

**Code: 60-BR**

Tema: O trabalho como espaço de formação dos profissionais para o sistema de saúde.

**DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA DE FORMAÇÃO NA MODALIDADE RESIDÊNCIAS  
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE FRENTE ÀS DESIGUALDADES REGIONAIS  
BRASILEIRAS**

Sarmiento, L.F<sup>1</sup>; França, T<sup>1</sup>; Medeiros, K.R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar / blocos D e E, e 6º andar / bloco E, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20550-013.

Email: lidianefsarmiento@gmail.com

Tel: 21 999755560

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) - FIOCRUZ/Pernambuco

**RESUMO**

Este estudo faz parte dos achados da pesquisa de mestrado da autora e analisa as Residências Multiprofissionais em Saúde com o objetivo de identificar de que maneira os programas financiados pelo Ministério da Saúde encontram-se distribuídos pelo país. Foi realizada uma pesquisa documental exploratória através de editais de convocação e portarias de homologação publicadas entre 2009 e 2015 pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação. Houve uma concentração de programas na região Sudeste, com 148 programas aprovados, representando 46,3% de todos os programas homologados no período estudado. No primeiro ano de lançamento dos editais de convocação, em 2009, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apareciam como prioritárias para financiamento. Porém, apenas a região Nordeste apresentou um número expressivo de programas, com 20,6% de todos os projetos selecionados no período. A região Sul ofertou 18,8% dos programas homologados, a região Norte 10% e a região Centro Oeste apenas 4,4%. Estes dados corroboram a desigualdade na distribuição da oferta tanto de cursos de graduação e pós-graduação, quanto de provedores de serviços, persistente ao longo dos anos no país.

## RESUMEN

Este estudio forma parte de los hallazgos de la investigación de maestría de la autora y analiza las Residencias Multiprofesionales en Salud teniendo como objetivo identificar de qué manera se encuentran distribuidos por el país los programas financiados por el Ministerio de Salud. Se realizó una investigación documental exploratoria a través de convocatorias y resoluciones de homologación publicadas entre 2009 y 2015 por el Ministerio de Salud junto al Ministerio de Educación. Se nota una concentración de programas en la región Sudeste, con 148 programas aprobados, lo que representa un 46,3% de todos los programas homologados en el período estudiado. En el año que se lanzaron las convocatorias, 2009, las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste aparecían como prioritarias para la financiación. Sin embargo, solamente la región Nordeste presentó un número expresivo de programas, con un 20,6% de todos los proyectos seleccionados en el periodo. La región Sur ofreció un 18,8% de los programas homologados, la región Norte un 10% y la región Centro-Oeste solamente un 4,4%. Estos datos corroboran la desigualdad en la distribución de la oferta tanto de los cursos de grado y posgrado, como de los proveedores de servicios, persistente a lo largo de los años en el país.

Palabras clave: Capacitación de Recursos Humanos en Salud, Educación de Posgrado, Educación Continua, Internado y Residencia, Administración del Personal en Salud.

## INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde constituem-se como programas de formação na modalidade pós-graduação *lato sensu* caracterizados por ensino em serviço. Instituídas no Brasil em 2005, têm como objetivo a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), baseada no trabalho em equipe interdisciplinar, na atenção integral à saúde e na adequação às necessidades locais regionais brasileiras (BRASIL, 2005; LOBATO, 2010).

Esta modalidade de formação procura desenvolver sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do

SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população, construindo, assim, saberes de modo permanente. A interdisciplinaridade, presente nos projetos políticos pedagógicos das residências, torna os sujeitos responsáveis e comprometidos com a organização dos sistemas e serviços de saúde para que atuem com base nos princípios e diretrizes do SUS (SILVA, 2014).

Treze profissões que integram a área da saúde, excetuada a médica, são contempladas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Por exigir o desenvolvimento e a interação dos diferentes saberes e práticas, a formação multiprofissional aponta para a superação de uma crise paradigmática centrada unicamente nos objetos de intervenção de cada profissão. Desta maneira, não se limita a uma prática biologicista, que lida com o indivíduo fragmentado desconsiderando sua complexidade e multiplicidade de necessidades. Apesar do trabalho em equipe ser, nos dias atuais, reconhecido como peça fundamental do processo de trabalho na saúde, a prática cotidiana dos serviços usualmente reitera a subordinação dos profissionais ao modelo biomédico, assim como a subordinação dos profissionais de saúde não médicos ao profissional médico (PEDUZZI, 2007). Neste contexto, a formação multiprofissional apresenta-se como colaboradora para mudanças no modelo assistencial centrado na figura do médico, ainda hegemônico, de atenção em saúde. (RAMOS, 2006; ROSA, 2010).

A partir de 2009, é estabelecida uma nova modalidade de financiamento das Residências em Saúde pelo Ministério da Saúde. Foi criado o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, instituído pela Portaria Interministerial 1.077/2009, servindo de ponto de partida para este estudo. Somente no ano de 2012, com a publicação da Resolução CNRMS nº2 de 13 de abril, é definida a diferença entre a Residência em Área Profissional da Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde. Os programas constituídos somente por uma profissão da saúde, não médica, são considerados como Residência em Área Profissional da Saúde. Seus projetos pedagógicos são orientados pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento. Já a Residência Multiprofissional em Saúde deverá ser constituída por, no mínimo, três profissões de saúde, orientada pelo desenvolvimento de práticas multiprofissionais e interdisciplinares, integradas aos núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões, em determinado campo de conhecimento.

O financiamento é realizado através de editais de seleção de projetos lançados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e Educação, e o pagamento das bolsas de estudo realizado diretamente aos residentes, e não mais por convênio (BRASIL, 2009). Tem por objetivo consolidar a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em campos de atuação estratégicos para o SUS. Assim, o Ministério da Saúde afirma seu papel no financiamento e consolidação das RMS, garantindo sua continuidade através dos editais de seleção (BRASIL, 2011).

Para fins deste estudo, foram considerados os programas de RMS financiados exclusivamente pelo Ministério da Saúde e selecionados através dos editais mencionados. Porém, atualmente o financiamento das bolsas de Residência provém de diferentes fontes: enquanto o MEC financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior como os hospitais universitários, o Ministério da Saúde responsabiliza-se por aquelas bolsas vinculadas a programas estratégicos em sua área. Os estados e municípios financiam diretamente os programas desenvolvidos em hospitais e instituições de suas respectivas redes, tanto quanto os mantenedores privados incumbem-se do pagamento das bolsas de residência nos hospitais e instituições de saúde privados (BRASIL, 2011).

O cenário brasileiro atual caracteriza-se pelas extremas desigualdades na concentração e oferta de serviços de saúde, representadas pela saturação de profissionais de saúde nas grandes cidades e regiões mais ricas do país, e situações de extrema privação em regiões remotas, pobres e periféricas (CAMPOS, 2009). Outras situações além da oferta de profissionais, como os meios de transporte das regiões periféricas, os custos de deslocamento e adequação do perfil epidemiológico ao local, apresentam-se como fatores que influenciam o acesso da população aos serviços de saúde. Esta intensa concentração geográfica dos profissionais e dos serviços oferecidos dificulta a concretização dos princípios que regem o SUS, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à descentralização (MACIEL FILHO, 2007).

A iniquidade na distribuição regional da oferta de cursos de graduação na área da saúde também contribui com este quadro. Em 2010, a região Sudeste era responsável por 46,5% dos cursos existentes no país, e a região Norte por apenas 7,3%. Neste mesmo ano, a região Centro-Oeste ofertava 8,9% de cursos de graduação em saúde e as regiões Nordeste e Sul 18,5%. (INEP, 2012).

A oferta de vagas nos cursos de graduação da área da saúde segue a mesma tendência. A região Sudeste concentrava em 2010, 55,7% das vagas disponíveis no país, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste eram responsáveis respectivamente pela oferta de 5,2% e 10,1% das vagas de graduação em saúde. A região Nordeste

oferecia 16,5% das vagas nesse ano, enquanto a região Sul ofertava 12,2%. Embora a oferta de vagas nos cursos de graduação em saúde tenha aumentado nos últimos anos (316% no período entre 2000 e 2010), ainda há uma distribuição desigual das mesmas, observado também nos cursos de residência (INEP, 2012; BARATA, 2015).

Diante desta conjuntura, as ações voltadas para a necessidade de prover e fixar profissionais de saúde de forma a favorecer, para toda a população, o acesso com qualidade aos serviços de atenção à saúde tornam-se fundamentais (BRASIL, 2012). A formulação de políticas regulatórias visando aberturas de vagas para graduação e especialização que considerem as necessidades de saúde da população configura-se como uma dessas ações. Tendo como um de seus eixos norteadores a descentralização e a regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde, as RMS se apresentam como uma proposta de formação com potencial para fixação de profissionais em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades. Portanto, tal modalidade de formação pode constituir-se como potente estratégia, desde que esta tenha uma distribuição espacial mais equânime (OLIVEIRA, 2009).

A distribuição desigual da oferta de formação em saúde foi observada também nos cursos de residência. Através da análise das portarias pôde-se observar uma concentração de programas na região Sudeste em todos os anos analisados. Apesar das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste serem consideradas pelo MS como prioritárias para financiamento, apenas a região Nordeste apresentou um número expressivo de programas.

A desconcentração de programas de residência no Norte, Centro-Oeste e Nordeste vai de encontro à disparidade entre oferta e demanda, tanto do setor educacional quanto do modelo assistencial, presente nessas regiões, realçando os desequilíbrios regionais tanto para a abertura de vagas para a formação como de postos de trabalho. Esta realidade, difícil de ser modificada a curto e médio prazo está diretamente relacionada ao perfil heterogêneo da conformação do país, decorrente de sua extensa área geográfica, da densidade populacional, das diferenças no desenvolvimento econômico, entre outros aspectos (PIERANTONI, 2003).

Esses programas, antigos na experimentação e experiências, mas recentes na regulamentação e regularidade, apresentam-se como uma proposta de formação ambiciosa pelo enfrentamento de muitos instituídos nessa área, como a hierarquia do saber médico sobre os demais atores da área da Saúde, o foco na atenção hospitalar em detrimento de outras estruturas de cuidado, já há muito tempo constituídos como verdades. Ainda hoje os profissionais de saúde são formados numa tradição médico-

hegemônica, que influencia não só as relações cotidianas de trabalho em equipe como a relação desta com os usuários (PASINI, 2010).

Estudos que investiguem como tem se estruturado os programas de RMS apoiados pelo MS são oportunos e relevantes, frente às contribuições destas iniciativas para o SUS.

A motivação para a realização deste trabalho veio da experiência vivida pela autora como residente egressa do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, no qual diversas problematizações foram colocadas incitando o interesse pelo tema.

## **OBJETIVO**

Analisar, no período de 2009 a 2015, a distribuição da oferta dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde induzidos pelos editais de convocação do Ministério da Saúde, nas diferentes regiões e estados brasileiros.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa documental de caráter descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. A análise documental possui o propósito de produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos, favorecendo assim a observação do processo de maturação ou de evolução de conceitos, conhecimentos, mentalidades, práticas, entre outros (GIL, 2010). Foram analisados editais de convocação e portarias de homologação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde financiados pelo Ministério da Saúde e lançados pelos Ministérios da Saúde e da Educação no período de 2009 a 2015. Tais editais e portarias encontram-se publicados e disponíveis em meio eletrônico no Diário Oficial da União, mediante o site <http://portal.in.gov.br/>, ou seja, trata-se de fonte de dados de domínio público. Em 2008, a implantação de um sistema informatizado para cadastramento dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, o Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGresidências), tornou acessível o conhecimento sobre tais programas, inclusive, permitindo análises, um dos aspectos motivadores para a realização desta pesquisa. No entanto, apenas os editais publicados a partir de 2013 encontram-se disponíveis nesta plataforma.

Foram eliminados os editais e portarias exclusivamente de renovação de bolsas de programas já existentes, ou seja, sem a apresentação de novos programas, e os editais de convocação à concessão de bolsas do Ministério da Saúde para programas de Residência exclusivamente em Área Profissional da Saúde, publicados em 2015 após o período compreendido pela pesquisa. As portarias de homologação estudadas apresentam os programas de Residência Multiprofissional em Saúde aprovados para financiamento pelo MS no período de 2010 a 2015. Além disso, trazem outras informações acerca desses programas, com um código para cada região, estado, município, a instituição proponente e sua parceira (podendo ser a secretaria estadual ou municipal de saúde do local), o nome do programa, sua área de concentração e o número de bolsas ofertadas.

## **RESULTADOS**

A região Sudeste concentrou a oferta de programas de residência, com 148 projetos aprovados, representando 46,3% de todos os programas que foram selecionados no período estudado. Em todos os anos analisados esta região apresentou o maior número de projetos apresentados nas portarias. Na primeira portaria publicada em 2010, a região Sudeste foi responsável pela oferta de 47,5% dos projetos selecionados e nos anos de 2012 e 2013 ofertou mais de 50% dos projetos que foram aprovados. No ano de 2013, esta região teve o maior número de projetos homologados, o que representou 54,2% de todos os projetos que foram selecionados naquele ano.

Embora as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste sejam consideradas pelo MS como prioritárias para financiamento de Residência Multiprofissional em Saúde, apenas a região Nordeste apresentou um incremento de programas de Residência Multiprofissional em Saúde induzido pela prioridade dada nos editais publicados. Esta foi responsável pela oferta de 20,6% de todos os programas selecionados no período. A região Sul foi a terceira mais representativa com 18,8% dos programas de residência aprovados. As regiões Norte e Centro-Oeste foram as que menos tiveram projetos homologados, representando, respectivamente, apenas 10% e 4,4% de todos os programas ofertados no período.

A evolução quantitativa dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde aprovados de acordo com estados nos anos analisados mostra a expressividade de São Paulo na região Sudeste, estado economicamente mais desenvolvido da região, demonstrando a desigualdade geográfica ainda existente na

oferta desta modalidade de formação mesmo dentro das regiões. Este estado foi responsável por 29,1% da oferta de programas entre os anos de 2010 e 2015, seguido de Minas Gerais com 10,9% de todos os projetos selecionados. O estado do Rio de Janeiro obteve 5,3% dos programas aprovados, enquanto o Espírito Santo foi responsável pela oferta de apenas 0,9% de programas ao longo do período. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 este estado não apresentou nenhum projeto selecionado.

Na região Nordeste todos os estados foram contemplados com bolsas de Residência Multiprofissional em Saúde e no ano de 2014 foram selecionados 24 projetos, maior quantidade em relação aos demais períodos. O estado de Pernambuco foi o que mais ofertou programas nesta modalidade ao longo dos anos estudados obtendo um total de 25 projetos aprovados, ou seja, 7,8% de todos os programas ofertados no país. O estado do Ceará foi o segundo mais expressivo com 5,6% dos programas homologados entre 2010 e 2015 e a Bahia o terceiro estado com 4,1%. Apenas estes dois estados tiveram programas em funcionamento em todos os anos estudados.

Os estados com menos representatividade foram Maranhão e Alagoas, com apenas um programa homologado em 2015 e 2014, respectivamente, sendo responsáveis por somente 0,3% da oferta de projetos de Residência Multiprofissional em Saúde no período estudado. Estes dois estados apresentam os menores índices de desenvolvimento humano do país (0,639 e 0,631, respectivamente), juntamente com outros estados do Nordeste como o Piauí e a Paraíba, indicando a escassez da oferta de formação e de profissionais da saúde em áreas mais desprovidas e periféricas (PNUD, 2010). Este achado pode sugerir que tais regiões, menos desenvolvidas economicamente, não consigam absorver a demanda de formação de recursos humanos em saúde, indicando que as redes de saúde locais não possuem capacidade instalada, tanto a nível estrutural quanto de profissionais disponíveis para preceptoria e tutoria. A abertura de vagas em modalidades de formação como as residências poderia colaborar na oferta de serviços de saúde para a população, assim como para a fixação de profissionais, contribuindo para a melhora dos indicadores sociais e de saúde nestas localidades.

Na região Sul, observou-se uma predominância de programas no estado do Rio Grande do Sul, com 30 aprovados (9,4%), seguido dos estados do Paraná e Santa Catarina, ambos com 15 programas (4,7%). No ano de 2014 notou-se um incremento de novos programas em todos os estados, indicando uma melhor distribuição dos projetos selecionados, apesar do estado do Rio Grande do Sul ter concentrado 11,8% dos programas homologados nesse ano. Destaca-se que o estado do Paraná não apresentou nenhum novo projeto selecionado no ano de 2012.



Apesar do compromisso institucional (MS/MEC) em fomentar projetos de formação através das residências multiprofissionais orientados pela demanda em regiões prioritárias, as seleções ocorridas na região Nordeste, identificada, pela quantidade total de projetos aprovados, como a segunda que mais apresentou programas de residência nesse período após a região Sudeste, não contemplaram todos os anos e nem todos os estados, diferentemente da região Sul que apresentou uma continuidade mais homogênea dos programas homologados.

Na região Norte, nos primeiros anos de seleção através de editais, 2010 e 2011, houve apenas um programa aprovado no estado de Rondônia. No ano de 2012 ocorreu um aumento representado por seis novos programas homologados apenas no estado do Pará, o que levou essa região a ser a segunda com mais oferta de programas de Residência Multiprofissional em Saúde nesse ano (20%). O estado do Amazonas teve dois projetos selecionados no ano de 2013, contribuindo para um total de sete programas (8,4%) financiados pelo MS em funcionamento neste ano. Em 2014, foram aprovados cinco novos programas de residência em Tocantins, além de dois em Amazonas e apenas um no Pará, totalizando oito programas. O estado do Pará foi o mais representativo em todos os anos, ofertando de 4,1% dos programas homologados, seguido do Amazonas que ofertou 2,5% dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Ressalta-se que os estados do Acre, Amapá e Roraima não possuem nenhum programa de residência financiado pelo MS através de editais, o que pode referir-se a não apresentação de projetos a estes, bem como a não adequação dos projetos apresentados aos requisitos da Comissão de Seleção, ou a pouca concentração de instituições aptas a ofertar esta modalidade de formação.

Na região Centro-Oeste o estado de Goiás foi contemplado com 50% dos programas nos anos de 2010 a 2015. Porém, em relação à oferta nacional este estado foi responsável por apenas 2,2% dos projetos aprovados ao longo desse período. Mato Grosso apresentou 1,6% dos projetos homologados entre 2010 e 2015 e o estado do Mato Grosso do Sul apenas 0,6%, com programas em funcionamento somente nos anos de 2010, 2011 e 2013. Ressalta-se que o Distrito Federal não apresentou nenhum projeto homologado nos anos analisados (Tabela 1).

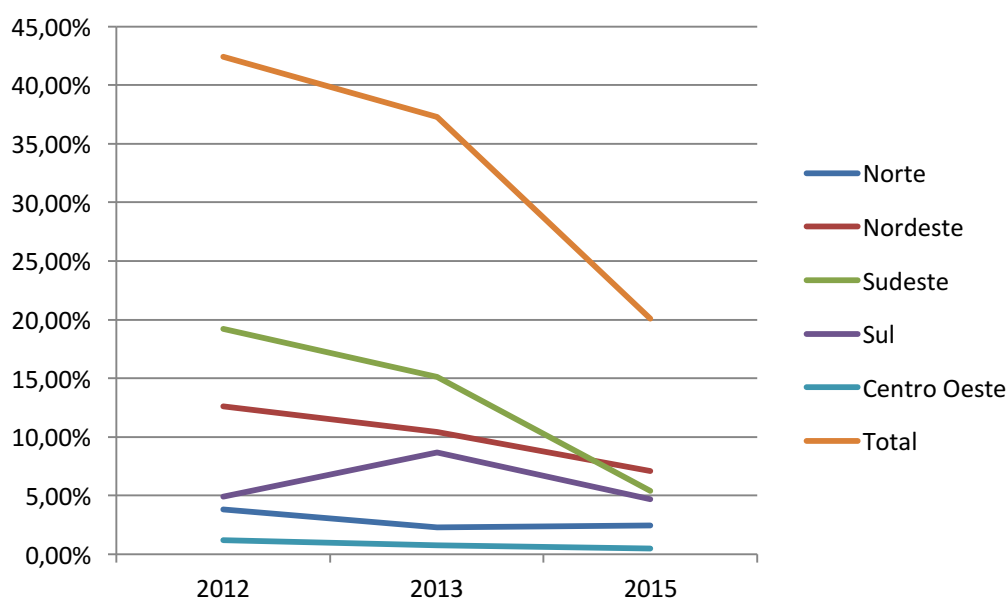
**Tabela 1:** Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos de 2010 a 2015 pelos estados brasileiros

Região	Estados	Ano											
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%
<b>NORTE</b>		1	1,7%	6	20,0%	7	8,4%	8	7,8%	10	21,7%	32	10,0%
	<b>AC</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AP</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AM</b>	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%	2	2,0%	4	8,7%	8	2,5%
	<b>PA</b>	0	0,0%	6	20,0%	4	4,8%	1	1,0%	2	4,3%	13	4,1%
	<b>RO</b>	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	3	6,5%	5	1,6%
	<b>RR</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>TO</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,9%	1	2,2%	6	1,9%
<b>NORDESTE</b>		16	27,1%	4	13,3%	14	16,9%	24	23,5%	8	17,4%	66	20,6%
	<b>PE</b>	7	11,9%	0	0,0%	3	3,6%	11	10,8%	4	8,7%	25	7,8%
	<b>CE</b>	4	6,8%	1	3,3%	5	6,0%	7	6,9%	1	2,2%	18	5,6%
	<b>BA</b>	2	3,4%	2	6,7%	5	6,0%	2	2,0%	2	4,3%	13	4,1%
	<b>PB</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>PI</b>	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>RN</b>	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>SE</b>	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>MA</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	1	0,3%
	<b>AL</b>	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
<b>SUDESTE</b>		28	47,5%	16	53,3%	45	54,2%	41	40,2%	18	39,1%	148	46,3%
	<b>SP</b>	14	23,7%	10	33,3%	25	30,1%	35	34,3%	9	19,6%	93	29,1%
	<b>MG</b>	9	15,3%	5	16,7%	15	18,1%	2	2,0%	4	8,7%	35	10,9%

	<b>RJ</b>	4	6,8%	1	3,3%	5	6,0%	4	3,9%	3	6,5%	17	5,3%
	<b>ES</b>	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,3%	3	0,9%
<b>SUL</b>		10	16,9%	3	10,0%	13	15,7%	26	25,5%	8	17,4%	60	18,8%
	<b>RS</b>	4	6,8%	2	6,7%	8	9,6%	12	11,8%	4	8,7%	30	9,4%
	<b>PR</b>	3	5,1%	0	0,0%	4	4,8%	6	5,9%	2	4,3%	15	4,7%
	<b>SC</b>	3	5,1%	1	3,3%	1	1,2%	8	7,8%	2	4,3%	15	4,7%
<b>CENTRO OESTE</b>		4	6,8%	1	3,3%	4	4,8%	3	2,9%	2	4,3%	14	4,4%
	<b>DF</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>GO</b>	1	1,7%	0	0,0%	3	3,6%	1	1,0%	2	4,3%	7	2,2%
	<b>MT</b>	2	3,4%	1	3,3%	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	5	1,6%
	<b>MS</b>	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>Geral</b>	59	100,0%	30	100,0%	83	100,0%	102	100,0%	46	100,0%	320	100,0%

Em relação ao número de vagas ofertadas, representado pelo quantitativo de bolsas apresentado nas portarias de homologação publicadas nos anos de 2012, 2013 e 2015, foi observada uma diminuição das mesmas. Nesse período foram contabilizadas 2904 bolsas de RMS, sendo que 42% destas foram divulgadas nas portarias lançadas em 2012, 37% em 2013 e 20% em 2015. A maior parte das bolsas foi ofertada na região Sudeste (40%), seguida da região Nordeste (30%), Sul (18%), Norte (8%) e Centro oeste (2,5%) (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Percentual de bolsas ofertadas nas portarias de homologação publicadas nos anos de 2012, 2013 e 2015, nas diferentes regiões brasileiras.



De acordo com os dados obtidos nas portarias de homologação estudadas, a distribuição dos programas de residência financiados pelo MS segue a tendência da concentração de profissionais de saúde em grandes centros e regiões (Sudeste e Sul), a qual atende principalmente a interesses político-econômicos que nem sempre refletem as necessidades da população (PIERANTONI, 2003). Esse achado vai de encontro ao cenário de desigualdades regionais tanto na oferta de graduações e pós-graduações quanto na oferta de serviços à população, e conseqüentemente na disponibilidade de profissionais.

Considerando a Residência como fator de fixação desses profissionais o MS, através dos editais do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, assume a função de regular a oferta para áreas consideradas prioritárias para o SUS. Esta política provoca uma redistribuição da oferta de vagas, que, no entanto, mostrou ainda pouco efeito expressivo na distribuição dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde pelo país, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Além da regionalização e descentralização, a interiorização do trabalho em saúde aparece como um dos princípios e diretrizes para os programas de residência em saúde. Acredita-se no potencial dos programas de residência para a promoção desta interiorização e, conseqüentemente, para a atenuação da questão do acesso a tecnologias de cuidado em saúde em áreas afastadas dos centros urbanos (BRASIL, 2009b).

Maciel Filho (2007) destaca que, se o problema da distribuição geográfica na oferta de formação e fixação de profissionais e, conseqüentemente, na oferta de serviços, continuar sendo tratado apenas no tocante da política de saúde e de recursos humanos em saúde, o país não alcançará resultados sólidos e estáveis nessa questão. Para o autor, este contexto não está restrito ao campo da saúde, sendo suas dimensões política e multissetorial evidentes, com a integração de diversos ministérios.

Tal configuração também se relaciona com a necessidade de mudanças culturais, sociais e econômicas, que considerem desde as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde até a formação dos profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros (MACIEL FILHO, 2007). Estes aspectos também devem ser considerados para que haja uma distribuição mais equânime dos programas de residência no país, e associados a outros fatores como oportunidades de emprego e assalariamento superior à média dos grandes centros, podem contribuir para a fixação do profissional nessas localidades (PIERANTONI, 2003).

Num país de grandes dimensões como o Brasil, as necessidades de saúde que se apresentam são as mais diversificadas, exigindo dos gestores e formuladores de políticas públicas o direcionamento adequado para atender as demandas sociais. No campo da saúde, a formação dos trabalhadores deve alinhar as necessidades específicas de cada profissão com o contexto no qual se insere, considerando os problemas vivenciados pela população assistida, além daqueles referentes à organização do trabalho.

As Residências Multiprofissionais em Saúde, ao provocarem reflexões sobre o cotidiano, as relações e o processo de trabalho, possuem o potencial de modificar não apenas a perspectiva do indivíduo formado, mas os próprios espaços em que se desenrolam. A partir das problematizações e questionamentos do instituído é possível que se fortaleça o contínuo processo de educação permanente em saúde. Desta forma, as Residências Multiprofissionais em Saúde podem ser consideradas como importantes espaços políticos e pedagógicos da formação visando o fortalecimento do SUS.

O investimento ordenado desses programas é crucial para sua sobrevivência e para a afirmação das Residências Multiprofissionais em Saúde como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS. Nesse sentido, os marcos normativos, ao mesmo tempo em que podem limitar o processo de criação dos programas, acabam por contribuir no processo de legitimação dos mesmos. Além disso, o Ministério da Saúde, ao realizar a avaliação e acompanhamento das residências que financia, embasa o estabelecimento de diretrizes para o prosseguimento do investimento nessa modalidade de formação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, R.B. A pós-graduação e o campo da Saúde Coletiva. *Physis*, v.18, n.2, p.189-214, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15207-port-2117-03112005&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15207-port-2117-03112005&Itemid=30192)>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. HADDAD, A.E. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Seminário “Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”: Ações Estratégicas necessárias para construir uma Política de Formação de Recursos Humanos para o SUS. Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009. Brasília, 2009b. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/Relatorio%20Atividades%20CNRMS%202007%202009.pdf>>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://antigo.saude.es.gov.br/download/SGETS\\_Politicas\\_e\\_Acoes.pdf](http://antigo.saude.es.gov.br/download/SGETS_Politicas_e_Acoes.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. Relatório síntese. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_escassez\\_profissionais\\_areas\\_remotas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de

Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai/2009. Disponível em: <[http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo\\_Campos.pdf](http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS 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; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)>. Acesso em: jan. 2016.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa / Antônio Carlos Gil. - 5.ed.- São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA/MEC. In: O panorama do mercado educativo em saúde no Brasil, Indicadores das Graduações em Saúde/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2012.

LOBATO, C.P. Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2010.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 263 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, M.S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 29-33, maio 2009.

PASINI, V. L. Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. Tese (Doutorado) Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PEDUZZI, M. Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007a. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a



formação. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, 2003. p. 279-292.

SILVA, C.T. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. In: Rev Gaúcha Enferm. v.35, n.3, p.49-54, set/2014.

RAMOS, A. S. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROSA, S. D. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. In: Trab.Educ.Saúde, Rio de Janeiro, v.7n.3, p.479-498, nov.2009/fev.2010.