

Formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) na residência em área profissional da saúde: análise dos efeitos da política em um contexto estadual

Training for the Brazilian National Health System (SUS) in health residency programs: an analysis of policy effects in a state context (abstract: p. 17)

Formación para el Sistema Brasileño de Salud (SUS) en la residencia en área profesional de salud: análisis de los efectos de la política en un contexto estadual (resumen: p. 17)

Juliana Siqueira Santos^(a)

<jucasiqueira@gmail.com> 

Pedro Miguel dos Santos Neto^(b)

<pedro.neto@fiocruz.br> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Saúde Pública (doutorado), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Avenida Professor Moraes Rego, s/n., Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50740-465.

^(b) IAM, Fiocruz. Recife, PE, Brasil.

Este artigo analisa o contexto dos efeitos da política de residência em área profissional da saúde no estado de Pernambuco, Brasil, por meio do referencial teórico-analítico da Abordagem do Ciclo de Políticas. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou entrevista semiestruturada com nove atores-chave e pesquisa documental, explorada pela análise de conteúdo temática. Como resultados da política, observaram-se: fortalecimento do papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na regulação da formação, elevada qualificação dos profissionais de saúde, qualidade do cuidado e ampliação do acesso. O investimento na implementação da política, enquanto locus privilegiado de articulação entre ensino, serviço e comunidade, potencializa o alcance da integralidade da atenção ao mesmo tempo que contribui para avançar as mudanças necessárias na formação superior em Saúde e nas práticas de cuidado, ainda que persistam limites.

Palavras-chave: Residência em saúde. Formação profissional em Saúde. Análise de política pública.

Introdução

Encontra-se demarcada a importância da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, a partir de 2003, produzindo um contexto favorável para formulação de políticas de educação na Saúde. Naquele contexto, imprimiu-se a residência em área profissional da saúde como modalidade de ensino de pós-graduação na forma de educação em serviço na legislação, na busca pelo ordenamento da formação alinhado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, foram as experimentações nos territórios e a organização política dos atores sociais do Movimento Nacional das Residências em Saúde (MNRS), criando “utopias de transformação no imaginário social em saúde e educação”¹ (p. 119), que viabilizaram a residência em área profissional da saúde como uma estratégia política do Estado para formação de profissionais da saúde no SUS. Instituída pela Lei n. 11.129/2005, a residência em área profissional da saúde afirmou-se como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS, centrada no trabalho em equipe multiprofissional e na interprofissionalidade, com vistas à integralidade da atenção¹⁻³.

Constituindo-se como política de Estado, as residências em área profissional da saúde pretendem ser dispositivo contra-hegemônico, operando estratégias de resistência ao modelo tecnicista e fragmentado predominante nas instituições de saúde e no ensino superior, para alcançar o objetivo de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Os atos de Estado podem ser compreendidos como sendo atos políticos, produzidos por agentes dotados de autoridade simbólica, com efeitos no mundo social⁴. Nesse sentido, faz-se necessário investigar como a implementação da Política de Residência em Área Profissional da Saúde (Praps) tem contribuído para responder às necessidades de saúde, tendo como locus privilegiado os territórios, destacando o papel dos atores sociais locais na construção de estratégias e ações que viabilizam a produção cotidiana da política pública e a reorientação do modelo de formação.

Alguns estudos têm buscado analisar o impacto das residências em saúde, mas, em geral, são pesquisas de avaliação ou análise da percepção dos egressos e sua inserção no mercado de trabalho em programas específicos ou por áreas de atuação⁵⁻⁷, não sendo identificados estudos mais amplos, que extrapolem os limites dos programas e analisem a implementação da política e de seus efeitos. Observa-se, ainda, a necessidade de pesquisas que focalizem a análise crítica do contexto da prática, da trajetória e dos movimentos da política no âmbito local, apreendendo como os atores sociais atuam no processo de recontextualização e recriação da política.

Nesse sentido, o estado de Pernambuco, Brasil, emerge como locus privilegiado para analisar as configurações possíveis de gestão local e para compreender como os diversos atores interpretam a política e seus impactos. Observou-se que a atuação de atores estratégicos e a organização da governança local da política contribuíram para uma certa estabilidade na gestão e no financiamento, a despeito das diferentes conjunturas e das mudanças na concepção nas diretrizes e nos rumos da política nacional, especialmente a partir de 2016^{3,8,9}.

A Praps, no estado, caracterizou-se pela expressiva expansão de vagas de residência em saúde entre 2010 e 2021 (258,57%) em diversas áreas temáticas, com destaque para as áreas multiprofissionais³. Registra-se, ainda, a criação de espaços de governança locais, o Fórum Estadual das Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) e a Comissão Estadual de Residências em Saúde como alternativas às fragilidades na condução da política nacional³.

Dito isso, este artigo busca analisar a implementação da Política de Residência em Área Profissional da Saúde no estado de Pernambuco, Brasil, investigando o contexto dos resultados/efeitos da política, por meio da Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP).

Procedimentos teórico-metodológicos

Trata-se de um artigo fruto de uma tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), e integra um estudo de análise de política intitulado “Formação para o SUS na agenda política: análise das residências em saúde em Pernambuco”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do IAM/Fiocruz Pernambuco, sob o parecer consubstanciado n. 5.078.594/2021. A pesquisa teve como objetivos caracterizar o desenvolvimento da Praps no estado de Pernambuco e analisar sua implementação no contexto da prática. Utilizou o referencial teórico-analítico da ACP, proposta por Stephen Ball e Richard Bowe¹⁰⁻¹³.

Na primeira etapa da pesquisa, foram apresentados os resultados da análise temática dos documentos e dos dados governamentais da série histórica do período de 2010 a 2021³, que contribuíram para a compreensão do campo e a identificação dos atores-chave para a entrevista, em um processo de triangulação de fontes de dados. O presente artigo é um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que utilizou o referencial teórico-analítico da ACP e os referenciais teóricos da educação na saúde para analisar o contexto dos efeitos da Praps.

Na análise de políticas públicas, a ACP considera os contextos de influência, da produção de texto, da prática, dos resultados (efeitos) e da estratégia política, todos inter-relacionados, apresentando arenas e grupos de interesse; e envolvendo disputas e embates^{11,13}. O contexto dos resultados preocupa-se com a ideia de que as políticas têm efeitos que devem ser analisadas quanto ao seu impacto e à sua interação com as desigualdades existentes^{11,12}. O emprego desse referencial subsidia a compreensão das consequências das políticas para os sujeitos envolvidos e o delineamento de estratégias ou alternativas para o enfrentamento das desigualdades criadas ou reproduzidas.

Na coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com atores-chave e análise documental (quadro 1).

Quadro 1. Documentos da Praps no período de 2010 a 2021, Pernambuco, Brasil

Identificação	Tipo	Número de documentos
D1 a D4	Planos estaduais de Educação Permanente em Saúde	4
D5 a D24	Atas e documentos produzidos pela Coremu	20
D25 a D34	Atas e documentos produzidos pela comissão estadual de residências em saúde	10
D35 a D36	Relatório dos seminários estaduais de residências em saúde	2

Fonte: Elaboração própria.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, utilizando-se uma amostra intencional e heterogênea e visando a uma compreensão interpretativa da visão dos diversos atores sociais envolvidos na implementação da Praps, na relação com os espaços de produção da política local, contemplando os segmentos gestão, coordenação, docência, tutoria, preceptoria, residência e controle social (quadro 2). Foram realizadas nove entrevistas entre os meses de maio de 2022 e abril de 2023, considerando o critério de saturação e da inclusão de ao menos um representante de cada segmento da política.

Quadro 2. Caracterização das experiências dos atores sociais entrevistados

Ator social	Atuação/trajetória
A1	Gestão estadual
A2	Preceptoria, 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, preceptoria, coordenação de programa de residência, egressa de residência
A9	Conselheira estadual de saúde, usuária

Fonte: elaboração própria.

O instrumento da entrevista contou com questões norteadoras sobre o contexto da prática e de seus resultados/efeitos a partir de uma adaptação do roteiro proposto por Jefferson Mainardes¹². Neste artigo, serão abordadas as questões relacionadas ao contexto dos efeitos da Praps. Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora e gravadas, com duração média de 72 minutos, e transcritas na íntegra. Para preservar a identidade do entrevistado, os nomes foram substituídos pela letra “A” acompanhada de um número, correspondente à ordem das entrevistas.

Os dados foram explorados a partir da análise de conteúdo do tipo temática. A organização e a análise do material foram iniciadas por repetidas leituras de cada entrevista/documento e identificação das palavras, expressões e frases que possuísem

sentido no contexto estudado, caracterizando, assim, as unidades de significado. Na sequência, articularam-se as análises individuais entre si, identificando convergências e divergências. Desenvolveu-se operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto e identificar as categorias temáticas. Por fim, o tratamento dos resultados obtidos culminou em uma análise crítica e reflexiva do conteúdo por um processo de inferência e interpretação¹⁴, subsidiado por uma aproximação prévia com a análise documental e de dados governamentais³. A interpretação do *corpus* das entrevistas foi guiada pelo questionamento: qual o impacto da Praps no desenvolvimento das políticas de saúde, na formação e no desenvolvimento de profissionais no SUS; e para os usuários?

Considerando que um dos efeitos da política é discursivo e que os textos não são necessariamente claros, fechados ou completos, mas produtos de compromissos em vários estágios¹¹, este estudo apresenta como principal limitação a escuta de um conjunto específico de atores sociais, que, mesmo desempenhando papéis importantes na implementação da política, não representam a totalidade de vozes e interpretações. Faz-se necessária, portanto, a produção de outras análises quanto aos efeitos da política, a partir, por exemplo, da percepção de egressos de residências em saúde; de gestores municipais de saúde; e de profissionais de saúde e do controle social, em diferentes contextos.

Resultados e discussão

Emergiram as seguintes categorias temáticas: fortalecimento do papel do SUS na regulação da formação, elevada qualificação dos profissionais de saúde para inserção no SUS, qualidade do cuidado e ampliação do acesso. O quadro 3 demonstra a relação entre as categorias e subcategorias; e a finalidade esperada da Praps. Tal quadro foi elaborado como um exercício inicial para/uma forma de operacionalizar os conceitos teóricos, colocando-os em prática em um estudo de realidade concreta.

Quadro 3. Categorias temáticas e subcategorias por finalidade dos efeitos da política de residência em área profissional da saúde

	A quem ou ao que se destinou o efeito da política	Temas centrais/efeito da política	Temas relacionados (subcategorias)
INTEGRALIDADE NO SUS	Efeitos associados ao desenvolvimento das políticas de saúde	Fortalecimento do papel do SUS na regulação da formação	-Integração ensino-serviço-comunidade -Estratégia de Educação Permanente em Saúde -Formação em áreas estratégicas do SUS
	Efeitos associados à formação e ao desenvolvimento de profissionais no SUS	Qualificação dos profissionais de saúde	-Promoção de mudanças (processos de trabalho, educação superior e cuidado em saúde) -Educação multiprofissional
	Efeitos associados aos usuários	Qualidade do cuidado e ampliação do acesso	-Integralidade do cuidado

Fonte: Elaboração própria.

Fortalecimento do papel do SUS na regulação da formação

O movimento de implementação da política tem aprimorado a articulação com docentes, profissionais de saúde, estudantes e com usuários nos territórios, apontando que “a pauta da residência, ela puxa a pauta da integração de ensino e serviço” (A7), em um processo de Educação Permanente em Saúde.

Com essa equipe de residente dentro desses serviços, eu vou tá sim formando eles pra esse lugar, pra ordenar esses recursos humanos dentro da saúde, e ao mesmo tempo que eles estão se formando, eles também tão formando outras pessoas. (A2)

A formação profissional centrada na Educação Permanente em Saúde é uma questão fulcral nessa política, que visa refletir e atuar sobre as realidades sociais, econômicas, culturais e políticas dos territórios na busca pelo cuidado integral. Segundo o relatório do IV Seminário Estadual de Residências em Saúde:

A efetivação da integração ensino-serviço, da Educação Permanente em Saúde e das residências em saúde como processo criativo e inventivo no território, pressupõe a consolidação de espaços democráticos de diálogo e construção coletiva e que valorize e respeite as especificidades locais¹⁵. (p. 5) (D36)

Entretanto, atores estatais no âmbito federal têm produzido, inclusive na conjuntura recente (de 2019 a 2022), documentos e discursos contraditórios, reformulando a política de cima para baixo, sem a participação do MNRS^{1,3,15-17}, observando-se uma exclusão deliberada dos implementadores do processo de formulação da política¹⁰. Nesse caso, identifica-se, no ciclo da política, a necessidade de elaboração de uma política nacional de residências em saúde, um pleito antigo do movimento social das residências¹, como uma “política integrativa” (A6), conduzido pelas diversas vozes dos fóruns das residências e do controle social em saúde.

A regulamentação de uma política nacional de residências em saúde se entrelaça, ainda, com a necessidade de enfrentar o debate sobre carreira no SUS, incluindo a valorização da atuação do trabalhador como preceptor e a inserção dos egressos de programas de residência na rede de saúde. A preceptoria, nesse contexto, emergiu como um importante desafio para a política.

Aí em relação à preceptoria, a carreira SUS, é um grande limite. Essa relação de que o profissional do SUS quando tem a estabilidade, o salário é baixo, e às vezes não tem estabilidade, né, por conta de contratos temporários. Aí isso é uma questão. Acho que é um limite importante. (A8)

Estudos têm demonstrado a contribuição da educação pelo trabalho, no entanto, persistem dificuldades, como pouca valorização do preceptor e da formação por meio das residências em saúde, trabalho precário e vínculos instáveis na inserção dos profissionais formados no SUS^{5,18-21}. Segundo Ceccim e Pinto²², a formação e o exercício profissional precisam ter uma relação orgânica entre si.

Ainda no que se refere ao papel de regulação do SUS, vale destacar os resultados da Praps identificados na expansão de vagas de residência em áreas estratégicas; o aumento do financiamento público de bolsas de residência, inclusive com recursos do tesouro estadual; a oferta de formação para o corpo docente assistencial; e o processo de regionalização ou interiorização dos programas de residência no estado^{3,9,23}.

Mas, enquanto política instituída, escrita, com financiamento real [...], você começa a ouvir áreas prioritárias, regiões prioritárias, formações dos especialistas, necessidades do SUS. Isso é uma coisa muito recente. Recente no sentido da tradição da residência. (A1)

A política nacional de financiamento de bolsas de residências em saúde, executada desde 2002 e reformulada em 2009²⁴, contribuiu para uma expressiva expansão dos programas de residência na área profissional da saúde¹⁻³. Esta é considerada um avanço quando se tem “anos de tradição das residências sendo abertas por demanda externa a quem pensa o SUS” (A1), visto que os editais assumem a função de regular a oferta para áreas consideradas prioritárias para o SUS², como reforça uma entrevistada:

Quando a gente pensa nos programas, em particular os daqui da [universidade], a maioria dos nossos programas, eles vêm como uma proposta dos próprios serviços, sabe? Que enxergam aquela demanda do serviço. [...] Então, eu entendo que existe esse ordenamento pelo SUS, quando, na verdade, é o próprio SUS quem traz a demanda para a gente. (A3)

Esse é também um processo que tem sofrido com instabilidades na gestão da política nacional e com pressões de diversos atores e influências do modelo de formação e de atenção à saúde pautado nas especialidades. A partir de 2016, o processo de expansão de bolsas para a Praps foi interrompido pela gestão federal, com concomitante paralisação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde^{8,16}. Considerando que a política e os seus efeitos são o resultado de conflitos e lutas entre interesses nos diferentes contextos¹¹, a despeito dos avanços no ordenamento da formação, com maior direcionamento na abertura de programas de residência de acordo com as necessidades do SUS, esse ainda é um desafio central na implementação da política. Verifica-se, por exemplo, a preocupação demonstrada pelos atores sociais quanto à imprevisibilidade dos editais do governo federal, a depender das relações de força do momento político – cenário minimizado no contexto da prática em análise pela estabilidade na política de financiamento de bolsas de residência do governo estadual^{3,8,9}.

Outro entrevistado conclui que a Praps avançou de tal forma, a partir de experiências prévias, que permitiu a construção de programas nas mais variadas áreas e complexidades, contribuindo sobremaneira para o SUS.

Mas quando a gente olha, por exemplo, que essa política está [...] possibilitando condições para que hoje a gente tenha uma residência de cuidados paliativos. Você já imaginou o que é isso? O grau de complexidade tecnológica e de organização de pessoas para o trabalho [...]. (A5)

Ainda como efeito produzido pela Praps, a descentralização e a regionalização da formação estão inscritas como um dos eixos norteadores nos textos da política, visando contemplar as necessidades locais e regionais de saúde^{1,17,24}. Os impactos são perceptíveis quando dialogam com as necessidades de saúde da população e da organização das redes de atenção à saúde do território^{7-9,23} ao mesmo tempo que seu desenvolvimento permanece como desafio, posto que a própria regionalização do SUS ainda é um projeto inconcluso.

Mas como é que a gente pensa a importância de uma política de residência com um processo de regionalização? De chegar a saúde dentro do contexto de uma zona rural? O que é hoje a diversidade, o contexto dos nossos povos? Os quilombos, os indígenas. Os povos que vivem na Amazônia. Então, as residências é para chegar, quando eu estou falando residência é a formação no SUS, é pra chegar pra atender a esse povo, a nós. (A7)

Os relatos de sete entrevistados e documentos apontam para uma compreensão entre os atores sociais que a Praps tem como um dos efeitos ordenar a formação de profissionais para uma rede de saúde regionalizada, contribuindo para reduzir as desigualdades na oferta de formação e promover transformações nos serviços, como observado nos estudos de Flor et al.⁷ e Souza et al.²³. Ceccim e Pinto²² (p. 268) problematizam que um projeto político de formação e trabalho na saúde que busque combater as desigualdades sociais deve promover a presença de profissionais de saúde com elevada capacidade de atuação cuidadora nos “territórios do viver”.

Elevada qualificação dos profissionais de saúde para inserção no SUS

A residência em área profissional da saúde é considerada um diferencial na formação dos trabalhadores pela ampliação da relação teoria e prática, consistindo na “forma de ingresso do profissional de saúde no mundo do trabalho” (A1), ficando clara essa diferenciação em relação a qualquer outro processo educacional, inclusive a graduação. Assim, o que se espera desses egressos é que sejam profissionais com “pensamento crítico” (A1), “bom tecnicamente” (A1), que “trabalha com competência pra fazer o SUS melhor” (A4), “sensibilizados pra entender a pessoa como um todo” (A9).

Apesar de o conjunto das falas reafirmar a residência em área profissional da saúde como uma modalidade de educação multiprofissional e de aprendizagem com o trabalho no contexto do SUS, é pertinente destacar o uso (por parte de cinco entrevistados) do termo “padrão-ouro”, importado da residência médica, revelando as relações de poder que permeiam os processos de promulgação de políticas²⁵. Segundo Ball et al.²⁵, “[...] a política fornece um vocabulário para pensar e falar sobre a prática, refletir sobre ela e avaliá-la” (p. 622). Nesse sentido, Ceccim²⁶ chama a atenção para as ameaças desse “padrão-ouro inspirador” (p. 61), que remete à hegemonização da especialidade e à segregação da equipe de saúde, defendendo a substituição da narrativa clássica por outra que se volte para defesa de uma artesanaria da formação embasada no território vivo das relações sociais e interações profissionais.

Uma especialização padrão-ouro, porque ele tá aprendendo ali não só a teoria. [...] E principalmente aprendendo através da prática e através dos problemas que vão surgir no dia a dia. (A3)

A residência em área profissional da saúde é considerada uma pós-graduação “completamente diferenciada” (A3), que se distancia da área acadêmica e se volta para a prática, assumindo ainda o papel de complementar a formação obtida durante a graduação^{6,18}. A ideia de que a residência é a oportunidade para que os profissionais de saúde que saem da graduação tenham uma formação no SUS está presente, inclusive, na fala da conselheira de saúde:

Ele [residente] não vai tá só dentro daquela bolha [universidade], e aí ele vai ter essa oportunidade de se formar no mundo real, fora da bolha. (A9)

A Praps se apresenta como uma aposta potente para mudar o modelo de atenção à saúde, rompendo com a assistência individual, ambulatorial e hospitalar para um cuidado comunitário, a qual é contrariada pelo modo como os profissionais de saúde aprenderam no seu itinerário progressivo. Por isso, os termos “conflito”, “resistência” e “desafio” emergem nessa relação das residências em saúde com o efeito de modificar as práticas e a lógica assistencial do serviço.

É inerente à residência ter conflito. Porque, como ela também tem essa coisa de mexer, aí tem as reações, tem todo o processo. Aí tem casos que dá super certo, e a coisa flui, quando a equipe tá receptiva [...]. Mas tem caso que dá crise, já aconteceu de ter que tirar turma daquele território, botar pra outro, porque não tinha mais como fazer nada. (A8)

A relação com os preceptores surge como aspectos dificultadores devido aos frágeis mecanismos de integração ensino-serviço e à necessidade de qualificação do corpo docente assistencial. Apreende-se que a discussão de uma valorização da

residência em uma carreira do SUS tenderia a melhorar o próprio processo de preceptoria, que hoje é visto como um importante gargalo^{7,15,27}. Carneiro et al.²⁷ observaram que a supervisão depende do preparo e da disposição particular do preceptor, demonstrando um hiato entre o que preconiza o texto da política e o que ocorre na prática.

É possível identificar algumas contradições quanto aos efeitos esperados da Praps: se, por um lado, contribui para qualificar a atuação dos profissionais no SUS^{5,19,21,27}, por outro, colabora para emergir a dificuldade de absorção dos egressos dos programas de residência por carência de concursos e de salários; e por condições de trabalho inadequadas. Outros estudos apontam como limitações para a inserção dos egressos no mercado de trabalho a carência de vagas no SUS para algumas categorias profissionais e áreas de atuação; pouco reconhecimento das competências adquiridas na residência ou desvalorização dessa formação no processo de contratação; e vínculos instáveis^{5,19,21}. Nunes et al.¹⁹ concluem que há uma desarticulação entre a política de formação e a política de inserção e fixação de profissionais no SUS, visto que não há legislação específica que viabilize a inserção do profissional egresso no serviço público.

Além disso, a residência em área profissional da saúde é compreendida, pelos atores sociais, como uma formação que se contrapõe à educação médica, dada a sua característica de educação multiprofissional, considerada um elemento importante para resultar em um cuidado mais integral aos usuários nos serviços de saúde^{1,28}. Assim, tem-se como efeito que “o modelo multiprofissional vem nessa lógica de mudar esse conceito de formação para um currículo mais integral” (A1), ou “para um olhar sobre a integralidade do cuidado” (A1). Ainda, como expressa outra entrevistada, conselheira de saúde, espera-se da residência em saúde uma “formação mais humanizada” (A9), diferenciando-se da superespecialização e de um modelo de formação baseado em partes do corpo.

A implementação da Praps tem conseguido, mas não sem resistência, inserir a discussão sobre o cuidado integral e o trabalho em equipe entre os objetivos da formação, contrapondo-se ao conceito ou modelo de formação da residência médica, pautado na aquisição de título de especialista, conquistado por meio de um treinamento focado em número de procedimentos executados. A própria nomenclatura “residência em área profissional da saúde” foi resultado de disputas em torno da necessidade de uma educação multiprofissional e da manutenção da legislação da residência médica^{1,26}.

Observou-se que os textos e os discursos políticos conseguiram produzir, como efeito no contexto da prática, a valorização da educação multiprofissional na formação e no aumento de programas de residência³. Quanto aos efeitos na formação, uma residente entrevistada destaca:

[...] depois de fazer a residência multiprofissional, eu entendi muito disso assim, de realmente como é potente o trabalho multiprofissional e como ele consegue garantir a efetivação do princípio do SUS da integralidade. (A4)



A multiprofissionalidade, ao mesmo tempo que é uma inovação na Praps, também apresenta limites no processo de implementação da política e para operar mudanças no SUS. Por se constituir enquanto ensino em serviço, a residência em saúde enfrenta dificuldades inerentes ao trabalho em saúde e à própria formação no ensino superior, que ainda são fortemente inspirados pelo modelo uniprofissional e centrados em procedimentos.

De um lado, a superespecialização, que puxa toda hora, é a matriz global de especialidades; de um outro lado vem a multiprofissionalidade, o pensamento da integralidade do cuidado. É pensar em linhas de cuidado, pensar em redes de atenção à saúde, pensar em área prioritária. Então, é um jogo de tensão, e no meio tem a residência. (A1)

Nesse sentido, no contexto da prática, também estão em disputa diferentes interpretações e interesses, que, por sua vez, podem influenciar a produção dos textos e o impacto das políticas públicas na sociedade. Desse modo, as políticas nunca estão prontas ou concluídas, sofrendo alterações em todo o ciclo.

Qualidade do cuidado e ampliação do acesso

Oportunizar o acesso e promover a qualidade do cuidado apresentam-se como efeitos que se esperam da formação no âmbito da Praps. Apesar da complexidade de se analisar questões de acesso, de qualidade e da própria gestão do cuidado, o que os atores sociais compreendem é que, dentro dos limites de estrutura e condições de trabalho, a Praps tem possibilitado, de forma mais imediata, a ampliação do número de profissionais e de especialidades; e o “reconhecimento direto com o usuário” (A7). A maior disponibilidade de profissionais e a diversificação das profissões resultam na percepção de ampliação do acesso dos usuários às ações e aos serviços no SUS e na melhoria da qualidade da atenção, como verificado também por outros estudos^{7,23,28}.

O acesso, o fato de o usuário conseguir o serviço, mas também a qualidade, né, assim, ele vivenciar possibilidades de cuidado mais humanizado, um cuidado que tem uma dedicação, de compreender as suas problemáticas e pensar solução. Eu vejo que para o usuário é muito positivo. (A8)

A Praps representa, ainda, a perspectiva de mudança real na forma de cuidar e de como outras políticas de saúde se articulam com as residências para melhorar as práticas do cuidado, como exemplificado no trecho destacado a seguir, em relação ao papel desempenhado pelas residências em saúde da mulher ou enfermagem obstétrica.

Então, o impacto que faz é muito forte. [...] Eu vejo isso nas mulheres que são atendidas na maternidade [...]. Elas são acolhidas, elas são partejadas, e muitos partos são feitos por residentes. Aí como é que eles [usuários] referem a residência? Nominando a enfermeira. No mínimo, quando eles não sabem o



nome, eles dizem assim: “Aquele enfermeira do plantão tal”. Aí você sabe que eles estão se referindo à residente. (A5)

Uma entrevistada, residente em saúde, afirma que “entender a importância social e política desse lugar que você tá ocupando, de certa forma, influencia no trabalho, [...] na atuação clínica, na atuação técnica ali dentro daquele serviço” (A4). Nessa linha, o estudo de Souza et al.²³ demonstra como a presença dos residentes contribui para formar vínculos entre os profissionais de saúde e usuários, essencial para a produção do cuidado assentada nas necessidades de saúde da população; enquanto Domingos et al.²⁸ apontam que os residentes conseguem modificar a atuação mais prescritiva e médico-centrada ainda predominante nos serviços de saúde.

Tem-se uma percepção de que a Praps contribui para a integralidade do cuidado, exemplificada em falas que caracterizam os residentes como “profissionais comprometidos para cuidar dessas pessoas” (A4) e que prestam “atendimento mais humanizado e personalizado” (A9). Apesar dos diversos sentidos possíveis para o conceito de integralidade, aqui este expressa-se como uma forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica da intervenção clínica, buscando se aproximar do que se compreende como cuidar nos serviços de saúde²⁹. Para Ceccim e Feuerwerker³⁰, a integralidade da atenção compreende a noção de ampliação da clínica; conhecimento sobre a realidade; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; ação intersetorial; e humanização do atendimento.

Nos textos da Praps, a integralidade aparece como eixo norteador da formação, de modo a contemplar todos os níveis da atenção à saúde e gestão do sistema^{17,24}. Enquanto o discurso da formação por meio das residências em saúde aponta para a integralidade das ações em saúde e o trabalho interprofissional como questões centrais na aproximação orgânica entre trabalho, educação e saúde na vida das pessoas^{31,32}.

Faz-se necessário, no entanto, dar voz a esses usuários, que, segundo Luiz Carlos Oliveira Cecílio³³, são parte central na micropolítica, na qual se produz o cuidado em saúde. Emerge da interpretação dos discursos o desafio de integrar o programa na comunidade, de forma que os usuários sejam incluídos no processo de formação e percebam a atuação dos residentes nos serviços de saúde. A participação da comunidade no processo de formação do residente ainda é pouco observada²⁸, enquanto Flor et al.⁷ chamam a atenção para o desafio de aproximar residentes, preceptores e tutores do controle social.

Então não consegue, assim, o próprio usuário entender o papel de uma residência. A importância que tem na mudança do cuidado. Da sua contribuição ali dentro. Acho que dentro da Saúde Coletiva, no território, da Saúde da Família, acho que isso é mais visível. (A7)

Por outro lado, outro entrevistado que relatou sua experiência durante o ciclo de encerramento de uma turma que atuou em comunidades quilombolas, percebendo o impacto do programa de residência na vida da comunidade, concluiu:



Se você pergunta a essas pessoas “o que é a residência?”, para elas, a residência são aquelas pessoas. E para a gente satisfaz, é de muito significado. Ou seja, cada residente que estava lá era a residência. Era o programa, era a política. (A5)

A Praps constitui-se, portanto, em uma alternativa para o trabalho e a formação em saúde capaz de transformar as práticas de cuidado que produzem a colonização dos sujeitos a partir da medicalização da sociedade, da racionalidade médica e dos processos de acumulação do capital no setor saúde, repercutindo no que se chama de modelo assistencial hegemônico³⁴.

Considerações finais

Observou-se que a implementação da Praps e o investimento ordenado em bolsas de residência contribuíram para a consolidação do mandamento constitucional do SUS como ordenador da formação de profissionais de saúde, visando à integralidade. Como efeitos na prática, identificam-se, entre outros, o incremento de recurso público; a expansão de programas de residência em áreas estratégicas para o SUS; e mudanças na formação superior e no cuidado em saúde. Pode-se, ainda, afirmar que esses efeitos se inter-relacionam e se retroalimentam.

Considerando as relações de força atuantes no ciclo da política, destaca-se como importante efeito a educação multiprofissional, que se consolida como “bandeira de lutas”¹ (p.122) e como estratégia político-pedagógica na educação superior em saúde e nas práticas profissionais no SUS – portanto, com impacto na melhoria do cuidado em saúde, com vistas à integralidade. Ademais, como importantes desafios, identificaram-se a valorização da preceptoria, a articulação da política de formação profissional com a carreira no SUS e o avanço na transformação da educação superior para atender às necessidades de saúde.



Contribuição das autoras

Ambos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Nenhum dos autores têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Roseli Esquerdo Lopes

Editor associado

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Submetido em

28/11/23

Aprovado em

23/04/24



Referências

1. Amaral BP, Ceccim RB. Historicidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 114-39.
2. Sarmento LF, França T, Medeiros KR, Santos MR, Ney MS. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saude Debate*. 2017; 41(113):415-24.
3. Santos JS, Santos Neto PM. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. *Saude Debate*. 2023; 47(138):516-30.
4. Bourdieu P. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
5. Melo CNM, Chagas MIO, Feijão JRP, Dias MSA. Programa de residência multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. *Sanare (Sobral)*. 2012; 11(1):18-25.
6. Torres RBS. *Residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde: uma revisão integrativa [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017.
7. Flor TBM, Miranda NM, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Cienc Saude Colet*. 2023; 28(1):281-90.
8. Cavalcante LM, Almeida TC, Martins EMLR, Santos JS. Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: Santos JS, Felipe DA, organizadoras. *Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede [e-book]*. Recife: Secretaria de Saúde; 2019. p. 35-54.
9. Santana CMBS, Ceissler CAS, Melo TMAG, Sousa FOSS, Medeiros KR. Regionalização da formação de sanitaristas com ênfase em Gestão de Redes de Saúde em Pernambuco: resgate histórico-institucional. In: Governo do Estado de Pernambuco. *Caminhos da política de gestão do trabalho e da gestão da educação na saúde para o desenvolvimento do SUS em Pernambuco*. Recife: Dialética; 2022. p. 447-80.
10. Ball SJ, Bowe R. Subject departments and the 'implementation' of National Curriculum policy: an overview of the issues. *J Curric Stud*. 1992; 24(2):97-115.
11. Ball SJ, organizer. *What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. Education Reform: a critical and post structural approach*. Buckingham: Open University Press; 1994. p. 14-27.
12. Mainardes J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ Soc*. 2006; 27(94):47-69.
13. Mainardes J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da política educacional. *J Polit Educ*. 2018; 12(16):1-19.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Pernambuco. 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.
16. Castro MMC, Silva LB, Vasconcelos APSM. Crise sanitária e desafios para as residências em saúde. In: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, organizadora. *Formação e residências em saúde: contribuições da ABEPSS*. Brasília: ABEPSS; 2022. p. 44-70.



17. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria MS/MEC 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, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. 17 Set 2021.
18. Rosa SD, Lopes RE. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. *Avaliação (Campinas; Sorocaba)*. 2016; 21(2):637-60.
19. Nunes KC, Nogueira ACC, Lima FLT. Perfil dos egressos de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. *Tempus (Brasília)*. 2016; 10(4):111-28.
20. Santos Filho EJ, Sampaio J, Braga LAV. A avaliação de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família e a comunidade sob o olhar dos residentes. *Tempus (Brasília)*. 2017; 10(4):129-49.
21. Flor TBM, Miranda NM, Marinho CSR, Pinheiro JMF, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. *Rev Saude Publica*. 2021; 55:88.
22. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(3):266-77.
23. Souza VA, Gurgel IGD, Albuquerque PC. Residência Multiprofissional em Saúde: (trans)formação para o SUS em comunidades quilombolas. *Physis (Rio J)*. 2022; 32(3):e320313.
24. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria MEC/MS nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 13 Nov 2009.
25. Ball SJ, Maguire M, Braun A, Hoskins K. Policy subjects and policy actors in schools: some necessary but insufficient analyses. *Discourse (Lond)*. 2011; 32(4):611-24.
26. Ceccim RB. Residências em Saúde: o caminho da regulação. In: Pulga VL, Silva SG, Schneider F, Ceccim RB, organizadores. *Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022. p. 29-66.
27. Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JIS. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis (Rio J)*. 2021; 31(3):e310314.
28. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-32. doi: 10.1590/1807-57622014.0653.
29. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2017; 41(115):1177-86.
30. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis (Rio J)*. 2004; 14(1):41-65.

31. Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saude Soc.* 2009; 18 Suppl 2:55-9.
32. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katal.* 2018; 21(1):200-9.
33. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37):589-99. doi: 10.1590/S1414-32832011000200021.
34. Mattos RA. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 313-52.

Using the policy cycle approach, this study analyzed the effects of health residency policy in the state of Pernambuco, Brazil. We conducted a qualitative study using semi-structured interviews with nine key actors and document research. The data were analyzed using thematic content analysis. The following policy results were observed: strengthening of the Brazilian National Health System (SUS) role in the regulation of training; an increase in the level of qualification of health professionals; improvements in health care quality and access. Despite limitations, investment in the implementation of the policy as the locus of coordination between teaching, service and community enhances the reach of the comprehensiveness of care while at the same time driving the necessary changes to higher education in health and care practices.

Keywords: Health residency. Professional health training. Public policy analysis.

Este artículo analiza el contexto de los efectos de la política de residencia en área profesional de la salud en el estado de Pernambuco, Brasil, por medio del referencial teórico-analítico del Abordaje del Ciclo de Políticas. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó una entrevista semiestructurada con nueve actores clave y una investigación documental, analizados por medio del análisis de contenido temático. Como resultados de la política, se observó: fortalecimiento del papel del Sistema Brasileño de Salud (SUS) en la regulación de la formación; elevada calificación de los profesionales de salud; calidad del cuidado y ampliación del acceso. La inversión en la implementación de la política, como locus privilegiado de articulación entre enseñanza, servicio y comunidad, potencia el alcance de la integralidad de la atención, al mismo tiempo que contribuye para hacer que avancen los cambios necesarios en la formación superior en salud y en las prácticas de cuidado, aunque persistan límites.

Palabras clave: Residencia en salud. Formación profesional en salud. Análisis de política pública.