	14
Estagiário	2%	2
Residente	3,5%	4
Autônomo	22,5%	25
Iniciativa privada	31%	35
Público celetista	31%	35
Público estatutário	8%	9

Na Tabela 2 nota-se que 30,5% (34) tem renda acima de cinco mil reais; 29,5% (33) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais ; 16% (18) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais; 15% (17) tem renda entre mil e um e dois mil e quinhentos reais; 3,5% (4) tem renda entre quinhentos e um e mil reais; 1% (1) menos de quinhentos reais; 4,5% (5) esta sem renda atualmente.

Na segunda parte da Tabela 2 estão expressas as organizações de trabalho atuais, no qual 31% (35) atuam na iniciativa privada; 31% (35) atuam como público celetista; 22,5% (25) atuam como autônomos; 12,5% (14) não exercem atividade profissional; 8% (9) atuam como público estatutário; 3,5% (4) atuam como residentes; 2% (2) atuam como estagiários. As porcentagens de organização de trabalho ultrapassam os 100% em função de que era permitido assinalar mais de uma opção.

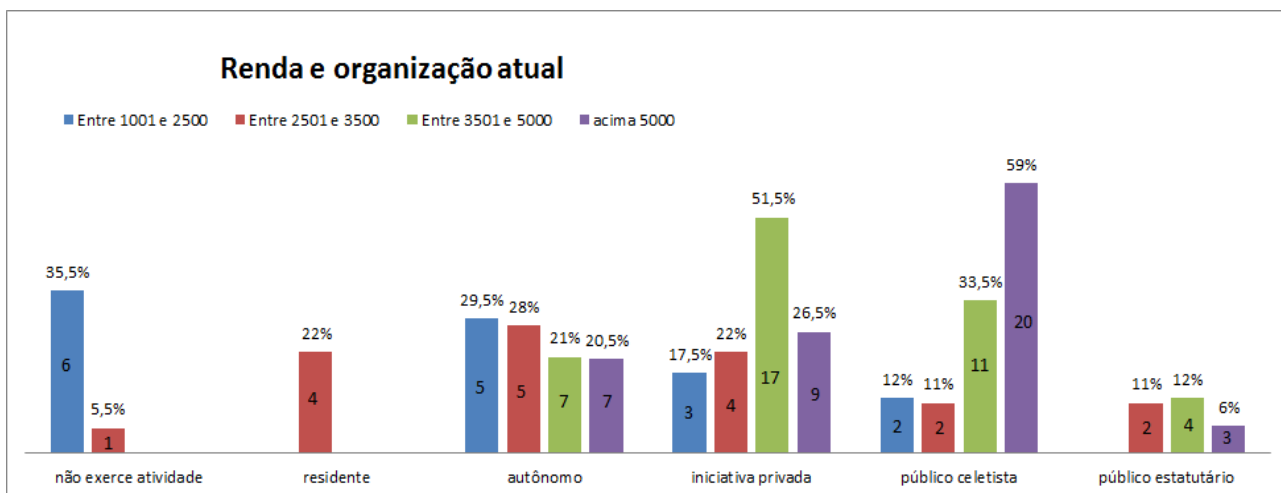
Na tabela 3 apresentam-se os dados de renda conforme o núcleo profissional.

**Tabela 3 – Renda por núcleo profissional**

<b>Renda</b>	<b>Acima de 5000</b>	<b>Entre 3501 e 5000</b>	<b>Entre 2501 e 3500</b>
Enfermagem % (n)	36% (9)	40% (10)	16% (8)
Farmácia % (n)	57% (8)	35,5% (5)	
Serviço Social % (n)	18% (2)	36,5% (4)	18% (2)
Fisioterapia % (n)	17% (1)	33,5% (2)	33,5% (2)
Educação Física % (n)	27% (3)	18,0% (2)	9% (1)
Nutrição % (n)	26% (6)	21,50% (5)	26% (6)
Psicologia % (n)	24% (5)	24% (5)	15,5% (3)

Na Tabela 3 se expressa à renda conforme os núcleos profissionais, mostrando que 36% (9) dos enfermeiros tem renda acima de cinco mil reais, 40% (10) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais e 16% (8) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais; dos farmacêuticos 57% (8) tem renda acima de cinco mil reais, 35,5% (5) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais; dos assistentes sociais 18% (2) tem renda acima de cinco mil reais, 36,5% (4) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais e 18% (2) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais; dos fisioterapeutas 17% (1) tem renda acima de cinco mil reais, 33,5% (2) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais e 33,5% (2) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais; dos graduados em educação física 27% (3) tem renda acima de cinco mil reais, 18% (2) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais e 9% (1) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais; dos nutricionistas 26% (6) tem renda acima de cinco mil reais, 21,5% (5) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais e 26% (6) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais; dos psicólogos 24% (5) tem renda acima de cinco mil reais, 24% (5) tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais e 15,5% (3) tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais. A leitura da totalidade da percentagem é realizada na horizontal

Na figura 3 apresentam-se os dados de renda conforme a organização atual de trabalho.



**Figura 4 – Distribuição da renda por organização atual de trabalho**

Conforme a Figura 3 observa-se que dos que tem renda entre mil e um e dois mil e quinhentos reais 35,5% (6) não exercem atividade profissional, 29,5% (5) são autônomos, 17,5% (3) atuam na iniciativa privada e 12% (2) são público celetista; dos que tem renda entre dois mil quinhentos e um e três mil e quinhentos reais 5,5% (1) não exerce atividade profissional, 22% (4) são residentes, 28% (5) são autônomos, 22% (4) atuam na iniciativa privada, 11% (2) são público celetista e estatutário; dos que tem renda entre três mil quinhentos e um e cinco mil reais 21% (7) são autônomos, 51,5% (17) atuam na iniciativa privada, 33,5% (11) são público celetista e 12% (4) são público estatutário; dos que recebem acima de cinco mil reais 20,5% (7) são autônomos, 26,5% (9) atuam na iniciativa privada; 59% (20) são público celetista e 6% (3) são público estatutário. A leitura da totalidade da percentagem é realizada na variável renda.

Na tabela 4 apresentam-se as organizações atuais de trabalho conforme cidade atual que o egresso esta residindo.

**Tabela 4 – Organização atual de trabalho por cidade atual**

Organização e cidade	Porto Alegre % (n)	Metropolitana % (n)	Interior do estado % (n)	Outro estado % (n)
Iniciativa privada	22,5% (17)	33,5% (3)		26,5% (4)
Público celetista	30,5% (23)	55,5% (5)	55,5% (5)	13,5% (2)
Público estatutário	6,5% (5)		11% (1)	20% (3)

Na Tabela 4 mostram-se as oportunidades laborais com carteira assinada e/ou regime público, divididas por região: dos que residem em porto alegre 22,5% (17) atuam na iniciativa

privada, 30,5% (23) atuam como público celetista, 6,5% (5) atuam como público estatutário; dos que residem na região metropolitana 33,5% (3) atuam na iniciativa privada, 55,5% (5) atuam como público celetista; dos que residem no interior do estado 55,5% (5) atuam como público celetista, 11% (1) atuam como público estatutário; dos que residem em outro estado 26,5% (4) atuam na iniciativa privada, 13,5% (2) atuam como público celetista, 20% (3) atuam como público estatutário; dos que residem no exterior 50% (2) atuam na iniciativa privada.

Na tabela 5 apresentam-se os dados relativos à realização de pós-graduação após a residência e quanto a seguir na sua área na qual se tornou especialista na residência.

**Tabela 5 – Pós-graduação e seguimento na especialidade**

<b>Pós-graduação, após a RMS.</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Especialização	29,5%	28
Mestrado	43,5%	54
Doutorado	8%	9
Outra Residência	4,5%	5
Não	31,5%	35
<b>Seguir na sua especialidade</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Sim, multidisciplinar	46,5%	52
Sim, profissionais de mesma graduação.	10%	11
Sim, individualmente	17%	19
Não	27%	30

Na Tabela 5 estão expressos os dados relativos a pós graduação realizada após a conclusão da RMS, no qual 29,5% (28) realizou especialização; 43,5% (54) realizou mestrado; 8% (9) realizou doutorado; 4,5% (5) realizou outra residência e 31,5% (35) não realizou pós-graduação após a residência.

Na segunda parte da Tabela 5, os resultados referentes a seguir na área de especialização da residência, no qual 46,5% (52) seguiram na sua especialidade de forma multidisciplinar; 10% (11) seguiram na sua especialidade junto de profissionais de mesma graduação; 17% (19) seguiram na sua especialidade de forma individual e 27% (30) não seguiram na sua especialidade;

Na tabela 6 apresentam-se as duas pós-graduações mais realizadas após a residência, distribuídas conforme os núcleos profissionais.

**Tabela 6 – Pós-graduação por núcleo profissional**

<b>Pós-graduação, após a RMS.</b>	<b>Especialização % (n)</b>	<b>Mestrado %(n)</b>
Enfermagem	24% (6)	32% (8)
Farmácia	35,5% (5)	43% (6)
Serviço Social	9% (1)	18% (2)
Fisioterapia		100% (6)
Educação Física	9% (1)	45,5% (5)
Nutrição	21,5% (5)	56,5% (13)
Psicologia	71% (15)	43% (9)

Na tabela 6 estão divididas as pós-graduações conforme o núcleo profissional, evidenciando que 24% (6) dos enfermeiros realizaram especialização e 32% (8) mestrado, após a residência; 35,5% (5) dos farmacêuticos realizaram especialização e 43% (6) mestrado, após a residência; 9% (1) dos assistentes sociais realizaram especialização e 18% (2) mestrado, após a residência; 100% dos fisioterapeutas realizaram mestrado após a residência; 9% (1) dos graduados em educação física realizam especialização e 45,5% (5) mestrado, após a residência; 21,5% (5) dos nutricionistas realizaram especialização e 56,5% (13) mestrado, após a residência; 71% (15) dos psicólogos realizaram especialização e 43% (9) mestrado, após a residência.

Ao verificar uma relevante porcentagem que não conseguiu seguir na sua especialidade e outra que conseguiu seguir nesta de forma multidisciplinar, torna-se importante mostrar quais as tiveram menos oportunidades de seguimento e quais as que tiveram continuidade do trabalho de forma multidisciplinar em sua inserção no mercado de trabalho (tabela 7).

**Tabela 7 - Programas de residência por seguimento na especialidade.**

<b>Programa - seguir especialidade</b>	<b>Não % (n)</b>	<b>Sim, multidisciplinar % (n)</b>
Saúde da Criança	40% (16)	32,5% (13)
Adulto Crítico	14,5% (3)	66,5% (14)
Saúde Mental	20% (4)	35% (7)
Onco-hematologia	28,5% (4)	43% (6)
Cont. Infec. Hospit.	12,5% (1)	75% (6)
At. Int. Usu. Drogas		85,5% (6)
Atenção Cardiovascular	100% (2)	



Conforme a Tabela 7 verifica-se que os egressos de saúde da criança 40% (16) não seguiram nesta especialidade e 32,5% (13) seguiram nesta especialidade com trabalho multidisciplinar; dos egressos do adulto crítico 14,5% (3) não seguiram nesta especialidade e 66,5% (14) seguiram nesta especialidade com trabalho multidisciplinar; dos egressos de saúde mental 20% (4) não seguiram nesta especialidade e 35% (7) seguiram nesta especialidade com trabalho multidisciplinar; dos egressos da onco-hematologia 28,5% (4) não seguiram nesta especialidade e 43% (6) seguiram nesta especialidade com trabalho multidisciplinar; dos egressos de Controle de Infecção Hospitalar 12,5% (1) não seguiram nesta especialidade e 75% (6) seguiram nesta especialidade com trabalho multidisciplinar; dos egressos de atenção integral ao usuário de drogas 85,5% (6) seguiram nesta especialidade com trabalho multidisciplinar; 100% (2) dos egressos de Atenção Cardiovascular não seguiram nesta especialidade. Como conceito de seguir de forma multiprofissional foi considerado o fato de trabalhar com profissionais de diferentes núcleos profissionais.

Na tabela 8 apresentam-se os dados relativos ao tempo que houve entre a saída da residência e o primeiro emprego logo após e qual a função profissional exercida atualmente pelos egressos relacionados à residência.

**Tabela 8 – Tempo para inserção profissional e função profissional atualmente**

<b>Conclusão da residência e 1º Trabalho</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
1º - 2º mês	34%	38
< 6 meses	26%	29
6º - 12º mês	16%	18
1 - 2 anos	10,5%	12
> 2 anos	5,5%	6
Não exerço	8%	9
<b>Função Profissional</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Assistência	53,5%	60
Gestão	9%	10
Ensino/Docência	12,5%	14
Não	25%	28

Conforme a Tabela 8 34% (38) conseguiram trabalho entre o primeiro e segundo mês; 26% (29) conseguiram trabalho com menos de seis meses; 16% (18) conseguiram trabalho entre

seis meses e um ano; 10,5% (12) conseguiram trabalho entre o primeiro e segundo ano; 5,5% (6) conseguiram trabalho com mais de dois anos; 8% (9) ainda não exerce função profissional.

Na segunda parte da Tabela 8 evidencia-se que 53,5% (60) atuam na assistência; 9% (10) atuam na gestão; 12,5% (14) atuam em ensino/docência; e 25% (28) não tem função relacionada à residência.

## **DISCUSSÃO**

Como exposto pode-se ver que a grande maioria (87,5) é do sexo feminino, de cor branca (94%), com média de idade de 31 anos, solteira (o) (70,5), sem filhos (87,5), com moradia alugada (41%) em porto alegre (67%). Ainda é possível verificar que no ingresso da residência apresentavam idade de 24 anos em média, com 1, 7 anos entre a sua graduação e ingresso no programa, e que já tinham realizado estágios no Sistema Único de Saúde (SUS) (81,3%), porém sem atuação como profissional graduado (48,2) e sem pós-graduação prévia a residência (73,2%). Esses dados corroboram ao estudo realizado por Kveller, Castoldi e Kijner (2017), no qual se mostra um alto percentil em relação ao público feminino que atua na área da saúde (89%) e que no período que responderam a pesquisa tinham a mesma faixa etária próxima a média calculada em nosso estudo.

Podemos verificar que a maior porcentagem (30,5%) recebe um valor acima do definido pela pesquisa (acima de cinco mil), e que somando os dois maiores percentuais, observa-se que 60% dos egressos estão com renda acima do valor bruto pago pela bolsa atualmente (R\$3.330), o que evidencia que após a conclusão do programa o profissional em sua maioria tem uma remuneração maior conforme aumenta seu grau de instrução. A opção por realizar mestrado melhora para tomada de decisão baseada em evidências, isto pode ser um forte motivo para que a amostra desta pesquisa tenha dado continuidade após a residência, pois o programa fomenta a pesquisa como forma de os egressos argumentarem com embasamento científico para resolução de lacunas observadas na assistência (HCPA, 2015).

Ao analisar a renda dos participantes desta pesquisa observamos que os egressos de outras residências estão com renda inferior em comparação a estes. Em uma residência do Paraná, somente 11% (n=7) recebem acima de cinco salários mínimos, e 26% (n=17) de quatro a cinco salários mínimos; em Pernambuco 58% (n=14) recebem acima de três salários mínimos; em Santa Catarina 33% (n=7) com renda a partir de quatro salários mínimos. Já no presente estudo,

29,5% (n=33) recebe entre três e quatro salários mínimos e 30,5% (n=34) acima de cinco salários mínimos. Nos demais estudos observa-se uma porcentagem menor quanto maior a renda, e neste o inverso, o percentual diminui conforme menor a renda (ZANONI et al., 2015) (MOTA, 2017) (DE OLIVEIRA et al, 2017)

Podemos verificar uma porcentagem equiparada entre iniciativa privada e pública celetista, ambas com 31%, e uma baixa porcentagem na organização estatutária, tendo em vista que os serviços de saúde estão sofrendo o impacto das reformas neoliberais que veem ocorrendo, na lógica de estado mínimo que vem sendo implantada, com o investimento do estado na iniciativa privada e o aumento das sociedades de economia mista (BORLINI, 2010)

O alto índice da iniciativa privada chama atenção também, não só em função destas participarem em caráter complementar com o SUS, mas também por talvez identifiquem que os egressos de residências, formados no SUS, saibam lidar melhor com altas demandas, e poucos recursos materiais e humanos, além de tem a experiência como mão-de-obra na assistência. Com a precarização do SUS, os egressos estão sendo formados neste atual contexto, como dito no estudo de Dos Santos (2013) a limitação do quadro pessoal imposta pela lei da Responsabilidade Fiscal às Prefeituras, tem como consequência a baixa quantidade de profissionais e, por conseguinte altas filas, demora nos agendamentos, entre outros fatos que atingem principalmente a população de baixa renda. Neste cenário os egressos, que na sua grande maioria recém-formada, muitos sem experiência como profissional graduado, como mostra a tabela 1, atuam com disposição, pois ainda não estão com os agravos da alta demanda de trabalho (DOS SANTOS, 2013).

Podemos observar a grande porcentagem apresentada na categoria assistência, evidenciando que grande parte acaba retornando para a atividade mais exercida durante a residência. E uma baixa porcentagem acaba indo para gestão, função pouco exercida na atividade prática do residente, mas que é abordada em aulas de eixo transversal na RMS.

Pode-se verificar a alta taxa de especialização expressa e isso se deve principalmente ao núcleo da psicologia no qual 71% destes realizaram esta modalidade de pós-graduação, e é o único núcleo que possui um percentil de especialização acima do mestrado, uma diferença de 28%. Isso vai ao encontro de uma pesquisa feita por Cruces (2006) no qual participaram 765 egressos de cursos de psicologia oriundos de 32 cursos do país, em que 42,4% realizaram especialização e 11,8% realizaram mestrado, uma diferença de 30,6% entre uma pós-graduação e

outra, as razões relatadas pelos participantes da pesquisa foram a ligação do curso com o trabalho que os psicólogos vinham desenvolvendo, a intenção de trabalhar na área e a insuficiência da graduação (CRUCES, 2006).

Dentre os egressos que realizaram mestrado, se destaca o núcleo da fisioterapia, no qual nenhum desempenha função de ensino, e sim funções relacionadas a assistência principalmente, gestão e outros, evidenciando que esta titulação não serve para habilitar somente à área do ensino, mas para também aumentar o embasamento teórico aplicado nos demais espaços. Um levantamento feito pelo Centro de Gestão e Estudo Estratégicos mostra que o percentual de mestres acadêmicos e profissionais atuantes na área da saúde humana e serviços sociais subiram de 3,1% para 3,9% e 1,4% para 1,9% respectivamente, comparando os anos de 2010 e 2014. Logicamente a porcentagem atuante na educação ainda prevalece, mas mostra que esta titulação tem validade para outras áreas (CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS, 2015).

Em relação a atuar na especialidade realizada, são relevantes quatro dados: o não seguimento na área de saúde da criança, e o seguimento de forma multidisciplinar do adulto crítico, atenção integral ao usuário de drogas e controle de infecção hospitalar. Em relação ao campo adulto crítico, que atua na emergência, o expressivo percentual corrobora com o Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, no qual consta dentre a equipe mínima estes profissionais: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas (BRASIL, 2013).

No tocante a atenção integral ao usuário de drogas pode-se observar a mesma lógica na legislação referente aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, no qual aparecem como equipe mínima os profissionais enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeuta ocupacional, deixando aberto ainda para outros profissionais que atendam ao projeto terapêutico da instituição (BRASIL, 2002).

Em relação ao Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), podemos verificar na legislação que a equipe mínima é muito baixa, dois profissionais a cada 200 leitos, e percebendo que um hospital de grande porte na região de Porto Alegre tem em torno de mil leitos, pela legislação somente cinco profissionais seriam necessários então. Porém quando se lê as competências da CCIH, observamos a necessidade de um trabalho multidisciplinar para conseguir cumprir suas responsabilidades, entre elas: capacitação do quadro de funcionários, implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares,

investigação epidemiológica de casos e surtos, elaborar relatórios periodicamente para enviar as chefias de setores e presidência hospitalar (BRASIL, 1998).

Ao perceber a falta de oportunidades na pediatria, verificamos que nas variadas legislações relativas a esta área, a única profissão constante na RMS e listada em uma equipe mínima é o fisioterapeuta, inclusive na portaria que fala da obrigatoriedade de brinquedotecas em internações, não é citado qual profissional esta capacitado a coordenar, deixando a critério de a instituição designar profissional para este espaço (BRASIL, 2005) (BRASIL, 2012).

Ao observar que os participantes da pesquisa, exceto no exterior, estão atuando em locais que dependem de aprovação prévia em concurso ou processo seletivo público com um índice superior ao da iniciativa privada, evidenciando que os cargos ou empregos públicos estão em sua maioria na capital, local de execução da RMS.

Analisando que grande parte se empregou logo no primeiro semestre (60%, n=67) após a conclusão do programa, vai ao encontro dos resultados de outras pesquisas realizadas com egressos multiprofissionais, no qual 67% ingressaram em até três meses após a conclusão (MOTA, 2017) e 66,7% aguardaram de um a três meses (DE OLIVEIRA et al., 2017). Cabe citar que dos três estudos, o presente estudo obteve um N quase três vezes maior que o segundo maior estudo.

## **LIMITES DO ESTUDO**

À medida que os resultados foram se apresentando aos pesquisadores, foi possível verificar algumas limitações deste estudo como, por exemplo, o resultado de que dois programas tiveram baixa taxa de resposta, como: 44,5% do controle infecção hospitalar e 33,3% da atenção cardiovascular; a maioria dos programas ficou entre 54% e 66,5%, com exceção da atenção integral ao usuário de drogas que obteve uma taxa de 87,5% de respostas.

Também foi possível verificar a alta taxa de respostas relacionada à realização de mestrado após a residência, além de ser a pós-graduação mais citada entre os participantes da pesquisa. Este dado pode ser um explicativo para os 35,5% (6) participantes que assinalaram terem renda até dois mil e quinhentos reais, porém não exercem atividade profissional. Tendo em vista que não foi oferecida a opção bolsa de estudos em nosso questionário, e que a o valor pago pela dedicação exclusiva tanto no mestrado quanto no doutorado têm valores muito próximos

desta opção (BRASIL, 2013), podemos sugerir que estes participantes não tiveram opções que retratassem a sua realidade atual.

E por último o fato de o contato via rede social ter dificuldades em a mensagem ser entregue ao destinatário, por falta de vínculo virtual dos pesquisadores com a população do estudo.

## **CONCLUSÃO**

A partir dos resultados desta pesquisa podemos perceber que os objetivos iniciais foram atingidos, pois foi capaz de identificar dados sociodemográficos e características da carreira profissional destes participantes. Estes nos mostram que 60% tem renda superior ao valor da bolsa de residência 30,5% e 29,5%, para valores acima de cinco mil e três mil e quinhentos reais, respectivamente; grande parte conseguiu espaço em áreas afins à residência: 53,5% na assistência e 9% na gestão; 73% seguiram atuando na sua especialidade da residência; um expressivo n na oferta de vagas na iniciativa privada, público celetista e estatutário na cidade de Porto Alegre, evidenciando que não é obrigatória a mudança de localidade para adquirir oportunidades laborais.

Pode-se concluir que os dados aqui expressos retrataram uma realidade dos egressos deste programa, mostrando indicadores positivos e promissores, tendo em vista que a amostra tem em média  $31 \pm 15$  anos e que o percentual de respostas foi superior aos que não responderam a pesquisa.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS nº 3 de 4 maio de 2010. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília-DF, seção I, p. 14-15, 5 de maio 2010.

BRASIL. CNPq. Resoluções Normativas 015 de 10 de abril de 2013. Tabela de valores de bolsas e taxas no país. Brasília - DF. 2013

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF. set 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília - DF. 2002

BRASIL. Portaria 2216 de 12 de maio de 1998. Brasília - DF. 1998

BRASIL. Portaria 2261 de 23 de novembro de 2005. Aprova o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília - DF. 2005

BRASIL. Portaria 930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF. 2012

BORLINI, L. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, 2010

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS – CGEE. Mestres e doutores 2015 - Estudos da demografia da base técnico-científica brasileira. Brasília - DF. p. 348. 2016.

CRUCES, A. V. V. Egressos de cursos de Psicologia: preferências, especializações, oportunidades de trabalho e atuação na área educacional. 2006. Tese de Doutorado. USP. São Paulo -SP, 2006

CUNHA, Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. **X Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. 2013

DE OLIVEIRA, J.B. et al. Influência da residência multiprofissional na vida profissional de egressos. **Inova Saúde**, v. 6, n. 1, p. 122-139, 2017.

DOS SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 273-280, 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Projeto Político-Pedagógico RIMS. Porto Alegre - RS, 18 dez 2015.

KVELLER, D. B.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L.C. A trajetória profissional dos egressos de uma residência multiprofissional. **Diaphora**, v. 17, n. 1, p. 14, 2018.

LOPES, E. de F. da S. A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA). Tese de doutorado. UFRGS. Porto alegre -RS, 2014

MOTA, R.B.A. Programa de residência multiprofissional integrada em saúde: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 A 2015. 2017. Dissertação de mestrado profissional. UFPE. Recife - PE, 2016



OMS. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Editado por: Diana Hopkins. Genebra, Suíça. 2010

ZANONI, C. S. et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 215-224, 2015.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho foi uma ideia que não partiu de mim, surgiu como sugestão da minha R2 Joyce Amaral, pois tinha sido uma ideia do nosso preceptor Cássio. No hospital até achar um orientador foi difícil, até que me foi apresentado o Luiz, pessoa muito querida que mesmo tendo o perfil de trabalho qualitativo me aceitou para fazermos esta pesquisa 99% quantitativamente inicialmente, um desafio para ele e para mim, mas o desejo de fazer algo para todos os agentes envolvidos com a RIMS era enorme. Nos debruçamos, pensamos quais variáveis eram imprescindíveis aparecer para sanar o medo e a curiosidade daqueles que coordenam e executam uma RMS. Por fim este foi um trabalho realizado com muita dedicação para que se valorize, encoraje e se perceba que a RIMS esta no caminho certo, e que realizá-la é um grande passo na formação profissional.

## **7. AGRADECIMENTOS**

Pensei constantemente sobre o que escrever neste item, visto que este é um trabalho que vai além da publicação, mas sim um marco de uma experiência ímpar na minha vida que foi a residência em atenção integral ao usuário de drogas.

Inicialmente entrei pela bolsa, e escolhi este programa, pois acreditava ser o que teria menos concorrência no processo seletivo, mas que também queria "salvar" esta população que sofre com transtorno por uso de substâncias.

Depois de um ano de residência observei que escolhi o programa certo para mim, que sou sedento por questionamentos e temas polêmicos da atualidade.

Durante esta residência passei por bastantes desavenças, hierarquias veladas (pior que a do exército), e levei muitas pressões. Certas pessoas, continuo, querendo distância de mim, mas sei o quanto elas foram importantes para o meu aprendizado. Dizem que a gente aprende pelo amor ou pela dor, eu prefiro pelo amor, mas como o meu preferir diz respeito só a mim e não aos outros, fica por isso mesmo.

Quase cheguei a depressão, pensei em desistir constantemente, pensei inclusive em ações que seriam capaz de me levar ao 4º norte. O que me salvou foi a minha religiosidade.

Dito isto tudo, queria agradecer a todos, àqueles que me fizeram sofrer, mas que me fizeram crescer e me conhecer ainda mais, e isto diz respeito a maioria da equipe que lidou diretamente comigo. Queria agradecer a minha família, por me dar os privilégios para adentrar nesta residência. Agradecer a minha sociedade espírita, que talvez sem nem saber me ajudou demais, permitindo por vezes que eu desabafe as angústias do meu coração. Em especial a minha companheira (não, a gente não mora junto), mas esta palavra representa o papel dela na minha vida, que sempre me ajudou psicologicamente principalmente, sem ti, talvez eu não teria resistido. Agradecer ao Luiz, meu orientador (é tão bom dizer isto!), que durante esta trajetória nunca me pressionou a fazer este trabalho, isto que eu digo de aprender pelo amor, e que mesmo ele começando a ficar preocupado com este trabalho, não me puxou as orelhas, sendo sempre muito carinhoso comigo.

Agradecer a banca que aceitou avaliar este trabalho, Christine e Gabriela, poder dizer que fui avaliado pelas coordenadoras da RIMS, me faz pensar que este trabalho será um marco na residência.

Ao Cássio, meu preceptor, que sim discutimos, temos nossos jeitos muito diferentes, mas mesmo as vezes ele não me aturando, se dedicou a me ensinar, ninguém é perfeito, e por mais que ele tenha um jeito difícil, hoje eu não lembrar e rotular ele pelas coisas desagradáveis que já rodou nossa relação, que dirá daqui a anos, muito obrigado "Cassito" bato palma pra ti, e espero que a gente se encontre ainda, não sei se neste plano, mas principalmente em outro, para que eu possa te dizer "e aí ateu, onde tu acha que esta?" afinal, como tu diz, eu sou o filho que sempre estou te desafiando, mas acredita esta é uma das formas de eu demonstrar o quanto eu gosto de ti.

Por fim meu muito obrigado a todos, que mesmo não estando em características deste texto, não deixo de esquecer ninguém, do chefe de serviço ao funcionário da higienização, pois todos fizeram parte da minha formação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRANQUINHO, N. C. S. da S. Satisfação dos egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública. 2012. 108f. Dissertação de mestrado. UFG. Goiânia - GO, 2012

BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS nº 3 de 4 maio de 2010. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília-DF, seção I, p. 14-15, 5 de maio 2010.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília - DF, 1988

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Residência Multiprofissional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>> Acesso em: 22/10

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília - DF. Ano VII, nº 10, p. 1-65, abr a jun 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília - DF, 2. ed., 2007.

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 - DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília-DF, 3 ed, 2010.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF. set 1990.

CUNHA, Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. **X Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. 2013

DE OLIVEIRA, M. A. Avaliação das atividades profissionais dos egressos da residência médica em medicina intensiva pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul. 2011. 27f. Monografia. Hospital Regional da Asa Sul. Brasília - DF, 2011

DIAS, M. S. de A. et al. Perfil de atuação profissional dos egressos da residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) de Sobral - CE. **SANARE - Rev. de Polít. Púb.** Sobral - CE, v. 7, n. 2, p. 38-46, jul./dez. 2008.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Projeto Político-Pedagógico RIMS. Porto Alegre - RS, 18 dez 2015.

LOPES, E. de F. da S. A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA). Tese de doutorado. UFRGS. Porto Alegre -RS, 2014

OMS. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Editado por: Diana Hopkins. Genebra, Suíça. 2010

SILVA, C. T. et al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis - SC. Vol. 25, n. 1 (2016), p. e2760014, 2016.

## **APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO**

### **1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

#### **1.1 SEXO**

masculino

feminino

#### **1.2 COM RELAÇÃO À RAÇA E ETNIA, COMO VOCÊ SE DECLARA?**

branco

negro

pardo

outro, qual: \_\_\_\_\_

**1.2 DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**1.3 CIDADE ONDE RESIDE ATUALMENTE:** \_\_\_\_\_

#### **1.4 ESTADO CIVIL**

solteiro(a)

casado(a)

divorciado(a)

viúvo(a)

#### **1.5 FILHOS**

não

sim, prévio a residência

sim, durante a residência

sim, após a residência

#### **1.6 MARGEM DE RENDA**

sem remuneração

inferior a 500 R\$

de 500 a 1.000 R\$

de 1.001 a 2.500 R\$

de 2.501 a 3.500 R\$

de 3.501 a 5.000 R\$

acima de 5.001 R\$

#### **1.7 TIPO DE MORADIA**

- casa própria
- alugada
- casa do(a) companheiro(a)
- casa dos pais
- casa de familiar
- casa de amigo
- casa de terceiros

#### 1.8 RESIDE COM QUEM?

- sozinho
- com parceiro(a)
- com os pais
- com outros familiares, que não os pais.
- amigos

### **2. EXPERIÊNCIA PRÉVIA A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

#### 2.1 FORMAÇÃO

- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Nutrição
- Psicologia
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

#### 2.2 INSTITUIÇÃO DA GRADUAÇÃO

- privada
- pública

Qual: \_\_\_\_\_

2.3 ANO DA COLAÇÃO DE GRAU/SEMESTRE: \_\_\_\_\_

2.4 TEVE DISCIPLINAS QUE CONTEMPLAVAM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS?

sim

não

2.5 REALIZOU ESTÁGIO(S) EM LOCAL (IS) QUE CONTEMPLAVAM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS?

sim

não

2.6 REALIZOU ESTÁGIO E/OU SERVIÇO PRÉVIO A RESIDÊNCIA DO HCPA QUE ENVOLVIA O TRABALHO MULTIDISCIPLINAR?

sim

não

2.7 REALIZOU ALGUMA PÓS-GRADUAÇÃO PRÉVIA A RESIDÊNCIA DO HCPA?

não

outra residência

especialização

mestrado

doutorado

pós-doutorado

2.8 REALIZOU ATIVIDADE PROFISSIONAL NA SUA ÁREA DE GRADUAÇÃO PRÉVIO A RESIDÊNCIA?

não

sim, de forma individual

sim, em equipe de profissionais de mesma graduação.

sim, em equipe de trabalho de diferentes profissões.

sim, em equipe de trabalho multidisciplinar, que visa um objetivo em conjunto.

2.9 EM QUE TIPO DE ORGANIZAÇÃO ERA O SEU ÚLTIMO LOCAL DE TRABALHO PRÉVIO A RESIDÊNCIA DO HCPA? EM CASO DE MAIS DE UM LOCAL CONCOMITANTES ASSINALE MAIS DE UMA OPÇÃO

não exercia atividade profissional

estagiário

residente

autônomo

funcionário de iniciativa privada

público celetista

público estatutário

cargo de confiança

### **3. EXPERIÊNCIA DURANTE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HCPA**

#### **3.1 ANO DE INGRESSO NA RESIDÊNCIA DO HCPA**

2010

2011

2012

2013

2014

2015

#### **3.2 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ESCOLHIDA**

Adulto Crítico

Atenção Básica em Saúde

Atenção Cardiovascular

Atenção Integral ao Usuário de Drogas

Controle de Infecção Hospitalar

Onco-hematologia

Saúde da Criança

Saúde Mental

#### **3.3 COMO ERA A REALIZAÇÃO DA SUA PRÁTICA EM SERVIÇO NA ENFÂSE?**

individual

em equipe de profissionais de mesma graduação.

em equipe de trabalho de diferentes profissões.

em equipe de trabalho multidisciplinar, que visavam um objetivo em conjunto.

#### **3.4 NO SEU PONTO DE VISTA QUAL(IS) O(S) PRINCIPAL (IS) PONTO(S) POSITIVO(S) DA RESIDÊNCIA?**

trabalho em equipe

inserção profissional após a graduação

obtenção de titulação



- remuneração
- alimentação sem custo
- outro(s): \_\_\_\_\_

**3.5 NO SEU PONTO DE VISTA QUAL(IS) O(S) PRINCIPAL (IS) PONTO(S) NEGATIVO(S) DA RESIDÊNCIA?**

- carga horária elevada
- problemas de relação com preceptor(es)
- mal remunerado
- sobrecarga de trabalho
- falta de tempo para atividades de lazer
- desenvolvimento de problemas de ordem emocional
- outro(s): \_\_\_\_\_

**3.6 QUAIS AS SUAS MAIORES DIFICULDADES DURANTE A RESIDÊNCIA?**

- trabalhar em equipe
- cumprir o combinado com o preceptor(es)
- aceitar críticas
- respeitar o horário estabelecido pela ênfase
- desenvolver trabalho como profissional
- lidar com alguns perfis de pacientes
- outra(s): \_\_\_\_\_

**4. EXPERIÊNCIA APÓS A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

**4.1 REALIZOU OUTRA GRADUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA DO HCPA?**

- sim, qual: \_\_\_\_\_
- não

**4.1 REALIZOU ALGUMA PÓS-GRADUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA DO HCPA?**

- não
- outra residência
- especialização
- mestrado
- doutorado
- pós-doutorado

4.2 REALIZOU ATIVIDADE PROFISSIONAL RELACIONADA À SUA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DA RESIDÊNCIA DO HCPA?

- não
- sim, de forma individual
- sim, em equipe de profissionais de mesma graduação.
- sim, em equipe de trabalho de diferentes profissões.

4.3 EM QUE TIPO DE ORGANIZAÇÃO VOCÊ EXERCE ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUALMENTE? EM CASO DE MAIS DE UM EMPREGO ASSINALE MAIS DE UMA OPÇÃO.

- não exerce atividade profissional
- estagiário
- residente
- autônomo
- iniciativa privada
- público celetista
- público estatutário
- cargo de confiança

4.4 QUAL A SUA FUNÇÃO PROFISSIONAL ATUAL RELACIONADO A RESIDÊNCIA DO HCPA?

- assistência em saúde
- gestão
- ensino/docência
- não tenho função relacionada

4.5 QUANTO TEMPO HOUVE ENTRE A SUA SAÍDA DA RESIDÊNCIA DO HCPA E SEU PRÓXIMO TRABALHO?

- ainda não exerço atividade profissional
- entre o primeiro e segundo mês
- menos de 6 meses
- entre seis meses e um ano
- entre um a dois anos
- mais que dois anos

5. A PARTIR DE SUA INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO, QUE SUGESTÕES VOCÊ DARIA PARA QUALIFICAR A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HCPA?

#### **APÊNDICE B - INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO AOS PARTICIPANTES**

"Este é um convite para preencher o questionário "Perfil dos egressos da RIMS/HCPA". O questionário faz parte de uma pesquisa intitulada "Perfil e inserção profissional de egressos de uma residência multiprofissional de um hospital universitário de Porto Alegre", cujo pesquisador responsável é Luiz Fernando Calage Alvarenga (99186-4114). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (51 33597640). O objetivo do projeto é Identificar o perfil de egressos da residência multiprofissional do HCPA, e sua inserção profissional após a formação em serviço. O questionário consiste de 29 perguntas, sendo 28 delas objetivas (de marcar) e uma aberta, e pode ser respondido em torno de 8 minutos. A sua participação na pesquisa se dá através da ferramenta Formulário Google® de forma totalmente anônima. Após publicação em revista, a população do estudo será informada com o artigo que será produzido com estes dados. Ao responder e enviar o questionário ao final você está concordando em participar desta pesquisa."