

RECORTE DEMOGRÁFICO DA RESIDÊNCIA MÉDICA BRASILEIRA EM 2019

VANESSA DALVA GUIMARÃES CAMPOS¹
FERNANDO ANTÔNIO PEDROSA FIDÉLIS²
PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA³
ALDIRA SAMANTHA GARRIDO TEIXEIRA⁴
ANELICE DA SILVA BATISTA⁵

Resumo

No ano de 2019, a Residência Médica Brasileira completa 75 anos. Em 2024, serão 80 anos de formação especializada, reconhecida como “padrão-ouro” na modalidade “treinamento em serviço” que assegura aos profissionais graduados o desenvolvimento das competências necessárias para atuação no cenário assistencial, de ensino e gestão, das instituições de saúde brasileiras.

Com objetivo de identificar características demográficas importantes para os gestores das instituições de saúde – número de programas, número de residentes por estados, municípios, especialidades, áreas de atuação, vagas autorizadas, vagas ocupadas, vagas ociosas e financiamento dos programas –, foi realizado este estudo, utilizando-se dados do Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) e do Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências).

Ficam evidentes as disparidades regionais no País continental: o número de vagas de residência autorizadas é de 56.255, sendo 40.333 ocupadas; apenas 5% dos municípios brasileiros (253) ofertam programas de Residência. A taxa de ociosidade média das vagas no Brasil é de 29,3%, com os maiores índices nos estados do Amapá, de Roraima, de Alagoas e de Mato Grosso do Sul, respectivamente. Quanto ao orçamento dedicado à Residência Médica, os três maiores financiadores são o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Educação, investindo juntos, mensalmente, aproximadamente R\$ 129 milhões.

A distribuição das vagas de Residência Médica acompanha as diferenças sociodemográficas brasileiras: a região Norte apresenta o menor número de programas, as maiores taxas de ociosidade e recebe o menor financiamento para bolsas-residência. Em uma análise global, o pequeno número de municípios que possuem vagas autorizadas, a alta taxa de ociosidade dos programas, o financiamento prioritário pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Educação demonstram a necessidade de dimensionar a Força de Trabalho em Saúde, visando assegurar a formação de especialistas dos quais o Sistema Único de Saúde e o mercado de trabalho realmente necessitem.

Palavras-chave: demografia médica; residência médica; financiamento

¹ vanessaguimaraescampos@gmail.com

² fernando_fidelis@ig.com.br

³ paulohe12@gmail.com

⁴ aldirasamanta@gmail.com

⁵ anelicebatista@gmail.com

Abstract

In 2019 Brazilian Medical Residence completes 75 years. In 2024 there will be 80 years of specialized training, recognized as the “gold standard” in the “in-service training” modality that ensures graduated professionals the development of the necessary skills to act in the care, teaching and management scenario of Brazilian health institutions.

In order to identify important demographic characteristics for managers of health institutions: number of programs, number of residents by states, municipalities, specialties, practice areas, authorized programs, occupancy rates, idle vacancies and program funding, this study was conducted using data from the Computerized System of the National Medical Residency Commission (SISCNRM) and the Pro-Residency Management Information System (SIGResidências).

Regional disparities are evident in the continental country: the number of authorized places of residence is 56,255, of which 40,333 are occupied. Only 5 % of Brazilian municipalities (253) offer Residency programs. The idle vacancy rate in Brazil is 29.3 %, with the highest rates in the states of Amapá, Roraima, Alagoas and Mato Grosso do Sul, respectively. With regard to funding, the largest number of residence grants are financed by Ministry of Health, State Health Departments and Ministry of Education, investing together, monthly, approximately 129 million reais (30.787.589,5 million dollars).

The distribution of Medical Residency vacancies follows the Brazilian socio-demographic differences: the northern region has the lowest number of programs, the highest idleness rates and receives the lowest funding for residence grants. In a global analysis, the small number of municipalities with authorized programs, high idle vacancy rates and public funding demonstrate the need to scale the Health Workforce, to ensure the training of specialists that the Unified Health System and the labor market really need.

Keywords: *demography; medical residency; financing*

Introdução

No ano de 2019, a Residência Médica Brasileira completa 75 anos. Em 2024, serão 80 anos de formação especializada, reconhecida como “padrão-ouro” na modalidade “treinamento em serviço” que assegura aos profissionais graduados o desenvolvimento das competências necessárias para atuação no cenário assistencial, de ensino e gestão, das instituições de saúde brasileiras.

Observamos a necessidade de reflexão por parte dos gestores das instituições de saúde que abrigam esses programas de residência acerca do modelo educacional, dos currículos dos programas e do financiamento, considerando que é preciso estabelecer o “padrão-ouro” de formação.

A Residência é um período de grande dedicação ao desenvolvimento de competências profissionais no qual o médico destina 60 horas semanais à aprendizagem em serviço, totalizando, ao final de cada ano, 2.880 horas de formação. Essa carga horária prioriza eminentemente a prática profissional: 288 a 576 horas dedicadas às atividades teóricas, e a carga horária restante é destinada às atividades práticas.

1. Breve histórico da Residência Médica Brasileira

A residência médica brasileira teve como primeiro cenário de prática o Hospital das Clínicas da Escola Paulista de Medicina em 1944, com o programa de Ortopedia, tendo, em 1948, progredido para o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e, na década de 1960, para os demais hospitais públicos principalmente.

O modelo de ensino flexneriano foi trazido por médicos brasileiros que estagiaram no exterior, especialmente nos hospitais europeus e americanos, com inspiração no modelo precursor do Hospital John Hopkins, com os quatro grandes mestres da medicina:

ERRATA: onde se lê: Hospital das Clínicas da Escola Paulista de Medicina; leia-se: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

William Osler (Medicina Interna), William Welch (Patologia), Howard Kelly (Ginecologia-Obstetrícia) e o inovador cirurgião William Halsted. O termo residência tem relação com a necessidade, naquela época, de que os graduados residissem nos hospitais, estando à disposição da instituição em tempo integral.

Na década de 1940, apenas 10% dos graduados escolhiam cursar a residência, buscando formação de alto nível, assim, a Residência Médica era um caminho de exceção, não sendo primordial para atuação no mercado de trabalho¹.

No final dos anos 1950, houve grande estímulo à criação de vagas de curso de graduação e de Residência dentro do mercado de trabalho competitivo e com avanços tecnológicos crescentes, ocorrendo o fortalecimento, nas décadas de 1960 e 1970, da tendência à especialização dos jovens médicos nas regiões mais ricas e desenvolvidas do País².

Na década de 1970, ocorreu a expansão dos cursos superiores de forma intensa e desordenada, não poupando a medicina. Ao mesmo tempo, o grande desenvolvimento técnico-científico e a capacidade da medicina em produzir conhecimentos levaram à especialização médica, gerando novas práticas profissionais e causando fragmentação, especialização, aumento dos custos, redução da acessibilidade e pequeno impacto no modelo de atenção à saúde¹.

Com essa medida, o número de programas de residência aumentou, entretanto, percebeu-se, em alguns programas, a falta de compromisso com a qualidade do ensino, com as necessidades de saúde da população e com condições de trabalho, ensino e moradia para o médico residente².

Durante toda a década de 1970, os médicos residentes tinham preocupação com a necessidade de regulamentação, assim, iniciaram movimentos políticos pelo aprimoramento da residência médica, reafirmando seu

caráter educacional de treinamento em serviço, com a característica peculiar de ser, ao mesmo tempo, uma modalidade de trabalho e de formação¹.

Com o aprimoramento da residência médica no decorrer dos anos, essa modalidade de pós-graduação se consolidou como a melhor forma de capacitação profissional para o médico³.

O Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, formalizou a instituição do Programa de Residência Médica e criou a Comissão Nacional da Residência Médica a fim de regulamentar essa modalidade de ensino no Brasil, com a exigência de dedicação exclusiva.

A Associação Nacional dos Médicos Residentes e os Sindicatos pleitearam melhores condições para o treinamento e reajuste da bolsa de residência durante o regime militar⁴. Em 7 de julho de 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei nº 6.932, que a define como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização e caracterizada pelo treinamento em serviço, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o padrão-ouro da especialização médica⁵. Destaca-se a retirada da necessidade de dedicação exclusiva à Residência após a promulgação da referida lei.

1.1 Regulação e supervisão da pós-graduação em saúde no Brasil

Conforme Maria Aparecida Andrés Ribeiro⁶, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) centralizou a responsabilidade técnica e administrativa pelo credenciamento dos programas por todo o País, de forma que somente os cursos de pós-graduação *lato sensu* credenciados por essa comissão, e que funcionem de acordo com suas normas e resoluções, podem receber a designação “Re-

sidência”. A duração dos programas depende da Comissão Mista de Especialidades, constituída por membros da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina (CFM) e CNRM, conforme Resolução CFM nº 1.634/2002.

A CNRM estabeleceu normas técnicas para o credenciamento provisório, recredenciamento e descredenciamento dos programas, visando evitar que, conforme estudos da época, os residentes, alunos de pós-graduação tivessem como obrigação substituir os prestadores de serviço⁶.

A Comissão de Residência Médica (Coreme) de cada instituição de saúde, criada com o objetivo de coordenar, supervisionar e planejar os Programas de Residência, está subordinada tecnicamente à Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem) de cada estado, e estas comissões estão subordinadas à CNRM, embora estejam localizadas no âmbito das instituições de saúde que ofertam os Programas de Residência.

No início da história da regulamentação da Residência, as regiões menos desenvolvidas do País receberam poucos estímulos para a criação de vagas, o que resultou em disparidades demográficas no tocante ao quantitativo de profissionais médicos e especialistas no Norte e Nordeste anos mais tarde. Ao mesmo tempo, as regiões Sul e Sudeste já contavam com maior número de especialistas preceptores, maior número de leitos e de hospitais, além de tecnologias que facilitariam a expansão das vagas dos programas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, responsabilizou o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde por ordenar a formação de recursos humanos. Entretanto, conforme Maria Aparecida Andrés Ribeiro⁶, a articulação federal, via CNRM, falhou em não contemplar as diferentes regiões do País, com suas necessidades regionais, quanto à formação de médicos especialistas.

A partir de 1989, a CNRM perdeu a exclusividade na titulação de especialistas; o CFM e a Associação Médica Brasileira, sob protocolo conjunto, passaram a reconhecer como especialistas apenas os médicos que obtivessem o título mediante prova executada pelas Sociedades de Especialidades.

Treze anos mais tarde, no ano de 2002, o Ministério da Educação (MEC), o CFM e a Associação Médica Brasileira passaram a dividir atribuições no reconhecimento das especialidades: em 2002, a Resolução 1.634 do CFM criou um convênio por meio do qual a CNRM autoriza o funcionamento dos programas, a Associação Médica Brasileira fiscaliza a concessão dos títulos e o CFM registra os títulos das especialidades⁷.

Em 2009, foi lançado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009 (Pró-Residência)⁸, com objetivo de incentivar a formação de especialistas, priorizando regiões que apresentassem vazios de formação e assistencial, definidas em comum acordo com os gestores do SUS, a partir da identificação das necessidades e realidades locais e regionais. As principais características do programa são: a política de concessão de bolsas para Residentes; o apoio institucional para a abertura e ampliação de novas vagas de Residência em Regiões do País, Áreas e Redes Prioritárias para o SUS e a formação de Gestores, preceptores e tutores para Programas de Residência em Saúde.

A Residência Médica deve ser orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, atender às exigências e regulamentações da CNRM e desenvolver Projetos Políticos Pedagógicos que priorizem conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, articulando gestão, atenção, formação e participação social.

O apoio do Pró-Residência no campo da formação destaca a integração ensino-servi-

ço-comunidade, representando uma possibilidade de qualificar profissionais de saúde para uma prática integrada, humanizada e ética, voltada para ações e serviços de prevenção, promoção, reabilitação, recuperação, monitoramento, avaliação, bem como implementação, fortalecimento e articulação das áreas e Redes de Atenção à Saúde prioritárias do SUS.

Desde 2009, as instituições de saúde públicas e sem fins lucrativos concorrem aos Editais do Pró-Residência, solicitando concessão de bolsas, para vagas novas de programas prioritários, nas especialidades, áreas de atuação e regiões geográficas, definidas pelo Ministério da Saúde.

Há diferentes informações quanto ao quantitativo de profissionais em especialização na modalidade Residência no Brasil. As autoridades da área exibem discrepâncias em suas declarações numéricas. O Relatório Final da CPI sobre a proliferação de cursos médicos, da Assembleia Legislativa do estado de São Paulo⁹, informava que havia, naquela época, cerca de 26 mil vagas disponíveis, já o Ministério da Saúde, por meio do portal da SGETES, informava na mesma ocasião que, de acordo com a Secretaria-Executiva da CNRM, 360 instituições de saúde ofereciam, em 2015, mais de 2.600 programas de Residência Médica em 53 especialidades reconhecidas no Brasil, com aproximadamente 22 mil vagas distribuídas nos diversos anos de treinamento¹⁰. Tais dados encontram-se defasados, sendo necessárias novas pesquisas demográficas.

1.2 Residência Médica Brasileira: pós-graduação ou formação para o trabalho?

Um dos atributos das Universidades é a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Em paralelo, como modelo de formação, cada programa de Residência, regulamentado como pós-graduação, concretiza a integração ensino-serviço-comunidade, apro-

ximando o modelo pedagógico e o assistencial, mesmo fora da cátedra, tornando os cenários dos hospitais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde ambientes de ensino.

A Lei 6.932/1981⁵ regulamentou a Residência como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, entretanto, os problemas desta formação também consistem na ambiguidade existente entre o modelo educacional e o mundo do trabalho.

Como pós-graduação, há o fortalecimento da vertente educacional com a promoção do despertar do conhecimento em saúde, e por ser dependente do cenário de prática e do sistema de saúde, há o estreitamento da relação com os conflitos do mundo do trabalho. Essa vivência nos cenários de prática influencia fortemente no desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias à autonomia profissional.

A fim de cumprir o objetivo de que os residentes alcancem as metas de aprendizagem de cada especialidade, as instituições que ofertam os programas deverão prover condições adequadas para o desenvolvimento integrado e harmonioso de competências relacionadas com o mundo do conhecimento e com o mundo do trabalho.

Nos últimos 13 anos, a construção dos projetos pedagógicos dos programas de Residência tem sido delineada pela Resolução CNRM nº 2/2006¹¹, que estabelece temas prioritários para o conteúdo teórico de cada programa e a carga horária prática mínima em cada campo de ensino, falhando em estabelecer quais competências o residente deveria desenvolver em cada cenário.

Ao seguir essa resolução para submeter pedidos de credenciamento de programas, as instituições elaboram projetos pedagógicos fragmentados por instituir múltiplos estágios para cada especialidade, prejudicando a formação na integralidade do cuidado. Tal resolução foi precursora para orientar as atividades dos residentes na década passada, entretanto, a evolução dos estudos em educação

médica tem suscitado questionamentos acerca do fracionamento curricular.

Em parceria com as Sociedades de Especialidades Médicas, a CNRM tem discutido matrizes de competências para nortear o desenvolvimentos dos projetos pedagógicos dos programas, estabelecendo as diretrizes da formação em todo o território nacional, o que representa avanço pedagógico significativo para a educação em saúde, pois esse movimento iniciou-se no restante do mundo há mais de 20 anos; e em alguns Países já tem sido reformulado por meio de novos estudos, entre eles, os relacionados com as Atividades Profissionais Autônomas (EPAs-Entrustment Professional Activities)¹².

Em décadas passadas, as instituições pertencentes ao sistema municipal e estadual de saúde foram responsáveis por grande parte das diligências e exigências de programas, relacionadas com a assistência, com os cenários educacionais, com as bolsas de estudo e com a preceptoria.

Nos últimos anos, entretanto, as instituições universitárias passaram a ser alvos das exigências e, consequentemente, das diligências por parte da CNRM, pois o *locus* hospitalar, ambiente prioritário da alta complexidade, apesar de preliminarmente autossuficiente na assistência e de ter sido o primeiro importante cenário de ensino da Residência Médica Brasileira, tornou-se ineficaz em proporcionar o desenvolvimento de todas as competências relacionadas com a integralidade do cuidado e no manejo preventivo em saúde.

Dessa forma, a medicina aprendida nos hospitais de alta complexidade se distancia da pluralidade da prática profissional que o futuro especialista, egresso da Residência, desempenhará. Novos cenários educacionais e equipamentos de saúde serão necessários para prover o ensino da prática de saúde preventiva, mas também tecnológica, da última década.

Primordial para o ensino da atenção às urgências, emergências, trauma e para as es-

pecialidades cirúrgicas, caberá ao hospital de alta complexidade uma nova missão na educação dos futuros médicos.

1.3 A influência do modelo de atenção à saúde no projeto pedagógico da Residência Médica

O modelo clássico da transição epidemiológica caracteriza-se por evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas¹².

No Brasil, a transição epidemiológica não ocorreu no formato omraniano, pois o perfil de mortalidade tem-se caracterizado por tripla carga de doenças, envolvendo doenças infecciosas, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, doenças crônicas e crescimento de causas externas.

A assistência aos portadores de condições crônicas de saúde não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde fragmentados, voltados para as condições agudas¹³.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde¹³, desde 2003, o anacronismo entre a atenção à saúde atual realizada em um modelo hospitalocêntrico e fragmentado, voltado para o atendimento das condições agudas, e a situação de saúde brasileira do século XXI, com a tripla carga de doenças, evidencia a falha dos sistemas de saúde em todo o mundo. É importante ressaltar que os Programas de Residência Médica estão inseridos neste contexto.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2003, os Países que passavam por “transformações em saúde” estariam em uma situação de risco que inspirava duplos cuidados, uma vez que precisavam tratar, simultaneamente, de doenças infecciosas agudas e saúde materna e de condições crônicas não transmissíveis¹⁴. Esse

relatório apontava para a necessidade de preparação dos Países em desenvolvimento no sentido de organizar uma agenda dupla de atenção à saúde, de maneira inovadora.

A falta de preparação e de organização do sistema público de saúde brasileiro para atender à tripla carga de doenças afeta a formação de recursos humanos em saúde, em especial, na Residência Médica, visto que os projetos pedagógicos e os cenários de prática dos programas voltam-se para o atendimento das urgências e emergências e dos cuidados intensivos, em detrimento das atividades eletivas.

Observam-se, na execução do projeto pedagógico, a excessiva carga horária destinada ao treinamento em emergências e a redução dos atendimentos ambulatoriais e das cirurgias eletivas, necessários ao desempenho de cada especialidade.

Cenários educacionais de hospitais e outros equipamentos de saúde de menor complexidade podem ser incorporados nos projetos das residências, visando proporcionar ao jovem médico experiência condizente com a prática real do futuro especialista.

2. Materiais e Métodos

Com objetivo de conhecer características demográficas da Residência Médica no ano de 2019 que sejam importantes para os gestores no planejamento da força de trabalho em saúde, foi realizado este estudo de delineamento ecológico, de caráter exploratório, por meio de consulta ao Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRN) e ao Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências) em julho de 2019, sendo extraídos os seguintes dados: número de programas, número de residentes por estados, municípios, especialidades, áreas de atuação, vagas autorizadas, vagas ocupadas, vagas ociosas e instituições responsáveis pelo financiamento dos programas.

As limitações identificadas estão relacionadas com a inconsistência de parte de dados, já que o SisCNRN não oferece subsídios suficientes para a exatidão do diagnóstico demográfico, em função do preenchimento incompleto e inadequado por parte de algumas Coremes.

As informações foram obtidas pela Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. No âmbito federal, a Lei de Acesso à Informação foi regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012.

3 Resultados e Discussão

3.1 Distribuição numérica e percentual de municípios que ofertam Programas de Residência Médica por Estado e Região (2019)

Considerando os 5.570 municípios brasileiros, segundo informações do ano de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁵, foram extraídos dados do SisCNRN quanto à distribuição dos Programas de Residência Médica por município e região geográfica.

Atualmente, no SisCNRN, existem 907 instituições que ofertam 6.449 Programas de Residência Médica.

Na região Sul, dos 1.191 municípios cadastrados, 55 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 5% dos municípios de toda a região, demonstrando a concentração dos programas, o que, entretanto, também pode estar associada à oferta de preceptoria capacitada e a cenários de prática seguros ao desenvolvimento de atividades pelos residentes.

Na região Centro-Oeste, dos 467 municípios dos estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, apenas 12 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 2% dos municípios de toda a região, demonstrando a má distribuição dos programas. O Distri-

to Federal apresenta realidade diferente, visto que, proporcionalmente à sua população, apresenta a maior concentração residente/habitante do País.

Na região Nordeste, dos 1.794 municípios, apenas 46 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 3% dos municípios de toda a região, mantendo as disparidades encontradas nas demais regiões.

Na região Sudeste, dos 1.668 municípios, 123 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 7% dos municípios, permanecendo atrás apenas da região Sul na distribuição das vagas autorizadas de Residência.

Na região Norte, dos 450 municípios, 16 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 4% dos municípios de toda a região, demonstrando concentração das vagas autorizadas de Residência.

Tais dados revelam, ainda, concentração dos polos formadores nas capitais e regiões mais ricas e desenvolvidas do País, o que pode estar relacionado com a presença, nessas regiões, de fatores condicionantes e essenciais para a abertura de vagas: cenários seguros para o ensino, preceptoria qualificada, recursos tecnológicos para assistência e ensino, bem como orçamento para as bolsas-residência.

Figura 1: Número de municípios com Programas de Residência Médica por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019

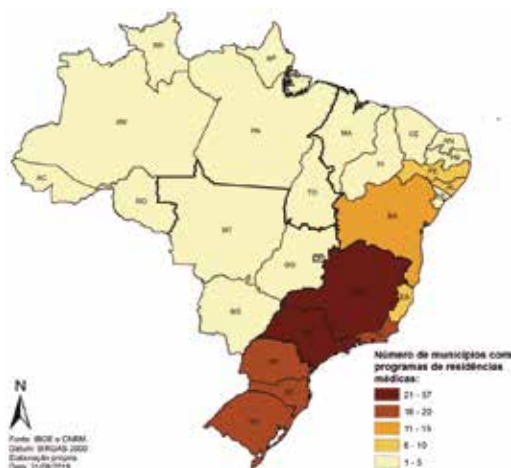
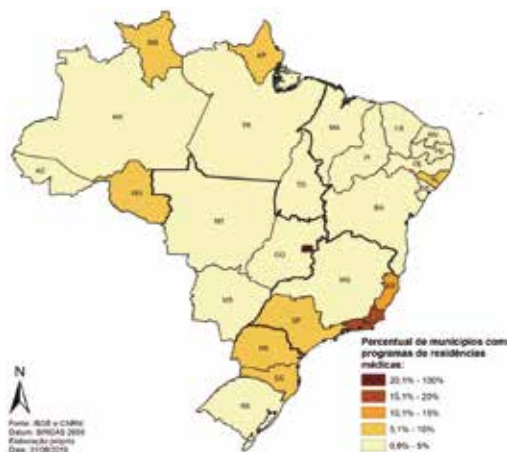


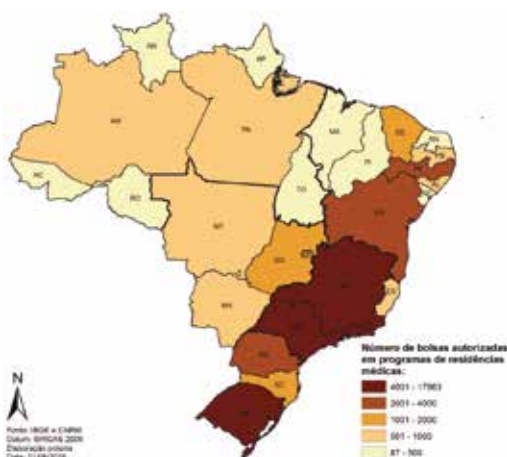
Figura 2: Percentual de municípios com Programas de Residência Médica por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



Em todo o Brasil, dos 5.570 municípios, apenas 253 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 5% do total de municípios, demonstrando que há poucos centros formadores, restringindo-se especialmente ao Sul e ao Sudeste, acentuando a presença de bolsões geográficos do País com carência na formação de especialistas em Medicina.

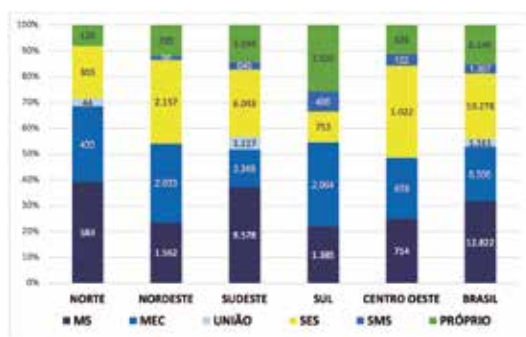
Observa-se ainda que a maior relação numérica de médicos residentes para cada 100 mil habitantes encontra-se no Distrito Federal (43,7), seguida por São Paulo (29,5), Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (29,5), sendo encontradas as menores taxas no Maranhão (3,9), no Amapá (4,8) e em Mato Grosso (8,6).

Figura 3: Número de bolsas-residência por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



3.2 Estimativa de financiamento das Bolsas-Residência no Brasil (2019)

Gráfico 1: Número de bolsas do Programas de Residência por fonte de financiamento e por região geográfica, no Brasil, no ano de 2019



Fonte: SISCNRM.

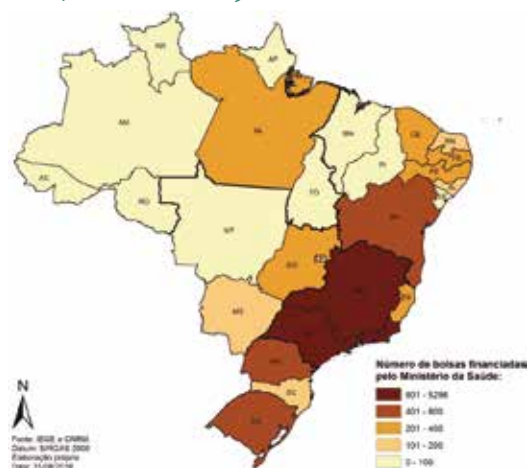
Conforme o gráfico acima, o principal financiador das bolsas-residência no Brasil é o Ministério da Saúde, sendo responsável por 12.822 bolsas-residência. Considerando o valor unitário da bolsa-residência, que é de R\$ 3.330,43, e dos encargos relativos ao Instituto Nacional de Previdência Social (20% sobre o valor da bolsa-residência), de R\$ 666,09, o custo mensal do treinamento de um residente é de R\$ 3.996,52. A provisão do Ministério da Saúde nesse modelo de formação pode atingir mensalmente até R\$ 51.243.379,44 e anualmente R\$ 614.920.553,28.

É importante observar que o incentivo à preceptoria por meio de bolsas não está sendo contabilizado no custo anual total do programa, pois há divergência entre estados e municípios quanto ao pagamento por meio de bolsas, gratificações ou horas de dedicação à supervisão permanente dos residentes. Na maioria dos programas, entretanto, tal atividade não é reconhecida pelas instituições.

De acordo com os dados extraídos do SisCNRM, depois do Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde são as principais financiadoras de bolsas-residência no Brasil, sendo responsáveis por 10.278 bolsas-residência. A estimativa de investimento

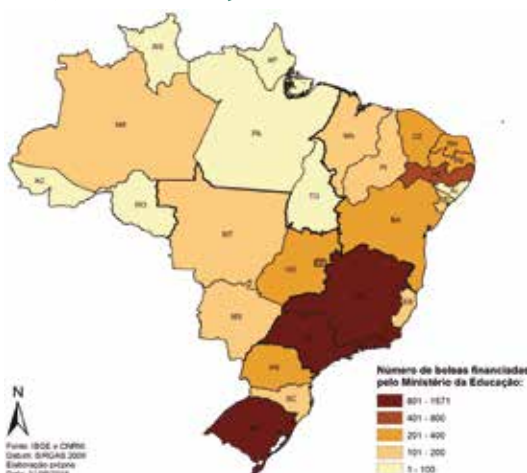
mensal pelas Secretarias Estaduais nesse modelo de formação é de R\$ 41.076.232,56; sendo provisionados anualmente cerca de R\$ 492.914.790,72 pelos estados brasileiros.

Figura 5: Estimativa de número de bolsas de Residência Médica financiadas pelo Ministério da Saúde, por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



Em terceiro lugar, depois do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado de Saúde, o MEC responde pelo financiamento mensal de 8.556 bolsas-residência, sendo investidos R\$ 34.194.225,12 ; com um custo anual de R\$ 410.330.701,44.

Figura 6: Número de bolsas financiadas pelo MEC, no ano de 2019



Na região Sul, a maioria das bolsas de residência é financiada com recursos do gover-

no federal. Do total de 6.310 bolsas-residência, 55% provêm de orçamento federal (MEC e Ministério da Saúde), havendo investimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde correspondente a 20% do total.

Na região Centro-Oeste, 36% das bolsas de residência são financiadas com recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, 24% são provenientes do Ministério da Saúde; e apenas 23%, do MEC. Percebe-se pequeno investimento dos municípios da região Centro-Oeste nessa modalidade de ensino (4%).

Na região Nordeste, onde há distribuição predominante do financiamento entre MEC (30%), Secretarias Estaduais de Saúde (32%) e Ministério da Saúde (23%), observa-se pequeno investimento dos municípios nessa modalidade de ensino (2%), segundo dados extraídos do SisCNRM.

Na região Sudeste, o Ministério da Saúde é o principal fomentador de bolsas-residência (37%), juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde (26%). O MEC é responsável pelo financiamento de 14,5% das bolsas-residência. Destacam-se também os financiamentos próprios, correspondendo a 14,3% das vagas.

Na região Norte, o Ministério da Saúde é o principal financiador de bolsas-residência (39%), juntamente com o MEC (29%) e as Secretarias Estaduais de Saúde (20%). Há ainda o registro de 3% de bolsas pagas pela União. Apenas 8% das bolsas têm financiamento próprio de instituições privadas ou sem fins lucrativos.

Entre os três principais financiadores das bolsas-residência no Brasil estão o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e o MEC, nesta ordem. Observa-se que o MEC destina a maior parte das bolsas para a região Sul; o Ministério da Saúde, para a região Sudeste, e as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela maior parte do financiamento das bolsas, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste.

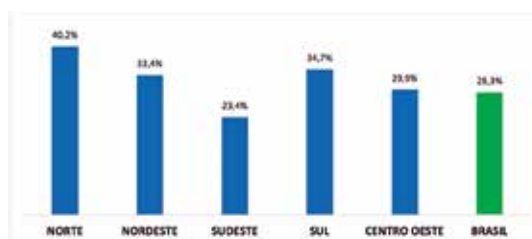
As Secretarias Municipais de Saúde arcam com 3% das bolsas de Residência Médica no Brasil, assim distribuídas: 98 bolsas na região Nordeste, 649, na região Sudeste; 498 na região Sul e 122 na região Centro-Oeste. Segundo o SisCNRM, não há financiamento de programas de Residência Médica por nenhum município da região Norte.

Segundo o SisCNRM, cerca de 6.149 instituições assinalam que as bolsas de seus respectivos programas possuem “financiamento próprio”, devendo-se destacar aqui a iniciativa privada e fundacional, distribuídas da seguinte maneira: 120 bolsas na região Norte; 799 na região Nordeste; 3.294 na região Sudeste; 1.610 na região Sul e 326 na região Centro-Oeste. Assim como as Secretarias Municipais de Saúde, as principais regiões que contam com “financiamento próprio” são as regiões Sul e Sudeste. Portanto, 15% das bolsas-residência no Brasil possuem financiamento próprio, podendo corresponder especialmente à iniciativa privada e fundacional.

Os municípios e a União financiam de 3% a 6% das bolsas, consistindo investimento ainda pouco significativo, demonstrando necessidade de uma política de formação de especialistas pelas Secretarias Municipais de Saúde, visto que os municípios têm desenvolvido seu potencial de formação paulatinamente nos últimos anos e solicitado maior número de pedidos de credenciamentos provisórios de programas.

3.3 Taxa de Ociosidade

Gráfico 2: Estimativa de percentual de bolsas-residência ociosas, por regiões geográficas, no Brasil, no ano de 2019



A taxa de ociosidade das vagas da Residência Médica Brasileira está em torno de 29%; das 56.255 vagas autorizadas, 40.333 vagas estão ocupadas, e 15.922 estão desocupadas, sendo que o Distrito Federal, a Paraíba e Pernambuco contam com as menores taxas de vagas ociosas; e os Estados do Amapá, de Roraima, de Alagoas e de Mato Grosso do Sul, com os maiores índices.

É importante ressaltar que a taxa de vacância das vagas, estabelecida em 29,3% pode estar superestimada em função da falha no registro de conclusão dos residentes no SisCNRM, pelas Coremes, o que ocasiona a contabilização do residente como se ainda estivesse vinculado ao Programa de Residência Médica, mesmo já tendo concluído o programa e saído do cenário assistencial.

Figura 7: Estimativa de percentual de bolsas ociosas por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



Entre todas as regiões, a menor taxa de ociosidade está na região Centro-Oeste, chegando a 30%. O Distrito Federal tem 23% de ociosidade; e Goiás, 22%. Mato Grosso tem 42%, e Mato Grosso do Sul apresenta taxa de 48%, uma das maiores do Brasil.

A região Nordeste tem 31% de ociosidade, destacando-se pelas mais baixas taxas de ociosidade os Estados da Paraíba com 18% e Pernambuco com 19%. Os maiores índices de

vagas ociosas chegam a 38% no Piauí e a 51% no estado de Alagoas.

Na região Sudeste, o Espírito Santo apresenta a maior taxa de ociosidade (38%) seguida por Minas Gerais (32%), Rio de Janeiro (31%) e São Paulo (30%).

A região Norte tem a maior taxa de ociosidade do Brasil, segundo o SisCNRM, destacando-se o Amapá (53%), Roraima (51%), Rondônia (45%), o Tocantins (39%), o Amazonas (38%) e o Pará (28%).

No SisCNRM, das 55 especialidades cadastradas e reconhecidas pelo CFM, as dez que possuem maior índice de vagas desocupadas são: Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Cirurgia Cardiovascular, Medicina do Tráfego, Acupuntura, Medicina de Emergência, Medicina Nuclear e Nutrologia. As dez especialidades que apresentam a menor taxa de ociosidade no referido sistema são: Medicina Esportiva, Pediatria, Medicina Legal e Perícia Médica, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Coloproctologia e Cirurgia Plástica.

Entre as 59 áreas de atuação, as dez áreas que possuem maior taxa de ociosidade são Atendimento ao Queimado, Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica, Sexologia, Toxicologia Médica, Infectologia Hospitalar, Cirurgia Videolaparoscópica, Reprodução Assistida, Emergência Pediátrica, Endoscopia Respiratória e Ergometria.

Entre as áreas de atuação, as dez que têm o menor índice de vagas desocupadas são: Ecocardiografia, Neurofisiologia Clínica, Endocrinologia Pediátrica, Medicina Fetal, Endoscopia Ginecológica, Neurologia Pediátrica, Psicoterapia, Hansenologia, Cirurgia Bariátrica e Nutrição Parenteral e Enteral.

Conclusão

A distribuição das vagas de Residência Médica acompanha as diferenças sociodemo-

gráficas brasileiras: a região Norte apresenta o menor número de programas, as maiores taxas de ociosidade e recebe o menor financiamento para bolsas-residência. Em uma análise global, o pequeno número de municípios que possuem vagas autorizadas, a alta taxa de ociosidade dos programas, o financiamento prioritário pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e MEC demonstram a necessidade de dimensionar a Força de Trabalho em Saúde, visando assegurar a formação de especialistas dos quais o SUS e o mercado de trabalho realmente necessitem.

Considerações Finais

O dimensionamento eficaz da Força de Trabalho em Saúde para subsidiar decisões gerenciais das instituições¹⁷, o desenvolvimento da Residência em Rede e das parcerias interinstitucionais para oferta e fiscalização de Programas, a valorização da formação do residente por meio do Mestrado Profissional Associado à Residência, a organização de um processo seletivo integrado para todas as regiões do Brasil, a qualificação dos cenários de prática assistenciais, o reconhecimento da atividade de preceptoria, a descentralização da regulação e supervisão das vagas para as Comissões Estaduais de Residência Médica e o estabelecimento de sistemas de informações gerenciais eficientes podem contribuir para mitigar as disparidades socio-regionais e a ociosidade das vagas da Residência Médica no Brasil.

Os gestores devem analisar seus respectivos planejamentos estratégicos institucionais para formar médicos especialistas, ajustados às projeções futuras das necessidades de Recursos Humanos em Saúde, visando garantir a integralidade do cuidado, em seus municípios e estado.

Referências

1. Botti, S. H. de O. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino". 2009. 104 p. Tese

(Doutorado) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 104 f. Acesso em: 10/06/2019.

2. Feuerwerker LCM. Situação atual da residência médica no Brasil: subsídios para uma política de especialização. In: Estudos e reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde. São Paulo: Fundap; 2010. p. 317-356.

3. Sampaio, M. C.; Sousa, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? 2013. 913 – 926 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012. Acesso em: 11/07/2019.

4. Sindicato dos Médicos. 1981: Uma greve viva na memória. Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em: <http://www.sinmedjr.org.br/2012/historico/75anos/painel5.jpg>. Acesso em: 10/04/2016.

5. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 jul. 1981.

6. Ribeiro, M. A. A. Apontamentos sobre a residência médica no SBrasil. Brasília-DF, 2011. Coleção: Estudo das consultorias. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/6065>. Acesso em: 15/06/2019.

7. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1634 de 11 de abril publicada em 29 de abril. Brasília-DF: (s.n.), 2002. seção I – 81 p. Diário Oficial da União de 29 de abril de 2002, seção I, pag 81.

8. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 out. 2009.

9. São Paulo (Estado). Poder Legislativo. Relatório final dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada pelo Ato nº 38 de 2009, com a finalidade de investigar a possível proliferação dos Cursos de Medicina, assim como os efeitos deste fenômeno sobre a qualidade dos serviços prestados, conforme Requerimento nº 796, de 2007. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial. 2010; 120(49).

10. Brasil. Resolução nº 2.116, de 4 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM No 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 3 ago. 2016.

11. Brasil. Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residência Médica, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília-DF, maio 2006. DOU nº 95, de 19/05/2006, seção 1, pág. 23-26. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 15/04/2019.

12. Cate, OT. Entrustability of professional activities and competency-based training. Medical Education, Blackwell Publishing, n. 39, p. 1176 – 1177, 2005.

13. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Q [internet]. 2005 Dec [acesso 2017 fev 16];83(4):731-757. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>.

14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2010 [acesso 2017 jun 20];15(5):2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.

15. OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório mundial [internet]. Brasília; 2003 [acesso 2016 jun 26]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccportuguese.pdf>.

16. IBGE. Censo Demográfico 2010. Estimativas do total da população dos Municípios e das Unidades da Federação brasileiras. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

17. Machado CR. Dal Poz MR. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p 238-254.