

Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS

Residencies in health: analysis of a state policy for training professionals for the SUS

Juliana Siqueira Santos¹, Pedro Miguel dos Santos Neto¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313811

RESUMO As residências em saúde constituem-se importante estratégia de Estado na regulação da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da política de gestão do trabalho e educação na saúde. Foi realizada uma investigação que objetivou analisar como a política de residência em área profissional da saúde tem sido implementada no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2010 a 2021, nos aspectos gestão, características dos programas de residência e recursos investidos. O trabalho é uma pesquisa social, do tipo estudo de caso e abordagem de métodos mistos, com pesquisa documental e dados governamentais, que utilizou como referencial teórico-analítico a Abordagem do Ciclo de Políticas. Foi desenvolvida análise de conteúdo temática com base no que foi coletado, na teoria e na perspectiva dos pesquisadores, identificando as categorias: atores da política e governança; expansão da formação e financiamento; áreas temáticas prioritárias; formação nas residências multiprofissionais em saúde. Foram identificadas experiências de gestão com participação dos diversos atores locais, investimento incremental em bolsas de residência e ampliação das residências multiprofissionais em saúde. Persiste o desafio de implementar uma política de formação em saúde, que, pautada pelo ensino em serviço, atue como força motriz para fazer avançar o SUS.

PALAVRAS-CHAVE Formação profissional em saúde. Internato e residência. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Health residencies constitute an important State strategy in regulating the training of professionals for the Unified Health System (SUS) within the scope of work management and health education policy. An investigation was carried out to analyze how the residency policy in the professional health area has been implemented in the state of Pernambuco, Brazil, from 2010 to 2021, in terms of management, characteristics of residency programs, and resources invested. The work is a social research, of the case study type and mixed methods approach, with documental research and government data, which used the Policy Cycle Approach as a theoretical-analytical framework. We developed thematic content analysis based on what was collected, on theory and on the researchers' perspective, identifying the categories: policy actors and governance; expansion of training and funding; priority thematic areas; training in multiprofessional health residencies. We identified management experiences with the participation of different local actors, incremental investment in residency grants, and expansion of multiprofessional residencies in health. The challenge of implementing a health training policy remains, which, based on in-service education, acts as a driving force to advance the SUS.

KEYWORDS Health human resource training. Internship and residency. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
jucasiqueira@gmail.com



Introdução

A omissão em relação à agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde tem trazido graves consequências para o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a baixa capacidade do Estado de orientar a formação dos profissionais de saúde. Segundo Torres et al.⁽¹⁾, “a formação em saúde ainda é um nó crítico das propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil”. 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.

Desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), a partir de 2003, foram desenvolvidas várias ações, estratégias e programas na busca de integrar educação e trabalho em saúde. Entre estas, a residência em área profissional da saúde se apresentou como uma estratégia de formação superior em saúde que traz sentidos opostos àqueles historicamente atribuídos às residências médicas, as quais se configuram como uma especialização voltada para uma atuação curativa e privada².

A residência em área profissional da saúde, instituída por meio da Lei nº 11.129/2005, como ensino de pós-graduação na forma de educação em serviço, tem como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, pressupondo construção interdisciplinar, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas tecnoassistenciais³⁻⁵.

No processo de implantação da política de educação na saúde no Brasil, a estruturação das residências em saúde como política de Estado para a formação profissional no SUS é considerada um avanço. No entanto, essa modalidade de formação está em constante disputa, com ciclos de descontinuidade e incipiente regulação. Observa-se inconstância nas ações de regulação e fomento, inclusive

nos trabalhos da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), órgão máximo de regulação dessa política no País, o que aponta para fragilidades na condução nacional. A política de formação profissional dos trabalhadores da saúde ficou vulnerável às mudanças de gestão, à descontinuidade de investimentos e à falta de coordenação.

No atual contexto, uma série de iniciativas da gestão federal vem sendo empreendidas no sentido de retroceder em questões estratégicas relacionadas com as residências em área profissional da saúde. Distanciando-se de uma proposta de educação em serviço, tem editado normas que não dialogam com as legislações anteriormente produzidas e ainda vigentes, e que não reconhecem os atores que nela atuam nem considera o acúmulo histórico produzido pelos movimentos sociais que fazem as residências em saúde no País.

As produções que tratam da formação pelo trabalho, e mais precisamente sobre as residências em saúde, vêm crescendo no Brasil, mais fortemente a partir da sua institucionalização⁶, mas não foram identificados trabalhos que analisam a implementação da política de residências em saúde nos territórios. Em decorrência disso, reforça-se a necessidade de estudos que analisem a política de residências no contexto da prática e as características desses programas, com vistas ao desenvolvimento do SUS.

Parte-se do pressuposto de que a institucionalização e o fortalecimento da política de residências em saúde no SUS são importante estratégia para consolidar a atuação do Estado na regulação da formação de profissionais de saúde e para o aprimoramento da política de gestão do trabalho e educação na saúde. O artigo tem como objetivo analisar como a política de residência em área profissional da saúde tem sido implementada no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2010 a 2021, nos aspectos da gestão, das características dos programas de residência e dos recursos investidos.

Procedimentos teórico-metodológicos

Trata-se de uma pesquisa social, do tipo estudo de caso, exploratória, cujo objeto é um estudo de análise de implementação da política de residências em área profissional da saúde em Pernambuco, Brasil.

A análise do processo de implementação tem merecido destaque, sendo considerada uma etapa crucial para a compreensão da ação governamental, revelando as reais possibilidades da política, os pactos estabelecidos, os apoios, as disputas e os interesses dos atores⁷. A implementação, dessa forma, está imbricada em estruturas de governança, entendida como regras do jogo e arranjos institucionais que sustentam a cooperação, a coordenação e a negociação⁷.

O referencial teórico-analítico utilizado foi a Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) proposta por Stephen Ball e Richard Bowe^{8,9}, pesquisadores ingleses da área de políticas educacionais, a qual inclui três contextos na formulação de políticas: o contexto da influência, o contexto de produção de textos e o contexto de práticas⁸⁻¹². Os três contextos ocorrem simultaneamente com elevada imbricação, sendo difícil separá-los, podendo ser encontrados uns dentro dos outros¹¹.

A ACP destaca a natureza complexa e controversa da política, enfatiza os processos micropolíticos e a ação dos atores sociais locais, indicando a necessidade de articular os micro e macroprocessos na análise de políticas¹⁰, sendo importante a caracterização clara e objetiva da política investigada, incluindo dados históricos, legislativos, contextuais, discursivos, político ideológicos, financeiro e outros¹². O presente estudo pretende investigar a política estadual de residências e sua caracterização histórica, de modo a contribuir para a análise do contexto da prática.

Utilizou-se abordagem de métodos mistos, com pesquisa documental e coleta de dados governamentais. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) disponibilizou

documentos como legislações, relatórios e atas, e as seguintes informações dos programas de residência em área profissional da saúde, no período de 2010 a 2021: instituição, programa, categorias profissionais, ano, vagas credenciadas, órgão financiador. Os dados foram organizados em planilha do *software* Microsoft Excel[®].

Foram selecionados 36 documentos relevantes ao objetivo do estudo: 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).

A análise foi orientada pela seguinte questão: como se implementou a política estadual de residências em saúde nos aspectos da gestão e governança, e quais são as características dos programas de residência em área profissional da saúde e seu financiamento. A pesquisa documental contribuiu ainda para a compreensão dos macro e microcontextos, bem como para identificar as instâncias e os atores sociais envolvidos com o processo, os quais serão sujeitos na próxima fase do estudo. Utilizaram-se as análises descritiva e de conteúdo temática.

Destaca-se a importância da análise do conteúdo e enunciados que se apresentam nos textos da proposta política, em que é possível identificar conceitos utilizados, diferentes visões da estratégia política adotada, incongruências com o contexto e com a trajetória, dando pistas sobre o que está em disputa e as apostas em curso¹³.

A análise temática seguiu as seguintes fases: pré-análise, na qual se realizaram o primeiro contato e a organização do material coletado; exploração do material, operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto; e tratamento dos resultados obtidos,

inferência e interpretação que culminaram em uma análise crítica e reflexiva do conteúdo coletado¹⁴.

Após a realização de todos os procedimentos, produziu-se uma análise baseada na teoria e na perspectiva dos pesquisadores, organizada nas seguintes categorias temáticas: atores da política e governança; expansão da formação e financiamento; áreas temáticas prioritárias; formação nas residências multiprofissionais em saúde.

Este artigo compõe um estudo de análise de política da pesquisa intitulada 'Formação para o SUS na agenda política: análise das residências em saúde em Pernambuco', aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães, parecer número 5.078.594/2021.

Atores da política e governança

São identificados atores importantes que atravessam as discussões e as práticas das residências em saúde, como: gestores federais, estaduais e municipais; coordenadores de Coremu e de programas de residência; tutores; preceptores; residentes em saúde; conselhos nacional e estadual de saúde; trabalhadores da saúde e suas representações organizadas como os conselhos profissionais; e instituições de ensino. Pode-se afirmar a relevância dos seguintes espaços de governança no âmbito da política de residências para os atores locais: as Coremu, o fórum estadual das Coremu, a comissão estadual de residências em saúde, o seminário estadual de residências em saúde, o encontro nacional de residências, os fóruns dos segmentos e coletivo de residentes.

A governança pode ser conceituada de diferentes formas. Para fins deste estudo, considera-se como o ato de bem governar as relações entre a população, os recursos e os serviços de saúde, de modo a articulá-los em função do objetivo de cuidar da saúde e materializando-se em uma estrutura responsável

pela organização dos recursos, materiais disponíveis e estratégias¹⁵.

As Coremu aparecem como um espaço importante de gestão e decisão compartilhadas entre os diversos segmentos, mas que apresentam limitações diante das fragilidades da legislação nacional, do número excessivo de programas e da efetiva participação dos profissionais residentes. Visando potencializar o trabalho das Coremu e integrá-las, foi instituído o fórum estadual das Coremu, a partir de 2016, coordenado pela SES-PE.

Segundo Cavalcante et al.¹⁶, o fórum vem preencher uma lacuna que havia nas residências em área profissional da saúde, um espaço de diálogo e de pactuação entre as comissões de residência e a SES-PE. Apontam-se como resultados iniciais:

[...] expansão de vagas de residência em áreas estratégicas do SUS PE, formação específica para preceptores, qualificação do processo seletivo, oferta de formação para coordenadores de programas de residência, constituição de grupo de trabalho para discutir a formação em enfermagem obstétrica e estabelecimento de diretrizes estaduais para a organização dos programas e dos campos de prática¹⁷⁽¹⁹⁾.

No sentido de fortalecer os espaços colegiados de gestão, ampliando a participação dos demais atores, constituiu-se, em 2019, no III Seminário Estadual de Residências em Saúde, uma comissão estadual de residências, como pauta estratégica, naquele contexto, para o fortalecimento da política no estado e na região Nordeste. Considerando aquela conjuntura, a intencionalidade dos atores não era apenas de construir uma comissão estadual para intervir nos problemas locais de gestão das residências, estrutura inexistente até então no âmbito da política nacional, mas também de pressionar politicamente a CNRMS e fortalecer a representação dos coletivos organizados, como os fóruns de segmentos, nos diversos espaços de gestão.

Destacam-se como dispositivos de governança: a realização de encontros anuais que

discutam as residências em área profissional da saúde, como o encontro nacional de residências, mobilizado pelos fóruns de segmento; e os seminários estaduais de residências em saúde. A construção coletiva e a representatividade são elementos-chave desses espaços, em que a discussão sobre a governança da política de residências em saúde visa fortalecer a gestão participativa, possibilitando a compreensão das diferentes realidades e contextos locorregionais dos programas de residência e dos serviços de saúde¹⁸.

Um ponto crítico da gestão e governança da política de residências no âmbito local é a constatação dos impactos adversos da ausência do funcionamento da CNRMS, da frágil coordenação nacional e da precária regulamentação da política de residência em área profissional da saúde. Destaca-se ainda a percepção de que a retomada do funcionamento da comissão nacional no contexto autoritário vivido no País seria prejudicial ao desenvolvimento das residências em área profissional da saúde, reforçando a importância do fortalecimento da política estadual. A retomada da CNRMS aconteceu em 2021¹⁹,

[...] sem considerar todo processo histórico acumulado e amplamente pactuado entre os atores desta modalidade de formação acerca de seus instrumentos de regulação e regulamentação, e sem diálogo com os atores do movimento de residências²⁰⁽⁵⁾.

Está presente, ainda, a compreensão de que é necessário fortalecer a pauta da educação permanente e das residências em saúde nas instâncias de pactuação do SUS. Faz-se necessário avançar nas parcerias e pactuações com a rede de serviços de saúde dos municípios para que os gestores compreendam a importância da formação em serviço para mudança das práticas e qualificação dos trabalhadores da rede²¹.

A estruturação da educação permanente em saúde nos municípios e

[...] o reconhecimento do plano estadual de educação permanente em saúde é fundamental para que os gestores compreendam a diretriz da residência como estratégia de melhoria das práticas e fortalecimento do SUS²⁰⁽²⁰⁾.

Na trajetória das residências em saúde em Pernambuco, observam-se estratégias e arranjos locais que visam ao aprimoramento das práticas de governança. A política foi sofrendo ajustes e sendo adaptada pelos diversos atores e instituições à medida que novos espaços colegiados foram criados, regulamentados e experimentados. No contexto da prática, é onde se verifica a política em uso, em que ela, de fato, efetiva-se, e no qual ocorrem os ajustes secundários, ou seja, as adaptações e as recriações que os atores precisam fazer para dar conta da própria política²². Ball⁹ destaca que os ajustes secundários, que relacionam os atores às políticas e ao Estado de maneiras diferentes, podem criar nos contextos respostas de política que se ajustam, mas não criam pressões para mudanças radicais, ou respostas disruptivas, ou seja, respostas que tentam alterar radicalmente a estrutura ou abandoná-la.

Vislumbra-se, na atual conjuntura, um importante desafio para os atores locais, com o surgimento recente das comissões descentralizadas multiprofissionais de residência – Codemu, instância auxiliar à CNRMS, que deverá ser constituída por Unidade da Federação (UF)^{19,23}. Diferentemente do que foi desenvolvido no estado, essa comissão descentralizada não prevê na sua composição a participação dos gestores estaduais e municipais, do controle social, e ainda nega a existência e o papel histórico dos fóruns de coordenadores, preceptores, tutores e residentes.

Observa-se que a política de residência, compreendendo os papéis e os poderes dos diversos atores, tomou contornos bem específicos no estado, no que se refere à produção de espaços de gestão compartilhada e ao papel exercido pela gestão estadual da saúde, ainda que persistam desafios. As adequações e os

ajustes locais à gestão dessa política de formação não alcançaram mudanças estruturais, tampouco conseguiram, até onde pôde ser verificado, influenciar outras UF ou até mesmo o gestor nacional da política em análise.

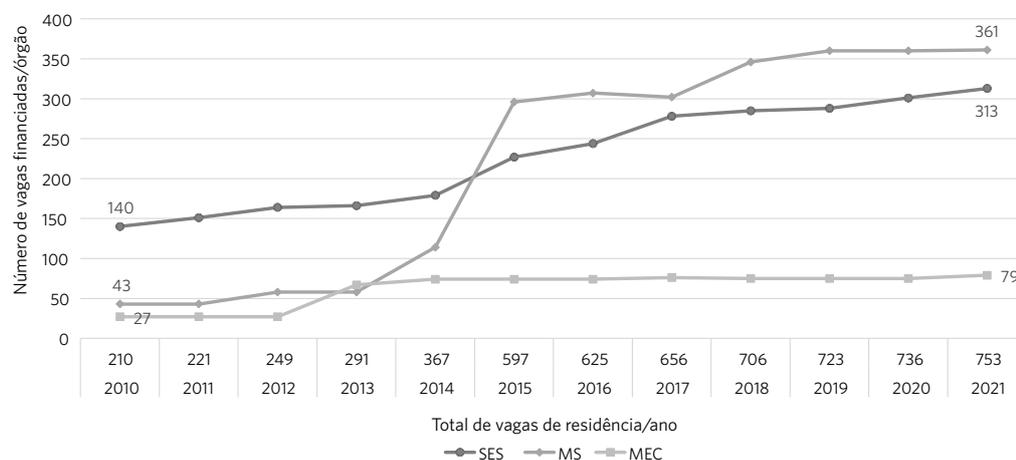
Expansão da formação e financiamento

A expressiva expansão de vagas de residência em área profissional da saúde observada na série histórica (incremento de 258,57%) é resultado dos incentivos do MS e da existência

de uma sólida linha de financiamento para bolsas de residência com recursos do tesouro estadual, a qual foi decisiva desde os primeiros programas implantados e nos momentos de redução do financiamento federal, como fica evidenciado a partir do ano de 2016 (*gráfico 1*).

Constata-se que a SES-PE foi, inicialmente, o principal órgão financiador, respondendo por 66,67% das bolsas em 2010. Ao final do período (2021), sua participação era de 41,57% devido ao progressivo incremento de recursos federais, mais expressivo por parte do MS, entre 2014 e 2015 (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Evolução das vagas nos programas de residência em área profissional da saúde, por órgão financiador e ano, no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2010 a 2021



Fonte: elaboração própria.

Com uma expansão média de 49,36 vagas por ano, destaca-se o aumento de 230 vagas em 2015, um incremento de 62,67% em relação ao ano anterior (*gráfico 1*). Parte desse resultado é reflexo dos incentivos do MS, que multiplicou por sete o número de vagas de residência financiadas pelo órgão para o ano de 2015 desde o início da série histórica.

Observou-se que a adesão ao programa nacional de bolsas, com financiamento vinculado à definição de áreas prioritárias, foi decisiva para a expansão das residências, principalmente as multiprofissionais, somada à participação

do governo do estado, que aparece como importante financiador de bolsas de residências em saúde ao longo de todo o período.

Sarmiento et al.²⁴ apontam que, entre 2010 e 2015, foram aprovados 320 novos programas de residência em área profissional da saúde nas diferentes regiões do Brasil, com bolsas financiadas pelo MS. A região Sudeste foi a mais contemplada em todo o País (46,3%), ficando o Nordeste em segundo lugar (20,6%)²⁴. Segundo as autoras, todos os estados do Nordeste aprovaram projetos de residência com bolsas do MS, com a maior frequência observada em

2014. Pernambuco apresentou o maior número de programas aprovados nessa região, com 7,8% de todos os programas aprovados nacionalmente, seguido pelo estado do Ceará, com 5,6%, e da Bahia com 4,1%²⁴.

Evidencia-se certa continuidade na gestão local da política, tanto no aspecto da governança quanto na garantia do financiamento das bolsas, a despeito das incertezas relacionadas com o contexto nacional. No entanto, é importante destacar o discurso de que alguns coordenadores de programa de residência não se envolvem em espaços de debate nem se conectam às pautas nacionais, talvez porque,

[...] não estejam sentindo o impacto, pelo fato da SES-PE está sustentando grande parte das bolsas, e outros estados que estão sem uma política forte estadual, estão sofrendo, reduzindo vagas e fechando residências²⁵⁽¹²⁾.

Para além do financiamento das bolsas dos residentes, aponta-se a necessidade de recursos para promover a implementação da política de residência, incluindo melhorias estruturais dos serviços e valorização dos profissionais preceptores. Algumas dificuldades são vislumbradas no processo de expansão das residências, como a existência de vínculos precários dos preceptores, dificuldades estruturais e financeiras das instituições e secretarias municipais de saúde, dificuldade em garantir equipe pedagógica descentralizada como tutoria e docência. Portanto, observa-se que, nos ciclos de expansão dos programas de residência, optou-se por expandir o financiamento de bolsas, entretanto sem construir mecanismos que garantam a estrutura e a qualidade dos programas.

Nesse sentido, é importante destacar que um programa de formação de trabalhadores para o SUS, de forma isolada, não será suficiente para superar o desafio de ordenar a formação de acordo com as necessidades de saúde, sem buscar condições para a valorização desses trabalhadores e do seu trabalho. Destarte, a consolidação do campo da gestão do trabalho e educação na saúde enquanto política de Estado ainda persiste como um grande desafio para o SUS.

Apresenta-se ainda como entrave para a expansão de programas: a instabilidade relacionada com o sistema de informação do Ministério da Educação; o desalinhamento dos prazos de cadastro, avaliação e aprovação dos programas com os editais de financiamento de bolsas do MS e a realização do processo seletivo no estado; e a necessidade de abertura de novas Coremu. Observou-se que a expansão de programas e vagas de residência em área profissional da saúde não foi acompanhada na mesma proporção da abertura de novas Coremu, o que pode indicar dificuldades na gestão e desenvolvimento desses programas.

Áreas temáticas prioritárias

Os 116 programas de residência em área profissional da saúde em funcionamento no estado de Pernambuco em 2021 foram agrupados por áreas temáticas, usando como referência a organização das câmaras técnicas da CNRMS^{4,26}, adaptando-a para alinhá-la à discussão de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (*quadro 1*).

Quadro 1. Distribuição dos programas de residência em área profissional da saúde por área temática em 2021, Pernambuco, Brasil

Áreas Temáticas	Programas de Residência em Área Profissional da Saúde
Atenção hospitalar	Multiprofissional em cuidados paliativos, Enfermagem cirúrgica, Enfermagem em centro cirúrgico, Enfermagem em clínica e cirurgia, Enfermagem em diagnóstico por imagem, Enfermagem em Transplante Cardíaco e Assistência Ventilatória Mecânica, Cirurgia e Traumato-buco-maxilo-facial, Odontologia Hospitalar, Farmácia, Nutrição, Multiprofissional de interiorização de atenção à saúde
Atenção especializada à saúde	Multiprofissional em saúde do idoso, Enfermagem em cardiologia, Enfermagem em hematologia e hemoterapia, Enfermagem em infectologia, Enfermagem em nefrologia, Enfermagem em neurologia / neurocirurgia, Enfermagem em pneumologia, Multiprofissional em saúde em nefrologia, multiprofissional em cardiologia
Intensivismo, urgência e emergência	Enfermagem em emergência geral, Enfermagem em UTI, Enfermagem pré-hospitalar, Enfermagem em urgência em emergência, Fisioterapia respiratória, Fisioterapia terapia intensiva, Fisioterapia hospitalar com ênfase em cardiorrespiratória, Multiprofissional em urgência, emergência e trauma, Multiprofissional em terapia intensiva
Atenção oncológica	Física médica, Enfermagem em oncologia, Odontologia com enfoque em oncologia, Multiprofissional em atenção ao câncer e cuidados paliativos, Multiprofissional em oncologia
Atenção básica, saúde da família e comunidade	Multiprofissional em saúde da família, Multiprofissional de interiorização de atenção à saúde
Saúde coletiva	Multiprofissional em saúde coletiva, Odontologia em saúde coletiva, Multiprofissional em vigilância em saúde
Saúde da criança e do adolescente	Enfermagem em saúde da criança, Odontologia pediátrica, Multiprofissional em neonatologia
Saúde da mulher	Enfermagem em saúde da mulher, Enfermagem obstétrica, Multiprofissional em saúde da mulher
Saúde funcional/Reabilitação física	Enfermagem em Ortopedia/Traumatologia, Multiprofissional em reabilitação física
Saúde mental	Psicologia, Enfermagem em psiquiatria, Multiprofissional na rede de atenção psicossocial, Multiprofissional em saúde mental
Saúde animal e ambiental	Medicina veterinária

Fonte: elaboração própria.

Dentre as 753 vagas de residência em área profissional da saúde ofertadas em 2021, as áreas temáticas com números mais expressivos foram: atenção básica, saúde da família e comunidade (172); saúde coletiva (142); atenção hospitalar (106); intensivismo, urgência e emergência (80); e saúde da mulher (65) (*gráfico 2*). Quanto à expansão de vagas no período de 2010 a 2021, verificou-se um maior crescimento proporcional na área saúde animal e ambiental, devido à abertura de dois programas em medicina veterinária, com 22 vagas. Em seguida, aparecem as áreas temáticas atenção oncológica (800%), saúde coletiva (468%) e intensivismo, urgência e emergência (400%) (*gráfico 2*).

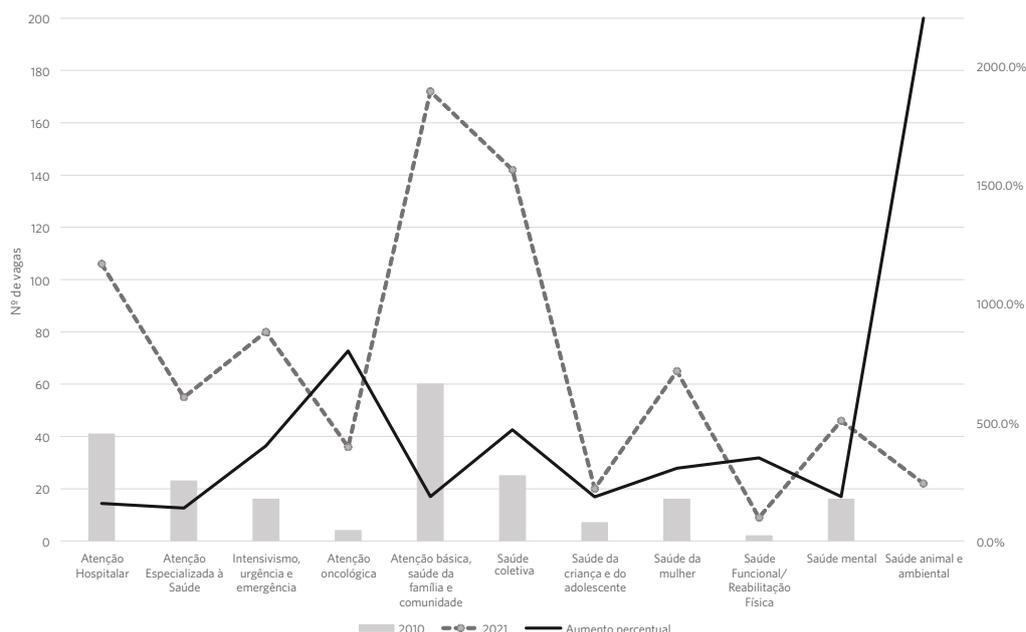
Observou-se ainda um crescimento importante nas áreas temáticas saúde da mulher (306,25%), saúde mental (187,50%), atenção básica, saúde da família e comunidade (186,67%) e na saúde da criança e do adolescente (185,71%). A formação voltada à estruturação da atenção às doenças crônicas pode ser evidenciada na variedade de programas que se organizaram nas áreas temáticas atenção hospitalar e atenção especializada à saúde ao longo do período (*quadro 1; gráfico 2*).

Os documentos apontam para a necessidade de ampliação da oferta de formação em áreas estratégicas para atender à organização das RAS no estado, destacando-se as redes de urgência e emergência, materno-infantil, atenção

às doenças crônicas, atenção oncológica, atenção psicossocial, atenção primária à saúde, indo ao encontro dos dados apresentados na

série histórica que demonstram expansão dos programas de residências nessas áreas temáticas (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Evolução das vagas de residência em área profissional da saúde por área temática, Pernambuco, Brasil, 2010 a 2021



Fonte: elaboração própria.

Pode-se observar que as discussões realizadas no estado em relação às áreas prioritárias para a formação de especialistas em área profissional da saúde apontadas na análise documental se concretizaram, em certa medida, com a abertura de programas de residência (*gráfico 2*). O desafio que se apresenta é a efetiva incorporação desses trabalhadores nos serviços de saúde municipais e estaduais em uma rede integrada e regionalizada.

Considerando a diversidade de programas e suas variadas inserções no território, reflexões precisam ser feitas para que a formação de profissionais de saúde esteja, de fato, voltada para as reais necessidades da população, e para que ocorram mudanças nos processos de trabalho em saúde. Essa modalidade de ensino tem contribuído para qualificação dos trabalhadores da saúde no sentido de compreenderem as necessidades da saúde pública

e utilizarem as estratégias formativas para desconstruir o modelo biomédico que ainda é hegemônico no sistema de saúde¹⁸.

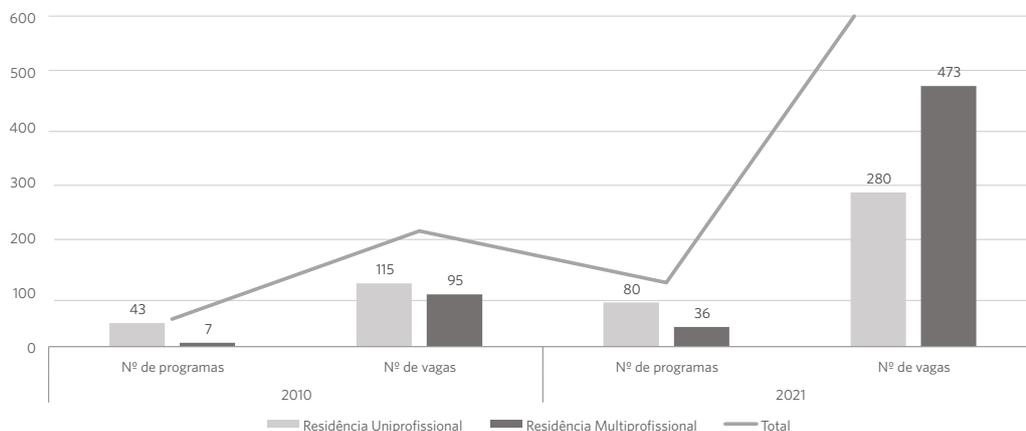
As residências em saúde foram apresentadas, entre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, como uma estratégia do Estado para formar profissionais com perfil voltado para a transformação das práticas, com uma nova compreensão da saúde e de intervenções que visam à implantação do SUS²⁷. A partir da expansão de programas de residências evidenciada em Pernambuco, e da afirmação do papel que essa estratégia formativa exerce na estruturação das RAS, ressalta-se a importância de articulação de políticas no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde para fazer face à adequada formação e à absorção desses trabalhadores para atuarem efetivamente no SUS.

Formação nas residências multiprofissionais em saúde

Observou-se um incremento de 397,89% nas vagas de residências multiprofissionais em

saúde no período analisado, e um aumento de 143,48% nas residências uniprofissionais (gráfico 3), culminado, no final da série histórica, em, respectivamente, 473 e 280 vagas nesses programas.

Gráfico 3. Evolução dos programas e vagas de residência em área profissional da saúde nas modalidades uniprofissional e multiprofissional no período de 2010 a 2021, Pernambuco, Brasil



Fonte: elaboração própria.

Quando se analisa a expansão das residências multiprofissionais em saúde por áreas temáticas, observa-se a abertura de programas em áreas nas quais só havia programas uniprofissionais no início da série histórica, como atenção hospitalar, saúde funcional/reabilitação física, atenção especializada à saúde, atenção oncológica, intensivismo, urgência e emergência, saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher (tabela 1). Na atenção hospitalar, apesar da expansão de programas multiprofissionais, as vagas em programas uniprofissionais ainda são predominantes (tabela 1).

É importante destacar o papel desempenhado pela residência multiprofissional no ambiente hospitalar. Ainda se verificam dificuldades em consolidar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar na residência multiprofissional desenvolvida em hospitais, em parte às limitações existentes na formação dos profissionais de saúde na graduação, ao corporativismo, à relação desses profissionais residentes com os médicos e à hegemonia do modelo em saúde centrado na atenção individual, curativa e privativa²⁸.

Tabela 1. Número de vagas em programas de residência uniprofissional e multiprofissional por área temática nos anos 2010 e 2021, Pernambuco, Brasil

Área Temática	Uniprofissional		Multiprofissional	
	2010	2021	2010	2021
Atenção hospitalar	41	76	0	30
Saúde Funcional/ Reabilitação Física	2	4	0	5
Atenção especializada à saúde	23	30	0	25
Atenção básica, saúde da família e comunidade	0	0	60	172
Atenção oncológica	4	14	0	22
Intensivismo, urgência e emergência	16	51	0	29
Saúde coletiva	0	12	25	130
Saúde da criança e do adolescente	7	14	0	6
Saúde da mulher	16	49	0	16
Saúde mental	6	8	10	38
Saúde animal e ambiental	0	22	0	0
Total	115	280	95	473

Fonte: elaboração própria.

Entende-se que as residências multiprofissionais se constituem como um dispositivo contra-hegemônico, que opera estratégias de resistência contra a reprodução acrítica da visão de mundo que predomina nas instituições de ensino, ao modelo tecnicista da educação superior e ao modelo de especialidades da residência médica, para alcançar o objetivo de enfrentar as desigualdades sociais e regionais.

Ainda há muito o que avançar no sentido de consolidar as residências multiprofissionais como uma estratégia política, que, ao mesmo tempo que promove mudanças no interior dos serviços de saúde, provoca reflexões sobre o ensino superior em saúde no Brasil. Destaca-se que a abertura de programas multiprofissionais em saúde é um movimento que deve caminhar na contramão da lógica de formação centrada no âmbito hospitalar, e que busca romper com o caráter exclusivamente biologicista na educação dos trabalhadores da saúde, o que ainda é dominante.

Dito isso, a evolução das residências multiprofissionais em saúde no estado de Pernambuco pode sinalizar a importância de políticas públicas de educação na saúde postas

de forma clara, com diretrizes e investimento. Esse papel regulatório é decisivo para que as instituições de saúde abram programas que atendam às necessidades de formação de trabalhadores, em quantidade e qualidade para o SUS local.

Essa tendência de ampliar a formação por meio de residências multiprofissionais está colocada em permanente disputa, considerando a novas diretrizes nacionais trazidas no bojo de uma ‘retomada’ da CNRMS, por meio da Portaria Interministerial nº 7/2021¹⁹. Não obstante, com conceitos divergentes, concentração de poder no Ministério da Educação e nos conselhos de categorias profissionais, a ‘nova’ CNRMS apresenta estrutura e funcionamento que exclui os atores e as representações que se organizam historicamente em torno das residências em saúde, descaracterizando a formação multiprofissional a ser desenvolvida nas RAS e dando ênfase às residências uniprofissionais e ao retorno à lógica hospitalocêntrica e curativa.

Em trecho do documento ‘Carta da comissão estadual de residências em saúde do estado de Pernambuco’, observa-se que os segmentos

ou as representações dos atores sociais dos programas de residência no estado, apesar de afirmarem aguardar “há bastante tempo a reativação da CNRMS”²⁹⁽¹⁾, apresentam posicionamento contrário ao movimento conduzido pelos Ministérios da Saúde e da Educação:

Destacamos ainda que a referida Portaria vai de encontro aos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e descaracteriza a formação multiprofissional, que valoriza o trabalho em equipe como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que aprofunda a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes²⁹⁽¹⁾.

Em relação às mudanças recentes na política nacional de residências em área profissional da saúde, entende-se que

[...] as medidas adotadas pelo governo federal embora pareçam contribuir com as residências, na verdade, visam enfraquecer os princípios e diretrizes defendidos pelo SUS²⁰⁽¹⁴⁾.

Isso reforça, entre os atores locais, a necessidade de fortalecer a política estadual, por meio da construção de estratégias e ações que viabilizam a produção cotidiana da política pública na reorientação do modelo de formação, e contrapondo-se ao ‘modelo de gestão federal’ posicionando-se enquanto coletivo. A formação dos agentes das práticas de saúde é determinada por um conjunto de interesses e forças que se movem, tanto no sentido da reprodução quanto da transformação do sistema de educação e de saúde, e o desafio que se apresenta é o de orientá-las para atender às necessidades de saúde da população.

Considerações finais

Neste trabalho, observou-se que os movimentos locais de organização coletiva dos espaços

de governança da política de residência em área profissional da saúde contribuíram para uma certa estabilidade na gestão e no financiamento, a despeito dos diferentes contextos nacionais e das mudanças na concepção, nas diretrizes e nos rumos da política nacional, especialmente a partir de 2016. Espaços de governança locais, como o fórum estadual de Coremu, comissão estadual de residências e seminário estadual, foram se consolidando como alternativas diante da ausência da CNRMS e da falta de condução da política no âmbito nacional.

Compreendendo que a política está sujeita a interpretação e recriação pelos atores que atuam nos territórios onde se desenvolve, a pesquisa forneceu pistas de como os atores locais transformam a política original, adaptando-a. Como toda produção científica apresenta limitações, ao tomar como base a pesquisa documental, ainda que permita a compreensão do objeto em sua contextualização histórica, este estudo indica a necessidade de outras investigações que aprofundem as questões aqui discutidas, visando obter uma compreensão processual e interpretativa dos caminhos percorridos e a visão dos diversos atores no contexto da prática.

Pode-se afirmar que as residências em saúde se apresentam como uma política de Estado em Pernambuco, consolidando-se, ao longo do período estudado, com inovações no âmbito da gestão local, expressiva expansão de vagas e de financiamento de bolsas. Contudo, ainda não é possível afirmar se esse movimento local conseguiu produzir mudanças estruturais na política estadual, resistindo a possíveis mudanças de gestão, tampouco influenciou a gestão nacional da política. A tão aguardada retomada das atividades da comissão nacional tem sido recebida com preocupação, considerando o contexto político e a falta de representatividade dos atores sociais, e trazendo, entre outros desafios locais, a implantação, ainda em andamento, da Codemu.

Verificou-se que o investimento ordenado e incremental nessa modalidade de formação

contribuiu para a afirmação das residências em saúde como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS. Linhas de financiamento de bolsas de residência direcionadas às áreas prioritárias resultaram em expressiva expansão da formação, em destaque para as residências multiprofissionais. Entretanto, nos últimos anos, observou-se certa estabilidade na velocidade de ampliação.

Frágil coordenação nacional, redução de investimento federal em bolsas, dificuldades locais para desenvolvimento dos programas são alguns aspectos que influenciam esse cenário. Faz-se necessário que as políticas de formação profissional se estruturam no campo da política de gestão do trabalho e da educação na saúde e se consolidem como importante estratégia para atender às necessidades do SUS e à organização das RAS. Estudos de caso como o apresentado nesta pesquisa podem indicar caminhos e possibilidades de superação das dificuldades.

A análise das áreas temáticas demonstra a variedade de programas de residência formando profissionais para atuar em diversas redes de atenção, e a necessidade de estudos locais regionais que apontem as áreas prioritárias para abertura de novas residências em área profissional da saúde no estado, de modo a contemplar os principais problemas de saúde e a distribuição regional.

As estratégias de governança desenvolvidas no nível local para viabilizar a oferta e a expansão da formação de profissionais para o SUS são movimentos de resistência

aos cortes orçamentários federais e ao frágil papel exercido pelos Ministérios da Saúde e da Educação. O desenvolvimento da política ocorreu a despeito da irregularidade no funcionamento da CNRMS, a qual tem papel de regulamentação, regulação e avaliação da formação em nível nacional. No entanto, a efetiva consolidação da política nacional de residência em área profissional da saúde, que caminhe no sentido de concretizar o desafio da ordenação da formação de profissionais para o SUS, passa pelo adequado funcionamento da CNRMS, não de modo cartesiano e burocrático, mas de forma participativa e que se volte para o fortalecimento da gestão descentralizada.

A educação superior em saúde no Brasil ainda apresenta desafios para que a formação de profissionais de saúde se consolide como uma força motriz para o processo de mudança para fazer avançar o SUS. É nesse sentido que se reafirma a implementação de uma política de formação de profissionais de saúde para atuação no SUS que, pautada pelo ensino em serviço, tem o trabalho em saúde como princípio educativo.

Colaboradores

Santos JS (0000-0002-4784-5639)* contribuiu para a concepção do estudo, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito original, revisão e edição final. Santos Neto PM (0000-0001-5665-0924)* contribuiu para a concepção do estudo, revisão do manuscrito e edição final.■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2022 ago 16]; (23):e170691. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>.
2. Dallegre D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009 [acesso em 2022 ago 16]; 13(28):213-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100018>.
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 [acesso em 2022 jun 29]; 10(4):435-439. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v10n4/v10n4a20.pdf>.
4. 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.
5. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, et al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & contexto enferm.* 2016 [acesso em 2022 jul 31]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>.
6. Dallegre D, Ceccim RB. Residências em saúde: o que há na produção de teses e dissertações? *Interface (Botucatu)*. 2013 [acesso em 2022 ago 16]; 17(47):759-776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>.
7. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde debate*. 2015 [acesso em 2022 ago 16]; 39(104):210-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040201>.
8. Ball SJ, Bowe R. Subject departments and the 'implementation' of National Curriculum policy: an overview of the issues. *J. Curric. Stud.* 1992 [acesso em 2021 out 25]; 24(2):97-115. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/0022027920240201>.
9. Ball SJ. What Is Policy? Texts, Trajectories and Toolboxes. *Discourse: Stud. Cult. Polit. Educat.* 1993 [acesso em 2021 out 25]; 13(2):10-17. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0159630930130203>.
10. Mainardes J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ. Soc.* 2006 [acesso em 2021 out 25]; 27(94):47-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302006000100003>.
11. Rezende M, Baptista TWF. A análise da política proposta por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 273-283.
12. Mainardes J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. *J. Polít. Educ.* 2018 [acesso em 2021 out 25]; 12(16). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/jpe.v12i0.59217>.
13. Baptista TWF, Mattos RA. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 83-149.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Teixeira C, Silveira P, organizadoras. *Glossário de análise política em Saúde*. Salvador: Edufba; 2016. 222 p. [acesso em 2022 jul 29]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22110>.
16. Cavalcante LM, Almeida TC, Martins EMLR, et al. Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: Santos JS, Felipe DA, organizadoras. *Experiências em educação permanente em saúde*.

- de no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede. 1. ed. Recife: Secretaria de Saúde; 2019. p. 33-52. (v. 1).
17. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco. Recife: Secretaria de Saúde; 2018. 102 p.
 18. Andrade KR. Residência Multiprofissional em Saúde: a formação em serviço no Brasil. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2020. 203 p. [acesso em 2022 ago 16]. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23175>.
 19. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. 17 Set 2021.
 20. Pernambuco. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Relatório Final: IV Seminário Estadual de Residências em Saúde – Saúde e democracia: Pernambuco na defesa das Residências em Saúde e do SUS. Recife: SES; 2021. 29 p.
 21. Meneses JR, Ceccim RB, Martins GC, et al. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: Ceccim RB, Meneses LBA, Soares VL, et al., organizadores. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 33-48. [acesso em 2022 jul 30]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/179754>.
 22. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Debate: A abordagem do ciclo de políticas como epistemologia. Canal PPGE UEPG [Youtube]. Vídeo: 98 min. 2020 jul 28. [acesso em 2021 jul 3]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-GAI4RnAuys>.
 23. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 03 de março de 2022. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência – CODEMUs. Diário Oficial da União. 4 Mar 2022.
 24. Sarmento LF, França T, Medeiros KR, et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade residência multiprofissional em saúde. Saúde debate. 2017 [acesso em 2022 ago 16]; 41(113):415-424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711306>.
 25. Pernambuco. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Relatório Final: III Seminário Estadual de Residências em Saúde – Residências no SUS em Pernambuco: Agir e Resistir. Pernambuco: SES; 2019. 27 p.
 26. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Jan 2012.
 27. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde. 2009 [acesso em 2022 jun 15]; 7(3):479-498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006>.
 28. Cavallet LHR. Formação e(m) serviço: a residência multiprofissional em atenção hospitalar no discurso de egressos. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016. 144 p. [acesso em 2022 ago 29]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/45167>.
 29. Pernambuco. Comissão Estadual de Residências em Saúde. Carta da comissão estadual de residências em saúde do estado de Pernambuco. Recife: CERS; 2021. 2 p.

Recebido em 29/09/2022
Aprovado em 05/04/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve