

**MAIS QUE UMA RESIDÊNCIA NUM POSTINHO DE SAÚDE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

MORE THAN JUST A RESIDENCY AT A SMALL HEALTH POST: AN EXPERIENCE REPORT

MÁS QUE UNA RESIDENCIA EN UN PUESTO DE SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Sabrina da Silva Caires ¹
Maxwell Fernandes Frois ²
Lucas dos Santos ³

Manuscrito submetido em: 10 de novembro de 2024.

Revisado em: 01 de abril de 2025.

Publicado em: 10 de outubro de 2025.

Resumo

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) são uma estratégia essencial para a formação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, tem-se como objetivo relatar a vivência e formação da fisioterapeuta residente no Programa de RMSF de um município do leste mineiro. Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, baseado na vivência de uma fisioterapeuta residente na RMSF. O estudo explora as práticas desenvolvidas nas unidades de Saúde da Família do leste de Minas Gerais, Brasil, com ênfase na interação entre os membros da equipe multiprofissional, nos desafios enfrentados e no impacto da experiência na formação profissional. A RMSF revelou-se potente para ampliar o campo de atuação da fisioterapeuta, favorecendo o trabalho em rede e a construção de um cuidado mais integral. No entanto, obstáculos como a resistência à implementação de ações de reabilitação, a organização de grupos operacionais, a baixa valorização política do programa, a gestão municipal fragilizada e a estrutura física deficiente dificultaram a eficácia das ações propostas. Apesar dos entraves, a RMSF se apresenta como uma estratégia promissora para a formação da fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde, mas exige melhorias em sua organização, valorização e infraestrutura. Investimentos contínuos em capacitação e um melhor planejamento político são essenciais para a superação dos obstáculos e para a efetivação de seu potencial transformador na formação em saúde e na melhoria da atenção à população assistida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Saúde da Família.

Abstract

Multiprofessional Residency Programs in Family Health (RMSF) are an essential strategy for the training and qualification of professionals within the Unified Health System (SUS). This report aims to describe the experience and training of a physical therapist resident within the Multiprofessional RMSF in a municipality in eastern Minas Gerais. This qualitative experience report draws upon the lived

¹ Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Especialista em Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Epidemiologia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2263-8817> Contato: sabrinacairesfisio@gmail.com

² Especialista em Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6418-0889> Contato: fisiofrois@gmail.com

³ Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Docente na Universidade Estadual do Tocantins.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8195-8856> Contato: lsantos.ed.f@gmail.com

experience of a physical therapist resident in the RMSF. It explores the practices developed in Family Health units in eastern Minas Gerais, Brazil, emphasizing the interaction among multiprofessional team members, the challenges encountered, and the experience's impact on professional development. The RMSF demonstrated significant potential in expanding the scope of physical therapists' practice, fostering networking, and promoting the development of more comprehensive care. However, obstacles such as resistance to the implementation of rehabilitation actions, the organization of operational groups, limited political recognition of the program, inadequate municipal management, and deficient physical infrastructure have hindered the effectiveness of the proposed actions. Despite these obstacles, the RMSF emerges as a promising strategy for physical therapist training in Primary Health Care, though it requires improvements in its organization, recognition, and infrastructure. Continued investment in training and improved policy planning are essential to overcoming these obstacles and fulfilling its transformative potential for health education and enhancing care for the population it serves.

Keywords: Primary Health Care; Physiotherapy; Family Health.

Resumen

Los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (RMSF) son una estrategia esencial para la formación de profesionales en el Sistema Único de Salud (SUS). Por lo tanto, el objetivo es relatar la experiencia y formación de un fisioterapeuta residente en el Programa RMSF en un municipio del este de Minas Gerais. Se trata de un relato de experiencia con un enfoque cualitativo, basado en la práctica de un fisioterapeuta residente en el RMSF. El estudio explora las acciones desarrolladas en unidades de Salud de la Familia del este de Minas Gerais, Brasil, con énfasis en la interacción del equipo multiprofesional, los desafíos enfrentados y el impacto en el desarrollo profesional. El RMSF ha demostrado ser eficaz para ampliar el trabajo de los fisioterapeutas, fomentar redes y una atención más integral. Sin embargo, obstáculos como la resistencia a implementar acciones de rehabilitación, la organización de grupos operativos, el bajo reconocimiento político del programa, la débil gestión municipal y la infraestructura deficiente han limitado la efectividad de las acciones. A pesar de estos obstáculos, el RMSF se presenta como una estrategia prometedora para la formación de fisioterapeutas en Atención Primaria de Salud, pero requiere mejoras en su organización, reconocimiento e infraestructura. La inversión continua en formación y mejor planificación política son esenciales para superar estos desafíos y materializar su potencial transformador en la educación para la salud y la atención a la población que atiende.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Fisioterapia; Salud Familiar.

Introdução

Os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram instaurados pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e constituem uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, direcionada aos profissionais de saúde, com exceção da classe médica (Brasil, 2006). O programa tem o intuito de formar profissionais para atuar de forma diferenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e reorientação das lógicas tecnoassistenciais (Brasil, 2012).

A organização da RMS exige estratégias pedagógicas que utilizem e proporcionem cenários de aprendizagem baseados nas linhas de cuidado das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para assegurar uma formação pautada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, faz-se necessária a adoção de metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada (Brasil, 2012).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), percebe-se a necessidade de especialistas capazes de manejar as situações mais comuns do cotidiano. Tais profissionais devem ser resolutivos e assertivos, aptos a retardar condições de saúde de menor complexidade que sobrecarregam os demais níveis de atenção da rede. Isso se dá, uma vez que a APS ainda configura um desafio nos aspectos de gestão, financiamento, expansão e qualificação do processo de trabalho da gestão e da atenção. Nesse contexto, as Residências em Saúde da Família se apresentam como um aliado importante para superar esses desafios e lacunas na realidade brasileira (Carvalho; Gutiérrez, 2021).

Entre os profissionais que atuam nas Residências em Saúde da Família, o fisioterapeuta é essencial devido à sua vasta área de atuação. Essa relevância é corroborada pelo Projeto de Lei nº 1.111/2019, que determina a inclusão obrigatória do fisioterapeuta nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A atuação do fisioterapeuta abrange a realização de avaliações específicas, o auxílio no controle de distúrbios neurológicos, a prevenção de lesões, a reabilitação e a recuperação de movimentos e limitações. Tais ações favorecem o bem-estar do cidadão e asseguram a articulação entre prevenção e promoção da saúde. Para isso, este estudo tem como objetivo relatar a vivência e a formação do fisioterapeuta residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de um município do leste mineiro.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência (Mussi; Flores; Almeida, 2021), que descreve a vivência de uma fisioterapeuta residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, abrangendo o período de 2022 a 2024. A narrativa baseou-se nas experiências vividas e registradas no portfólio crítico-reflexivo, instrumento avaliativo proposto pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), e que permitiu documentar e refletir sobre o percurso de formação.

A inserção na residência iniciou-se em março de 2022, com a integração a uma equipe multiprofissional composta por profissionais residentes das áreas de fisioterapia, nutrição, educação física, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social e odontologia. O relato baseou-se exclusivamente no portfólio, o que dispensou a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Durante a residência, a atuação da residente teve início em seis Estratégias de Saúde da Família (ESF), em conjunto com os antigos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), correspondentes ao território de abrangência das ESF. Contudo, ao longo da formação, a residente foi realocada para outros campos práticos, em resposta às necessidades locais. Essa dinâmica possibilitou uma experiência abrangente na APS, e proporcionou vivências em diversos cenários e suas especificidades. Tal percurso diversificado suscitou autorreflexões, as quais enriqueceram o processo formativo e fortaleceram a compreensão crítica de seu papel como residente na APS.

Diante desse contexto, este relato descreveu a vivência profissional da residente a partir da atuação multiprofissional dentro das equipes e da construção do portfólio crítico-reflexivo, e destacou reflexões e impressões sobre o processo de formação da residente. Além disso, a predominância das informações foi oriunda de observações e registros individuais elaborados ao longo dessa experiência.

Resultados

A atuação na APS durante os dois anos de Residência ocorreu em três equipes multiprofissionais, sendo cada equipe responsável por seis unidades de saúde. Cada unidade apresentava suas especificidades em termos de estrutura predial, recursos humanos, recursos físicos, localização, população adscrita, participação popular e entendimento sobre o papel da residência e da atuação fisioterapêutica.

A inserção da residente no campo de prática ocorria por meio da exposição dos processos de trabalho de cada unidade, incluindo seus aspectos facilitadores e barreiras, bem como o perfil populacional e comunitário. A partir do diagnóstico situacional, eram realizados o rastreamento e a descrição da unidade de saúde, sua área de abrangência e população.

As atividades exercidas apresentavam cunho individual, coletivo, educacional e social, dada a natureza abrangente da atuação na atenção básica. De maneira geral, a atuação do fisioterapeuta era direcionada para os grupos operativos (GO), atendimentos individuais e

compartilhados, visitas e atendimentos domiciliares, participação no Programa Saúde na Escola (PSE), orientações gerais e específicas, mobilização social, educação em saúde, educação continuada e educação permanente dos profissionais da unidade e da rede de atenção básica.

Os GO configuravam-se como uma estratégia de demanda; a mobilização das pessoas para participar dos grupos ocorria por meio dos recursos disponíveis na APS, especialmente nas unidades de saúde. Para tanto, eram utilizadas estratégias como abordagens em salas de espera, convites durante encontros de grupos já existentes e a divulgação realizada pela gestão local por meio de canais digitais.

Nessa perspectiva, os GO eram realizados duas vezes por semana com um grupo de pessoas que tinham um objetivo em comum, majoritariamente composto por mulheres, com faixa etária acima de 40 anos e perfil sedentário. Os grupos eram realizados no período matutino, às 8 horas, e tinham duração de 1 hora. As atividades ocorriam em áreas externas das unidades de saúde ou em ambientes como praças, pátios de igrejas e quadras esportivas, onde eram realizados exercícios físicos, orientações fisioterapêuticas e de saúde.

A realização dos GO nas áreas externas e em ambientes públicos provocava alguns desafios, tais como a influência dos fatores climáticos, a disponibilidade do local (conflito de uso), acesso e mobilidade, ruídos e distrações. A manutenção do espaço, muitas vezes, apresentava infraestrutura inadequada, o que dificultava a locomoção dos materiais e equipamentos para a execução das atividades.

Além disso, os residentes tinham autonomia para criar novos grupos, a depender da necessidade local e aceitação da população. Nesse contexto, foram criados o Grupo de Prevenção de Dor Lombar, o Grupo de Prevenção de Dores no Ombro (denominado "Um Ombro Amigo") e o Grupo de Estimulação Cognitiva, sendo este último desenvolvido com o intuito de trabalhar e estimular a função cognitiva dos usuários, por meio de atividades direcionadas para concentração, foco, raciocínio, memória e atenção. Dentro dos grupos, também eram realizadas atividades de educação em saúde, com temáticas conforme as necessidades da população, a fim de partilhar saberes e construir protagonismo na saúde.

Nesse sentido, as ações de educação em saúde eram organizadas com base no calendário anual de saúde, que orientava a realização de atividades relacionadas às datas comemorativas de cada mês. Assim, as temáticas abordadas costumavam refletir demandas e necessidades recorrentes tanto dos serviços de saúde quanto da própria comunidade, que se reconheciam nesses temas.

A escolha das temáticas, todavia, não se restringia unicamente às necessidades locais imediatas: os profissionais também desempenhavam um papel ativo na proposição de temas considerados relevantes para a promoção da saúde, mesmo que ainda não tivessem sido diretamente demandados pelos usuários. Portanto, as temáticas emergiam de um equilíbrio entre a escuta das necessidades da população e a iniciativa dos profissionais, com o objetivo de ampliar o acesso à informação e fortalecer o cuidado integral em saúde.

As atividades individuais realizadas nas unidades de saúde provinham de demanda espontânea, comunicação interna interprofissional (especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS), e referenciamentos médicos. A residente organizava uma agenda própria de atendimentos e acompanhamentos, bem como a frequência e duração do cuidado longitudinal. No entanto, as unidades de saúde não dispunham de materiais fisioterapêuticos, o que exigia a criação de materiais alternativos e a reinvenção diante dos casos clínicos. Em muitos casos, a residente utilizava os próprios materiais, tais como faixas elásticas, *mini band*, *halteres*, *caneleiras*, entre outros.

Quanto às visitas/atendimentos domiciliares, normalmente eram realizadas com outro profissional da unidade de saúde ou da equipe multiprofissional de categoria diferente. As visitas eram solicitadas por familiares, pelos ACS ou por outros profissionais, com a intenção de conhecer a realidade do paciente em sua totalidade: física, familiar, financeira, emocional, estrutural e social. Desse modo, eram realizadas orientações em saúde e fisioterapêuticas, adaptações ergonômicas, redução de danos, reabilitação e acompanhamento continuado. Priorizavam-se essas atividades para pessoas acamadas, domiciliadas e com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde.

As ações do PSE, em todas as suas dimensões, eram inseridas no projeto político-pedagógico da escola e consideravam a realidade de cada território, a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Os temas a serem abordados no PSE eram escolhidos e estruturados mediante a discussão da realidade local da escola e da comunidade; existiam, contudo, temas pré-estabelecidos pelo MS e pelo Ministério da Educação para serem desenvolvidos. Ademais, as temáticas precisavam estar alinhadas com a realidade dos escolares. Quando se percebia o aumento de uma problemática naquele ambiente, ela passava a ser o foco das discussões. O PSE foi realizado com escolares da rede municipal de ensino e as ações eram desenvolvidas mensalmente pelos profissionais; a didática ficava a critério dos profissionais envolvidos.

No que concerne ao matriciamento/apoio matricial, este esteve presente nas unidades de saúde e, de modo geral, ocorria na primeira semana cheia de cada mês, conforme organização das equipes. Similarmente, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) era realizado e os encontros costumavam ser registrados em atas.

Na experiência enquanto fisioterapeuta residente, observou-se que, na prática, muitos desses encontros se distanciaram do que é preconizado para o matriciamento. Frequentemente, tais reuniões se configuravam mais como uma resposta a metas institucionais do que como espaços de construção coletiva e qualificada do cuidado. Isso refletia, em grande parte, as fragilidades da rede de apoio entre os profissionais, a ausência de participação integral das equipes, o tempo reduzido dos encontros e a falta de um planejamento específico voltado para esse momento.

Em relação à construção do PTS, foi possível perceber que, em diversos casos, esse instrumento era utilizado de forma subutilizada, limitando-se à repetição de condutas padronizadas, o que esvaziava seu potencial resolutivo. Ainda que o matriciamento e o PTS sejam estratégias fundamentais para o fortalecimento dos princípios do SUS e para o cuidado compartilhado dentro da RAS, nem sempre foram tratados com a devida importância ou protagonismo pelas equipes.

Quanto às ações educativas, estas ocorriam em qualquer lugar e com qualquer público, pois a informação, o conhecimento e a troca de saberes eram essenciais para o empoderamento e responsabilização do cuidado em saúde. As salas de espera, os grupos operativos, as rodas de conversa e os eventos comunitários eram momentos oportunos para compartilhar conhecimento e trocar informações com os usuários das unidades de saúde. Ainda sob essa percepção, a educação permanente era uma atividade frequente e de grande valor, pois tendia a valorizar as situações existentes no trabalho e seus desfechos, promovendo a problematização dos processos dentro do contexto de trabalho e a constituição de um novo saber entre os profissionais das unidades de saúde e da rede municipal de atenção básica.

A parte teórica da residência foi composta pelos eixos transversal e específico, com carga horária do conteúdo teórico semanal de 12 horas, distribuídas igualmente (6 horas para o eixo transversal e 6 horas para o eixo específico). Embora a residência não fosse vinculada a uma instituição de ensino, ela mantinha parceria com instituições do município, tanto públicas quanto privadas, nas quais os docentes e representantes se disponibilizavam para

ministrar os módulos e fomentar discussões sobre saúde coletiva e fisioterapia em seu eixo específico.

Discussão

A discussão deste estudo está organizada em quatro tópicos principais que abordam diferentes aspectos da atuação do fisioterapeuta na APS e na RMS. O primeiro tópico analisa o papel do fisioterapeuta na APS, destacando a importância de sua formação, integração com as equipes de saúde e os desafios da formação acadêmica em saúde no Brasil, além das potencialidades da residência como estratégia para promover a atuação interprofissional. O segundo tópico foca na experiência prática dos residentes na RMS, discutindo os desafios e as conquistas, como a resistência à reabilitação e a dificuldade na organização de grupos operativos. O terceiro tópico aborda a (des)organização e operacionalização do processo de formação, destacando a falta de fluxos claros para a inserção dos residentes, a desconexão entre os envolvidos e a carência de um planejamento adequado que favoreça uma formação mais integrada. O quarto tópico examina o (des)preparo dos preceptores, evidenciando as dificuldades enfrentadas na comunicação, na compreensão do papel do preceptor e na execução das atividades pedagógicas.

- Fisioterapia e Atenção Primária à Saúde

O fisioterapeuta possui as competências necessárias para atuar de forma eficaz na atenção básica do SUS, especialmente no âmbito da ESF, e colabora diretamente na melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. Além do mais, o fisioterapeuta exerce o papel de primeiro ponto de contato com os usuários e, quando necessário, pode referenciá-los para serviços especializados dentro da rede de saúde ou para outras áreas intersetoriais (Queiroz *et al.*, 2022).

A formação em saúde, contudo, representa um desafio para a mudança no modelo assistencial em saúde no Brasil (Torres *et al.*, 2019). Nesse contexto, verifica-se que os currículos dos cursos de graduação em fisioterapia ainda tratam de maneira insuficiente temas importantes, como políticas públicas, saúde coletiva, atuação intersetorial, educação

em saúde, gestão do cuidado e atenção primária à saúde. Essas áreas são fundamentais para a formação do fisioterapeuta e para garantir sua integração eficiente nos diversos níveis de atenção à saúde, além de potencializar sua contribuição para o sistema de saúde (Queiroz et al., 2022).

Freitas e colaboradores (2024) apontam que a residência é um espaço favorável para o primeiro contato do fisioterapeuta com a APS. Esse aspecto, conseqüentemente, aproxima o fisioterapeuta dos demais profissionais de outras categorias e dos usuários do serviço, e potencializa as estratégias de cuidado integral, o que fomenta o processo de ensino para o desenvolvimento da clínica ampliada.

- A atuação fisioterapêutica dentro da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta tem sido marcada pelo caráter tecnicista e reabilitador, voltado para estruturas lesionadas e quadros algícos latentes. No entanto, o papel do fisioterapeuta na atenção básica é frequentemente questionado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do SUS, e exige alta resolutividade, capacidade clínica e de cuidado, além de articulação com outros pontos da RAS (Brasil, 2017).

Ao ingressar na Residência de Saúde da Família, a expectativa é de atuação predominantemente com atividades de prevenção e promoção de saúde. No entanto, a Atenção Básica é composta por ações individuais, familiares e coletivas, as quais visam promover a prevenção, proteção, promoção, diagnóstico, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Brasil, 2017).

No primeiro ano de inserção da residente no campo prático de trabalho, o processo apresentou-se desordenado, pois havia uma divisão das ações exercidas pela equipe multiprofissional e a equipe básica, o que contradizia o conceito de trabalho em equipe. Diante disso, a residente encontrava-se dependente das relações estreitas entre os profissionais que já atuavam na rede, embora esse trabalho conjunto fosse cobrado pela coordenação do programa.

Ademais, as atividades e ações executadas pela equipe multiprofissional eram substancialmente voltadas para o coletivo, com um olhar generalista e pouco específico. Os grupos operativos de fisioterapia eram amplamente aceitos pela comunidade e eram

importantes para o cuidado continuado. No entanto, havia um direcionamento deliberado por parte dos profissionais, que orientava todos os casos clínicos para o grupo operativo de fisioterapia, o que dificultava a resolutividade das problemáticas e gerava frustração nos usuários.

Percebe-se, ainda, resistência profissional para atuar conforme as atividades propostas pela PNAB, especialmente no que se refere à reabilitação dentro das ESF. A reabilitação fisioterapêutica não acontecia de forma organizada; embora houvesse demandas, estas eram direcionadas a grupos operativos inespecíficos ou encaminhadas para o setor secundário. Contudo, mesmo diante das dificuldades, os residentes conseguiram implantar a reabilitação fisioterapêutica individual nas unidades de saúde, uma vez que houve adesão dos pacientes, resultados positivos e apoio dos demais residentes de outras áreas de atuação.

-(Des)organização e operacionalização do processo de formação na residência

Um dos principais objetivos de um programa de residência é o ensino e a formação de profissionais de saúde, por meio da integração entre ensino, serviço e comunidade. Com isso, a especialização desses profissionais é promovida por atividades que incentivam o exercício da prática com excelência, centrada no cuidado integral à saúde. O enfoque é proporcionar um olhar holístico e ampliado para a qualidade de vida dos usuários, com o compromisso de compreender o processo de saúde-doença-cuidado (Bernardo *et al.*, 2020).

Ao longo da trajetória observacional, constatou-se a ausência de fluxos claros para a inserção dos residentes nos diferentes níveis de atenção à saúde. Embora o cenário seja um campo prático destinado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), percebe-se uma lacuna em dispositivos de planejamento, avaliação e monitoramento que respaldem adequadamente as atividades e funções dos residentes, preceptores, tutores e da própria coordenação geral do programa, a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU).

Adicionalmente, embora existam departamentos diretamente vinculados ao PRMAB, com atribuições para deliberações e pactuações na RAS, é evidente uma desconexão ou, em alguns casos, uma conexão fragilizada entre esses atores e a residência. Essa falha de articulação impacta negativamente o processo de formação dos residentes, comprometendo

o desenvolvimento de competências essenciais para sua atuação qualificada e integrada no sistema de saúde.

Nesse cenário, destaca-se que o processo de organização e planejamento das instituições responsáveis pelo PRMAB deve ser cuidadosamente estruturado em conformidade com os princípios éticos e legais. Em adição, enfatiza-se a importância de um treinamento adequado para todos os envolvidos na RMS, bem como a participação ativa e comprometida de todos os agentes sociais (Silva, 2017). Tal esforço conjunto visa à construção de propostas e à consolidação de processos de trabalho que promovam uma vivência integral e interdisciplinar nos cenários de prática, o que favorece o desenvolvimento de uma abordagem verdadeiramente inter e multidisciplinar (Brasil, 2009).

A realidade observada, no entanto, vai muito além das representações idealizadas ou daquilo que é transmitido pela mídia. A alta rotatividade de gestores e profissionais com vínculos temporários fragiliza a RMS, uma vez que os atores envolvidos nos cenários de prática são profissionais contratados, atuantes dentro da municipalidade. Adicionalmente, as relações profissionais e as dinâmicas de trabalho frequentemente apresentam-se insatisfatórias, com limitações na resolutividade e baixa permeabilidade para a construção conjunta de propostas e ações efetivas. O referido cenário reflete-se na prática, o que evidencia, no cotidiano, uma frágil eficiência no legado deixado nos diversos setores de atuação.

A inserção da RMS nos serviços de saúde enfrenta desarranjos estruturais e processuais, como o alto rotativismo de gestores e profissionais com vínculos políticos, que frequentemente deixam os cargos devido a mudanças nas alianças políticas. Isso influencia nas pactuações e exige constantes (re)ajustes (Pinto; Cyrino, 2014).

-(Des)preparo dos preceptores no processo de formação

O preceptor exerce um papel fundamental no contexto dos programas de residência e é um agente central no processo de construção contínua e mútua do conhecimento. Esse processo demanda não apenas *expertise* e habilidades técnico-práticas, mas também uma postura reflexiva e orientadora, essencial para o acompanhamento do desenvolvimento da formação técnica e humanizada do residente, especialmente no contexto da atenção primária à saúde (Carvalho; Gutiérrez, 2021; Maroja; Almeida Júnior; Noronha, 2019; Rodrigues; Witt, 2022).

Portanto, é imprescindível que o preceptor se mantenha em constante atualização. Isso permite ampliar seus saberes teóricos e práticos para embasar suas práticas e discussões. A atualização contínua do preceptor contribui diretamente para sua capacidade de identificar e superar os desafios inerentes à formação profissional no campo da saúde, e proporciona o conhecimento necessário para abordar os princípios do processo de ensino-aprendizagem em cenários frequentemente desafiadores (Souza; Ferreira, 2019).

A atuação do preceptor é relevante no ensino em serviço e na construção de vínculos com a comunidade, pois ele ocupa um papel essencial ao mediar a integração entre o residente e o serviço de saúde. A qualificação contínua desse preceptor no processo formativo tem impacto direto na qualidade das discussões crítico-reflexivas com os residentes e contribui para aprimorar as práticas nos diversos cenários de atuação (Delfino; Vinadé, 2024).

Os preceptores, todavia, se deparam com a vulnerabilidade e a insuficiência na comunicação entre preceptores, residentes, gestão e coordenação da residência, o que aponta para uma desconexão que impacta diretamente o processo formativo. Ainda nessa perspectiva, verifica-se uma lacuna na compreensão, por parte dos preceptores, de suas funções e da influência que exercem sobre a trajetória dos residentes, além de uma falta de transparência no planejamento das atividades pedagógicas.

Ao longo das vivências durante o período da residência, nota-se que existe uma diversidade nos modos de atuação e interação de cada preceptor com o contexto institucional e relacional, o que reflete a necessidade de aprimorar a organização dos saberes, a articulação interprofissional e o alinhamento dos objetivos e processos de trabalho. Essa reflexão ressalta uma urgência na reestruturação comunicacional e organizativa, com o objetivo de construir uma prática formativa mais coesa e orientada.

Outro obstáculo relevante reside no sentimento, frequentemente observado entre os preceptores, de terceirização do trabalho, o que revela uma possível distorção na compreensão da proposta da RMS. Tal entendimento fragmentado muitas vezes impede que os preceptores reconheçam seu papel essencial na construção do projeto educativo da residência.

Em adição, observa-se que, desde o primeiro ano, muitos residentes acabam assumindo territórios descobertos, carentes de rede de apoio, e são tratados como

funcionários fixos do setor. Essa prática, no entanto, confronta diretamente os princípios estabelecidos pelo regimento interno e pelo plano político-pedagógico, o que gera no residente uma constante reflexão e questionamento acerca de seu real papel dentro da residência. Ainda mais preocupante é o fato de que tais práticas são frequentemente legitimadas por figuras distantes, por meio de diálogos aparentemente horizontais, cujas propostas demonstram um desconhecimento sobre a residência multiprofissional.

Solano (2020) relata em seu estudo que diversas instituições, sejam secretarias estaduais ou municipais de saúde, frequentemente inserem o residente no serviço para aproveitá-lo como "mão de obra barata". Esse movimento compromete sua formação, e, assim, distorce os objetivos formativos em favor das demandas funcionais dos setores de atuação.

Oliveira, Cavalcante e Pinto (2023), por sua vez, abordam que o cenário público apresenta desafios estruturais consideráveis, e inclui a presença de muitos profissionais que carecem de habilidades técnicas e formação humanizada. Observa-se, também, uma escassez de profissionais verdadeiramente engajados e dispostos a assumir a preceptoria de forma responsável e qualificada.

Essa irregularidade demanda uma abordagem estratégica que envolva a sensibilização dos diversos atores envolvidos. Isso pode ser alcançado ao reconhecer que a comunicação e a compreensão desse processo são elementos cruciais para o sucesso no ensino-aprendizagem, bem como no planejamento e na tomada de decisões nos serviços (Oliveira; Cavalcante; Pinto, 2023).

Assumir a função de preceptoria no contexto da gestão em saúde apresenta desafios significativos. Entre eles, destacam-se a precariedade dos vínculos empregatícios, as fragilidades estruturais que comprometem a estabilidade dos profissionais, a sobrecarga da função assistencial e a desvalorização recorrente das atividades de preceptoria. Adicionalmente, há uma escassez de incentivos destinados ao desenvolvimento de formação continuada e permanente dos profissionais. A ausência de gestores com capacidade para reconhecer e mensurar o impacto dessas lacunas limita gravemente o fortalecimento daqueles que deveriam ser beneficiados e apoiados.

Considerações Finais

Este relato de experiência evidenciou que a RMS apresenta-se como uma ferramenta potencializadora para o processo de formação e atuação do fisioterapeuta, inserido em um contexto multiprofissional e na perspectiva da APS. Contudo, evidenciam-se os grandes desafios dessa vivência, visto que o processo se desenvolve em um sistema de saúde já marcado por diversas dificuldades e lacunas. Tais entraves incluem problemas de gestão municipal, infraestrutura precária e politicagem intrínseca e extrínseca, o que resulta em uma assistência à saúde disfuncional.

Além disso, observa-se a falta de valorização e priorização da RMS no município, bem como o seu papel de agente de mudança, ressignificação e transformação na saúde. Embora o investimento federal tenha o propósito de subsidiar melhorias na prestação dos serviços, na qualificação dos profissionais envolvidos e em uma assistência mais eficaz, ainda há obstáculos significativos que dificultam o alcance de seus objetivos, o que impacta negativamente a saúde da população.

Referências

BERNARDO, M. S., FABRIZIO, G. C., SOUZA, M. L., SANTOS, T. O., ANDRADE, S. R. Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. **Revista brasileira de enfermagem**, v.73, n.6, p.e20190635, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2**, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 16 Abr 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1077**, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde e a comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Diário Oficial da União, 2009.

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**. Ministério da saúde, Brasília; 2006.

CARVALHO, M. A. P.; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.6, p.2013-2022, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>

DELFINO, M. F. N.S.; VINADÉ, T. F. O papel do preceptor na gestão de programa de residência para a efetivação do ensino. **Revista científica da escola estadual de saúde pública de Goiás "cândido santiago"**, v.10, n.10a4, p. p.1-11 2024. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/691/472>

FREITAS, L. D. O.; GONÇALVES, J. L.; GOMES, J. E. S.; VINHOTE, J. F. C.; SILVA, R. M. D.; VIEIRA, L. J. E. D. S. Contribuições da fisioterapia para a Atenção Primária à Saúde a partir da residência multiprofissional. **Fisioterapia em Movimento**, v.37, n.e37119, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/fm.2024.37119.0>

MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.24, n.e180616, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v.17, n.48, p.60-77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>

OLIVEIRA, A. S. S.; CAVALCANTE, R. D.; PINTO, T. R. Residência multiprofissional nos espaços da gestão em saúde: limites, possibilidades e desafios para o exercício da preceptoria. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v.16, n.11, p.28145-28165, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-205>

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. **Profissionais de saúde como professores: tensões e potências nas práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. (Coleção PROPG Digital-UNESP). Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/126232>

Projeto de Lei n.º 1.111, DE 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1833716 Acesso em 08 de novembro de 2024.

QUEIROZ, G. V. R.; ROCHA JUNIOR, R. S. C.; ROSÁRIO, R. M. S.; FERREIRA, I. P.; SANTOS, E. O.; MOTA, E. M. N. C.; SILVA, O. R.; AYRES, B. R. P.; CRUZ, S. J. C.; PEREIRA, F. G.; MOREIRA, B. S. Contribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 14, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36692/v14n3-12R>

RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00295186, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs295>

SILVA, V. C. Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro-preceptor na residência multiprofissional em saúde. 2017. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/850375.pdf>. Acesso em 08 de novembro de 2024.

SOLANO, L. C. Mandala formativa e a Unidade Básica de Saúde Escola: as residências em saúde nos cenários de práticas na atenção básica. 2020. 141f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B.J. Preceptorial: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1074>.

TORRES, R. B. S.; BARRETO, I. C. H. C.; FREITAS, R. W. J. F.; EVANGELISTA, A. L. P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 23, p. e170691, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>.