



Atuação do fisioterapeuta e organização do serviço docente em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: relato de experiência

Physical therapist's role and service organization in a Multiprofessional Health Residency Program: an experience report

Nair Fritzen dos Reis¹, Alini Hammes Teixeira²

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, assegura o acesso universal à saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi criada como estratégia de qualificação profissional em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. **Objetivos:** Descrever os desafios e vivências do fisioterapeuta na função de preceptor em um Programa de RMS, com área de concentração em Urgência e Emergência nos cuidados intensivos. **Métodos:** Estudo qualitativo, narrativo e de caráter descritivo-exploratório, desenvolvido no contexto de um Programa de RMS entre janeiro de 2022 e agosto de 2023. O relato foi estruturado a partir das observações de fisioterapeutas preceptoras e dividido em quatro fases: planejamento e organização do serviço; discussões clínicas baseadas em evidências; processo avaliativo; e enfrentamento de desafios no exercício da preceptoría. **Resultados:** Os principais desafios relatados envolveram o tempo reduzido para planejamento e acolhimento dos residentes, dificuldades na elaboração e execução das atividades propostas, ausência de incentivo financeiro compatível com as responsabilidades da preceptoría e escassez de oportunidades de formação continuada para os preceptores. **Conclusão:** A sistematização da experiência das preceptoras possibilitou a identificação de fragilidades relevantes na organização e desenvolvimento do programa, com destaque para a inexistência de carga horária específica, ausência de incentivos e limitações na qualificação pedagógica. O reconhecimento desses desafios pode subsidiar estratégias de aprimoramento das práticas docentes e da qualidade dos Programas de RMS.

Palavras-chave: Educação de Pós-Graduação. Sistema Único de Saúde. Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Unified Health System (SUS), one of the largest and most complex public health systems in the world, ensures universal access to healthcare. The Multiprofessional Health Residency Program (MHRP) was created as a strategy to enhance professional training aligned with the principles and guidelines of SUS. **Objectives:** To describe the challenges and experiences of the physical therapist acting as a preceptor in a MHRP focused on Urgency and Emergency in intensive care. **Methods:** This is a qualitative, narrative, and exploratory-descriptive study developed within a MHRP between January 2022 and August 2023. The report was structured based on observations from physical therapist preceptors and divided into four phases: service planning and organization; evidence-based clinical discussions; evaluation process; and challenges encountered during the preceptorship. **Results:** The main challenges reported were related to limited time for planning and welcoming new residents, difficulties in developing and implementing proposed activities, lack of adequate financial incentives for preceptors, and insufficient opportunities for continuing education. **Conclusion:** Systematizing the experience of the preceptors enabled the identification of key weaknesses in the organization and development of the program, notably the lack of designated workload, absence of financial incentives, and limited pedagogical training. Recognizing these challenges may support the development of strategies aimed at improving teaching practices and the overall quality of MHRPs.

Keywords: Graduate Education. Unified Health System. Tertiary Health Care.

¹ Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes. São José/SC, Brasil.

² Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos, Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes. São José/SC, Brasil.

Correspondência

nairfritzen@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2025 Nair Fritzen dos Reis, Alini Hammes Teixeira.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

30/2/2024

Aprovado:

29/5/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

O Brasil possui um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Assim, a criação do SUS assegurou acesso universal à saúde, abrangendo todos os níveis de cuidado, com foco na melhoria da qualidade de vida, na prevenção e na promoção da saúde^{1,2}.

Com o passar dos anos, percebeu-se a necessidade da formação de profissionais da saúde alinhados com os princípios do SUS (universalização, equidade, integralidade). Esse argumento justifica a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS)³. Uma modalidade de formação de profissionais em regime de especialização *lato sensu*, caracterizado por ensino em serviço, de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos e carga horária mínima de 5760 horas, sendo 4608, ou seja, 80% da carga horária total de horas práticas e os 20% restantes, totalizando 1152 horas, de carga teórica ou teórico-práticas⁴, sob organização e responsabilidade do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS)³.

Para cada instituição ofertante de programa de residência multiprofissional, deve existir uma Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) para auxiliar no planejamento, coordenação, supervisão e avaliação do programa, sendo também, responsável por toda a comunicação e tramitação de processos juntos à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)⁵.

As RMS abrangem as profissões da área da saúde, exceto para o curso de medicina, que possui sua própria residência e regulamentação³. Desse ponto de vista, é que olhamos para a fisioterapia, uma profissão que surge como forma de atuação na reabilitação, criada em 1929, mas regulamentada em 1969, no Brasil^{6,7}. Desde o seu início, a fisioterapia sempre esteve voltada ao setor terciário da saúde, na busca pela reabilitação das complicações das doenças. Contudo, a fisioterapia vai além da ação reabilitadora, contribuindo cada vez mais para a promoção da saúde e prevenção de doenças⁶.

O curso de fisioterapia exige habilidades e competências do educando ao longo da graduação, nas diferentes áreas de atuação como; traumatologia, reumatologia, pneumologia, cardiovascular, dermatologia, neurologia, esportiva, saúde pública, cuidados intensivos, entre outros. Isso assegura a atuação do fisioterapeuta em todos os níveis de atenção à saúde, de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar^{8,9}.

Dentre as áreas de atuação da fisioterapia, a área hospitalar de cuidados intensivos, relevou a profissão de fisioterapeuta desde a década de 40, alavancada pela incidência dos casos de poliomielite. Atualmente se consolidou profissionalmente, principalmente durante a pandemia da COVID-19, quando a profissão foi fundamental para a assistência aos pacientes internados e acometidos pela doença^{6,10,11}. A fisioterapia hospitalar é reconhecida como especialização profissional pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), com exigência profissional de 18 horas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), segundo a Resolução n.º 7 da RCD (2010)¹².

O profissional recém-formado está sujeito às demandas e exigências do mercado de trabalho, independente da área de atuação escolhida, necessitando constante qualificação⁹. Aqueles que optam pela fisioterapia hospitalar e em cuidados intensivos atuarão diretamente na diminuição dos efeitos deletérios inerentes da internação hospitalar e no manejo da ventilação mecânica¹³, fazendo com que ocorra uma busca por conhecimento especializado mediante dos Programas da RMS e exige do profissional assistencialista, constante aprimoramento e capacitação para receber o profissional em processo de especialização¹⁴.

Embora nem todos os hospitais possuem RMS, aqueles que possuem desafiam a dinâmica assistencial para o profissional, visto que, há também a atuação deste como preceptor, que pode auxiliar no desenvolvimento da autoconfiança e melhora na técnica empregada pelo residente no exercício da sua prática¹⁵. Para isso, é importante para o preceptor compreender a função do residente e da formação acadêmica centrada nesse educando e entender que fará parte da sua rotina a utilização de metodo-

logias ativas para o ensino e técnicas de avaliações, além da assistência à saúde¹⁶.

Os relatos de experiências são uma descrição precisa de experiências e vivências, seja profissional, acadêmica ou ambas, tendo como característica principal a descrição da experiência vivida, além de conter uma reflexão crítica e embasamento científico¹⁷. Visto que essas descrições objetivam contribuir de maneira relevante para determinada área de atuação¹⁷, este relato teve como objetivo narrar a vivência do profissional de fisioterapia no planejamento e organização do serviço para o ensino, os caminhos traçados e os desafios encontrados na formação dos residentes de uma Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área de concentração de Urgência e Emergência em cuidados intensivos.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, narrativo e de caráter descritivo exploratório, elaborado no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de Urgência e Emergência em cuidados intensivos.

Este relato de experiência diz respeito a vivência das autoras durante o período de janeiro de 2022 a agosto de 2023. Ambas são fisioterapeutas e preceptoras e uma, é coordenadora de área da fisioterapia em um Programa de Residência Multiprofissional da atenção terciária, inserido no Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, São José/SC, criado em 2018. Atualmente, fazem parte do programa as seguintes profissões: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição, atuando nos atendimentos de alta complexidade, como em leitos de internação, UTI, emergência clínica e cirúrgica. Além disso, são 40 preceptores envolvidos no programa de residência e 14 residentes da multiprofissional inseridos neste contexto. A fisioterapia conta com 12 profissionais atuantes na preceptoria e três residentes no programa, sendo uma residente em seu segundo ano (R2) e duas residentes no primeiro ano (R1).

Neste trabalho, a experiência relatada foi dividida em quatro fases: 1. Planejamento e organização

da coordenação e serviço de fisioterapia; 2. Discussão baseada em evidências entre preceptores e residentes; 3. Processo de avaliação das atividades teóricas, avaliação semestral de residentes e preceptores e avaliação anual do programa; 4. Desafios encontrados ao longo do processo de preceptoria.

A primeira fase é composta pelas reuniões de planejamento da COREMU e também do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), que visam organizar a semana de acolhimento dos novos residentes, elaboração do cronograma de atividades teóricas e teórico-práticas a serem desenvolvidas pelos residentes durante os dois anos de residência, além de planejar o sistema de avaliação das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas. Durante este período, é elaborado também um cronograma das discussões do eixo específico pela coordenadora de área em conjunto com os preceptores da fisioterapia.

A segunda fase é considerada a execução do planejamento realizado anteriormente, em que são, efetivamente, realizados os encontros teórico-práticos semanais entre preceptores e residentes, por um período de aproximadamente três horas. Os temas discutidos estão relacionados à prática assistencial de forma a proporcionar um aprimoramento técnico-científico e uma prática baseada em evidências. Adicionalmente, são realizados encontros do eixo SUS, de urgência e emergência e de terapia intensiva, contando então com o auxílio de diversos profissionais do hospital, não necessariamente preceptores do programa, mas sim profissionais com expertise na temática do encontro.

A terceira fase é marcada pelo período da realização das avaliações, seja a avaliação de atividade teórica realizada após os encontros do eixo SUS e eixos específicos; a avaliação semestral, de responsabilidade dos preceptores avaliarem os residentes, assim como os residentes avaliam os seus respectivos preceptores por meio de uma ficha com critérios pré-estabelecidos pelo programa; e avaliação anual do programa realizada pelos residentes.

Por fim, a última fase, refere-se sobre os desafios percebidos durante o processo de formação do profissional em especialização, desde a inserção do residente no cenário da prática, na elaboração

e planejamento do cronograma dos residentes para contemplar uma formação completa, diversa e de qualidade, no processo de supervisão e avaliação diária, bem como, nas discussões científicas.

RESULTADOS

Como fase inicial, no intuito de receber os novos residentes de maneira organizada e humanizada, é realizado a semana de acolhimento e integração do residente, sendo elaborado e entregue o manual do residente e o cronograma da residência multiprofissional (Quadro 1).

No Quadro 2, encontra-se o planejamento anual dos residentes, em que os meses são divididos por o

cenário de práticas, com carga horária principal nos setores de urgência, emergência e UTI.

Os Quadros 3 e 4 representam uma parte do cronograma que compete as atividades teóricas e teórico-práticas, subdivididas nos eixos específico e SUS, distribuídas durante os dois anos da residência a fim de contemplar a carga horária exigida.

No que compete a terceira fase dos resultados, as avaliações de preceptores e residentes ocorrem de forma semestral por meio do preenchimento de um formulário no *Google Forms*. Este questionário é utilizado pelos preceptores e residentes para avaliação de ambos. Há questões referentes à disciplina; atitude e comportamento em relação ao paciente; relacionamento interpessoal; interesse e participação; iniciativa; conhecimento teórico-prático na

QUADRO 1. Cronograma entregue na semana de acolhimento ao residente

Data	Local	Período/Horário	Atividade
01/03/2023	Auditório	08 h 00	Boas-vindas e apresentação dos coordenadores do programa, coordenadores de área, direção, coordenação do Projeto Terapêutico Singular e residentes
		10 h 00	Cadastro (Micromed, ponto, informática, estacionamento)
		14 h 00	Apresentação dos setores – chefias dos serviços
		14 h 00	Chefia Fonoaudiologia
		15 h 00	Chefia Farmácia
		15 h 30	Chefia Fisioterapia
		16 h 00	Chefia Nutrição
		16 h 30	Chefia Enfermagem
02/03/2023	Laboratório	Matutino	Leitura do Manual e do Regimento Interno pelos residentes – R1
		Vespertino	Discussão sobre o Manual e o Regimento Interno – R1
03/03/2023	Laboratório	Matutino	Acolhimento e explanação das rotinas setoriais; introdução à prática básica em área específica
		Vespertino	Acolhimento com R2

Fonte: Elaborado pela COREMU do Programa de RMS de Urgência e Emergência em cuidados intensivos (2023).

QUADRO 2. Planejamento anual do cenário de prática das residentes da fisioterapia

Residente	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho
R2	NEO / UTI-2	UTI-1	UTI-1 / UTI-2	EMG	UTI-1	Cardio
R1	x	x	UTI-2	UTI-1	UTI-2	UTI-1
R1	x	x	UTI-1	UTI-2	UTI-1	UTI-2 / EMG
Residente	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
R2	EMG	UTI-2	UTI-1	UBS	Optativo	UTI-2 / Férias
R1	PTS 3º B	UTI-2 / EMG	PTS 5º B	PN EMG	UTI-1	UTI-2 / Férias
R1	PTS 3º B	UTI-1	PTS 5º B	PN EMG	UTI-2 / EMG	UTI-1 / Férias

Legenda: R2 = residente do 2º ano; R1 = residente do 1º ano; Neo = Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; EMG = Setor de emergência; Córdio = Setor de Cardiologia; PTS = Projeto Terapêutico Singular; UBS = Unidade Básica de Saúde; PN = Política Nacional; 3º B e 5º B = Setores de enfermarias. Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

QUADRO 3. Cronograma de atividades teóricas e teórico-práticas

Data	Horário	Tema da atividade teórico-prática
06/03/2023	16:30 – 19:00	Interação crítico reflexiva interdisciplinar
07/03/2023	13:00 – 19:00	Estudo Protegido
08 ou 09/03	Conforme coordenação	Discussão teórico-prática (eixo específico)
14/03/2023	13:00 – 19:00	Estudo Protegido
15 ou 16/03	Conforme coordenação	Discussão teórico-prática (eixo específico)
15/03/2023	09:00 – 12:00	Assistência da Equipe Multiprofissional e interdisciplinar em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva: Parada Cardiorrespiratória
20/03/2023	13:30 – 16:30	Políticas públicas e redes de atenção em saúde no SUS: Introdução ao SUS / Redes de Atenção à Saúde
20/03/2023	16:30 – 19:00	Interação crítico reflexiva interdisciplinar
21/03/2023	13:00 – 19:00	Estudo Protegido

Fonte: Elaborado pela COREMU do Programa de RMS de Urgência e Emergência em cuidados intensivos (2023).

QUADRO 4. Cronograma das discussões semanais Fisioterapia

Data	Tema da discussão	Preceptor responsável
Março		
09/03	Anatomia e fisiologia pulmonar.	
15/03	Interpretação dos exames laboratoriais e gasometria.	
22/03	Avaliação do paciente à beira leito – inspeção clínica, avaliação com escalas funcionais e força.	
30/03	Discussão de caso clínico interdisciplinar	
Abril		
05/04	Medicamentos básicos: DVA, sedoanalgesia, BNM.	
12/04	Tipos de choque / Interpretação de exame de imagem – RX	
19/04	Interpretação de exame de imagem – TC de tórax e crânio	
27/04	Discussão de caso clínico interdisciplinar	
Mai		
03/05	Ventilação mecânica não invasiva (teórico/prático)	
10/05	Causas e manejo na PCR; PCR no ambu e no ventilador mecânico	
17/05	Ventilação mecânica invasiva básica (modos ventilatórios / parâmetros iniciais / diferentes cálculos de volume ideal)	

Legenda: DVA = Drogas Vasoativas; BNM = Bloqueadores neuromusculares; RX = Radiografia; TC = Tomografia Computadorizada; PCR = Parada Cardiorrespiratória; VM = Ventilador Mecânico. Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

assistência, na logística do serviço, em ensino e em investigação científica; e por fim, comportamento ético. Sua pontuação vai de zero a 10 pontos, sendo a média final transformada em um conceito final: insuficiente, regular, bom e excelente. Um *feedback* após as avaliações é fornecido pelo coordenador de área aos residentes e preceptores.

Os residentes avaliam o programa por formulário no *Google Forms* que conta com questões, que pontuam de zero a 10 (insuficiente a excelente). As questões são sobre a participação do coordenador geral e de área e preceptores no esclarecimento de dúvidas sobre o programa e rotina prática; qualificação dos

profissionais participantes do programa; pagamentos das bolsas; coerência pedagógica do programa e articulação entre os serviços; diversificação das atividades didáticas, materiais e estrutura para atuação do residente; e, a disponibilidade de orientador de área para o trabalho de conclusão de residência.

Em última análise, as autoras elencam como desafios a disponibilidade de tempo fora da assistência clínica para elaboração e planejamento do cronograma das residentes. Apesar da autorização de realização de horas extras; por vezes, tornam-se insuficientes para contemplar toda a demanda que coordenação e preceptoria exigem.

Adicionalmente, o desafio de se manter atualizado, seja para o entendimento do ensino centrado no educando, bem como, para o ensino baseado em evidências. Há a constante adversidade no engajamento de outros profissionais no entendimento do residente em processo de especialização e não, meramente uma mão-de-obra para um sistema saturado e com déficits de funcionários. Outros obstáculos puderam ser percebidos: como a falta de incentivo financeiro e carga horária exclusiva para aqueles que participam do programa de RMS e a baixa oferta gratuita de cursos de aperfeiçoamento em preceptoría.

DISCUSSÃO

Este estudo relatou a experiência de duas fisioterapeutas no papel de preceptoras e uma delas, como coordenadora de área de um Programa de RMS em Urgência e Emergência em cuidados intensivos, no que compete o planejamento e organização do serviço de fisioterapia, o cronograma de discussões com as residentes, o processo avaliativo e os desafios encontrados no cotidiano. Apesar de uma melhora evidente no processo de planejamento e cronograma de aulas para as residentes em comparação ao início do programa, ainda é possível elencar obstáculos que impactam a rotina de residentes e preceptores, bem como, melhorias que poderiam acontecer para capacitar os preceptores e aprimorar o próprio programa.

As RMS constituem uma estratégia de formação de recursos humanos para o SUS¹⁸ a partir do treinamento em serviço e que tem como ponto de partida a aprendizagem técnica e prática clínica¹⁶. Em vistas desses objetivos, a residência possui uma carga horária de 60 horas semanais⁴; contudo, é visível a sobrecarga que uma rotina de 10 a 12 horas diárias acarreta no residente, podendo prejudicar o seu ensino e sua saúde mental. Um estudo relatou as expectativas dos ingressantes em um programa de RMS e as percepções dos egressos; os autores puderam constatar que essa jornada é altamente extenuante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho; ainda que haja a contem-

plação de carga horária teórica, isso não altera a condição do residente como trabalhador¹⁶.

No que diz respeito ao planejamento das residências em saúde, se faz necessário a implementação e aprimoramento dos projetos pedagógicos, sendo estes, elaborados pela COREMU e auxiliados pelo NDAE e demais membros envolvidos com a residência, como docentes, preceptores e residentes¹⁹. O cronograma dos dois anos de residência é elaborado visando qualificar os profissionais residentes para atuarem em diferentes níveis de complexidade do SUS, respeitando a carga horária de atividades práticas, teórica ou teórico-práticas conforme exigência do MEC e alinhadas aos Princípios do SUS⁵.

Para avaliar o desempenho do residente durante o processo se faz necessário a realização de avaliações de caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos estabelecidos pela COREMU, sendo realizada semestralmente e os resultados das mesmas devem ser repassados aos residentes²⁰. Além do mais a utilização do feedback é fundamental para o aprimoramento dos residentes e dos preceptores, fornecendo aos mesmos informações sobre a sua performance em determinada tarefa, buscando assim, seu aprimoramento²¹.

A maioria dos residentes possuem uma alta expectativa em relação à RMS através da possibilidade de amadurecimento pessoal, novas experiências, maior chance de inserção no mercado de trabalho, aumento da segurança e autoconfiança profissional e aquisição de conhecimentos especializados¹⁶. Porém, vivenciando na prática como residente no passado e atualmente, atuando na preceptoría, é perceptível que essas expectativas não são supridas em sua totalidade. Além da sobrecarga de trabalho, um dos motivos elencados por nosso relato e que corrobora com a literatura¹⁶ é a qualificação dos recursos humanos no cenário de aprendizagem, não só dos preceptores, como dos profissionais no geral. O processo de ensino-aprendizagem em saúde deveria permitir uma maior contato com a realidade e com práticas em serviços de saúde; entretanto, a maioria dos profissionais estão habituados com um modelo centrado na figura do docente e desenvolvido por meio de aulas expositivas, tirando o protagonismo do educando, dificultando a articulação

entre os serviços de saúde e instituições de ensino e integração entre os residentes, docentes, usuários e profissionais de saúde^{16,22}.

Um estudo descritivo-exploratório sobre a preceptoria em um programa de RMS identificou como dificuldades a falta de capacitação em preceptoria (75%), o acúmulo de atividades assistenciais e administrativas (50%), necessidade de cursos de formação e atualização para preceptores (100%) com fundamentação didático-pedagógica voltada para a prática da preceptoria (75%)²³. Essa lista de necessidades apresentada pelo estudo, reafirma a experiência relatada em nossos resultados, demonstrando que esta é uma questão ampla de cunho nacional encontrada em diferentes programas de RMS.

O registro de relato de experiências como essa corroboram para o crescimento e aprimoramento das residências em saúde, pois promovem reflexões acerca das reais necessidades para elaboração e manutenção de um projeto pedagógico adequado, demonstram a importância do trabalho em equipe e das possibilidades de aprimoramentos dos programas de residência, trazendo subsídios para uma formação crítico-reflexiva na área da saúde, fortalecendo o SUS e promovendo benefícios aos usuários do sistema.

CONCLUSÃO

A experiência realizada proporcionou mostrar um panorama do nosso programa, que busca especializar fisioterapeutas no contexto do SUS no setor terciário, trazendo um relato sobre as estratégias de planejamento para o ano, nas competências das escalas dos residentes, no ensino teórico e teórico-prático, na organização dos preceptores responsáveis pelas discussões do eixo específico e na avaliação sequencial de todos os agentes pertencentes ao programa de RMS. Além disso, o relato ressalta as fragilidades identificadas pelas preceptoras em relação à restrição de tempo entre preceptor e residente em uma rotina intensa e complexa de trabalho dentro do ambiente hospitalar, à falta de incentivo financeiro aos profissionais que exercem a preceptoria e funções administrativas que per-

mitem o funcionamento do programa e à escassez de oportunidades de aprimoramento para os preceptores. Dessa forma, coloca-se como perspectiva propositiva através desse relato, a necessidade de desenvolver estratégias que melhorem as práticas profissionais e consequentemente, a qualidade deste e de outros programas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [citado 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Silva LB. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Katalysis*. 2017;21(1):200–9.
4. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014 [Internet]. Diário Oficial da União. 2014 nov 10 [citado 2024]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>
5. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015 [Internet]. Diário Oficial da União. 2015 jul 22 [citado 2024]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=22/07/2015>
6. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2009;16(3):655–68.
7. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1969 [citado 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0938.htm
8. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. COFFITO [Internet]. Brasília: COFFITO; 2024 [citado 2024 set 21]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2350
9. Araújo AS, Silva TP, Pereira IN, Lima PF, Silva LA, Ferreira AN, et al. A influência da integralidade como princípio doutrinário da política do Estado brasileiro para a saúde na formação acadêmica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter Integr*. 2019;12:113–20.
10. Alves AN. A importância da atuação do fisioterapeuta. *Ensaios Ciênc Biol Agrar Saúde*. 2012;16(6):173–84.
11. Gastaldi AC. Fisioterapia e os desafios da COVID-19. *Fisioter Pesqui*. 2021;28(1):1–2.
12. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado

- 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
13. Furtado MVC, Costa ACF, Silva JC, Amaral CA, Nascimento PGD, Marques LM, et al. Atuação da fisioterapia na UTI / Physiotherapy performance at UTI. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):16335–49.
 14. Gomes DC, Seima MD, Ferrari AS, Capistrano FC. A preceptoria em enfermagem: contribuições e desafios na residência. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Os sentidos da inovação tecnológica no ensino e na prática do cuidado em enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN [Internet]. Brasília: ABEn; 2023. p. 37–43. Disponível em: <https://publicacoes.abenacional.org.br/ebooks/e20-sinaden-senaden-cap5>
 15. Lima DF, Lima LA, Schultz D, André TC. Como vai, jovem professor? O recrutamento de fisioterapeutas não licenciados para o cargo de professor. *Cad Educ Saúde Fisioter.* 2022;9(19):e915.
 16. Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JIS. A residência multiprofissional em saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis.* 2021;31(3):e310317.
 17. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educ.* 2021;17(48):1–18.
 18. Alves CC, Netto MC, Sousa APG, Devincenzi MU. Relato de experiência da atuação do nutricionista em residência multiprofissional em saúde. *Rev Nutr.* 2016;29(4):597–608.
 19. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Brasília: MEC; 2012. p. 1–8.
 20. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010. Brasília: CNRMS; 2010. p. 1–2.
 21. Auto BSD, Vasconcelos MVL, Peixoto ALV. Clinical skills assessment and feedback in pediatric residency. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 [citado 2024];45(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200030>
 22. Meneses LBA, Leite VS, Pereira AJ, Rocha RCS, Fernandes MCV. Vivendo a formação de preceptores e tutores: uma experiência refletida. In: Rede Unida, organizador. *Série Vivências em Educação na Saúde*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 61–74.
 23. Cavalcanti IL, Sant'Ana JMB. A preceptoria em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. *Rev Eletr Gestão Saúde.* 2014;5(3):1045–54.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: NFR, AHT. Investigação: NFR, AHT. Metodologia: NFR, AHT. Tratamento e análise de dados: NFR, AHT. Redação: NFR, AHT. Revisão: NFR, AHT. Aprovação da versão final: NFR, AHT.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

Não se aplica.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Marcela Cangussu Barbalho Moulim.

Endereço para correspondência

Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, Rua Adolfo Donato da Silva, Praia Comprida, São José/SC, Brasil, CEP: 88103-901.