

REVISTA GESTÃO & SAÚDE
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH



<https://doi.org/10.26512/rgs.v15i2.54218>
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 19.06.2024
Aprovado: 21.08.2024
Artigo Original

Juliana Siqueira Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4784-5639>
Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM),
Fiocruz, Pernambuco
Sanitarista na Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco. Brasil
Email: jucasiqueira@gmail.com

Pedro Miguel dos Santos Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5665-0924>
Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2012)
Diretor do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz, Pernambuco. Brasil
Email: pedro.neto@fiocruz.br

**Expansão da Formação para a Atenção Básica: Efeito da Política de Residência em Saúde,
Pernambuco, Brasil**

**Expansion of Training for Primary Care: Effect of the Health Residency Policy, Pernambuco,
Brazil**

**Ampliación de la Formación para la Atención Primaria: Efecto de la Política de Residencia en
Salud, Pernambuco, Brasil**

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a Política de Residência em Área Profissional da Saúde como estratégia de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde para a qualificação da atenção básica. Trata-se de uma pesquisa social, do tipo estudo de caso, que utilizou como referencial teórico-analítico a Abordagem do Ciclo de Políticas de Stephen Ball, no contexto da prática e dos resultados da política para investigar o Estado de Pernambuco, Brasil. Utilizou-se abordagem de métodos mistos, com pesquisa documental e coleta de dados governamentais (2010-2021), entrevistas semiestruturadas com atores-chave, e análises descritiva e de conteúdo temática. Verificou-se, na série histórica, expressiva expansão dos programas de residência relacionados à organização da atenção básica (saúde da família e comunidade, saúde mental, saúde coletiva), bem como uma melhoria na distribuição de programas para o interior do estado. Embora persistam desafios e problemas estruturais que limitam a implementação da política, os atores sociais compreendem a importância da residência na área profissional da saúde na organização das redes de atenção à saúde, e demonstram, ainda, capacidade de articulação local para qualificação da governança.

DESCRITORES: Política de Saúde. Atenção Básica. Residência em Saúde. Educação Profissional em Saúde Pública.

ABSTRACT

This article aims to analyze the Residency Policy in the Professional Health Area as a strategy to train professionals for the Unified Health System for primary care qualification. This is a social research, of the case study type, which used Stephen Ball's Policy Cycle Approach as a theoretical-analytical reference, in the context of policy practice and results to investigate the State of Pernambuco, Brazil. A mixed methods approach was used, with documentary research and government data collection (2010-2021), semi-structured interviews with key actors, and descriptive and thematic content analyses. In the historical series, there was a significant expansion of residency programs related to the organization of basic care (family and community health, mental health, collective health), as well as an improvement in the distribution of programs to the interior of the state. Even though challenges and structural problems persist that limit the implementation of the policy, social actors understand the importance of residence in a professional health field in the organization of healthcare networks and demonstrate the capacity for local articulation to qualify governance.

KEYWORDS: Health Policy. Primary Health Care. Internship and Residency. Education, Public Health Professional.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar la Política de Residencia del Área Profesional de Salud como estrategia de formación de profesionales del Sistema Único de Salud para la calificación de la atención básica. Se trata de una investigación social, del tipo estudio de caso, que utilizó como referencia teórico-analítica el Policy Cycle Approach de Stephen Ball, en el contexto de la práctica política y los resultados de la investigación en el Estado de Pernambuco, Brasil. Se utilizó un enfoque de métodos mixtos, con investigación documental y recolección de datos gubernamentales (2010-2021), entrevistas semiestructuradas con actores clave y análisis descriptivo y de contenido temático. En la serie histórica hubo una expansión significativa de los programas de residencia relacionados con la organización de los cuidados básicos (salud familiar y comunitaria, salud mental, salud colectiva), así como una mejora en la distribución de los programas hacia el interior del estado. Si bien persisten desafíos y problemas estructurales que limitan la implementación de la política, los actores sociales comprenden la importancia de la residencia en un campo profesional de salud en la organización de las redes de atención en salud, y también demuestran la capacidad de articulación local para calificar la gobernanza.

DESCRIPTORES: Política de Salud. Atención Primaria de Salud. Internado y Residencia. Educación en Salud Pública Profesional.

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica, como coordenadora do cuidado em saúde e ordenadora das ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem sido um componente estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tendo como estratégia prioritária para sua expansão, consolidação e qualificação, a Saúde da Família⁽¹⁾. Apesar de a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ter sofrido, ao longo dos diversos ciclos políticos, modificações importantes, inclusive no seu financiamento, mantém-se como referência para o cuidado integral desenvolvido por equipes multiprofissionais em saúde e atuação interprofissional, de modo a superar a lógica da fragmentação do cuidado⁽¹⁾.

Nesse sentido, Feuerwerker⁽²⁾ destaca que um dos principais problemas enfrentados na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi a falta de profissionais com perfil adequado, sinalizando para o papel da graduação e da residência em saúde como estratégias para transformar o processo de formação. Aponta, ainda, que a residência em saúde pode ser importante fator de fixação do profissional⁽²⁾. Assim, pode-se

afirmar que o adequado provimento e a devida qualificação profissional são alguns dos principais desafios do desenvolvimento da atenção primária no Brasil.

Nesse contexto, a residência em área profissional da saúde, como estratégia de educação pelo trabalho, desponta como importante alavanca para o alcance de uma formação diferenciada no SUS, pautando-se na atuação interdisciplinar e no trabalho em equipe, e enquanto dispositivo de educação permanente e de reorientação das lógicas tecnoassistenciais⁽³⁾. A residência em área profissional da saúde, definida como modalidade de ensino em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, foi instituída por meio da Lei nº 11.129 de 2005.

No contexto da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, a Política de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) se apresentou como estratégia para viabilizar a expansão da atenção básica, considerando que as primeiras residências multiprofissionais em saúde da família tinham como alvo a reorganização deste nível de atenção⁽⁴⁾.

Segundo Cecílio e Reis⁽⁵⁾, o duplo desafio do SUS sempre foi de construir a política e, ao mesmo tempo, os atores para a política como ela foi pensada em toda a sua complexidade. Em torno da discussão quanto às dificuldades para se implantar uma atenção básica qualificada, constatava-se a suposta ausência de perfil dos trabalhadores, apontando-se para o desafio de se ter um “novo trabalhador do SUS”⁽⁵⁾(p.10).

Para que a formação desses profissionais esteja, de fato, voltada para as necessidades de saúde da população existem inúmeros desafios, especialmente no que se refere aos processos regulatórios no âmbito da política de gestão do trabalho e educação na saúde e à necessidade de mudança no sistema educacional. Nesse sentido, o SUS ainda coleciona alguns problemas relacionados à gestão da educação na saúde, como a persistência de uma formação centrada na clínica hospitalar e na especialidade, manutenção do paradigma hegemônico da cura, crescimento do ensino privado e do ensino à distância (EaD) sem adequada regulação estatal, e persistente iniquidade regional na distribuição de vagas na graduação, que repercute diretamente na disponibilidade de profissionais de saúde para atuar nos diversos postos de trabalho⁽⁶⁾.

Dito isso, pressupondo que a consolidação da atenção básica depende em grande medida da estruturação de uma política de formação de trabalhadores da saúde, coube-nos questionar como as residências em área profissional da saúde, enquanto política pública, tem contribuído como parte dos dispositivos de formação permanente para o SUS. Para tanto, tomamos como base o caso de Pernambuco, estado da região Nordeste do Brasil, para analisar a atuação do Estado brasileiro na formação dos profissionais de saúde para a atenção básica por meio das residências em saúde. Pernambuco se apresenta no cenário nacional como referência na formação de especialistas para o SUS, sendo um dos pioneiros na implantação de residências em saúde no Brasil e se configurando como importante financiador de bolsas de residência⁽⁷⁾.

É importante considerar que as publicações que abordam a formação por meio das residências em saúde têm apontado a potência da educação pelo trabalho como metodologia para formar trabalhadores para o SUS, persistindo, contudo, maior concentração dos estudos na região Sudeste⁽⁸⁻¹⁰⁾. As pesquisas são predominantemente voltadas para o estudo de programas de residência, com escassez de estudos mais amplos, como, por exemplo, os voltados para a análise de política. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é

analisar os resultados da implementação da Política de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) na formação de profissionais para a atenção básica do SUS no estado de Pernambuco, Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No SUS, e mais fortemente no contexto da atenção básica, o trabalho em equipe tem sido valorizado como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, o qual aprofunda a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes⁽¹¹⁾. O trabalho em equipe multiprofissional, como uma das características da residência em área profissional da saúde, por si só, traz como potencialidade a transformação das práticas e do modo hegemônico de operar o cuidado em saúde, ao mesmo tempo que apresenta contradições e desafios para a formação de trabalhadores no SUS, já que o trabalho em equipe pouco se concretizou na rotina dos serviços de saúde⁽¹¹⁾. O trabalho em saúde demanda trabalhadores com formação de qualidade, educação permanente e uma diversidade de saberes e práticas, portanto, uma competente educação na saúde é central para a qualidade do cuidado.

Os textos da Política de Residência em Área Profissional da Saúde apontam para o tamanho do desafio colocado para esta estratégia formativa, que se movimenta no sentido oposto ao modelo biomédico hegemônico, norteando-se pelas necessidades de saúde da população, respeito às especificidades loco regionais e participação ampla dos atores sociais envolvidos, buscando uma formação para o trabalho integrado e interprofissional. Ao mesmo tempo, a PRAPS apresenta lacunas, interpretações contraditórias e desafios para a sua implementação nos distintos territórios.

Dallegrave e Kruse⁽¹²⁾ denominam as residências em saúde como uma invenção que se apresenta como uma estratégia politicamente importante e que se coaduna com os ideários da Reforma Sanitária Brasileira (SUS, integralidade, trabalho em equipe), acionando a reforma universitária e dos serviços de saúde. Para Silva⁽¹³⁾, o movimento de tirar a ênfase nas patologias e voltar-se para as múltiplas áreas de atuação a partir das necessidades de saúde, é o que caracteriza as residências em saúde como uma inovação e a aproxima da construção de práticas de integralidade. Nesse sentido, as residências em área profissional da saúde são apontadas como estratégias fundamentais no processo de expansão e qualificação da rede de atenção básica, diante das suas potencialidades políticas e pedagógicas para a transformação das práticas de cuidado, configurando-se enquanto prática contra-hegemônica^(9,14). Contudo, ainda persistem desafios no contexto da prática, como a superação de limitações decorrentes da formação na graduação, na organização e funcionamento dos programas e dos campos de prática nos serviços de saúde, nos projetos político-pedagógicos, na relação com os preceptores e tutores, entre outros^(9,14).

O investimento ordenado e o incremento de recursos nessa modalidade de formação têm contribuído para a afirmação das residências em saúde como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS, ainda que persista a má distribuição geográfica de profissionais de saúde associadas à iniquidade na distribuição de formação superior, o que agrava a desigualdade regional no acesso da

população aos diversos serviços de que necessita⁽⁴⁾. Entretanto, o recente cenário político nacional, mais precisamente entre 2016 e 2022, em que predominou o retrocesso nas políticas indutoras da formação profissional em saúde, reduzindo-se o apoio ao desenvolvimento dos programas de residência em saúde, reforça a necessidade de estudos que analisem as características da PRAPS e as estratégias regionais e locais para a formação dos trabalhadores da saúde e para a consolidação dessa estratégia política com vistas ao desenvolvimento do SUS.

3 METODOLOGIA

O presente artigo consiste em um dos produtos da pesquisa intitulada “Formação para o SUS na agenda política: análise das residências em saúde em Pernambuco”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (doutorado) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Pernambuco. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAM/Fiocruz sob o parecer consubstanciado nº 5.078.594/2021. Trata-se de uma pesquisa social de análise de implementação da Política de Residência em Área Profissional da Saúde que tem o Estado de Pernambuco como estudo de caso para investigar o contexto da prática e o contexto dos resultados/efeitos da política, utilizando como referencial teórico analítico a Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) formulada pelo sociólogo inglês Stephen J. Ball⁽¹⁵⁾.

A ACP consiste em um método de análise composto por contextos que se inter-relacionam, cada um apresentando arenas, lugares e grupos de interesse, envolvendo disputas, embates e compromissos, a saber: contexto de influência, contexto da produção de texto, contexto da prática, contexto dos resultados/efeitos, contexto da estratégia/ação política⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A análise de políticas por meio dessa abordagem incide sobre a formação do discurso da política e sobre a interpretação ativa que os atores sociais que atuam no contexto da prática fazem para relacionar os textos da política à prática, sendo possível identificar resistências e acomodações dentro e entre as arenas da prática, bem como o delineamento de conflitos e disparidades entre os discursos nessas arenas⁽¹⁶⁾.

Utilizou-se a abordagem de métodos mistos, com pesquisa documental, coleta de dados governamentais e entrevistas com atores-chave. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) disponibilizou informações acerca dos programas de residência na área profissional da saúde, no período de 2010 a 2021: instituição, programa, categorias profissionais, ano, vagas credenciadas e órgão financiador. Os dados foram organizados em planilha do software Microsoft Excel®. Foram ainda selecionados 36 documentos como legislações, relatórios e atas, relevantes ao objetivo do estudo, do período de 2010 a 2021: D1 a D4 – planos estaduais de educação permanente em saúde (4 documentos); D5 a D24 – atas e documentos produzidos pelo fórum estadual das Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) (20 documentos); D25 a D34 – atas e documentos produzidos pela Comissão Estadual de Residências em Saúde (10 documentos); D35 a D36 – relatório dos seminários estaduais de residências em saúde (2 documentos).

Visando obter uma compreensão processual e interpretativa do contexto da prática e da visão dos diversos atores, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com atores sociais chave. O uso da técnica de entrevista buscou compreender situações que emergiram da análise dos documentos e permitiu analisar as

relações desses atores com o processo e o contexto da prática no desenvolvimento da política. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, adaptando o roteiro proposto por Mainardes⁽¹⁶⁾ com questões norteadoras para a aplicação da abordagem do ciclo de políticas no contexto da prática. Foram realizadas nove entrevistas entre os meses de maio de 2022 e abril de 2023, considerando a inclusão de atores sociais estratégicos no processo de implementação da política local e a inclusão de ao menos um representante de cada segmento (gestão, coordenação, docência, tutoria, preceptoría, residente e controle social). As entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora, gravadas, com duração média de 72 minutos, e transcritas na íntegra, a fim de assegurar o registro de forma fidedigna e uma boa compreensão da conversa. Para preservar a identidade do entrevistado, os nomes foram substituídos pela letra "A" (ator social) acompanhada de um número correspondente à ordem das entrevistas. A caracterização dos atores sociais encontra-se descrita no Quadro 1.

Quadro 1-Caracterização das experiências dos atores sociais entrevistados

Ator social	Atuação/trajetória
A1	Gestão estadual
A2	Preceptoría, tutoria, docência
A3	Coordenação de Coremu, tutoria, docência, coordenação e vice-coordenação de programa de residência, egressa de residência
A4	Residente
A5	Coordenação de programa de residência, tutoria, docência, professor universitário
A6	Residente
A7	Coordenação de Coremu, gestão municipal
A8	Tutoria, professora universitária, preceptoría, coordenação de programa de residência, egressa de residência
A9	Conselheira estadual de saúde, usuária

Fonte: Dados da pesquisa, 2022-2023

Quanto à análise, os dados governamentais dos programas de residência na área profissional da saúde foram analisados por meio do software Microsoft Excel® e os resultados demonstrados através de análise descritiva. Os documentos e entrevistas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo do tipo temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação, auxiliando na compreensão sobre o fenômeno no contexto da prática. Os resultados foram apresentados em uma perspectiva crítica, à luz do referencial dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira e dos fundamentos da relação trabalho-educação. Considerando-se os objetivos deste trabalho, foram definidas três áreas temáticas, com a distribuição dos programas de residência em saúde conforme apresentado no Quadro 2: saúde da família e comunidade; saúde mental; e saúde coletiva. Os programas de saúde coletiva foram considerados relevantes para a temática devido à potencial implicação com a gestão municipal e a organização da atenção básica.

Quadro 2 - Distribuição dos programas de residência em área profissional da saúde por áreas temáticas relacionadas à organização da atenção básica

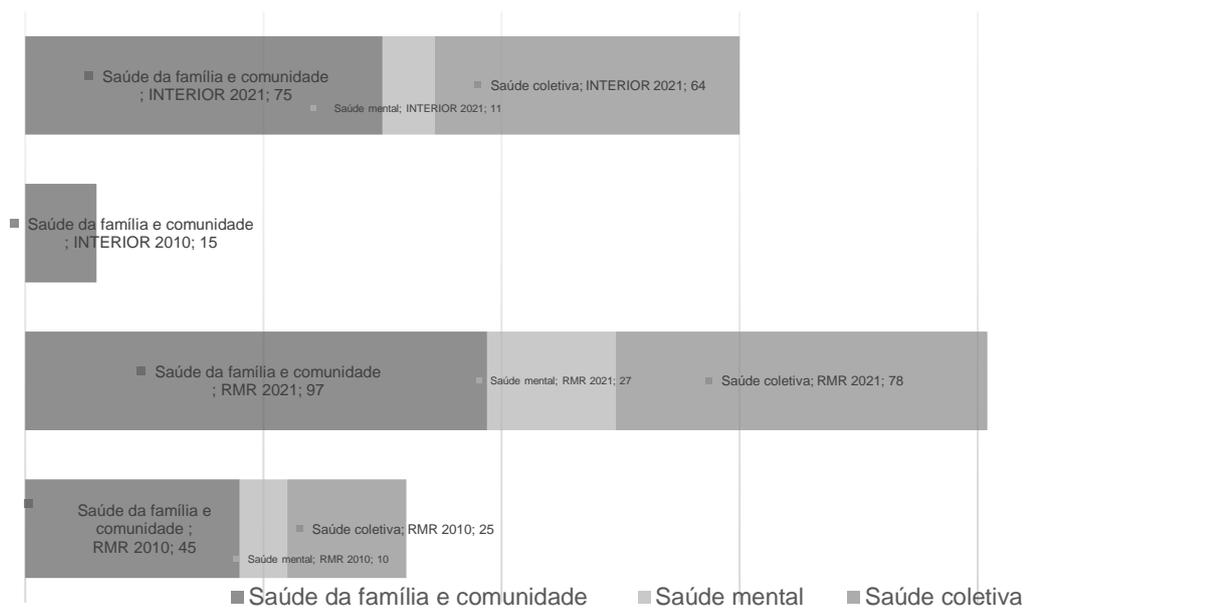
Área Temática	Nomenclatura do Programa de Residência
Saúde da Família e Comunidade	- Multiprofissional em saúde da família - Multiprofissional de interiorização de atenção à saúde
Saúde Mental	- Multiprofissional na rede de atenção psicossocial - Multiprofissional em saúde mental
Saúde Coletiva	- Residência multiprofissional em saúde coletiva - Odontologia em saúde coletiva - Multiprofissional em vigilância em saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2022-2023

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesta seção buscaremos discutir os aspectos relacionados ao contexto da prática e a um dos efeitos da Política de Residência em Área Profissional da Saúde no desenvolvimento das políticas de saúde para a atenção básica no âmbito estadual, qual seja, a expansão de programas de residência na área profissional da saúde. No período de 2010 a 2021 observou-se um crescimento de 186,67% na área temática saúde da família e comunidade, apresentando o maior número absoluto de vagas (172) em programas de residência (Gráfico 1) dentre as 753 vagas ofertadas no último ano da série histórica (Tabela 1). Considerando, ainda, as vagas nas áreas de saúde mental e saúde coletiva no agrupamento de programas de residência relacionados à atenção básica, tem-se a expansão de 270,53% com 352 vagas distribuídas (Gráfico 1, Tabela 1), em 21 programas de residência no ano 2021.

Gráfico 1 – Distribuição das vagas de residência em área profissional da saúde por área temática relacionada à atenção básica, Região Metropolitana do Recife (RMR) e interior do estado de Pernambuco, 2010-2021



Fonte: Dados da pesquisa, 2022-2023

Em Pernambuco, verificou-se como um dos efeitos da PRAPS, ao longo da série histórica, a interiorização das vagas dos programas de residência na área profissional da saúde ofertadas nas três áreas temáticas analisadas. Enquanto em 2010 apenas 15,79% das vagas estavam localizadas no interior do estado, em 2021 essa proporção foi de 42,61% (Gráfico 1). Tanto na análise documental quanto nas entrevistas, a regionalização e a interiorização dos programas de residência em saúde emergiu como importante diretriz da Política de Residência em Área Profissional da Saúde no estado. Para Sarmiento⁽⁴⁾, as residências em saúde, ao apostarem na descentralização e regionalização como um de seus eixos norteadores, se apresentam como uma proposta de formação com potencial para fixação de profissionais em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades.

Tabela 1 – Distribuição do financiamento de bolsas de residência em área profissional da saúde por área temática e esfera de gestão, Pernambuco, 2020-2021

Financiamento	2010		2021	
	Atenção Básica	Outras áreas temáticas	Atenção Básica	Outras áreas temáticas
Estadual	20	115	66	247
Federal (MS e MEC)	70	0	286	154
Total Área temática/Ano	95	115	352	401
Total/Ano	210		753	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022-2023

Estudos têm apontado as potencialidades das residências multiprofissionais em saúde voltadas à atenção básica para a mudança do perfil do profissional de saúde e das práticas assistenciais, para a reorganização dos serviços, e na indução da mudança no modelo de saúde^(3,9-10). Assim, a residência em área profissional da saúde, por meio do fomento ao trabalho em equipe multiprofissional nos serviços e a interdisciplinaridade, potencializa a ESF como dispositivo de mudança no modelo de cuidado para a população^(3,9). No contexto de resposta às emergências em saúde, como na Pandemia da Covid-19, Felipe et al.⁽¹⁷⁾ identificaram que os residentes foram importantes para a resiliência da atenção básica, contribuindo para diminuir a interrupção dos cuidados ofertados, integrando-se ao serviço enquanto força de trabalho, o que reafirma o papel estratégico das residências em saúde no SUS.

Observou-se que o financiamento federal, associado ao estabelecimento de diretrizes, regiões e áreas prioritárias para abertura de programas de residência na área profissional da saúde, foi um importante aspecto no processo de implementação desses programas na atenção básica, conforme demonstrado neste estudo (Tabela 1). Como pôde ser verificado, os recursos federais no início da série histórica estavam voltados essencialmente para a atenção básica e, em 2021, 65% do montante de recursos ainda eram destinados a esse nível de atenção (Tabela 1).

Assim, importa destacar que o Ministério da Saúde assumiu papel importante na formulação da política, inicialmente em 2002, incentivando a abertura de residências multiprofissionais em saúde da família⁽³⁾, e, mais adiante, em 2009, com o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, buscando priorizar áreas estratégicas para a organização das RAS e uma melhor distribuição geográfica⁽⁴⁾. Mas também o MEC, a partir de 2010, se responsabilizou pelo financiamento de bolsas de residência nos hospitais federais⁽¹³⁾. Demonstra-se, ainda, que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) teve papel relevante no financiamento de bolsas de residência ao longo de todo o período.

Destacam-se como fatores promotores deste cenário: a compreensão dos atores sociais envolvidos na implementação local da política, de que as residências em saúde exercem papel central para “preparar pessoas e desenvolvê-las para o trabalho no SUS” (A5), contribuindo para a organização das Redes de Atenção à Saúde; a adesão à política nacional de bolsas de residência, fortalecida a partir de 2009; e a existência de sólida linha de financiamento de bolsas de residência no âmbito estadual, que foi determinante no início da série histórica e nos ciclos políticos de restrição orçamentária por parte da gestão federal.

A expressiva expansão das residências em área profissional da saúde, observada a partir de 2010^(4,13), sofreu descontinuidade, observando-se em 2016 a suspensão de novas bolsas por parte do Ministério da Educação e certa paralisação no financiamento do Ministério da Saúde. O recente cenário nacional (2016-2022) foi marcado por estagnação do financiamento das bolsas de residência, frágil coordenação nacional, precária regulamentação da PRAPS⁽⁷⁾ ênfase no modelo hospitalocêntrico da formação, dificultando a consolidação dessa estratégia política com vistas ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Nessa conjuntura, destaca-se o esforço coletivo para o aperfeiçoamento da governança local da política. É sabido que uma das fragilidades centrais da gestão da Política de Residência em Área Profissional da Saúde

é a instabilidade no funcionamento do seu principal órgão regulador, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

É o estado de Pernambuco saber que precisa ampliar, saber que precisa interiorizar, saber em quais áreas ele quer, saber os locais que ele precisa formar, mas ele fica impedido por uma Comissão Nacional [CNRMS] que não trabalha. (A1)

Os atores sociais estaduais, apesar dos diferentes papéis e interesses, articularam-se em torno de agendas comuns, protagonizaram acordos e estratégias que contribuíram para a criação de espaços de gestão locais, buscando assim, proporcionar um planejamento participativo, a gestão democrática, o fortalecimento da articulação inter federativa e a continuidade e aperfeiçoamento dos programas de residência em área profissional da saúde.

Desse modo, foram instituídas no âmbito local novas estruturas de gestão até então inexistentes na política nacional, que segundo os atores sociais foram fundamentais para a sustentabilidade da política no estado, como o Fórum Estadual das Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Estadual de Residências em Saúde⁽⁷⁾, como exemplificado em uma das falas:

[...] Pernambuco é o único estado que tem uma Comissão Estadual de Residência ativa. [...] isso facilitou muito o desenvolvimento da política de residência aqui no estado. (A6)

Observou-se, desse modo, algum grau de autonomia dos atores estaduais, ainda que não reconhecido formalmente por parte da gestão federal, e a atuação de atores estratégicos hábeis na gestão estadual foi fundamental na implementação da política. De acordo com Margarites e Freitas⁽¹⁸⁾(p. 615), “o ator habilidoso é o artífice da costura da colcha de retalhos de indivíduos que conformam um ator coletivo”. Vale destacar que essa atuação como ator habilidoso depende não somente da capacidade de articulação, mas também das possibilidades e limites decorrentes do seu posicionamento hierárquico e das estruturas do campo.

O ciclo da política também foi marcado por contradições e limites no processo de implementação. Nesse sentido, se, por um lado, os atores sociais reconhecem que a PRAPS está sendo implementada no estado, com bastante acúmulo histórico e experiência é importante evolução no número de programas de residência, com diversificação e ampliação na oferta multiprofissional, interiorização e financiamento, também identificam desafios estruturais. Destacam-se a necessidade de fortalecimento da integração ensino e serviço, dificuldades nos campos de prática, modelo hegemônico médico centrado, ausência de uma política de preceptoria articulada a uma carreira SUS, fragilidade dos vínculos dos trabalhadores de saúde, necessidade de investimento na estruturação dos programas de residência (componentes administrativo, pedagógico, equipe e estrutura física), fragilidade legislativa, incipiente coordenação nacional.

Então, assim, se a Política Nacional tiver uma diretriz de incentivo da política de preceptoria no SUS, e...eu imagino que seja um coração, sabe. Porque a residência, ela acontece na prática, ela é formação em serviço na realidade do SUS, nos serviços de saúde. E quem recebe o residente é o profissional de saúde preceptor. Então, assim, a gente tem muitos nós críticos nessa relação. (A8)

Desse modo, as características singulares das residências em área profissional da saúde, por si só, não garantem a construção de um conhecimento transformador, se não se fundamentarem em relações de práticas colaborativas e de troca de saberes entre residentes, preceptores e tutores⁽¹⁴⁾, e não forem acompanhadas de condições pedagógicas, estruturais e institucionais adequadas. Estudos têm apontado

como limites no processo de ensino-aprendizagem, a falta de incentivo à preceptoria, precárias condições de trabalho e baixa formação dos preceptores, fragilidade dos vínculos de trabalho, atuação profissional isolada e fragmentada, e a persistência do modelo biomédico na saúde^(9,14). Silva e Dalbello-Araujo⁽⁹⁾ destacam que, ao evidenciarem a insuficiência da equipe mínima da ESF e da estrutura dos serviços, as residências em saúde apontam aos gestores as necessidades de melhorias. Os autores reforçam a necessidade do fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade para a consolidação da residência na área profissional da saúde como estratégia de mudança na formação dos trabalhadores da saúde⁽⁹⁾.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que a Política de Residência em Área Profissional da Saúde contribuiu, em alguma medida, para a formação de profissionais de saúde com perfil para atuação na atenção básica no estado. Destacam-se como principais efeitos, no contexto da prática, a expansão das vagas em programas de residência voltados para a atenção básica e a sua distribuição para o interior do estado na série histórica analisada. Além disso, na perspectiva da educação permanente em saúde, espera-se, de forma mais imediata, que a presença de residentes em saúde promova mudanças no processo de trabalho e nos modos de cuidar por meio do trabalho em equipe multiprofissional.

Outrossim, considerando o incremento no número de profissionais de saúde e a maior diversidade de especialidades ou áreas de atuação disponíveis nos serviços de saúde, espera-se que essa melhor distribuição regional possa resultar em uma ampliação do acesso da população a esses serviços. No médio prazo, interessa analisar se essa ampliação e interiorização da formação resulta ainda em incremento dos investimentos nos serviços de saúde que compõem a RAS nas diversas regiões do estado, e se alcança o objetivo de atrair e fixar profissionais de acordo com as necessidades de saúde. Para tanto, faz-se necessário analisar as políticas de formação profissional de forma alinhada às políticas de gestão do trabalho, como o incentivo ao desenvolvimento das carreiras no SUS e ao planejamento regional das políticas, ações e serviços de saúde.

Diante das fragilidades apontadas na gestão e coordenação nacional, aponta-se a necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de governança, fortalecimento da gestão tripartite, da participação e controle social, e do alinhamento entre formação, gestão do trabalho e organização das RAS, para que a PRAPS se consolide como estratégia de formação para o SUS.

A implementação da Política de Residência em Área Profissional da Saúde pelos atores sociais coletivos em Pernambuco não se limitou à execução de uma política pensada na esfera federal, mas criou espaços próprios de planejamento e gestão, e produziu documentos e textos para sua reformulação no nível local. Evidencia-se, portanto, a necessidade de avançar na descentralização da gestão das residências em saúde, fortalecendo a cooperação entre os entes subnacionais e a União, garantindo-se autonomia e financiamento, a partir de uma forte coordenação nacional.

Ademais, reafirma-se a potencialidade das residências em área profissional da saúde, orientada por um planejamento participativo e democrático, como uma estratégia fundamental na implementação das

mudanças necessárias na educação superior e nas práticas de cuidado, de modo a se efetivar o princípio constitucional da formação orientada pelas necessidades do Sistema Único de Saúde e para a expansão e consolidação da atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial da União. 2017 Set 22 (seção 1): 68.
2. Feuerwerker LCM. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. Saúde debate. 2001; 25(57): 39-54.
3. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. REME rev. min. enferm. 2006; 10(4): 435-39.
4. Sarmento LF. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015 [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016 [citado 2024 fev 13]. 184 p. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/4359>
5. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(8).
6. Machado MH, Ximenes FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(6): 1971-79.
7. Santos JS, Santos Neto PM. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. Saúde debate. 2023; 47(138): 516–30.
8. Dallegre D, Ceccim RB. Residências em saúde: o que há na produção de teses e dissertações?. Interface (Botucatu). 2013;17(47): 759-76.
9. Silva CA da, Dalbello-Araujo M. Programa de residência multiprofissional em saúde: o que mostram as publicações. Saúde debate. 2019; 43(123): 1240-58.
10. Flor TBM, et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2022; 27(3): 921–36.
11. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1):103-9.
12. Dallegre D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. Interface (Botucatu). 2009; 13(28): 213-37.
13. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev. Katál. 2018; 21(1): 200-209.
14. Torres RBS, et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. Interface (Botucatu). 2019; 23.
15. Ball SJ. What Is Policy? Texts, Trajectories and Toolboxes. In: Ball S. J. Education Reform: a critical and post structural approach. Buckingham: Open University Press; 1994. p. 14-27.

16. Mainardes J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ. Soc.* 2006; 27(94): 47-69.
17. Felipe DA, Albuquerque PC de, Costa KAO da, Andrade Ângela CIC de, Santos KP, Araújo JM de A. O papel das(os) residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da Covid-19. *Saúde debate.* 2023; 47(137): 42-57.
18. Margarites GC, Freitas GR de. Habilidade social, relações entre campos e mudanças: a teoria do campos de ação estratégica em A theoryoffields. *Soc. estado.* 2018; 33(2): 613-19.

PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES DO ARTIGO ORIGINAL

Juliana Siqueira Santos: Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

Pedro Miguel dos Santos Neto: Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.

CURRÍCULO DOS AUTORES

Juliana Siqueira Santos. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz, Pernambuco. Sanitarista na Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco. Brasil

Pedro Miguel dos Santos Neto. Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2012). Diretor do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz, Pernambuco. Brasil.