



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

de Freitas Sarmento, Lidiane; França, Tania; Rejane de Medeiros, Katia; dos Santos, Maria Ruth; Silveira Ney, Márcia

A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional
em Saúde

Saúde em Debate, vol. 41, núm. 113, abril-junio, 2017, pp. 415-424

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406352165007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde

The regional distribution of the provision of training in the modality Multi-professional Residency in Health

Lidiane de Freitas Sarmento¹, Tania França², Katia Rejane de Medeiros³, Maria Ruth dos Santos⁴, Márcia Silveira Ney⁵

RESUMO Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) provocam reflexões sobre o cotidiano, as relações e o processo de trabalho e têm potencial de modificar não apenas a perspectiva do indivíduo formado, mas os próprios espaços em que se desenvolvem, fortalecendo o contínuo processo de educação permanente em saúde. Estudos que investiguem como tem se estruturado os programas de residência multiprofissional apoiados pelo Ministério da Saúde (MS) são oportunos e relevantes, ante as contribuições dessas iniciativas para o Sistema Único de Saúde. Este trabalho analisa as RMS, com o objetivo de identificar de que maneira os programas financiados pelo MS encontram-se distribuídos regionalmente pelo País. Realizou-se uma pesquisa documental exploratória utilizando-se editais e portarias publicados pelo MS no período de 2009 a 2015. A maioria dos programas aprovados se concentrou na região Sudeste, principalmente em São Paulo, seguida pelas regiões Nordeste e Sul. As regiões Norte e Centro-Oeste foram as menos representativas no total de programas selecionados. Já o Nordeste apresentou um incremento de programas induzido pela prioridade dada nos editais publicados. Observou-se uma tentativa de organização na distribuição e uma tendência ao aumento dos programas apresentados e aprovados.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lidiane.sarmento@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
taniafranca29@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães – Recife (PE), Brasil.
krmedeiros@oi.com.br

⁴Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ruthsantosjf@gmail.com

⁵Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marcia.ney.unesa@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE Capacitação de recursos humanos em saúde. Internato não médico. Educação continuada.

ABSTRACT *The Multi-professional Health Residency (RMS) programs provoke reflections on daily work, the relationships and the work process, and have the potential to modify not only the perspective of the graduated individual, but also the spaces in which they develop, strengthening the continuous process of permanent education in health. Studies that investigate how the multi-professional residency programs supported by the Ministry of Health (MS) have been structured are timely and relevant, given the contributions of these initiatives to the Unified Health System (SUS). This work analyzes the RMS, with the goal of identifying how the programs funded by the MS are distributed regionally across the country. An exploratory documentary research was carried out using edicts and ordinances published by the MS in the period from 2009 to 2015. The majority of the approved programs are concentrated in the Southeast region, mainly in São Paulo, followed by the Northeast and South regions. The North and Midwest regions were the least representative in the total amount of the selected programs. On the other hand, the Northeast region presented an increment of programs induced by the priority given in the published official notices. There was an attempt to organize the distribution and a tendency to increase of programs submitted and approved.*

KEYWORDS *Health human resource training. Internship nonmedical. Education, continuing.*

Introdução

A heterogeneidade de situações epidemiológicas nas regiões do País e a coexistência das condições crônicas com doenças transmissíveis exigem uma política de saúde que possa lidar com as várias transições em curso, o que inclui o direcionamento da formação de recursos humanos para esses diversos cenários (ARAÚJO, 2012). Ademais, a realidade brasileira caracteriza-se pela falta de provimento de profissionais de saúde em diversas regiões, somada à dificuldade de fixação destes, especialmente em regiões de carências econômicas e de menor acesso aos bens culturais, educacionais e técnico-científicos (CECCIM; PINTO, 2007).

Nesse ambiente, as demandas por diferentes perfis de profissionais visando a um cuidado integral tornam as discussões sobre a formação multiprofissional cada vez mais relevantes (PIERANTONI, 2012).

O modelo tecnoassistencial vigente vem migrando da centralidade em procedimentos médicos e curativo tecnicista para procedimentos multiprofissionais com a participação dos usuários nas condutas (CECCIM; PINTO, 2007). Esse contexto aponta para o potencial indutor das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), as quais consolidaram-se como especialização na área da saúde, objetivando promover transformações na formação dos profissionais em relação ao modelo médico-assistencial (SILVA ET AL., 2015). Trata-se de um contexto de desafios e dilemas para a institucionalização das RMS.

O Ministério da Saúde (MS), em conformidade com a legislação, assume o papel de ordenar a formação de recursos humanos (Constituição Federal, art. 200, inciso III), devendo atender às prioridades de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico das regiões brasileiras. Desde 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS e, mais tarde, a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) permitiram que inúmeros projetos

voltados para a formação de recursos humanos em saúde fossem viabilizados, objetivando tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (ROSA; LOPES, 2010).

A Portaria Interministerial nº 1.077/2009 criou o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009). O MS assumiu o papel de regular as RMS por meio da criação de vagas para a especialização de profissionais da saúde em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), reorganizando assim a oferta dessa modalidade de formação. Dessa forma, além de atuar no movimento de institucionalização e reconhecimento da RMS, o MS tornou-se o responsável pela ampla linha de financiamento desses programas (BRASIL, 2011). Além disso, o MS, ao realizar a avaliação e acompanhamento das residências que financia, embasa o estabelecimento de diretrizes para o prosseguimento do investimento nessa modalidade de formação.

Enquanto o Ministério da Educação financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior como os hospitais universitários, o MS responsabiliza-se pelas 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 Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde objetiva consolidar essas Residências enquanto campos de atuação estratégicos para o SUS. É financiado com os recursos da programação orçamentária do MS e desenvolvido em parceria com a Coordenação Geral de Residências do Departamento de Hospitais e Residências da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (DHR/Sesu/MEC),

que, juntos, fazem a convocatória por editais. São concedidas bolsas de estudo diretamente aos residentes, e não mais por convênio (ARAÚJO, 2009). Assim, o MS afirma seu papel no financiamento e legitimação das RMS, garantindo sua continuidade por meio dos editais de seleção (BRASIL, 2011).

Sabendo-se que em sistemas universais e gratuitos de saúde é de responsabilidade do Estado as ações relativas e dirigidas ao provimento e fixação de profissionais de saúde (BRASIL, 2012), estudos que objetivem conhecer os efeitos de estratégias de incentivos governamentais tornam-se oportunos. Nessa perspectiva, analisa-se a distribuição da oferta dos programas de RMS induzidos pelos editais do MS no País, no período de 2009 a 2015.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa documental de caráter descritivo (GIL, 2010) com abordagem qualitativa.

Foram analisados os editais de convocação e as portarias de homologação dos programas de RMS financiados pelo MS no período de 2009 a 2015 publicados no Diário Oficial da União (DOU), no site <http://portal.in.gov.br/>. Embora o financiamento das bolsas de RMS seja oriundo de diferentes fontes, consideraram-se apenas os programas financiados pelo MS por meio de editais.

Nas portarias de homologação do processo de seleção, foram analisadas a relação dos programas aprovados e sua distribuição quanto às regiões e estados. Optou-se por excluir os editais e portarias de renovação de bolsas de programas já existentes com início em 2016, visto que eles foram publicados após o período definido para análise deste estudo.

Resultados e discussão

No período de 2009 a 2015, 320 programas foram homologados. A primeira experiência

de implantação datou de 2010, por meio do edital de convocação publicado, em 2009, pelo MS/SGTES. Nesse ano, 59 novos programas foram aprovados nas diferentes regiões. Todas as demais portarias estudadas apresentaram a relação dos projetos selecionados para concessão de bolsas de residentes, contemplando conjuntamente programas novos e ampliação de vagas de RMS e em Área Profissional da Saúde.

A região Sudeste foi a mais contemplada em todo o período, tendo 148 programas aprovados, representando 46,3% do total de homologações (*tabela 1*). Na primeira portaria publicada em 2010, a região Sudeste foi responsável por 47,5% dos projetos selecionados; e nos anos de 2012 e 2013, mais de 50% das aprovações eram provenientes dessa região. Em 2013, o Sudeste teve 54,2% de todos os projetos selecionados.

Esse achado reflete o status da região Sudeste que, pelo seu desempenho econômico, configura-se como o centro dinâmico do mercado de trabalho de saúde no País, o que corresponde, em certa medida, à própria distribuição da capacidade instalada e dos empregos de saúde nessa região (VIEIRA; AMÂNCIO; OLIVEIRA, 2004). A má distribuição geográfica de provedores de serviços é uma situação persistente que tem resistido às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos brasileiros (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Tal aspecto exige maior coordenação entre os sistemas de saúde e as instituições de ensino superior que, além de prover profissionais qualificados e em quantidade suficiente, devem atentar sobre a diversidade e as graves desigualdades do País em relação aos indicadores de saúde, objetivando superá-las (DAL POZ; VARELLA; SANTOS, 2015).

Em 2009, primeiro ano de lançamento dos editais de convocação, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram consideradas como prioritárias para financiamento. Porém, apenas a região Nordeste apresentou um número expressivo de programas selecionados, logo atrás da região Sudeste, com 20,6% das

aprovações em todo o período. Em 2010, 2011 e 2013, o Nordeste foi a segunda região com mais programas em funcionamento, sendo superado, em 2014, quando a região Sul ampliou o número de residências aprovadas para 25,5%.

Os editais de 2009 e 2014 do MS consideraram como prioritário o financiamento de programas de RMS no Norte e Centro-Oeste, todavia, essas regiões foram as que menos aprovaram projetos, representando apenas 10% e 4,4% de todos os programas ofertados no período, respectivamente. A região de menor desempenho no período foi o Centro-Oeste, que, no ano de 2014, apresentou somente 2,9%

dos programas aprovados no País.

Esse achado vai ao encontro da oferta de educação superior no Brasil, que historicamente se concentra nos grandes centros urbanos, com predominância do eixo Sul-Sudeste. Quanto à distribuição de matrículas em cursos presenciais de ensino superior das redes pública e privada do País, as regiões Centro-Oeste e Norte foram responsáveis, respectivamente, por 9,4% e 6,9% das matrículas no ano de 2013, enquanto a região Sudeste concentrou 47,2%, seguida das regiões Nordeste (20,9%) e Sul (15,6%) (BRASIL, 2014; SEMESP, 2015).

Tabela 1. Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos anos de 2010 a 2015 por regiões e estados brasileiros

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

Tabela 1. (cont.)

Sul	10	16,9%	3	10,0%	13	15,7%	26	25,5%	8	17,4%	60	18,8%
RS	4	6,8%	2	6,7%	8	9,6%	12	11,8%	4	8,7%	30	9,4%
PR	3	5,1%	0	0,0%	4	4,8%	6	5,9%	2	4,3%	15	4,7%
SC	3	5,1%	1	3,3%	1	1,2%	8	7,8%	2	4,3%	15	4,7%
Centro-Oeste	4	6,8%	1	3,3%	4	4,8%	3	2,9%	2	4,3%	14	4,4%
DF	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
GO	1	1,7%	0	0,0%	3	3,6%	1	1,0%	2	4,3%	7	2,2%
MT	2	3,4%	1	3,3%	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	5	1,6%
MS	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
Total Geral	59	100,0%	30	100,0%	83	100,0%	102	100,0%	46	100,0%	320	100,0%

Fonte: Portarias de homologação dos programas de RMS lançadas pelo MS/SGTES, nos anos de 2010 a 2015.

Embora seja defendido que a criação do SUS, com seus arranjos institucionais descentralizados, foi o grande fator que impulsionou os avanços na interiorização e melhoria da distribuição dos serviços em saúde (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009), o País ainda se defronta com problemas na distribuição geográfica e fixação de profissionais de saúde. Diferentes países em todo mundo compartilham dos desafios em prover e fixar profissionais de saúde. Especialistas afirmam, inclusive, que esse será um problema ainda maior no futuro. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, como uma das suas metas, a correção do déficit e da má distribuição de profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

No caso brasileiro, há consenso de que os problemas na distribuição vêm dificultando a consolidação do SUS, a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que ocupa um papel central na reorientação do modelo de cuidado e aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2009).

Diante dessa 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). Em um 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 extremas desigualdades na concentração e oferta de serviços de saúde são representadas pela saturação de médicos e outros profissionais de saúde nas grandes cidades e regiões mais ricas do País – e situações de extrema privação em regiões remotas, pobres e periféricas (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

A iniquidade na distribuição regional da oferta de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde também contribui para esse quadro. A região Sudeste foi responsável por 46,5% dos cursos de graduação e 66,3% de pós-graduação existente no País, em 2010 e 2008 respectivamente. Já a região Norte, por apenas 7,3% e 1,2% respectivamente. A região Centro-Oeste ofertava 8,9% de cursos

de graduação em saúde, e a Nordeste, 18,5%. A região Sul tinha 18,5% de graduações e 15,1% de pós-graduações na área da saúde.

Em condição similar está a oferta de vagas nos cursos de graduação nessa área. 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 delas, observada também nos cursos de residência (ESTAÇÃO DE TRABALHO IMS/UERJ, 2012; BARATA, 2008).

Outras situações além da oferta de profissionais, como os meios de transporte das regiões periféricas, os custos de deslocamento e adequação do perfil epidemiológico local, apresentam-se como fatores que influenciam o acesso da população aos serviços de saúde. Essa 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).

Ao considerar a Residência como fator de fixação desses profissionais, os editais do MS do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde assumem a função de regular a oferta para áreas consideradas prioritárias para o SUS. Essa política busca provocar uma redistribuição da oferta de vagas; a despeito desse esforço, a análise dos dados da *tabela 1* aponta que ainda é pouco expressiva a redistribuição dos programas de RMS pelo País, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste.

A análise da distribuição dos programas de RMS aprovados por estados evidenciou que a condição do estado de São Paulo de

mais economicamente desenvolvido do País contribui para preservação da desigualdade desta modalidade de formação, inclusive, em sua região. São Paulo aprovou 29,1% de programas de 2010 a 2015, seguido de Minas Gerais com 10,9% do conjunto de projetos selecionados. O Rio de Janeiro aprovou 5,3% dos programas e o Espírito Santo apenas 0,9%, sendo que de 2012 a 2014 não foram observados projetos selecionados nesse estado (*tabela 1*).

Para Ceccim e Pinto (2007, p. 273),

o desequilíbrio na oferta de formação e de exercício profissional gera graves distorções na satisfação e segurança técnica dos trabalhadores individuais e na qualidade e garantia de assistência eficiente aos usuários.

Como resposta, a interiorização do trabalho deve associar ofertas aos profissionais, mesclando períodos de aprendizagem e estudo entre serviços, locais e regiões. Também deve regularizar a educação permanente em saúde com base locorregional, além de mobilizar constantemente práticas multiprofissionais e interdisciplinares a fim de ampliar o acolhimento assistencial dos usuários em sua diversidade e a resolutividade dos problemas de saúde, individuais ou coletivos (CECCIM; PINTO, 2007).

Todos os estados do Nordeste aprovaram projetos com bolsas de RMS, sendo que, em 2014, teve a maior frequência do período com 24 projetos. Pernambuco aprovou o maior número de programas de RMS de 2009 a 2015 com 7,8% de todos os programas oferecidos nessa região. O estado do Ceará participou com 5,6%, e a Bahia com 4,1%, ambos com programas em funcionamento nos anos estudados. No lado oposto, o Maranhão e Alagoas tiveram a menor representatividade com somente 0,3% de aprovações no período.

O Rio Grande do Sul aprovou a maioria dos programas de sua região com 9,4%, seguido do Paraná e Santa Catarina, ambos com 4,7%. Em 2014, houve incremento de

novos programas em toda a região Sul, indicando maior distribuição, embora o Rio Grande do Sul tenha concentrado 11,8% das aprovações.

No Norte, em 2012, seis novos programas foram aprovados pelo estado do Pará, implicando a elevação do status dessa região, tornando-a a segunda com maior oferta de programas de RMS no ano (20%). O Amazonas, no ano de 2013, contribuiu com 8,4% dos programas financiados pelo MS, e, em 2014, cinco novos programas de residência foram aprovados pelo Tocantins, além de dois no Amazonas e um no Pará. Em 2015 o Norte passou a ser a segunda região com maior número de programas (21,7%), sendo os estados do Amazonas, Rondônia, Tocantins e Pará os mais representativos no período analisado.

Goiás foi contemplado com 50% dos programas aprovados entre 2010 e 2015. Mato Grosso apresentou 1,6% das aprovações; e Mato Grosso do Sul, 0,6%. Neste os programas funcionaram somente nos anos de 2010, 2011 e 2013. O Distrito Federal não apresentou aprovação no período.

Sabendo-se que os programas de RMS têm como eixos norteadores a descentralização, a regionalização e a interiorização do trabalho em saúde, identifica-se que estes são 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. Compreende-se, tal como afirma Oliveira (2009), que tal modalidade de formação pode constituir-se como potente estratégia desde que esta tenha uma distribuição espacial mais equânime.

Sobre o movimento de desconcentração de programas de residência para o Norte, Centro-Oeste e Nordeste, Pierantoni, França e Varella (2003) destacam que este vai de encontro à disparidade entre oferta e demanda, tanto do setor educacional quanto do modelo assistencial, presente nessas regiões, realçando os desequilíbrios da abertura de

vagas para a formação e da oferta de postos de trabalho. Essa realidade, difícil de ser modificada em curto e médio prazo, está diretamente relacionada com o perfil heterogêneo da conformação do País, decorrente de sua extensa área geográfica, da densidade populacional, das diferenças no desenvolvimento econômico, entre outros aspectos (PIERANTONI; FRANÇA; VARELLA, 2003).

O investimento ordenado desses programas é crucial para sua sobrevivência e para a afirmação das RMS como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS. Nessa perspectiva, cumpre salientar que, entre 2006 e 2008, foram investidos 133,5 milhões da SGTES nas RMS, financiando a formação de 1.487 profissionais e aumentando de 11 para 24 os estados contemplados (ARAÚJO, 2009; HADDAD, 2009). Observou-se uma ampliação dos recursos destinados a essa modalidade de formação contribuindo para sua consolidação.

A expansão da oferta compreende duas dimensões: a do aumento do número de vagas e a da desconcentração da oferta, por meio da melhor distribuição pelas cinco regiões brasileiras e pelas zonas urbanas e rurais (BRASIL, 2014). A análise proposta revelou que houve uma tentativa de organização na distribuição dos programas de RMS financiados pelo MS no território nacional, pois, nos editais, havia esforço de superar as desigualdades regionais visando intervir nas distintas realidades epidemiológicas existentes. Também se observou uma tendência ao aumento dos programas ofertados.

Contudo, a análise permitiu notar que a distribuição dos programas de residência financiados pelo MS manteve a tendência da concentração de profissionais de saúde em grandes centros e regiões (Sudeste e Sul). Pierantoni, França e Varella (2003) advertem que esse movimento atende principalmente a interesses político-ecônômicos que nem sempre refletem as necessidades da população.

Nesse ambiente, assume-se que os marcos

normativos, ao mesmo tempo que podem limitar o processo de criação dos programas, acabam por contribuir no processo de sua legitimação como importante estratégia de formação dos trabalhadores de saúde. Ao realizar a avaliação e acompanhamento das residências que financia, o MS acumula subsídios capazes de embasar novas diretrizes para o prosseguimento do investimento nessa modalidade de formação.

Considerações finais

Originária de um contexto histórico de grandes disputas acerca da implantação de um modelo de saúde contra-hegemônico, as RMS encontraram diversas resistências até que fossem consolidadas como parte de uma política de educação para os trabalhadores do SUS. Estas vêm sendo cada vez mais consideradas como uma importante alternativa de formação dos profissionais para o arranjo de novos desenhos tecnoassistenciais.

A maior parte dos programas de RMS aprovados nas portarias do MS se concentrou na região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo. Esse fato corrobora o cenário de desigualdades regionais, tanto na oferta de graduações e pós-graduações quanto na oferta de serviços à população e, consequentemente, na disponibilidade de profissionais.

O MS, por intermédio de seus editais de convocação, propõe-se a incentivar a oferta de novos programas e continuação dos já existentes em áreas que saiam do eixo dos grandes centros, colocando as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste como prioritárias para financiamento. Estas duas últimas foram as menos representativas na quantidade total de programas selecionados. No entanto, a região Nordeste apresentou um incremento de programas de RMS induzido pela prioridade dada nos editais publicados.

Os programas de RMS são oferecidos em um contexto desafiador, haja vista a necessidade crescente de reparação dos problemas de saúde da população mediante recursos proporcionalmente limitados. A formação pelo trabalho qualifica o profissional para uma assistência de alta resolubilidade e poder transformador da realidade local (FIORANO, 2015).

Ao se considerar as RMS como espaços de formação com potencial questionador do instituído e como dispositivos de educação permanente, sua definição como importante estratégia dentro de uma política de Estado de formação para trabalhadores da saúde implica não somente debates pedagógicos, mas legitimação política, com constante mobilização, inclusive por meio de instrumentos legais, para a sustentabilidade e ampliação dos programas. ■

Referências

- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 533-538, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- ARAÚJO, L. Ações Estratégicas necessárias para construir uma Política de Formação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2009, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARATA, R. B. A pós-graduação e o campo da Saúde Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 189-214, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838217002.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- _____. Ministério da Educação. *A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014*. Brasília, DF: MEC, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria interministerial 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 em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 12 nov. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 5 nov. 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, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_relatorio.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SGETS: políticas e ações*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- 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, maio 2009. Disponível em: <http://cnts.org.br/admin/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 266-277, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300009>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- DAL POZ, M. R., VARELLA, T. C., SANTOS, M. R. *Formação em saúde: problemas e tendências*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/textos-para-discussao/#.WQzI9VUrKUk>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- ESTAÇÃO DE TRABALHO IMS/UERJ. *O panorama do mercado educativo em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho IMS/UERJ, 2012. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/4_7_2013_0_Panorama%20geral.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2016.
- FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? *ABCS Health Sciences*, Santo André, SP, v. 40, n. 3, p. 366-369, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshealth/article/view/823/718>>. Acesso em: 5 dez. 2016.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2010.

HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 213-37, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a19.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. 263 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, 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. Disponível em: <http://cnts.org.br/admin/public/arquivos/Artigo-Debate_Marilda.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2016.

PIERANTONI, C. R. Tendências da gestão do trabalho e da educação na saúde na última década. In: FRANÇA, T. et al. (Org.). *Gestão do trabalho e da Educação em Saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2012. p. 67-103.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: aportamentos históricos. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR (SEMESP). *Mapa do Ensino Superior no Brasil 2015*. São Paulo: SEMESP, 2015. Disponível em: <<http://convergenciacom.net/pdf/mapa-ensino-superior-brasil-2015.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2017.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 2015, v. 28, n. 2, p. 132-138. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0132.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, E. S. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-brasil: a inserção da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 134-138, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100019>. Acesso em: 5 dez. 2016.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em maio de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve