



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4(20):52-62**

**Artigos de
Temas Livres**

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v4i20.861](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i20.861)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 06/05/2023

Aceito: 29/08/2023

Residência em Clínica Médica no Brasil: um estudo demográfico contemporâneo

Internal Medicine Residence in Brazil: a contemporary demographic study

Sandra de Barros Cobra¹ , Juliana Azara Reis² , Alexandre de Almeida Lima³ , Pedro Alexandre Barreto Coelho⁴ , Paulo Henrique Gomes da Silva⁵ , Sidclei Queiroga de Araújo⁵ , Vanessa Dalva Guimarães Campos⁴ 

¹ Hospital de Base do Distrito Federal

² Hospital Regional de Sobradinho

³ Hospital da Região Leste

⁴ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

⁵ Ministério da Saúde

Correspondência: vanessacampos@escs.edu.br

RESUMO

A presente pesquisa científica teve como objetivo conhecer as características demográficas das residências em Clínica Médica no Brasil, no ano de 2022. Foi realizado um estudo analítico de delineamento ecológico com quinhentos programas de residência em Clínica Médica, cadastrados no Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) do Ministério da Educação (MEC). Os resultados mostraram que as instituições que ofertam tais programas são, em sua maioria, vinculadas à administração pública. Observou-se uma maior média de médicos residentes em Clínica Médica no Brasil, na região sudeste (16,8) e a menor na região norte (11,2), além de um predomínio nas capitais de todos os estados (média de $16,57 \pm 12,76$). A taxa média brasileira de ocupação para esta especialidade está em torno de 84%, com ociosidade das vagas em torno de 15,88%, considerada pequena quando comparada à média das outras especialidades (29,3%). Os dados permitiram chegar à conclusão de que há predominância na oferta de vagas nas regiões de cidades de médio e grande porte, sendo necessário conhecer as causas da ociosidade e estruturar os centros de ensino para formar especialistas em Clínica Médica que atendam às necessidades sociais da população inserida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-Chave: Clínica Médica; Residência médica; Análise demográfica; Distribuição de médicos.

ABSTRACT

The present scientific research aims to know the demographic characteristics of residencies in Internal Medicine in Brazil, in the year 2022. An analytical study of ecological design was carried out with five hundred residency programs in Internal Medicine registered in the Computerized System of the National Commission for Medical Residency (SisCNRM) of the Ministry of Education (MEC). The results showed that the institutions that offer such programs are mostly linked to public

administration. There was a higher average of physicians residing in Internal Medicine in Brazil, in the Southeast region (16.8) and the lowest in the North region (11.2), in addition to a predominance in the capitals of all states (average of 16.57 ± 12.76). The average Brazilian occupancy rate for this specialty is around 84%, with idle vacancies around 15.88%, with variations between municipalities. The data allowed reaching the conclusion that there is a predominance of vacancies in the more developed regions of the country, being necessary to know the causes of idleness and to structure the teaching centers to train specialists in Clinical Medicine that meet the social needs of the population, inserted in the Health Unic System (SUS).

Keywords: Clinical Medicine; Medical residency; Demographic analyses; Physicians distribution.

INTRODUÇÃO

A Clínica Médica (CM) nasceu há 2.500 anos na Ilha de Kós, na Grécia. Hipócrates (460-355 a.C.) introduziu a pesquisa da história clínica (anamnese) para ser o marco inicial da avaliação médica. Coube a ele, o início da compreensão dos passos que levam o médico à investigação da história da doença e a realização do exame físico em seus mínimos detalhes, para que todos os dados em conjunto promovessem a construção do diagnóstico e a estimativa do prognóstico¹.

Vários filósofos, historiadores e médicos seguiram impulsionando e enriquecendo o desenvolvimento da CM ao longo dos séculos. O século XIX foi considerado o período áureo da CM, com inúmeras descobertas e com a instrumentalização do médico. Grandes expoentes como Laennec, Virchow, Pasteur, Koch, e William Osler, trouxeram um novo direcionamento ao ensino médico².

No Brasil, médicos com inestimada bagagem cultural como o Dr. Francisco de Castro que é autor do primeiro livro de semiologia publicado em 1889³, dentre outros notáveis, como Torres Homem, Miguel Couto, Almeida Prado e mais, contribuíram para o avanço nas bases fundamentais para o ensino da CM³. Atualmente, Antônio Carlos Lopes, autor do Tratado de Clínica Médica e diversos outros livros, e presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, constitui referência nacional da especialidade.

Conhecida também como Medicina Interna, a CM é a especialidade que trata os adultos, de forma ampla, combinando os mais variados sistemas nos diferentes ambientes como hospitais, ambulatorios, prontos-socorros e na comunidade, com o objetivo de alcançar o diagnóstico e o tratamento⁴. O clínico lida com conceitos amplos e sempre procura por fundamentação que prove dos variados sistemas, sem se limitar a um único órgão⁵.

A formação do médico especialista em CM é obtida mediante o cumprimento e aprovação em programas de Residência Médica credenciados pelo Ministério da Educação (MEC) ou do disposto pela Associação Médica Brasileira (AMB)⁶. A formação deste especialista está ligada à necessidade de profissionais que possam atuar na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma variedade de doenças e condições clínicas, para assegurar o acesso à saúde da população brasileira⁶.

Os modelos de residência médica nas diversas especialidades seguem a regulamentação dada pela Lei nº 6.932/1981⁷. O projeto pedagógico do programa de residência em Clínica Médica segue a parametrização delineada pela Matriz de Competências elaborada pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação e pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, por meio da Resolução CNRM nº 14/2021⁸, bem como da Resolução CNRM nº 2/2006⁹, que dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências⁹.

A matriz de competências, elaborada em 2021, discorre sobre os principais conhecimentos, habilidades e atitudes que o médico residente deve desenvolver para se tornar especialista em CM. A Resolução CNRM nº 2/2006⁹ apresenta quais são os rodízios obrigatórios para que este profissional seja considerado especialista, ao cumprir 5760 horas de treinamento em serviço, nos respectivos cenários de prática. No primeiro ano, o residente deve cumprir 20% da carga horária na Enfermaria de Clínica Médica Geral, 20% na Enfermaria de Especialidades, 20% na Unidade Básica de Saúde, 15% em Urgências e Emergências e 15% na Unidade de Terapia Intensiva⁹. No segundo ano, 30% da carga horária deverão ser cumpridas na Enfermaria de Clínica Médica Geral, 30% no Ambulatório de Clínica Geral e Unidade Básica de Saúde, 10% em Ambulatório de Clínica Especializada, 15% em Urgências e Emergências

e 5% na Unidade de Terapia Intensiva e especialidades que abrangem a Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia⁹. De acordo com esta resolução, é possível realizar estágios opcionais em Dermatologia, Radiologia, Endocrinologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Infectologia, Neurologia, Reumatologia ou outros, a critério da instituição⁹.

O arquétipo do médico especialista em CM, embora desvalorizado ao longo dos anos, devido à redução progressiva da importância da anamnese e do exame físico, em detrimento de esquemas propedêuticos excessivamente dependentes de exames complementares e de alta complexidade, permanece como o eixo norteador da formação médica, tendo em vista a transversalidade de seu alcance nas diversas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, na Rede de Urgência e Emergências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas¹⁰.

Embora relevante para a formação de todos os médicos, o papel da CM tem sido discutido, pois é uma especialidade que permite o acesso a outras especialidades e áreas de atuação, o que é um caminho para futuras escolhas profissionais¹¹.

A pandemia da covid-19 reforçou a importância destes profissionais para o atendimento aos pacientes em situações de urgências e emergências, unidades de terapia intensiva, unidades básicas de saúde e ambulatórios gerais, tanto na fase de diagnóstico, como no acompanhamento das complicações da doença¹².

Considerando a importância do profissional médico clínico e da especialidade CM, o objetivo principal deste estudo é conhecer as características demográficas das Residências em Clínica Médica do Brasil, no ano de 2022.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo analítico de delineamento ecológico, que teve como grupo populacional, os programas de Residência Médica em CM cadastrados no Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) do MEC, no ano de 2022.

Foram utilizados dados contidos no SisCNRM/MEC, obtidos por meio da Lei de Acesso à informação, regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012, que dispõe sobre o direito constitucional de acesso dos cidadãos, às informações públicas¹³.

O estudo foi registrado junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o CAAE nº

66433222.3.0000.5553 e aprovado por meio do Parecer Consubstanciado nº 5.919.692.

A amostra foi constituída pelos programas de Residência Médica em CM, cadastrados no SisCNRM/MEC em 2022, considerando-se as seguintes variáveis: número de programas de residência em CM por município e por estado, número de residentes, número de vagas, taxas de ociosidade, instituição executora do programa.

Os dados foram extraídos do SisCNRM/MEC em formato de planilha em Microsoft Excel e analisados pelo programa estatístico Stata[®] (versão 17, número de série: 3017006385466).

A análise descritiva dos dados foi por estimativa das medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo). Adicionalmente calculou-se o percentual, considerando-se os valores absolutos por estrato avaliado, dividido pelo total multiplicado por 100.

Para o cálculo da razão de médicos residentes em CM para cada 100 mil habitantes foi utilizado o número de médicos/população residente da região e multiplicado para cada 100 mil habitantes.

RESULTADOS

Dentre os 500 programas de Residência Médica em CM, distribuídos ao longo dos 5.570 municípios do Brasil, de acordo com informações procedentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴, observou-se que a média geral de residentes foi de $14,65 \pm 14,65$. Nas capitais, a média global de distribuição dos residentes em CM foi de $16,57 \pm 12,76$ e no interior do Brasil, a distribuição geral foi de $13,21 \pm 14,82$. Os dados estão detalhados na Tabela 1.

A média global de médicos residentes em CM no Brasil, como pode ser visto no Gráfico 1, foi maior na região sudeste (16,8), enquanto a média foi menor na região Norte (11,2).

Ao se considerar a distribuição geográfica dos programas de residência em CM, observou-se que a maioria está concentrada nas capitais, sendo que Porto Alegre tem a maior média de residentes em CM (20,8), seguida por São Paulo (18,3) e por Brasília (15,4).

Conforme Gráfico 2, em todas as regiões, há maior concentração de vagas de residência de CM nas capitais, entretanto, a maior diferença comparativa entre o número de vagas, considerando-se capital *versus* interior, pode ser observada nas regiões Centro-Oeste (7,1 no interior vs 15,4 na capital); Norte (8,8 vs 12,3);

Nordeste (7,9 vs 15,0) e Sul (11,7 vs 20,8).

Apenas a região Sudeste apresenta menor variação de distribuição dos programas entre o interior e as capitais (15,8 vs 18,3).

De acordo com o Gráfico 3, a maioria das instituições que ofertam programas de residência em CM no

Brasil, é administrada pelo sistema público nas esferas federal, estadual e municipal. Na região Norte, 61,5% dos hospitais com residência em CM, são públicos, seguidos pelo Centro-Oeste com 59,52%. No entanto, nos estados do Sudeste e do Sul, as Comissões de Residência Médica (COREMEs) registraram no

Tabela 1 – Medidas de tendência central por região do Brasil.

| | Brasil | Centro-Oeste | Nordeste | Norte | Sudeste | Sul |
|-------------------|--------|--------------|----------|-------|---------|-------|
| Residentes | | | | | | |
| Média | 14,65 | 13,24 | 12,04 | 11,23 | 16,83 | 13,80 |
| Desvio-padrão | 14,65 | 9,30 | 9,29 | 5,43 | 18,57 | 11,37 |
| Mediana | 10 | 12 | 10 | 11 | 12 | 10 |
| Mínimo-Máximo | 2-120 | 2-40 | 2-60 | 4-24 | 2-120 | 2-60 |
| Capital | | | | | | |
| Média | 16,57 | 15,42 | 15,12 | 12,33 | 18,31 | 20,78 |
| Desvio-padrão | 12,76 | 9,15 | 10,71 | 5,87 | 15,72 | 16,10 |
| Mediana | 12 | 16 | 12 | 12 | 16 | 16 |
| Mínimo-Máximo | 2-104 | 4-40 | 2-60 | 4-24 | 4-104 | 6-60 |
| Interior | | | | | | |
| Média | 13,21 | 7,09 | 7,91 | 8,75 | 15,85 | 11,70 |
| Desvio-padrão | 14,82 | 6,83 | 4,40 | 3,40 | 18,43 | 8,60 |
| Mediana | 8 | 4 | 8 | 9 | 10 | 8 |
| Mínimo-Máximo | 2-120 | 2-26 | 2-20 | 4-12 | 2-120 | 2-44 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

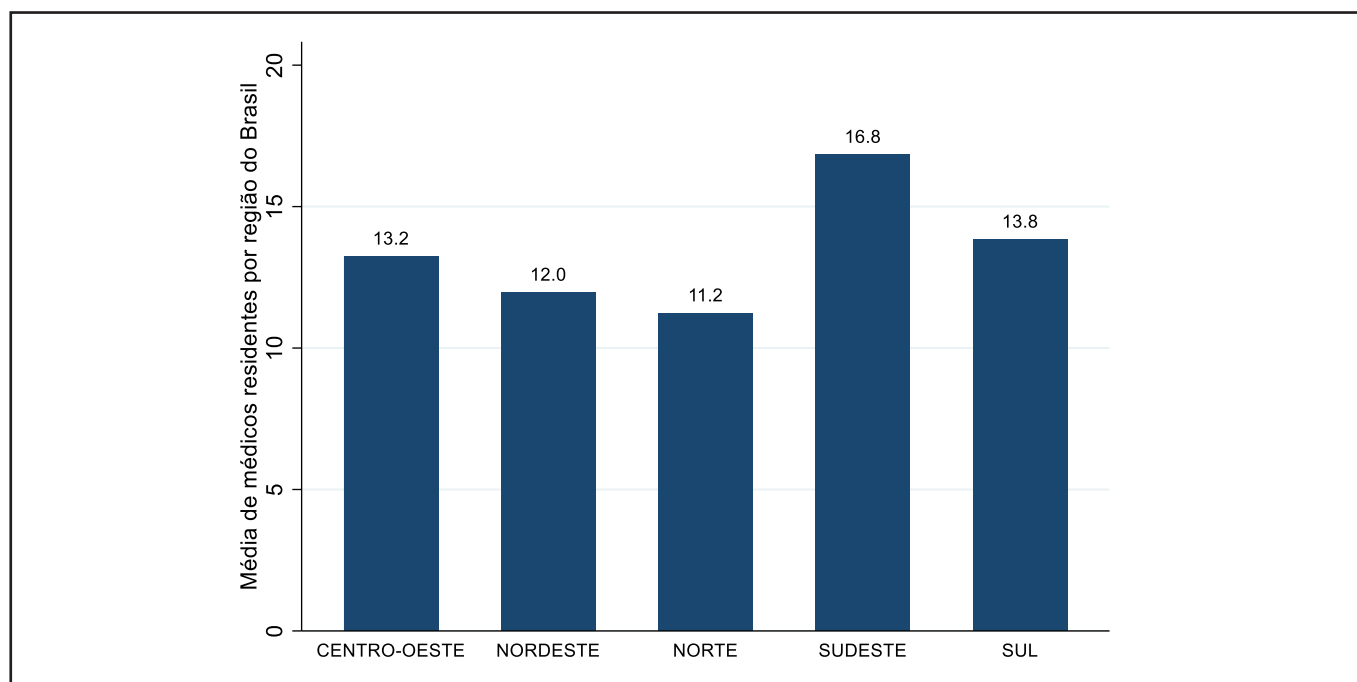


Gráfico 1 – Média de médicos residentes em Clínica Médica por região do Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados do SisCNRM/MEC.

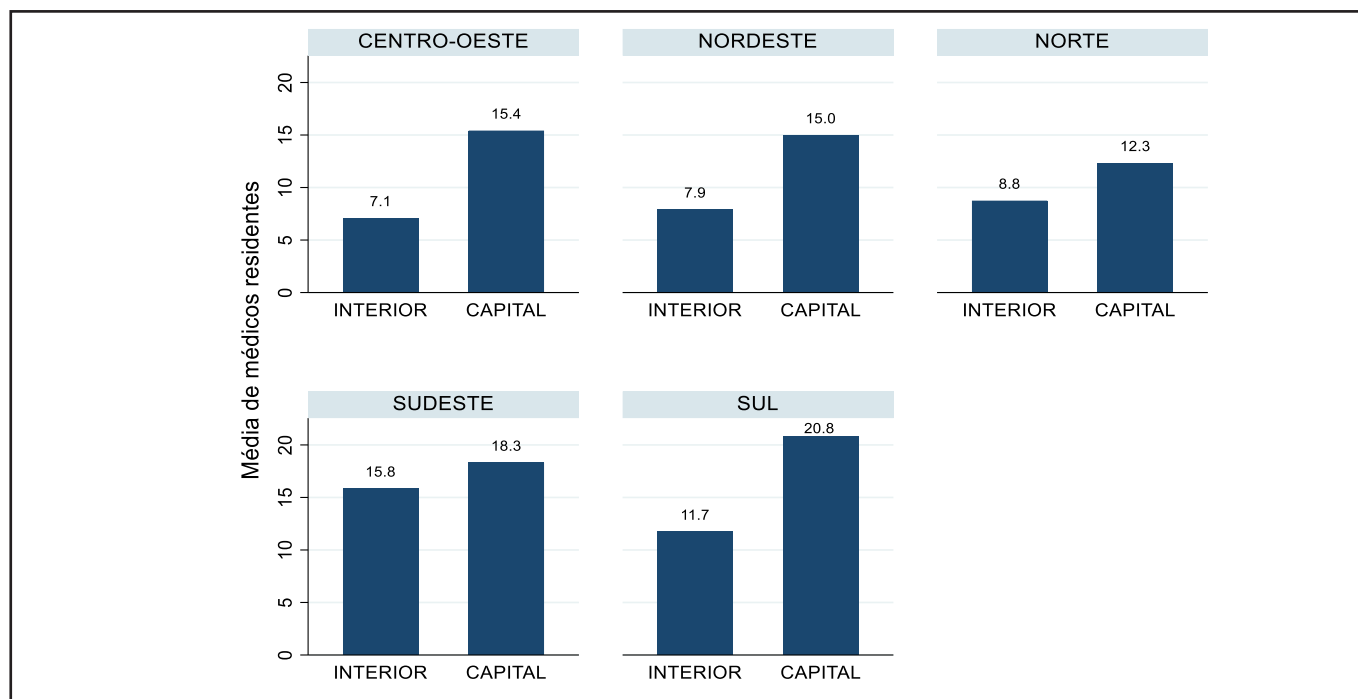


Gráfico 2 – Média de médicos residentes em CM conforme a localidade do programa de residência.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados do SisCNRN/MEC.

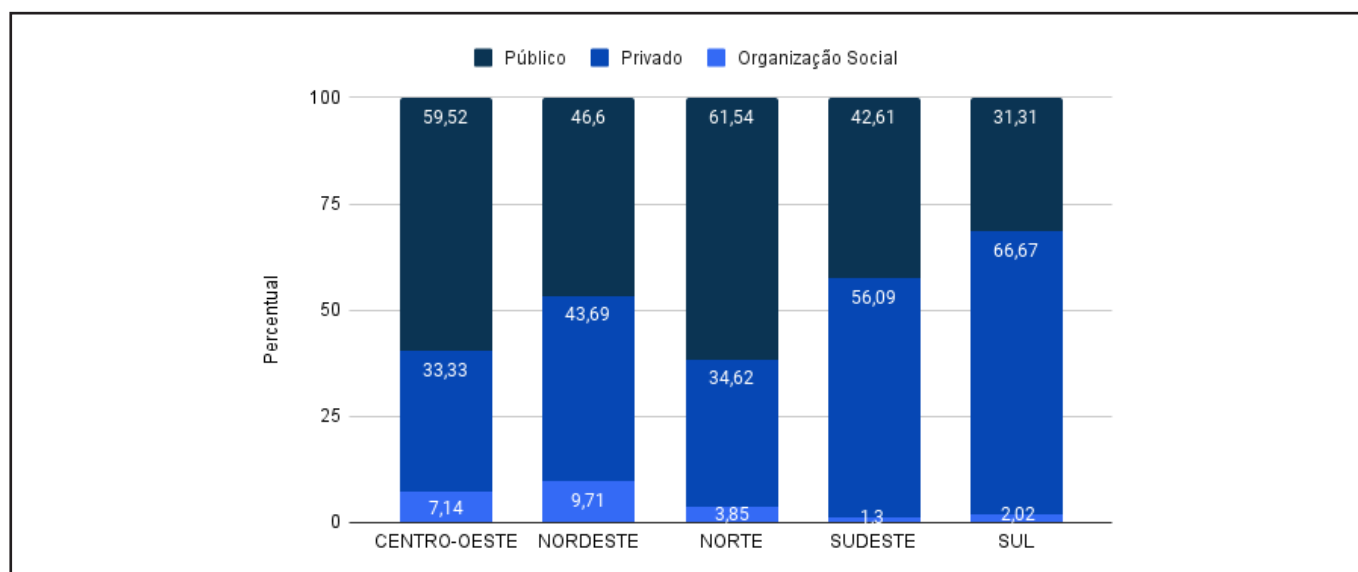


Gráfico 3 – Fontes administrativas das Instituições que ofertam os programas de residência em Clínica Médica, por região demográfica no Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores.

SisCNRN/MEC que a maioria das instituições que ofertam programas de residência em CM é administrativamente coordenada pelo setor privado, 56,09% e 66,7%, respectivamente, em consulta ao Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da instituição informado no ato de autorização do Programa.

Conforme o Gráfico 4, o principal financiador das bolsas-residência no Brasil é o Ministério da Saúde, sendo responsável por 1470 bolsas-residência para

residentes de primeiro ano e 1470 de segundo ano, totalizando 2940 bolsas. Considerando o valor unitário da bolsa-residência, que é de R\$ 4.106,09 e dos encargos relativos ao Instituto Nacional de Previdência Social de R\$ 732,60, o investimento mensal no treinamento de um residente é de R\$ 4.838,69. A provisão do Ministério da Saúde, considerando residentes de primeiro e segundo ano, pode atingir mensalmente R\$ 32.545.028,90 e anualmente, R\$ 390.540.347,28.

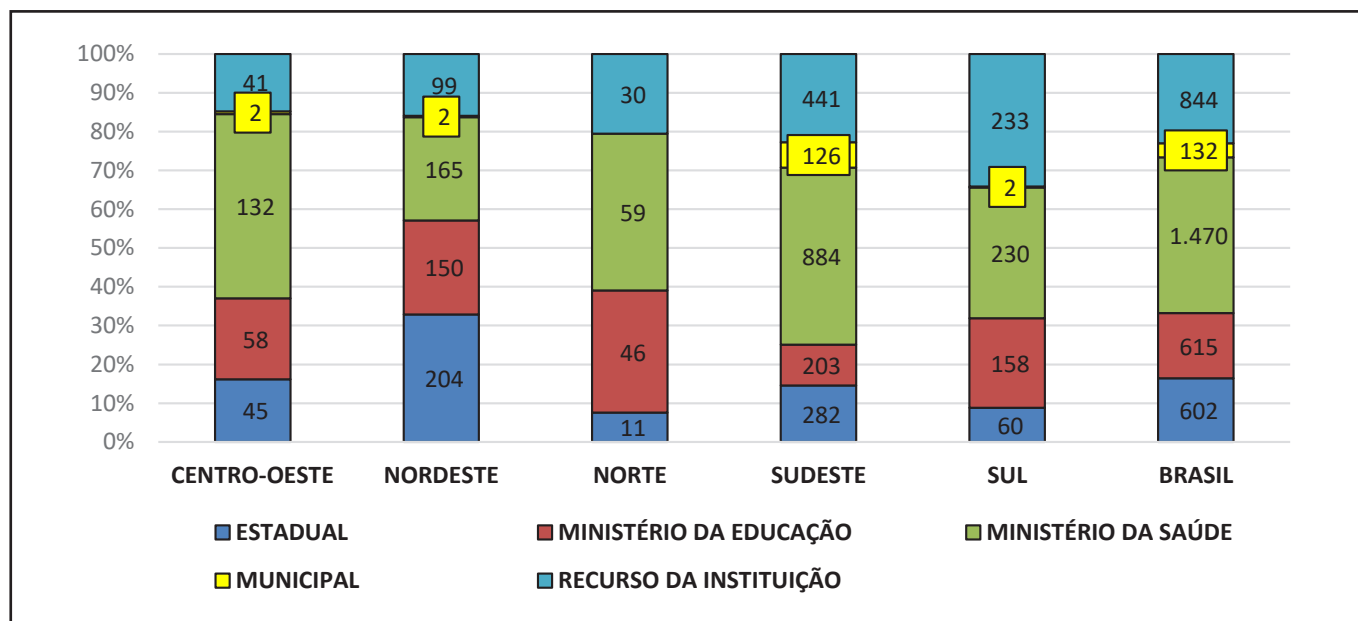


Gráfico 4 – Estimativa das principais fontes financiadoras das vagas de primeiro ano de residência em Clínica Médica, por região demográfica no Brasil, segundo o SisCNRM/MEC.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em segundo lugar, as Secretarias de Estado de Saúde respondem pelo financiamento mensal de 844 bolsas de residentes de primeiro ano e 844 de segundo ano, totalizando 1688 bolsas-residência, sendo investidos por mês, R\$ 8.167.708,72, com uma estimativa de provisão anual de R\$ 98.012.504,60.

Em terceiro lugar, depois do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado de Saúde, o MEC responde pelo financiamento mensal de 615 bolsas de residentes de primeiro ano e 615 de segundo ano, totalizando 1230 bolsas-residência, sendo investidos por mês, R\$ 5.951.588,70, com uma estimativa de provisão anual de R\$ 69.909.393,10.

Em quarto lugar, há o financiamento descrito como recurso da instituição, com financiamento de 602 bolsas de R1 e 602 bolsas de R2, totalizando 1204 bolsas, com orçamento mensal de R\$ 5.825.782,76 e anual de R\$ 69.909.393,10.

Portanto, observa-se financiamento predominantemente público para custeio da Residência Médica em CM com investimento anual de R\$ 355.469.522,00, e privado de R\$ 34.954.696,60.

No Brasil, existem 3.663 vagas de primeiro ano autorizadas para programas de Residência Médica em CM. As cidades que dispõem de mais de 100 vagas autorizadas são: Brasília e Goiânia na região Centro-Oeste; Fortaleza, Recife e Salvador na região Nordeste; Belo Horizonte, Campinas, Ribeirão Preto, Rio de Ja-

neiro e São Paulo na região Sudeste; e Curitiba e Porto Alegre na região Sul.

De acordo com dados extraídos do SisCNRM/MEC, há dezessete municípios que também constituem polos formadores de clínicos para o Brasil, pois possuem de 51 a 100 vagas credenciadas: Manaus (AM), Belém (PA), São Luís do Maranhão (MA), João Pessoa (PB), Maceió (AL), Aracaju (SE), Juiz de Fora (MG), Vitória (ES), Botucatu (SP), São José do Rio Preto (SP), Santo André (SP), Santos (SP), Londrina (PR), Joinville (SC), Santa Maria (RS), Pelotas (RS) e Campo Grande (MS), conforme representado na Figura 1.

A região Sul é a que possui a maior razão de residentes em CM para cada 100 mil habitantes (4,48), seguida pela região Sudeste com 4,32 para cada 100 mil habitantes. O Norte do país, com uma população de 18.983.716 mil pessoas, tem a menor taxa de médicos residentes em CM do Brasil (1,54/100.000), seguido pela região Nordeste que com uma população de 58.717.795 habitantes, tem uma razão de residentes em CM de 2,10/100.000. A Figura 2 apresenta por regiões geográficas, o quantitativo populacional de acordo com o IBGE/2010¹⁵ e a razão de médicos residentes em CM para cada 100 mil habitantes.

Quanto à ociosidade das vagas dos programas de residência em CM, observou-se que os vinte municípios com as maiores taxas (80 a 100% das vagas

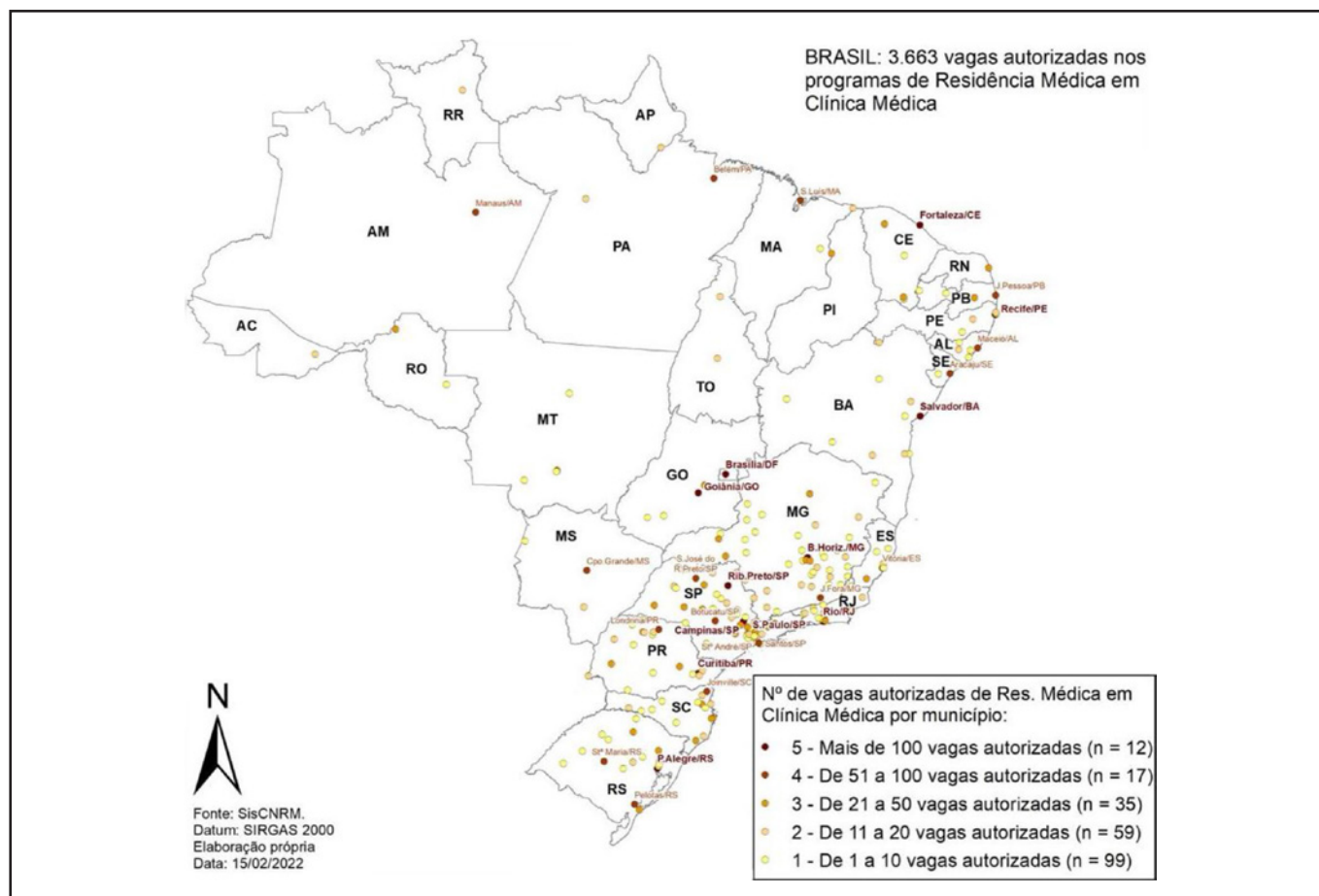


Figura 1 – Número de vagas de primeiro ano autorizadas de Residência Médica em Clínica Médica no Brasil, no ano de 2022, distribuídas por município.

Fonte: Elaborada pelos autores.

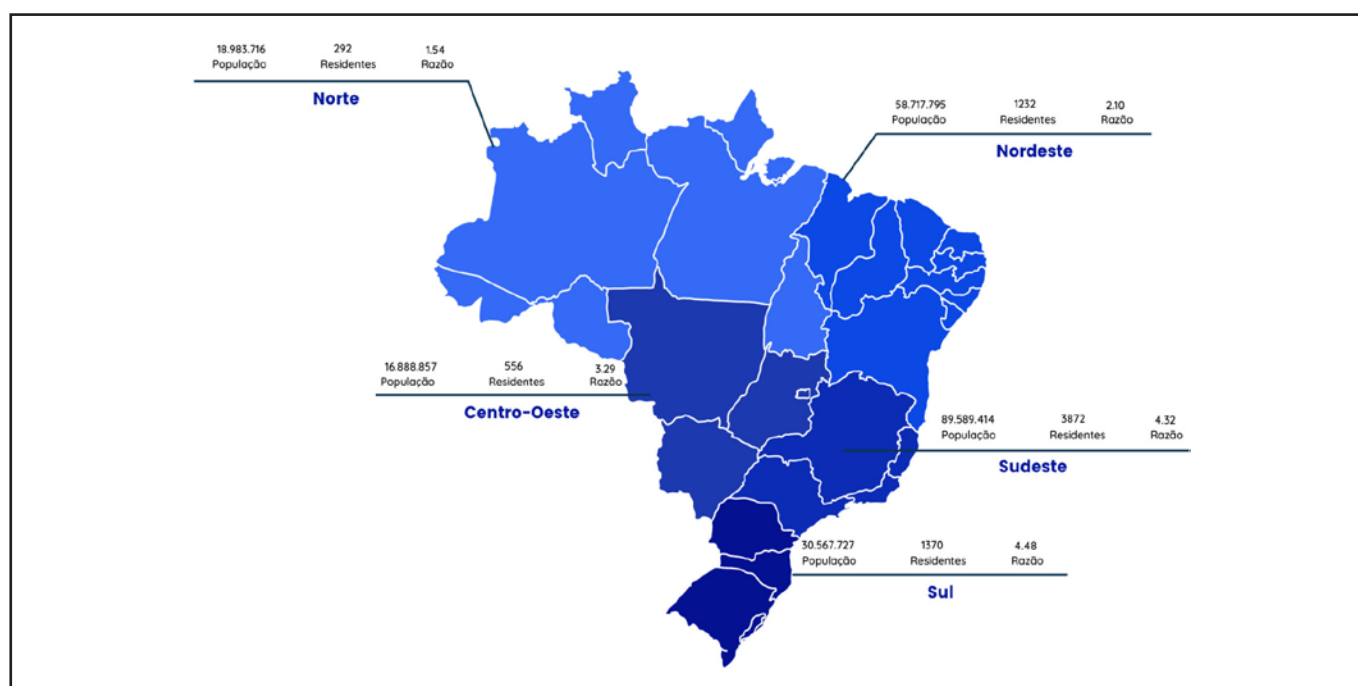


Figura 2 – Número de residentes em Clínica Médica, população e razão de médicos residentes para cada 100 mil habitantes no Brasil, no ano de 2022.

Fonte: Elaborada pelos autores.

autorizadas no SICNRM/MEC, foram assim distribuídos: na região Centro-Oeste, as cidades de Jataí (GO), Cáceres (MT), Várzea Grande (MT) e Sinop (MT); na região Norte, Bragança (PA); na região Nordeste, Cajazeiras (PB) e Garanhuns (PE); na região Sudeste, Curvelo (MG), João Monlevade (MG), Três Rios (RJ), Duque de Caxias (RJ), Jaguariúna (SP), Franco da Rocha (SP), Ferraz de Vasconcelos (SP) e Itapeva (SP). Na região Sul, o maior número de vagas desocupadas foi encontrado nos municípios de Campo Largo (PR), Caçador (SC), Concórdia (SC), Santiago (RS) e São Leopoldo (RS), conforme demonstrado na Figura 3.

Em segundo lugar, foi possível notar uma ociosidade de 60,01% a 80% das vagas, em dez cidades. São elas: Barbalha (CE), Jacobina (BA), Guanambi (BA), Nova Lima (MG), São João Del Rei (MG), Cotia (SP), Cubatão (SP), Itapeverica da Serra (SP) e Sapucaí do Sul (RS).

A Figura 3 também apresenta o panorama da ociosidade de vagas de residência em CM por município.

DISCUSSÃO

Os dados apresentados demonstram que a distribuição dos programas de residência em CM no Brasil é desigual, por unidades federativas, capitais de estado e nos interiores. Em 2022, o Brasil tinha 2,41 médicos para cada 1 mil habitantes, com distribuição variável por região¹⁶. Essa concentração pode ser consequência da melhor infraestrutura das redes de saúde nas cidades de médio/grande porte e nas capitais do país, no que diz respeito à preceptoria qualificada, infraestrutura, empregabilidade, oportunidades de se continuar a formação em outras especialidades e financiamento dessas residências¹⁷.

A região Norte tem o menor número de residentes em CM, seguida pelo Nordeste, o que acompanha a distribuição de médicos no Brasil. As condições de trabalho, os baixos salários em comparação com outros estados, a falta de infraestrutura e o número reduzido de instituições que oferecem programas de residência médica¹⁶

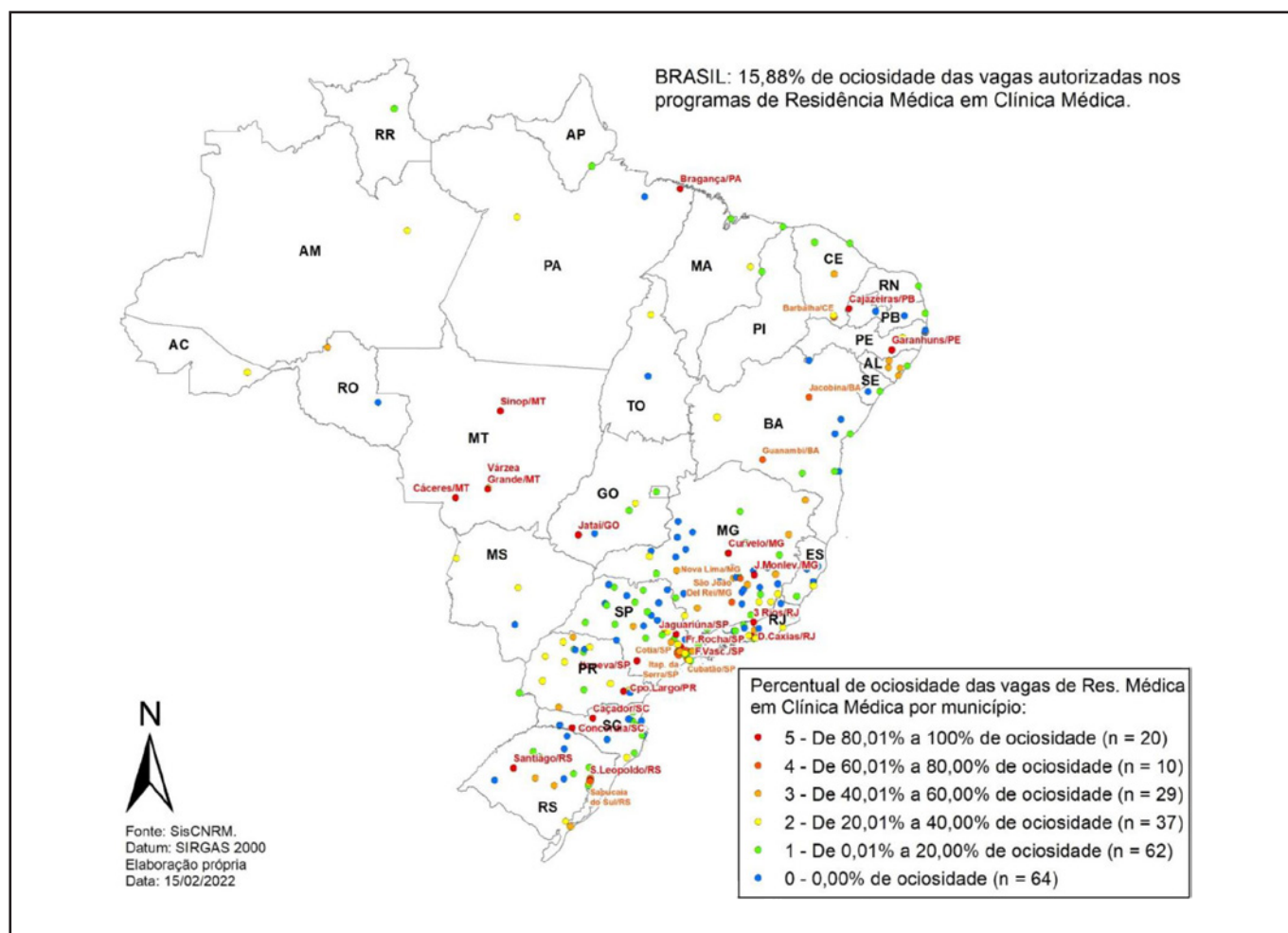


Figura 3 – Percentual de ociosidade das vagas de Residência Médica em Clínica Médica por município.

Fonte: Elaborada pelos autores.

podem configurar possíveis justificativas para a menor distribuição desses profissionais nessas regiões.

Embora o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) tenha sido criado em 2009, pela Portaria Interministerial do MEC nº 1001 de 22 de outubro, visando incentivar a formação de especialistas em áreas prioritárias do país e para o SUS¹⁸ incluindo a CM como área básica de atuação, o financiamento de bolsas para os residentes, desarticulado da melhoria na gestão de recursos humanos e da desestruturação da rede de saúde, tende a manter a iniquidade da distribuição destes profissionais como demonstrado nesse estudo.

Destacam-se, entretanto, polos de formação de especialistas em CM nas capitais do Brasil. São Paulo é a localidade do país com 33,3% de todos os residentes das diversas especialidades e a que tem a maior oferta de instituições com programas de residência médica (46%)¹⁶. Como a especialidade é um pré-requisito para ingresso em diversas áreas de atuação e corresponde a 14,2% das cinco especialidades mais requisitadas pelos médicos residentes¹⁶, está inserida nesse contexto de maior distribuição nas regiões onde a oferta e a procura são maiores, o que corrobora para a maior procura por vagas nas regiões mais ricas do país, além do déficit de incentivos públicos nas localidades onde o número de médicos/população é menor¹⁹.

Em comparação com o interior dos estados, as capitais têm um número maior de residentes em CM, o que é semelhante à maioria das residências médicas (63,6% *versus* 30,8% nos interiores)¹⁶. No entanto, a CM teve uma distribuição semelhante entre as capitais e o interior, na região Sudeste. Isso poderia ser explicado pelo crescimento urbano e pela infraestrutura em saúde das cidades de médio porte equivalente a das metrópoles, além da maior oferta de trabalho nesses locais, demonstrando uma tendência à descentralização dos centros formadores de especialistas. Há uma procura maior por hospitais referências, localizados em grandes centros, com expectativas de cenários de práticas qualificadas, com um número adequado de pacientes e instituições de maior prestígio e com tradição no ensino²⁰.

Apesar de haver grande número de vagas autorizadas para o programa de CM no território nacional, também observou-se maior concentração em municípios das regiões Sudeste e Sul, que, por

sua vez, têm uma densidade demográfica maior. Os motivos para essa distribuição estariam ligados aos mesmos fatores¹⁹, aliados a uma possível melhoria da qualidade de vida para esses residentes, com menor tempo e melhores condições de deslocamento para o trabalho, melhores opções de moradia, dentre outros²¹.

Em relação à ociosidade das vagas do programa de CM, observou-se um dos menores percentuais de desocupação das vagas (15,88%) quando comparada a outras especialidades médicas do Brasil, que, de acordo com Campos et al., está em torno de 29,3%²². Apesar de ser reduzida em relação aos demais programas, tal ociosidade ainda pode estar superestimada, pois muitas instituições solicitam credenciamento das vagas, mas não as ofertam em editais público devido à sazonalidade da infraestrutura dos equipamentos de saúde e da disponibilidade orçamentária para bolsas-residência.

Essa diferença também pode ser explicada pelo fato de a CM propiciar ao médico residente o desenvolvimento de competências e habilidades que permitem segurança no exercício do ato médico, além de ampla atuação nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde e das redes de atenção ao sistema de saúde.

Algumas limitações foram encontradas nesse estudo. A primeira foi descrever o financiamento das bolsas de residência, por regiões. Atualmente os recursos são federais, estaduais e municipais²². O preenchimento inadequado do SisCNRM/MEC pelas COREMEs ou representantes institucionais pode resultar em erros na interpretação dos dados, especialmente nas fontes orçamentárias das bolsas-residência, pois há um viés de confusão entre a regulamentação e o financiamento realizado pelo MEC²². O MEC regulamenta as residências, mas o financiamento de bolsas-residência por esta entidade governamental está praticamente restrito às universidades e instituições federais²².

Observou-se que algumas instituições que não possuem vínculo com o governo federal sinalizam de maneira inadequada que as bolsas-residência de seus programas são federais, vinculadas ao MEC ou que o financiamento dos programas é "próprio", entretanto, trata-se de financiamento público vinculado ao Pró-Residência do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ocasionado equívocos na interpretação dos dados

e subestimando o orçamento público destinado à especialidade. Há necessidade de regularização das fontes de financiamento no SisCNRM para permitir provisão adequada de recursos orçamentários e real estimativa do investimento estatal.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstra que as instituições de saúde formadoras de especialistas em clínica médica estão concentradas nas capitais e nas cidades de médio porte das regiões Sudeste e Sul do Brasil, com taxa de ociosidade reduzida (15,88%) em relação às demais especialidades.

Considerando os municípios que apresentaram maior taxa de ociosidade das vagas e a importância desta especialidade que contempla a horizontalidade do cuidado nas diversas redes de atenção à saúde, demonstrada inclusive durante a pandemia da covid-19, sugere-se um novo olhar pelos gestores, quanto à ne-

cessidade de reestruturação destes programas, em especial, nas instituições públicas, vinculadas ao Sistema Único de Saúde, que são os principais centros formadores de médicos especialistas em CM do Brasil.

DESCRIÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES DE CADA AUTOR(A)

Sandra de Barros Cobra: Conceituação. Escrita (rascunho original). Investigação.

Juliana Azara Reis: Conceituação. Escrita (rascunho original). Investigação.

Alexandre de Almeida Lima: Conceituação. Escrita (rascunho original). Investigação.

Pedro Alexandre Barreto Coelho: Conceituação. Escrita (rascunho original). Investigação.

Paulo Henrique Gomes da Silva: Software. Validação.

Sidclei Queiroga de Araújo: Software. Validação.

Vanessa Dalva Guimarães Campos: Escrita (revisão e edição). Supervisão. Validação.

REFERÊNCIAS

1. Rezende JM. A Árvore de Hipócrates. In: Rezende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp. 2009. p. 17-8.
2. Sigerist HE. A history of medicine. Oxford University Press. 1987. 2 v.
3. Guimarães MRC. Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960 [Tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.
4. Machado LJC, Chaimowicz F, Guimarães MMM. Quem é e o que deveria fazer um clínico no Brasil? Conceito, história e identidade. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2016 [acesso em 2023 abr 19];26:e1840. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015845/e1840.pdf>
5. Rezende JM. Médico clínico. Rev Patol Trop [Internet]. 2009 [acesso em 2023 abr 19];38(3):220-3. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/iptsp/article/view/7841/5643>
6. Maranhão RR, Barreto ICHC, Andrade LOM, Vieira-Meyer APGF, Lima Júnior AL. Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade? Interface. 2020;24 Supl.1:1-16.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981 [Internet]. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. 1981 [acesso em 2023 abr 19]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm
8. Ministério da Educação (BR). Resolução CNRM nº 13, de 6 de julho de 2021 [Internet]. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Neurologia no Brasil. Brasília (DF). 2021 [acesso em 2023 abr 19];126:453. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/crm/2021/resolucao-cnrm-no-13-de-6-de-julho-de-2021-resolucao-cnrm-no-13-de-6-de-julho-de-2021-dou-imprensa-nacional.pdf>

9. Ministério da Educação (BR). Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006 [Internet]. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica e dá outras providências. 2006 [acesso em 2023 abr 19]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297-305.
11. Alves MFM, Leite JBR, Filgueira NA. Fatores associados à escolha da segunda especialidade entre concluintes da residência em clínica médica. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45(4):e209.
12. Queiroz BC, Junqueira FB, Bertolin DC. Atuação médica e Covid-19. *Corpus Hippocraticum* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 abr 19];1(1). Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/690>
13. Manual da lei de acesso à informação para Estados e Municípios. Brasília (DF): Controladoria-Geral da União. 2013.
14. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS. 2002.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: 2010. Rio de Janeiro: IBGE. 2011.
16. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. 2018.
17. Martins JB, Rodriguez FP, Coelho ICMM, Silva EM. Fatores que influenciam a escolha da especialização médica pelos estudantes de Medicina em uma instituição de ensino de Curitiba (PR). *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(2):152-8.
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). *Rev Bras Educ Med.* 2013;37:72-9.
19. Corsi PR, Fernandes ÉL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38(2):213-20.
20. Cavalcante ACCB, Martins PHL, Cavalcanti BQA, Agra KF, Fernandes AS, Lima EJF. Motivos para escolha de um hospital de referência no processo seletivo para os programas de residência médica: um corte transversal [Trabalho de Conclusão de Curso]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde. 2020.
21. Cruz JAS, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia EM, Passerotti CC, Bruschini H, et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med.* 2010;89(1):32-42.
22. Campos VDG, Fidelis FAP, Silva PHG, Teixeira ASG, Batista AS. Recorte demográfico da residência médica brasileira em 2019. *Rev Consens* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 abr 19];32:34-45. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-32-julho-agosto-e-setembro-de-2019/>

