

## Formação médica no SUS em Pernambuco: oferta de vagas de residência médica (2012 – 2017)

*Medical training at the brazilian unified health system (SUS) in Pernambuco:  
offer of medical residency vacancies (2012 - 2017)*

*Formación médica en el SUS en Pernambuco: oferta de  
residencia médica (2012 - 2017)*

Juliana Siqueira Santos<sup>1</sup>, Emanuella Margareth Lima Rolim Martins<sup>2</sup>,  
Thiago Cavalcante de Almeida<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco - Diretora Geral de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife-PE

<sup>2</sup>Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Pernambuco - Apoiadora Institucional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife-PE

<sup>3</sup>Graduado em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco - Coordenador de Residências em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife-PE

### RESUMO

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil de ofertas de vagas para residência médica, preenchidas através de seleção unificada, no estado de Pernambuco, no período entre 2012 e 2017. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, do tipo descritivo com dados secundários. A Secretaria Estadual de Saúde tem conduzido, ao longo dos anos, uma seleção unificada para a residência médica. A oferta de vagas de residência médica em tal tipo de seleção apresentou um incremento de 85,26% e um crescimento de 653,57% no financiamento por parte do Ministério da Saúde; dentre as residências mais ofertadas, destaca-se a Psiquiatria, Medicina Geral de Família e Comunidade, Oftalmologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia. Pode-se concluir que a Secretaria Estadual de Saúde continua como a principal financiadora de bolsas de residência médica, e que o Pró-Residência influenciou positivamente a expansão de vagas.

**Palavras-chave:** Residência Médica. Recursos Humanos em Saúde. Políticas Públicas.

---

#### Autor de Correspondência:

\*Juliana Siqueira Santos . E-mail: jucasiqueira@gmail.com

## **ABSTRACT**

This study aims to describe the profile of medical residency vacancies with a unified selection process in the state of Pernambuco, from 2012 to 2017. This is a cross-sectional, descriptive study of quantitative approach, with secondary data. The State Health Department has been conducting a unified selection process for medical residency for years. The medical residency vacancies in the unified selection process showed an increase of 85.26%, and a 653.57% increase in funding from the Ministry of Health; Psychiatry, Family and Community Internal Medicine, Ophthalmology, Radiology and Diagnostic Imaging, Internal Medicine, Orthopedics and Traumatology are the most offered. It is possible to conclude that the State Health Department continues to be the main provider of medical residency grants, and the Pro-Residência Program has positively influenced the expansion of vacancies.

**Keywords:** Medical Residence. Health Manpower. Public Policy.

## **RESUMEN**

El objetivo del estudio fue describir el perfil de la oferta de residencia médica en la selección unificada en Pernambuco en el período desde 2012 hasta 2017. Se trata de un estudio transversal, de abordaje cuantitativo, del tipo descriptivo con datos secundarios. La Secretaría de Salud de la provincia de Pernambuco ha conducido a lo largo de los años la selección unificada para la residencia médica. La oferta de vacantes de residencia médica en la selección unificada presentó un incremento del 85,26% y un crecimiento del 653,57% en la financiación por parte del Ministerio de Salud, destacándose la Psiquiatría, Medicina General de Familia y Comunidad, Oftalmología, Radiología y Diagnóstico por Imagen, Clínica Médica, Ortopedia y Traumatología. Se puede concluir que la Secretaría Estatal de Salud sigue como la principal financiadora de becas de residencia médica, y que el programa Pro-Residencia influyó positivamente la expansión de vacantes.

**Palabras clave:** Residencia médica. Recursos Humanos en Salud. Políticas Públicas.

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde assumiu a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde a partir da Constituição de 1988; no entanto, para que a formação desses profissionais esteja, de fato, voltada para as necessidades de saúde da população, se faz necessário vencer inúmeros desafios, especialmente no que se refere aos processos regulatórios no âmbito da política de gestão do trabalho e educação na saúde<sup>1</sup>.

Destaca-se como marco dessa política a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Ministério da Saúde (MS) a partir de 2003, o que influenciou a estruturação de secretarias similares em estados e municípios de todo o país. Recentemente, o MS desenvolveu ações e programas que colocam o Estado no caminho de uma atuação mais efetiva na regulação da formação de profissionais para o SUS, como o PROVAB, Pró-

residência, Mais Médicos, entre outros<sup>1-4</sup>.

A despeito dos avanços observados nas últimas décadas na política de gestão da educação na saúde, alguns entraves persistem, por exemplo: a baixa capacidade do estado de orientar a formação dos profissionais de saúde, tanto em relação ao perfil quanto à localização de cursos de graduação e residência; a permanência de uma visão biologicista dos problemas de saúde na política de abertura de escolas médicas e da expansão de vagas de residência; a permanência do modelo flexneriano em grande parte dos currículos; a formação centrada na clínica hospitalar e na especialidade<sup>5,6</sup>.

Dados da pesquisa *Demografia Médica no Brasil 2018* demonstram que, apesar do país apresentar 2,18 médicos por mil habitantes, há extrema desigualdade na distribuição desses profissionais, quando leva-se em consideração as diversas regiões e a relação entre capital e interior<sup>7</sup>. Há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como Vitória, no Espírito Santo – e regiões do interior do Nordeste com valores inferiores a um médico por mil habitantes. Segundo esta mesma pesquisa, Pernambuco apresenta uma taxa de 1,73 médicos por 1.000 habitantes (acima do Nordeste, com razão de 1,41) com concentração na capital (razão de 7,15), enquanto no interior a razão é de 0,61<sup>7</sup>. A distribuição desigual de médicos no país de forma geral é observada também em relação aos médicos especialistas. Na região Sul, existem 2,27 especialistas para cada generalista, enquanto no Nordeste essa razão é de 1,34, e no Norte, 1,06<sup>7</sup>.

O provimento de profissionais médicos, especialmente em regiões com maior dificuldade de fixação, tem sido objeto de programas governamentais, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – ProVab<sup>8,1</sup> e o Programa Mais Médicos<sup>9,4</sup>. Para além do provimento emergencial de profissionais de saúde, as iniciativas incluem também a regulação da formação, ou seja, ações que têm como objetivo induzir a mudança da formação médica na graduação e na residência médica<sup>4</sup>.

A residência médica (RM) é definida como modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos sob a forma de especialização, e caracterizada por apresentar treinamento em serviço<sup>10</sup>. A residência médica, enquanto ensino de pós-graduação, foi regulamentada no Brasil a partir do Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica. A Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981 define Residência Médica como modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, e sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional<sup>11</sup>.

Atualmente são 53 especialidades médicas reconhecidas, sendo 29 de acesso direto e 37 com exigência de pré-requisito nas áreas básicas de conhecimento<sup>12</sup>. Segundo a Resolução CNRM 02/2006, o pré-requisito corresponde ao cumprimento de um programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica<sup>13</sup>. Ainda segundo a Resolução CNRM 02/2006, é possível o oferecimento de ano adicional ou opcional para aprimoramento do conhecimento e das habilidades técnicas do médico residente na especialidade ou em áreas de atuação<sup>13</sup>.

O local de realização da residência médica tem sido apontado como fator de fixação dos profissionais médicos, principalmente pelo estabelecimento de laços sociais e profissionais importantes para a carreira<sup>2,14</sup>. A concentração das vagas de residência médica nas regiões Sul e Sudeste parece ter contribuído para a desigual distribuição geográfica dos médicos no Brasil<sup>14</sup>. Além das desigualdades entre as regiões do país, constata-se que há uma concentração de vagas de residência nos grandes centros urbanos e capitais, coincidindo com a maior concentração de médicos em relação aos interiores dos estados<sup>7,15,16</sup>.

A abertura de programas de residência há muito vem sendo realizada em função de necessidades que emergem das próprias especialidades nas Instituições de Saúde<sup>17,18</sup>. A expansão da Residência Médica no Brasil sempre foi, ao longo dos anos, pouco articulada às necessidades do SUS, servindo mais aos interesses internos das instituições que ofertam os programas e da corporação médica<sup>19</sup>. A formação de especialistas por meio da residência nunca foi objeto de formulação de políticas públicas específicas, que regulasse a relação entre a necessidade de profissionais de saúde e a oferta de formação, prevalecendo assim os interesses corporativos e de mercado<sup>3</sup>.

Na tentativa de estimular a formação de médicos em especialidades e nas regiões prioritárias do país, em 2009, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do MEC, lançou o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), uma ação importante na definição de especialidades e na ampliação de vagas de RM de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde<sup>18</sup>.

O Pró-Residência busca, através do financiamento de bolsas e de seleção de projetos de apoio matricial, articular as necessidades do sistema de saúde em função da organização das redes de atenção à saúde com as potencialidades das instituições formadoras<sup>3</sup>. Segundo uma publicação da Associação Brasileira de Educação Médica (2011), a formação médica nunca havia sido objeto de políticas públicas específicas, sendo o Pró-residência um marco na definição de uma política pública destinada a fomentar a formação médica especializada, a partir das necessidades de saúde no país<sup>2</sup>.

Outra iniciativa importante do Ministério da Saúde que tem por objetivo enfrentar o problema da escassez e má distribuição de médicos no SUS é o Programa Mais Médicos (PMM). O eixo Formação Profissional

do PMM propõe soluções a médio e longo prazos, atuando sobre a formação e expansão de vagas na graduação e residência médica<sup>4,15</sup>. De acordo com Silva Junior (2016), esse eixo tem importância para a estruturação da Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que o provimento emergencial tem caráter limitado<sup>15</sup>. A atuação do PMM nas residências se dá principalmente em dois aspectos: a obrigatoriedade da realização de no mínimo um ano de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para o acesso à maioria dos Programas de Residência a partir de 2018, e expansão e interiorização dos programas de residência médica<sup>15</sup>.

Um aspecto fundamental do processo regulatório da Residência Médica no país é a garantia do pagamento de bolsa de acordo com valor estabelecido por lei. De acordo com Feuerwerker (2001), o MEC e várias Secretarias Estaduais de Saúde tem sido, ao longo dos anos, os principais financiadores das bolsas para os residentes, a exemplo da Bahia, Pernambuco e Ceará no Nordeste<sup>19</sup>. É possível que após a liberação dos editais do Pró-Residência tenha ocorrido um aumento da participação do Ministério da Saúde nesse financiamento.

Petta (2013), ao analisar os resultados do primeiro edital do Pró-Residência, observou que 60% das bolsas foram destinadas às regiões prioritárias, sendo 40% da região nordeste<sup>3</sup>. Ao analisar as áreas prioritárias, a autora observou um volume significativo de vagas para programas de Medicina de Família e Comunidade (272 de 785), destacando em seguida a área de urgência (medicina intensiva, anestesiologia, neurologia, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia/medicina de urgência e cirurgia do trauma), considerada crítica em muitos estados das regiões prioritárias (169).

A expansão de bolsas de residência médica, levando em consideração as necessidades de saúde e privilegiando as regiões mais carentes, poderá contribuir para uma melhor distribuição de médicos, e por conseguinte significar uma melhor organização

regional da assistência em saúde<sup>2</sup>.

O estado de Pernambuco tem-se destacado como importante pólo de formação de profissionais para o SUS na modalidade residência dentro do eixo Norte-Nordeste. De acordo com a pesquisa *Demografia Médica no Brasil 2018*, Norte e Nordeste apresentam uma taxa de, respectivamente, 8,1 e 8,7 médicos cursando residência médica por 100 mil habitantes, um valor bastante abaixo da média nacional (16,9 por 100 mil habitantes)<sup>7</sup>. No Nordeste, Pernambuco apresenta uma razão de 15,1; e o estado da Paraíba, 11,0<sup>7</sup>.

Pernambuco está situado na Região Nordeste, limitando-se ao Norte com o estado da Paraíba e Ceará, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste com o estado do Piauí e ainda ao Sul com os estados de Alagoas e Bahia. O estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife-RMR, Agreste, Sertão, Vale do São Francisco e Araripe) e 12 Regiões de Saúde<sup>20</sup>.

Dada a importância do estado de Pernambuco como um dos principais centros de Programas de Residências em Saúde no país, o objetivo do presente artigo é descrever o perfil de ofertas de vagas de residência médica na seleção unificada em Pernambuco no período de 2012 a 2017.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e com dados secundários. A escolha pela abordagem quantitativa foi feita por se tratar de um tipo de trabalho que pode ser mensurado em números classificados e analisados através de técnicas estatísticas<sup>21</sup>.

Os dados foram fornecidos pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES PE), que dispõe de arquivos em planilhas, com o banco de dados oriundo da seleção unificada realizada pela Secretaria no período de 2012 a 2017. Para a análise

dos dados, foi empregada a estatística descritiva, com distribuição de frequência e percentuais, demonstrados por meio de tabelas, utilizando-se o Programa Excel®.

Optou-se em trabalhar com a variável “vagas ofertadas”, ou seja, as vagas que foram disponibilizadas através dos editais de seleção da RM da SES PE, e não com vagas credenciadas na Comissão Nacional de Residência Médica, permitindo assim uma maior aproximação à situação real de oferta de residência aos médicos no estado, quando de uma seleção unificada. Sabe-se que nem sempre o total de vagas aprovadas pela CNRM é efetivamente ofertado nos Processos Seletivos; por exemplo, em alguns casos, o programa credencia um quantitativo maior de vagas na CNRM e oferece, dentro do processo seletivo, um quantitativo menor, por diversos motivos que não são o objeto do presente estudo.

Ao longo dos anos, a Secretaria Estadual de Saúde tem sido a instituição responsável por conduzir a seleção unificada para a residência médica em Pernambuco – e além dos programas realizados na sua rede de saúde própria, tal seleção inclui os programas das principais instituições universitárias e de saúde públicas, privadas e filantrópicas do estado. Por exemplo, pode-se destacar a inclusão dos programas vinculados à Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, iniciada em 2015. Atualmente, apenas a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), localizada na IV Macrorregião de Saúde no sertão do estado, realiza sua própria seleção para residência médica.

Para fins desse estudo, de modo a reduzir o viés de aferição/mensuração, os programas ligados à UFPE serão utilizados para descrição geral do perfil das vagas ofertadas de forma unificada, mas serão retirados da análise da expansão de vagas por especialidade e de financiamento, já que não eram ofertados na seleção unificada em todos os anos da série analisada. Na análise sobre financiamento, fica registrado que as bolsas da UFPE são mantidas pelo

MEC\*, permitindo assim que nesse estudo exista uma comparação entre o financiamento da Secretaria Estadual de Saúde e do MS ao longo dos anos.

Nos editais da seleção unificada, os programas de residência médica resultaram em 22 grupos, de acordo com a exigência ou não de pré-requisitos. Para o objetivo deste estudo, os programas de residência médica foram agrupados em: programas de acesso direto e programas com pré-requisitos.

As limitações do estudo são inerentes ao próprio banco de dados que dependem da completude, do

tipo de estudo e da seleção unificada, assim como em não incluir a totalidade dos programas do estado.

## RESULTADOS

No período de 2012 a 2017, a oferta de vagas de residência médica na seleção unificada passou de 441 para 817, apresentando assim um aumento de 85,26% - dentre os quais, 73,60% de programas de acesso direto e 110,87% em áreas que exigem pré-requisito (Tabela 1).

**Tabela 1** – Número de vagas ofertadas de residência médica na seleção unificada do SUS em Pernambuco, 2012 a 2017.

Ano	Programas de acesso direto	Programas com pré-requisito	Nº de vagas por ano
2012	303	138	441
2013	306	141	447
2014	373	197	570
2015	455	288	743
2016	490	293	783
2017	526	291	817
Expansão da oferta unificada	73,60%	110,87%	85,26%

Fonte: Elaboração própria

Considerando-se apenas o período de 2015 a 2017, quando houve a inclusão das vagas da UFPE na seleção, pode-se inferir a existência de uma expansão nas vagas de residência na ordem de 15,60% nas especialidades de acesso direto e de 1,04% nas áreas que exigem pré-requisito, observando-se assim um incremento 9,96% em três anos (Tabela 1).

Para a análise do financiamento, foram excluídas as bolsas de residência sob responsabilidade do

MEC, e observou-se um crescimento de 653,57% no financiamento por parte do Ministério da Saúde no período de 6 anos (passando de 3,17% das bolsas em 2012 para 23,92% em 2017). Somando-se as duas fontes pagadoras (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde), Pernambuco passa de 441 vagas ofertadas em 2012 para 673 em 2017, um incremento de 52,61% (Tabela 2).

Com vistas a analisar as especialidades de acesso

\* O Ministério da Saúde, no Edital N° 10, de 27 de novembro de 2017, incluiu as instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação no financiamento de bolsas devido à ausência do MEC no bolsas a partir de 19/09/16 (Ofício-Circular n° 16/2016/CGRS/DDES/SESU/SESU-MEC).

direto que apresentaram maior expansão no período, foram excluídas, novamente, vagas ofertadas pelos serviços de saúde vinculados ao ente Federal<sup>\*\*\*</sup>. As especialidades que mais ampliaram a oferta de vagas na seleção unificada entre 2012 e 2017 foram: Psiquiatria (650,00%), Medicina Geral de Família e Comunidade (243,75%), Oftalmologia (72,73%), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (60,00%),

Clínica Médica (52,54%), Ortopedia e Traumatologia (43,33%) (Tabela 3).

Considerando esse conjunto de especialidades, observou-se neste período uma maior ampliação do investimento por parte do Ministério da Saúde, observando-se o aumento de 2 para 102 vagas financiadas (Tabela 3).

**Tabela 2** – Percentual de financiamento de bolsas de residência médica por fonte pagadora (Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Ministério da Saúde) no período de 2012 a 2017 em Pernambuco.

Ano	Vagas financiadas SES	% SES	Vagas financiadas MS	% MS	Total
2012	427	96,83	14	3,17	441
2013	436	97,54	11	2,46	447
2014	557	97,72	13	2,28	570
2015	516	83,09	105	16,91	621
2016	524	81,75	117	18,25	641
2017	512	76,08	161	23,92	673

**Tabela 3** – Número de vagas ofertadas por fonte de financiamento (Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Ministério da Saúde) nas especialidades médicas de acesso direto com maior expansão no período de 2012 a 2017 em Pernambuco.

ESPECIALIDADE ACESSO DIRETO	2012			2017			INCREMENTO
	SES	MS	TOTAL	SES	MS	TOTAL	
Psiquiatria	2	0	2	4	11	15	650,00%
Medicina de Família e Comunidade	16	0	16	10	45	55	243,75%
Oftalmologia	11	0	11	12	7	19	72,73%
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	10	0	10	16	0	16	60,00%
Clínica Médica	59	0	59	66	24	90	52,54%
Ortopedia e Traumatologia	28	2	30	28	15	43	43,33%
TOTAL	126	2	128	136	102	238	85,94%

<sup>\*\*\*</sup> Os serviços de saúde vinculados à Universidade Federal de Pernambuco só foram incluídos na seleção unificada a partir de 2015, não sendo possível, portanto, a partir do banco de dados da SES PE, analisar a expansão dessas vagas no período de 2012 a 2017.

## DISCUSSÃO

Observou-se, no estado de Pernambuco, a concentração da oferta de vagas de residência médica em um único processo seletivo, resultante da adesão de Instituições que ofertam programas de residência a um Processo Seletivo Unificado coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. O número de Instituições participantes da seleção entre públicas, filantrópicas e privadas, apresentou um aumento de 21 (2012) a 30 (2017).

Considerando cada Instituição como responsável por seus processos de seleção, a adesão a um processo unificado permite a uniformização dos critérios para a prova de seleção, e pode contribuir para uma melhoria da qualidade da seleção, bem como apresenta potencial para promover um efeito sobre os currículos dos cursos de graduação em Medicina<sup>22</sup>. Segundo Chaves et al. (2013), ao analisar editais de processos seletivos para Residência Médica em 2011, a oferta de vaga variou de 1 a 432, com uma média de 21 vagas por edital. Os autores observaram, ainda, que em 50,3% dos editais foram ofertadas até 10 vagas<sup>23</sup>. Ao analisarem a diversidade de atividades complementares exigidas nos diversos processos seletivos para a Residência Médica, os autores afirmam que uniformizar a avaliação curricular, seguindo a tendência de unificar os processos seletivos, contemplando o que preconiza as novas Diretrizes Curriculares, pode ajudar graduandos a buscar uma complementação curricular balanceada entre pesquisa, extensão e docência<sup>23</sup>.

Em Pernambuco, entre 2012 e 2017, houve um aumento na oferta de vagas de residência médica de forma unificada (em torno de 85,26%), especialmente a partir de 2015 com a adesão da Universidade Federal de Pernambuco. É possível que a unificação da oferta de residência médica no estado amplie o acesso dos egressos da graduação à especialidade pretendida, devido à possibilidade de optar por diversos serviços de saúde/instituições na mesma seleção, bem como

pode contribuir para o preenchimento de vagas em instituições localizadas no interior do estado. A unificação pode resultar, ainda, em um planejamento mais adequado para a abertura de novos programas, ao considerar as necessidades de saúde da população, o número de vagas já existentes em cada especialidade e a região onde esses programas serão ofertados.

Segundo Toffoli (2013), a descentralização dos processos seletivos limitam as opções pelas vagas oferecidas e restringe a capacidade de recrutamento pelas instituições, desfavorecendo as que estão mais afastadas dos grandes centros<sup>22</sup>.

A análise de toda a série histórica (Tabela 1) demonstra um maior incremento na oferta de vagas nas especialidades com exigência de pré-requisito (110,87%) contra os 73,60% presentes nas vagas de acesso direto. As razões para esse aumento não foram objetos desse estudo, mas é possível perceber que parte disso pode ter decorrido do perfil das vagas incluídas pela UFPE, ou ainda pela maior valorização da super-especialização médica. Além disso, uma outra justificativa pode ser observada através da oferta de poucas vagas para essas especialidades com pré-requisitos, e assim, ao ocorrer uma expansão, esta percentualmente se apresenta significante.

As vagas de residência de acesso direto apresentaram a maior expansão, quando da análise de oferta de vagas entre 2015 e 2017, período no qual existiu a incorporação do montante de vagas da UFPE, e que pode ter sofrido o impacto do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e do Programa Mais Médicos.

Petta (2013), ao analisar os primeiros editais do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Edital 07 e 08/2009), observou que 60% das vagas haviam sido destinadas às regiões consideradas prioritárias (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), sendo 40% na região Nordeste. Dentre estas, um volume

significativo direcionado à área de Medicina de Família e Comunidade, seguida da área de urgência (Medicina Intensiva, Anestesiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia/Medicina de Urgência e Cirurgia do Trauma), considerada crítica em muitos estados<sup>3</sup>.

Em Pernambuco, pode-se afirmar que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) continua como a principal financiadora de bolsas de residência médica, e que o Pró-Residência influenciou positivamente a expansão de vagas, especialmente a partir de 2015. O incremento de financiamento por parte do Ministério da Saúde, a partir do pró-Residência, evidencia também a redução do percentual de participação da SES no período (96,83% em 2012 e 76,08% em 2017).

O aumento da participação da esfera federal tem sido importante não só do ponto de vista financeiro, pois reforça o papel do Ministério da Saúde na ordenação da formação para o SUS, orientando a abertura e expansão da residência de acordo com as áreas estratégicas no âmbito nacional e apoiando localidades com menores condições de subsidiar esses programas.

Pernambuco apresenta uma taxa de 1,73 médicos por 1.000 habitantes, situando-se com uma razão acima da apresentada pela Região Nordeste (1,41); no entanto, observa-se uma expressiva desigualdade entre capital e interior, com razões de 7,15 e 0,61, respectivamente<sup>7</sup>. Na razão de médicos residentes por 100 mil habitantes, Pernambuco ocupa a 7ª posição no Brasil, e em 2017 apontava na liderança em sua região<sup>7</sup>.

Sabe-se que iniciativas isoladas não são suficientes para enfrentar o problema de má distribuição de médicos no país, mas a indução de mudanças na formação e o aumento na oferta de vagas de residência podem ser medidas importantes para melhorar a fixação de profissionais em algumas regiões. Autores destacam como essenciais os fatores impeditivos de fixação, as condições de trabalho e a possibilidade de

formação e capacitação<sup>1,16</sup>. Nunes (2011) afirma que a Residência Médica, ao contrário da graduação, é capaz de possibilitar a redistribuição de médicos no país, sem desconsiderar a existência de outros fatores e outras áreas que interferem no dito problema<sup>2</sup>. De acordo com Stralen (2017), a atração de médicos para atuarem em áreas remotas e desassistidas depende de uma combinação de incentivos financeiros e não financeiros, e um dos principais fatores de propensão refere-se à oportunidade de realizar especialização e/ou residência médica, especialmente entre os recém-formados<sup>16</sup>.

Quanto às áreas que mais apresentaram expansão em Pernambuco no período analisado, observa-se a Psiquiatria no topo da lista, seguida da Medicina de Família e Comunidade, demonstrando a necessidade dessas áreas no estado (Tabela 3). A expansão da Psiquiatria possivelmente se deu pelo baixo número de vagas ofertadas no início da série histórica, e a necessidade de fortalecimento da rede de atenção psicossocial no estado. Possivelmente essa expansão tenha sido orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva da atenção à saúde em rede, a partir da Atenção Básica. Sugerimos que isto tenha acontecido pelo fato de que a maioria dessas bolsas sejam financiadas pelo Ministério da Saúde através do Pró-Residência, que apresenta diretrizes claras para a proposição e aprovação dos projetos.

A Medicina de Família e Comunidade apresentou uma ampliação expressiva possivelmente como desdobramento dos pré-requisitos para o Programa Mais Médicos. O Programa propõe, entre outros aspectos, a universalização das vagas de residência médica, priorizando a expansão da Medicina de Família e Comunidade, que deveria ser pré-requisito para a maioria das outras especialidades. Segundo Storti (2017), até 2018 deveriam ser criadas aproximadamente 16.500 vagas de residência médica nesta especialidade para garantir o acesso universal<sup>4</sup>. Além disso, o aumento no número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade atenderia a uma

necessidade de formação para atuação na Atenção Básica, considerada a ordenadora do cuidado para todas as redes de atenção à saúde no SUS.

No Brasil, algumas especialidades são oferecidas por menos de 1/3 dos hospitais, entre estas a psiquiatria (25%)<sup>24</sup>. Segundo um estudo da Universidade Federal de Minas Gerais, das especialidades que se destacam com muita dificuldade para contratação, encontram-se Anestesiologia, Pediatria e Psiquiatria<sup>24</sup>. A especialidade foi considerada o principal fator para a dificuldade de contratação<sup>24</sup>.

Petta (2013), ao analisar a implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Edital 07/2009) observou um volume significativo de vagas financiadas pelo Ministério da Saúde em Medicina de Família e Comunidade, seguida das especialidades na área de urgência (Medicina Intensiva, Anestesiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Medicina de Urgência e Cirurgia do Trauma), e em terceiro lugar encontram-se as áreas básicas, como Clínica Médica e Cirurgia Geral<sup>3</sup>. No primeiro Edital do Pró-Residência, a Área de Intervenção em Saúde Mental/Psiquiatria ocupava a 7ª colocação em número de novas bolsas no país e mais fortemente no Tocantins, Sergipe e Maranhão<sup>3</sup>.

A Clínica Médica, apresentou, na amostra estudada em Pernambuco, uma ampliação superior a 50% nas vagas de residência (Tabela 3), consistente com o estudo da UFMG (2009)<sup>24</sup> que aponta a Clínica Médica como uma especialidade oferecida por mais de ¾ dos hospitais, independentemente da região<sup>24</sup>. Possivelmente, por ser uma área básica ofertada na maioria dos serviços hospitalares, tem maior possibilidade de ofertar vagas de residência médica. Outro fator levantado por autores para explicar a tendência do motivo para vagas de Clínica Médica manterem-se sempre altas é o grande número de subespecialidades que têm, como pré-requisito, esta especialidade básica<sup>25</sup>.

Segundo Scheffer (2018), quatro especialidades concentram quase 40% dos especialistas no Brasil. Clínica Médica é a área que apresenta o maior número de profissionais titulados (11,2% do total), seguida da Pediatria (10,3%), Cirurgia Geral (8,9%) e Ginecologia e Obstetrícia (8,0%)<sup>7</sup>. Estas quatro áreas básicas, somadas a seis especialidades, representam 63,6% de todos os títulos. As especialidades com maior número de títulos são: Anestesiologia (com 6%), Medicina do Trabalho (4,2%), Ortopedia e Traumatologia (4,1%), Cardiologia (4,1%), Oftalmologia (3,6%) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (3,2%)<sup>7</sup>.

Considerando a expressiva expansão das escolas médicas no País nos últimos anos, as áreas básicas são consideradas importantes campos de formação, especialmente para o internato médico. Dessa forma, entende-se que a expansão das residências médicas devem também dar conta dessas áreas, visto que a presença de residentes nos serviços fortalece a atuação dos profissionais médicos no ensino e na preceptoria.

## CONCLUSÕES

A seleção unificada no estado de Pernambuco, por concentrar um grande número de instituições, programas e vagas de residência, pôde fornecer uma série de dados que permitiram descrever a evolução da oferta de vagas de residência médica e observar o papel determinante dos incentivos federais, por parte do Ministério da Saúde, nesta ampliação. Entre 2012 e 2017, desconsiderando as vagas da Universidade Federal de Pernambuco, as áreas que mais apresentaram ampliação da oferta de vagas de residência médica no estado foram Psiquiatria, Medicina de Família e Comunidade, Oftalmologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Clínica Médica e Ortopedia e Traumatologia.

Diversos autores afirmam que a Residência Médica atua como um dos fatores de atração dos médicos,

constituindo-se em uma importante estratégia de fixação dos profissionais, especialmente em localidades mais afastadas da região metropolitana. Ao relacionar os achados desse estudo com a literatura disponível, sugere-se que a expansão da Residência Médica no estado se deu em áreas consideradas de pouca atração. Formar médicos nessas especialidades torna-se assim fundamental, a fim de possibilitar a contratação dos profissionais por parte dos gestores estaduais e municipais, além de estruturar as redes de atenção. É certo que a formação de especialistas não constitui fator único para atingir esse objetivo, já que condições de trabalho, salário e outros elementos também devem ser considerados, mas a atuação do Estado na regulação e ordenação da formação de recursos humanos é determinante.

É possível concluir que a Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco continua como a principal financiadora de bolsas de residência médica, e o Pró-Residência influenciou positivamente a expansão de vagas no período.

Para melhor estudar os resultados da seleção unificada e da expansão recente das residências médicas em Pernambuco, há a necessidade de aprofundar a investigação sobre a relação entre oferta e procura por cada especialidade ao longo dos anos. Além disso, são também necessárias pesquisas acerca da análise da ocupação de vagas por especialidade e região, a participação das escolas médicas na oferta de programas de residência, o acompanhamento dos egressos e sua inserção no Sistema Único de Saúde, entre outros. Há ainda a necessidade de analisar o quanto essa expansão da residência médica contribuiu para atender às necessidades de estruturação das redes de atenção à saúde no estado.

Pode-se afirmar que iniciativas recentes do Ministério da Saúde na indução de mudanças na formação médica através da residência, a exemplo do Pró-Residência, constituem-se como avanços e colocam o Estado no caminho da implantação de

processos regulatórios e da política de gestão do trabalho e educação na saúde. Destaca-se ainda que a residência médica, por consistir em importante estratégia de formação e fixação de médicos para o SUS, torna-se uma área fundamental de investimento em todas as esferas de governo, com vistas à estruturação das redes de atenção à saúde.

Ressalta-se assim a importância da manutenção e expansão dos programas de incentivo a bolsas de residência, de incentivos de custeio que apoiem a qualificação dos serviços, levando em consideração as áreas estratégicas para o SUS, e respeitando as especificidades loco-regionais.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho MS de, Sousa MF de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface (Botucatu)* [Publicação online]. 2013 Dez [acesso em 30 de março de 2018];17(47):913-926. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/12.pdf>
2. Nunes MPT, Michel JLM, Brenelli SL; Haddad AE; Mafra D, Ribeiro, et al. Distribuição de vagas de Residência Médica e de médicos nas regiões do país. *Associação Brasileira de Educação Médica. Cadernos da ABEM.* [Publicação online]. 2011; [acesso em 25/03/2018] (7): 28-34. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos-abem/>.
3. Petta HL. Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). *Rev Bras Educ Méd.* 2013; 37 (1): 72-79.
4. Storti MMT, Oliveira FP de, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* [Publicação online]. 2017 [acesso em 30 de março de 2018] ; 21( Suppl 1):1301-1314. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>.
5. 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.* [Publicação online]. 2007; [acesso em 20 de março de 2018] 31(3): 266-277. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-)
6. Machado MH, Ximenes Neto, FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc Saú Colet.* [Publicação online]. 2018; [acesso em 25 de março de 2018] 23(6):1971-1979. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.

7. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de valorização do profissional da atenção básica. Portaria Interministerial n. 2.087, 1 setembro 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União, 2011.
9. Brasil. Lei n. 12.871, 22 outubro 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.
10. Brasil. Decreto n. 80.281, 05 setembro 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1977.
11. Brasil. Lei n. 6.932, 7 julho 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1981.
12. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil. Associação Brasileira de Educação Médica. Cadernos da ABEM. [Publicação online]. 2011; [acesso em 20 de março de 2018] (7): 7-12. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos-abem/>.
13. Brasil. Resolução CNRM n. 2, 17 maio 2006. . [Publicação online]. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. [acesso em 18 de março de 2018] Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02\\_2006.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf).
14. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad Saúde Pública, . [Publicação online]. 2006 Aug [cited 2018 Mar 15]; [acesso em 15 de março de 2018] 22( 8 ): 1555-1564. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>.
15. Silva Junior AG da, Andrade HS de. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. Ciênc Saúde Colet. 2016 21 (9): 2670-2671.
16. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. Physis [Publicação online]. 2017 Jan [acesso em 30 de março de 2018]; 27( 1 ): 147-172. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000100008>.
17. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev. Bras Educ Méd. 2005; 29 (2): 136-146.
18. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) [dissertação]. Mestrado Profissional em Saúde Pública: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca –ENSP; 2011.
19. Feuerwerker LCM. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. Saúde Debate. 2001; 25(57): 39-54.
20. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019 / Secretaria Estadual de Saúde; equipe de elaboração Ana Claudia Callou... [et al.] ; apresentação José Iran Costa Júnior. – Recife: A Secretaria, . [Publicação online]. 2016. 338p.: il. [acesso em 20 de agosto de 2018]. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2016-2019.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2016-2019.pdf)
21. Ramos P, Ramos MM, Busnelo SJ. Manual de prática de metodologia da pesquisa: Artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e Tese. Blumenau: Acadêmica. 2003., 84 p.
22. Toffoli SFL, Ferreira F, Olavo F; Andrade DF. Proposta de seleção unificada aos programas de Residência Médica. Rev Assoc Med Bras. [Publicação online]. 2013; 59 (6): 583-588 [acesso em 25 março de 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.010>.
23. Chaves HL et al . Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. Rev Bras Educ Med. [Publicação online] 2013; 37(4), 557-565. . [acesso em 25 março de 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400011>.
24. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde. Belo Horizonte, 83p., [Publicação online] 2009. Patrocinado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão da Educação e Trabalho em Saúde; Organização Panamericana de Saúde. [acesso em 25 de março de 2018]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000002149>
25. Campos CEA, Izecksohn MMV. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. Rev APS 2010;13(2):148-155.

DATA DE SUBMISSÃO: 02/04/2018 | DATA DE ACEITE: 24/09/2018