



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES

**PREVALÊNCIA DE FIXAÇÃO DOS EGRESSOS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS
NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2013-2017**

PALMAS – TO
2018

ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES

**PREVALÊNCIA DE FIXAÇÃO DOS EGRESSOS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS
NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2013-2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins como requisito de avaliação para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Sinésio Silva Neto e co-orientação Dra. Neila Barbosa Osório.

Linha de pesquisa: Ensino e Prática de Atenção à Saúde

PALMAS – TO
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- G924p GUEDES, ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES.
PREVALÊNCIA DE FIXAÇÃO DOS EGRESSOS DAS RESIDÊNCIAS
MÉDICAS NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2013-2017. /
ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES GUEDES. – Palmas, TO,
2019.
54 f.
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ensino em Ciências e Saúde, 2019.
Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto NETO
Coorientador: Neila Barbosa Osório. OSÓRIO
1. A formação médica especializada no Brasil. 2. O Programa Pró-
Residência: uma política emergencial. 3. Os programas de residência médica
no estado Tocantins. 4. Avaliar a prevalência de fixação dos egressos no
Estado do Tocantins, após a implantação das residências médicas, no
período de 2013 a 2017. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde – PPGECS - da Universidade Federal do Tocantins – UFT - Avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto.

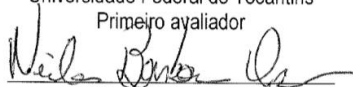
Data de aprovação: 18/01/2019.

Banca Examinadora



Dr. Luiz Sinésio Silva Neto
Universidade Federal do Tocantins
Orientador

Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara
Dr^a Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara
Universidade Federal do Tocantins
Primeiro avaliador



Dr^a Neila Barbosa Osório
Universidade Federal do Tocantins

Palmas/TO - 2018

Dedico este estudo aos profissionais da saúde, à minha família, e em especial, as minhas amadas filhas Maria Clara e Cecília.

AGRADECIMENTO

Agradeço a oportunidade de concluir este trabalho, pois agregou conhecimento e valoração do estudo e do tema da pesquisa.

Ao meu amado esposo Virgilio pelo carinho, paciência nos momentos de dedicação à pesquisa, meu agradecimento especial.

Minha gratidão as minhas filhas, Maria Clara e Cecília e, especialmente, a querida Tia Jane e comadre Camila Campitelli, bem como aos demais familiares, pelo apoio e incentivo, mesmo estando geograficamente distantes, mas o que une as pessoas são os laços de amor, onde quer que estejam. Meus fraternos agradecimentos a minha secretária Francielly, pois sem seus préstimos, jamais conseguiria esta realização.

Aos professores da pós-graduação que, por meio de sua capacidade técnica, pedagógica e pesquisadora, despertaram em mim o desejo de ampliar cada vez mais os conhecimentos técnicos e científicos.

Meu reconhecimento aos colegas da turma, e carinhosamente a Márcia Pessoa de Sousa, e aos amigos Fellipe Camargo e Carlos Alberto.

A banca pelas valorosas contribuições para a melhoria do trabalho, na pessoa da doutora Neila Barbosa Osório e Dra. Raquel Prudente de Carvalho Baldaçara.

Ao professor doutor Leonardo Rodrigo Baldaçara, meus sinceros agradecimentos, pois, adjudicou de uma proposta que seria inicialmente desenvolvida por ele, e de forma parceira confiou-me o referido desafio.

E finalizando, agradeço a pessoa qualificada do orientador o professor doutor Luiz Sinésio Silva Neto, pelo carinho e dedicação, não mediu esforços para que o trabalho de pesquisa tivesse sucesso e fosse de aprendizado não só para a concretude do curso, mas para a minha experiência de vida. Gratidão por sua determinação, pelo seu encorajamento, e disponibilidade no atendimento. Aliás, todas as palavras de agradecimento, não poderia expressar a beleza e a amorosidade do ensinar de um orientador para com a orientanda.

RESUMO

A realização de residência médica é uma vertente de qualificação dos profissionais, considerada o padrão ouro para a especialização médica, e é caracterizada pelo treinamento em serviço sob supervisão de profissionais qualificados. No entanto, essa política de qualificação precisa ser avaliada, em especial, o impacto da implantação de novos programas de residência em regiões prioritárias, a resposta ao questionamento se realmente ocorre maior prevalência de fixação do profissional ou não estimulado por essa modalidade de formação e se há fatores que a dificultam. Sendo o Tocantins a última Unidade da Federação a abrir programas de residência médica e ainda no momento em que é instaurado um programa de estímulo de nível nacional para tais aberturas, trata-se de um universo ideal para a execução de tal pesquisa. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de fixação dos egressos no Estado do Tocantins, após a implantação das residências médicas, no período de 2013 a 2017. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal realizada com egressos de programas de residências médicas no estado do Tocantins no período de 2013 a 2017. Participaram do estudo 44 residentes que foram contatados via e-mail e WhatsApp. **Resultados:** A prevalência de fixação foi de 65,9% dos médicos fixaram no Estado do Tocantins, sendo que, entre estes a maioria atua na rede privada e estadual. A maioria dos residentes era do sexo feminino (59,1%), renda entre 10 a 20 salários mínimos (55,8%), graduação em faculdades particulares (80%), cursou a residência na Universidade Federal do Tocantins (90,9%) e trabalhou durante a residência (84,1%). As especialidades mais cursadas foram cirurgia geral, clínica médica e pediatria. **Conclusão:** A existência de programas de residência médica é um fator que contribui para a concentração do médico em determinado local. A prevalência de fixação de Residências Médicas no Tocantins, no período analisado, de 65,9% pode ser considerada alta. O perfil de feminização e juvenescimento de egressos são importantes indicadores para serem analisados em conjunto com o processo de fixação e oferta de vagas nas especialidades ofertadas no Tocantins.

Palavras-chave: Residência médica; Educação médica; Especialização; Emprego;

Médico.

ABSTRACT

Medical residency is a professional qualification strand, considered the gold standard for medical specialization, and is characterized by on-the-job training under the supervision of qualified professionals. However, this qualification policy needs to be evaluated, in particular, the impact of the implantation of new residence programs in priority regions, the answer to the questioning if there is actually a higher prevalence of professional fixation or not stimulated by this type of training and if there are factors that make it difficult. Since Tocantins is the last Federal Unit to open medical residency programs and even when a national level stimulus program for such openings is established, it is an ideal universe for the execution of such research. Objective: To evaluate the prevalence of fixation of graduates in the state of Tocantins, after the implantation of medical residences, from 2013 to 2017. Method: This is a quantitative survey with a cross-sectional design carried out with graduates of medical residency programs in the state of Tocantins from 2013 to 2017. The study was attended by 44 residents who were contacted via e-mail and WhatsApp. Results: The prevalence of fixation was 65.9% of physicians in the State of Tocantins, and among them, the majority of them work in the private and state network. The majority of the residents were female (59.1%), income between 10 and 20 minimum wages (55.8%), graduation in private colleges (80%), attended the Federal University of Tocantins (%) and worked during residence (84.1%). The most specialized specialties were general surgery, medical clinic and pediatrics. Conclusion: The existence of medical residency programs is a factor that contributes to the concentration of the physician in a certain place. The prevalence of fixation of Medical Residences in the Tocantins in the analyzed period of 65.9% can be considered high. The profile of feminization and youthfulness of graduates are important indicators to be analyzed in conjunction with the process of fixing and offering vacancies in the specialties offered in Tocantins.

Key words: Internship and residency; Education, medical; Specialization; Employment; Physician.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo Características socioeconômicas e demográficas, 2018 (n=44)32

Tabela 2 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo características da graduação e residência médica, 2018. (n=44).....33

Tabela 3 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo características Socioeconômicas, demográficas e atuação no Estado do Tocantins, 2018. (n=44).....37

Quadro 01 – Especialidades Médicas.....25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -Fluxograma esquemático do recrutamento da amostra.....	30
Figura 2 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo as especialidades de residência médica. 2018. (n=44).....	34
Figura 3 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo as especialidades de residência médica e sexo. 2018. (n=44).....	35
Figura 4 - Distribuição (%) dos profissionais médicos que fixaram no Estado do Tocantins. 2018. (n=44).....	35
Figura 5 - Distribuição (%) dos profissionais médicos que atuam no Estado do Tocantins segundo a rede de atuação. 2018. (n=29).....	36
Figura 6 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo os motivos que não permaneceram no Estado do Tocantins. 2018. (n=17).....	36
Figura 7 - Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo as especialidades de residência médica e fixação no Tocantins. 2018. (n=44).....	37

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACOES E SÍMBOLOS

AMB	Associação Médica Brasileira
CDMB	Censo de Demografia Médica do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CME	Comissão Mista de Especialidades
COREME	Comissão de Residência Médica
FESP	Fundação Escola de Saúde Pública De Palmas
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
IES	Instituições de Ensino Superior
IDH	ndice de Desenvolvimento Humano das Cidades
ITPAC	Instituto Tocantinense Presidente Antnio Carlos
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PRMS	Programas de Residência Médica
RM	Residência Médica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Tocantins
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UNITINS	Universidade do Tocantins
UNIRG	Centro Universitário de Gurupi

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
3.1 A formação médica especializada no Brasil.....	16
3.2 O Programa Pró-Residência: uma política emergencial.....	20
3.3 Os programas de residência médica no estado Tocantins.....	23
4 MÉTODO.....	29
4.1 Tipo do estudo.....	29
4.2 Recrutamento da amostra.....	29
4.3 Instrumento de coleta.....	31
4.4 Análise Estatística.....	31
4.5 Aspectos Éticos.....	31
5 RESULTADOS.....	32
6 DISCUSSÃO.....	39
6.1 Limitações.....	43
7 CONCLUSÃO.....	43
APÊNDICE A- Roteiro da entrevista.....	50
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	51
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UFT.....	53

1 INTRODUÇÃO

A sociedade em que vivemos, assim como a prática médica, está em constante transformação, por isso, mesmo sendo o estudo e a pesquisa em educação médica um campo bem estabelecido, há permanente necessidade de novas pesquisas. Nesse sentido, a residência médica (RM) tem sido alvo de estudos (LEE et al., 2013). No Brasil a RM foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Sua oferta pode ser realizada pelas instituições de ensino superior e de saúde tais como hospitais, centros de pesquisa, institutos entre outros. Para a disponibilização dos programas de RM, as instituições devem ser credenciadas na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (PADILHA, 2014). Esses programas de educação médica são considerados “padrão ouro” da especialização médica.

O contexto das residências médicas no Brasil está apresentado no Censo de Demografia Médica do Brasil (CDMB). Recentemente dados desse relatório revelaram que mais de um terço dos médicos brasileiros não possuem o título de especialista. No entanto, é preciso destacar que, os médicos com título de especialista somam mais de 280 mil em 2018, de forma que, esse valor nunca foi tão numeroso no país. Outra questão importante destacada no documento é a distribuição desigual de vagas entre regiões. A região Sul possui valores equivalentes a 16% do total de vagas de RM nacional, enquanto que, o Nordeste há 14,2%, o Centro-Oeste, 7,2%. Já a região Norte registra o menor grupo de residentes, cerca de 4,1%, enquanto o estado do Tocantins possui 0,4% de médicos cursando programas de RM (SCHEFFER et al., 2018).

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) financiou a abertura de vagas de residência médica em especialidades e regiões prioritárias definidas por gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), assim, foram criados os primeiros Programas de Residência Médica (PRMs) do estado do Tocantins (BRASIL, 2009). A compreensão dos fatores que contribuem tanto para a oferta de vagas como ao preenchimento das vagas e fixação dos residentes no território pode fornecer importantes indicadores para os PRMs.

A proporção de fixação no local onde o médico realizou sua RM tem sido alvo de pesquisas (BALDAÇARA, 2017; NUNES et al., 2011). Esse aumento de interesse pelo tema pode ser explicado considerando que os PRMs foram criados e apoiados na suposição

de que os especialistas eram mais propensos a se estabelecer em locais onde haviam realizado sua RM. O CDMB (2013) apresentou de forma preliminar que quase dois terços dos médicos que se formam não se fixam no local onde se graduam e que cerca de um terço retorna para suas cidades de origem. A fixação é uma condição que envolve diversos fatores tais como condições de trabalho, sexo, remuneração, cidade de origem, família, proximidade a grandes centros urbanos e polos econômicos, ou seja, condições pessoais, institucionais e urbanas. No entanto, não há consenso de que a instalação de cursos de medicina (nível de graduação ou pós-graduação) possa alocar novos profissionais no local de origem da RM (NEY, RODRIGUES, 2012)

Convém ressaltar que, o Tocantins foi a última Unidade da Federação a abrir PRMs. Com apenas poucos anos de criação desses programas no estado são escassas as pesquisas que buscam comprovar a relação entre a oferta de programas de RM e a fixação territorial de especialistas. Além disso, é de extrema importância e urgência a avaliação do impacto da implantação de novos programas de residência em regiões prioritárias, a resposta ao questionamento se realmente ocorre maior fixação do profissional ou não estimulado por essa modalidade de formação e se há fatores que a dificultam.

Sendo assim, este estudo atende a linha de pesquisa, Ensino e Prática de Atenção à Saúde do curso de Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde ofertado pela Universidade Federal do Tocantins, campus de Palmas, em que o PRMs no estado é um universo ideal para a execução da referida pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de fixação de egressos no Estado do Tocantins, após a implantação de residências médicas, no período de 2013 a 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os profissionais médicos em relação à características socioeconômicas, demográficas, de graduação e residência.
- Descrever a prevalência de fixação de residentes no Tocantins e sua relação com características socioeconômicas e demográficas.
- Discorrer sobre os motivos que os residentes não se fixam para trabalhar no Tocantins.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção se propõe apresentar um contexto histórico das RM e apresentar um panorama atual das residências no país.

3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA ESPECIALIZADA NO BRASIL

A formação médica especializada é essencial para o futuro de um sistema de saúde que precisa ofertar serviços qualificados à população, em meio a um cenário de crise na assistência em saúde, causada por subfinanciamento e falta de infraestrutura nos setores públicos e privados e nas esferas políticas e administrativas (DAL POZ, 2013). Para Santos (2016), buscar constantemente assegurar qualidade aos programas de residência médica não é tarefa fácil nem tão pouco possível sem investimento, organização e seriedade. Neste cenário, percebemos a necessidade de estratégias que facilitem a distribuição desses profissionais de forma harmônica e com qualidade no território nacional (SCHEFFER et al., 2018).

No Brasil existem diferentes mecanismos para a formação de médicos especialistas. De acordo com o Decreto Federal nº 8.516, 10/09/2015. art. 2º, parágrafo único, existe apenas duas possibilidades formais de obtenção do título de especialista, o concedido pelas sociedades de especialidades, seja por meio da Associação Médica Brasileira - AMB ou pelos programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM (BRASIL, 2015).

A Comissão Mista de Especialidades (CME), criada em 2002 e formada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela AMB, unificou o reconhecimento e a denominação das especialidades médicas. Sendo reconhecidas 55 especialidades médicas e 59 áreas de atuação em medicina, nas quais as referidas áreas de atuação derivam de uma ou mais especialidades médicas inter-relacionadas (Resolução CFM nº 2.162/2017). Importante ressaltar que, para obter certificação especializada em alguma área, o médico precisa antes ter o título de uma das 55 especialidades reconhecidas pela CME e o período de formação para obtenção do título de especialista varia de 2 a 5 anos (SCHEFFER, et al., 2018).

É preciso destacar que a RM da forma como está atualmente estruturada, foi instituída no Brasil pelo Decreto nº 80.281 de 5 de Setembro de 1977. O mesmo decreto

criou a CNRM, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com prerrogativas de regulamentar todos os programas nesta modalidade (BRASIL, 1977). Desde o primeiro decreto procurou-se manter na formação da RM elementos indispensáveis do treinamento em serviço, no sentido de manter a interação entre residente, preceptor e pacientes possibilitando aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (BRASIL, 1977; SAMBUNJAK et al. 2006; BOTTI, REGO, 2008).

Conceitualmente, a RM trata-se de um programa de ensino de pós-graduação destinado a médicos, sob a forma de curso de especialização, sendo caracterizada por treinamento em serviço e funciona sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, conferindo ao médico residente o título de especialista desde que atenda todos os requisitos da CNRM (BRASIL,1981).

Historicamente a RM surgiu em 1889 nos Estados Unidos na Universidade John Hopkins, tendo sido creditado a William Stewart Halstead o início do primeiro programa de treinamento em residência cirúrgica formal, baseados nas ideias que obteve na Europa, sendo a base para os programas de treinamento em residência atualmente (CAMERON, JL,1997).

No Brasil, a RM foi incorporada em 1944 tendo como pioneiros os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Desde então, tem sido o modelo de formação, também referido como 'padrão ouro', termo primariamente adotado pelo Ministério da Educação, tendo como significado o padrão de referência adotado pela comunidade médica, passando a auferir patamar diferenciado aos médicos que obtiveram seus títulos através de seus programas (SAMPAIO; MAZZA,2008). Nessa perspectiva a compreensão do panorama atual das RM pode contribuir para futuras pesquisas e avaliação das características do programa em diferentes estados brasileiros.

Atualmente um importante documento elaborado por Scheffer et al intitulado Demografia Médica no Brasil 2018, apresenta um panorama da realidade da prática médica no país, em especial a situação das RM. O relatório destaca que no Brasil existem 35.187 médicos cursando a residência, em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pelo Sistema da Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM).

Nesse mesmo estudo foi possível observar que os médicos residentes estão distribuídos de forma desigual no território nacional, de modo que, a região Sudeste possui 58,5% da totalidade de residentes inscritos em 2017 em todos os programas e também concentra os médicos especialistas já titulados e em atividade. A região Sul tem 5.631

residentes, equivalentes a 16% do total nacional. O Nordeste reúne 14,2%, o Centro-Oeste, 7,2%. O Norte tem o menor grupo de residentes 1.449, ou 4,1%. Por estados, São Paulo concentra 34,5% de todos os médicos residentes, seguida do Rio de Janeiro, com 11,4%, Minas Gerais com 11%, seguido pelo Rio Grande do Sul, com 7,1%.

A distribuição geográfica irregular dos profissionais médicos constitui um problema grave, que persiste apesar das múltiplas estratégias desenvolvidas pelos gestores, e agravados pela precariedade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde em função das condições sociais, econômicas e sanitárias de uma determinada região, aumentando a necessidade de médicos e reduzindo a capacidade destas regiões em atrair e fixar estes profissionais (GIRARDI, et al, 2011).

Outro fator de influência da distribuição é a escolha da especialidade médica que é o resultado da experiência individual, habilidades e algumas particularidades educacionais e culturais. O Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), seria outro fator determinante nesta escolha, uma vez que, a prioridade no aumento na oferta de vagas de RM está direcionado para a organização da assistência em regiões e especialidades estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS (FIORE e YAZIGI, 2005).

Outro ponto importante é a concentração de vagas em especialidades, cerca de 40% das vagas de RM estão concentradas em quatro grandes áreas médicas: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia. Importante ressaltar que a Clínica Médica e Cirurgia Geral é pré-requisito para residência em outras especialidades. A oferta e ocupação de vagas guardam relação com a distribuição de médicos especialistas já titulados e em atividade. Ressalta-se o crescimento das vagas ocupadas pelos médicos residentes na especialidade Medicina de Família e Comunidade e Psiquiatria.

Por outro lado é relevante o número de vagas autorizadas pela CNRM que permanecem ociosas sendo que em 13 unidades da federação, mais de 40% das vagas não foram ocupadas. As especialidades com mais de 80% de suas vagas autorizadas e não ocupadas são: Medicina de Emergência, Patologia Clínica, Medicina Preventiva e Social, entre outras. Mesmo especialidades como Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria apresentaram cerca de 30% de vagas autorizadas não preenchidas (SCHEFFER, M. et al, 2018).

A expansão no número de especialistas no país ocorre, sobretudo, em função da expansão de programas e vagas de residência médica. De acordo com os dados do Censo de Demografia Médica Do Brasil - CDMB (2018), cerca de 451.777 médicos estão em

atividade no país, sendo que destes 62,5% têm um ou mais títulos de especialista, enquanto 37,5% não têm título algum. São 282.298 especialistas e 169.479 generalistas. Perfazendo a razão de 1,67 especialista para cada generalista. Notadamente, na região Sul são 2,27 especialistas para cada generalista, enquanto no Nordeste essa razão é de 1,34 e no Norte, 1,06, no Sudeste 1,68 e Centro-Oeste, com 1,93. O Distrito Federal apresenta a maior concentração de médicos especialistas em todo o país. Em contraponto estão Tocantins e Roraima com mais generalistas que especialistas.

Diversos estudos demonstram o aumento do acesso das mulheres a faculdades de Medicina, alterando historicamente o perfil demográfico e confirmando a feminização da medicina no Brasil. Esse processo gradualmente poderá alterar a concepção e modelo de assistência médica. A distribuição dessas profissionais tituladas demonstra um aumento da presença feminina em quatro das seis áreas básicas da Medicina como Pediatria, Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia e em Clínica Médica (FIORE, YAZIGI, 2005; SCHEFFER, CASSENOTE, 2013; SCHEFFER, et al., 2016).

Outro fator relevante é o juvenescimento da medicina no Brasil, em que a faixa etária média do conjunto dos médicos em atividade vem diminuindo gradativamente ao longo do tempo, reflexo da abertura de novos cursos de medicina e incremento do aporte de novos médicos nos programas de RM (SCHEFFER, CASSENOTE, 2013).

A competência profissional no exercício da medicina vem tornando-se cada vez mais sinônimo de especialização, motivando vários outros países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França, Itália, Espanha, Alemanha, dentre outros, a adotarem também esse modelo comprovadamente eficaz na formação de especialistas, embasado fortemente no vínculo que se estabelece entre o aprendizado e a experiência prática vivenciada nos serviços de saúde, tornando este padrão de especialização um objetivo quase obrigatório para a grande maioria dos estudantes de medicina (SAMPAIO 2008; MAZZA, 2008).

Recentemente a Lei Federal nº 12.871, de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, provisionou a imediata atuação de médicos brasileiros e estrangeiros para atuarem na Atenção Básica nas regiões de maior vulnerabilidade, determinou também mudanças na RM, em função da necessidade de conectar a educação médica e os serviços de saúde amplamente reconhecidas como deficitários. Muitas dessas mudanças estão ainda em fase de implementação ou de discussão de viabilidade (BRASIL, 2013).

3.2 O PROGRAMA PRÓ-RESIDÊNCIA: UMA POLÍTICA EMERGENCIAL

Esta subseção objetiva apresentar questões da concepção, da necessidade do fomento, bem como dos desafios do Pró-Residência.

A implantação do programa de incentivo e financiamento à residência médica em regiões e especialidades consideradas prioritárias (Pró-residência) urge da necessidade do mapeamento, do dimensionamento e adequação da necessidade de médicos especialistas que contemplem os cuidados com a saúde da população que envolve vários fatores que dificultam esse processo. Dentre esses fatores destacamos os interesses corporativistas que defende a reserva de mercado, contrapondo-se ao aumento do número de médicos especialistas, o que significaria ampliar a disputa pelo mercado entre estes profissionais (AMORETTI, 2005).

Neste contexto, a residência médica, embasada no modelo hospitalocêntrico¹ de assistência médica, ocasionou a expansão dos programas de especialização médica pela necessidade para as práticas hospitalares e o número de vagas era definido de acordo com as necessidades percebidas, desta forma as especialidades organizariam tanto as instituições de ensino quanto os serviços, elevando o número de profissionais especialistas restrito geograficamente (AMORETTI, 2005).

Desta forma, para atender os pacientes hospitalizados, geralmente com doenças crônicas, as internações são necessárias, exigindo um maior número de profissionais nos hospitais. Esclarecendo que o hospital é uma instituição concreta onde se tratam doentes, internados ou não. Quando se refere ao hospital, automaticamente, pensa-se em algum tipo de doença já instalada, só sendo possível a intervenção secundária e terciária para prevenir seus efeitos adversos, sejam eles físicos, emocionais ou sociais (CASTRO & BORNHOLDT, 2004).

A necessidade crescente da abertura e ampliação de vagas em programas de residência médica em áreas prioritárias para o SUS, fez com que os gestores buscassem alternativas e levassem mudanças ao programa de residência médica, em que fossem priorizados os serviços assistenciais organizados em redes de atenção em saúde e o

¹É baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, **em invés de** utilizarem a forma de prevenção primária (não precisariam ir ao hospital). Pode ser citado como exemplo: se pessoa fizesse a prevenção de doenças como diabetes, pressão alta, dentre outras, não precisariam vir a utilizar hospitais para tratar algo que poderia ter sido evitado, ou controlado através da Atenção Básica de Saúde.

desenvolvimento de habilidades e competências para a formação do especialista (PETTA, 2013).

Em 2009, através de portaria interministerial entre Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), instituiu-se o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA objetivando a regulação da residência médica em especialidades, para atuar em regiões prioritárias de acordo com as demandas do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Baseado na residência como critério de fixação ou provimento de médicos, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM n. 1.248, de 24 de junho de 2013, segundo a qual o Estado assume a função de regular a oferta de formação especializada para áreas prioritárias mediante incentivos financeiros através de custeio das bolsas dos acadêmicos e na qualificação dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Esse programa proporcionou aumento futuro do número de especialistas em algumas especialidades e fez com que houvesse uma redistribuição das novas vagas ofertadas. Entre as áreas prioritárias estava a formação em Ginecologia e Obstetrícia (BRASIL, 2015; SCHEFFER et al, 2018).

Diante da necessidade de parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, foi publicado o Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, instituindo o Cadastro Nacional de Especialistas para melhor compreender e subsidiar MS e MEC por meio do dimensionamento do número de médicos, fornecendo mais subsídios para o planejamento de políticas públicas que atendam às necessidades de cada região do país, tais como a expansão de serviços de saúde de atenção especializada e a ampliação de programas de residência médica (BRASIL, 2015).

No entanto, as especialidades favorecidas pelo programa Pró-Residência não são atualmente as mais populares buscadas pelos recém-graduados, que buscam por especialidades que agregam procedimentos, valorando, assim, a remuneração, plano de carreira e condições de trabalho que agregam maior prestígio social. Dentre outras razões, algumas especialidades contempladas pelo programa como Medicina de Família e Comunidade e a Pediatria, por exemplo, apresentam diversas vagas ociosas no país (PETTA, 2013; SCHEFFER et al, 2018).

Nessa perspectiva, urge a necessidade de um investimento planejado e estratégico compreendendo a realidade loco-regional na formação médica especializada, por meio da residência médica. A RM é considerada um fator preponderante para o provimento e a fixação do profissional médico na região que o residente escolhe para essa formação

tornando-se uma importante política pública para formação de recursos humanos para o SUS, com a redução do deslocamento para se especializarem (MARTINS et al.,2017).

O fortalecimento da formação médica através da integração ensino-serviço na atenção à saúde e a possibilidade de intervenção pelos gestores em determinados aspectos legais e orçamentários são aspectos importantes para viabilizar a continuidade e a sustentabilidade dos programas de formação do médico especialista, entendendo que, a regulação da formação de recursos humanos é ainda um tema sensível para quem defende sistemas universais de saúde (STORTI; OLIVEIRA & XAVIER, 2017).

No sentido de fortalecer o ensino-serviço em relação à formação e preparação do estudante de medicina em serviço, ainda precisa-se avançar, uma vez que a RM deve oportunizar ao profissional um acompanhamento mais criterioso em todos os aspectos, ofertando um treinamento mais eficiente, pois é na RM a grande oportunidade do aperfeiçoar, tirar as dúvidas, assessorado por um profissional com mais experiência e qualificação no atendimento à saúde.

Desta forma, de acordo com a resolução do CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica), Decreto nº 80.281/77, Lei nº 6.932/81, art. 1º, afirma:

O cargo de preceptor/tutor de programa de Residência Médica será exercido por médico com menos de 10 (dez) anos de conclusão do curso de graduação, portador de certificado de Residência Médica expedido há menos de 05 (cinco) anos e que tenha elevada competência profissional e ética, portador de título de especialista na área afim, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes.

A Lei em referência aponta os critérios mínimos do profissional que conduzirá o aprendizado do médico na RM, e por vezes, este deve levar em consideração os preceitos éticos para a realização de suas atribuições enquanto médico residente, podendo responder por seus atos. Nenhum médico-residente está livre das sanções penais ou administrativas como qualquer outro profissional, a partir do momento em que é registrado no CRM (Conselho Regional de Medicina). A norma jurídica entende que a partir do momento em que um indivíduo conclui um curso, mesmo sem ter feito uma especialização, já possui discernimento sobre o que é certo e errado dentro do seu segmento.

Neste sentido, independentemente de culpa ou dolo, o residente pode ser julgado civil e criminalmente pelos seus atos, com mais ênfase ainda àqueles cometidos em prejuízo dos pacientes que, pela sua condição, se encontram em situação de fragilidade.

O residente pode perceber durante a RM o quanto é tênue a linha da vida e da morte, da saúde e da doença, o seu olhar pode mudar, bem como a noção de realidade dentro do sistema de saúde.

3.3 OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO ESTADO DO TOCANTINS

Esta subseção objetiva apresentar questões da concepção dos Programas de Residência Médica no Tocantins.

Através da Constituição Federal de 1988, foi criado o Estado do Tocantins a partir do desmembramento do Estado de Goiás, que buscou sua autonomia política e econômica. A implantação do novo Estado da federação promoveu tanto o crescimento econômico quanto o desenvolvimento econômico regional incrementando positivamente a distribuição da renda entre a população (BRASIL, 1988; BORGES; SANTOS; VIEIRA, 2013).

Sendo a mais recente unidade da federação brasileira, nos primeiros dez anos de existência do estado, a capital Palmas cresceu muito acima das cidades brasileiras. Apesar do crescimento e desenvolvimento, o Tocantins enfrenta alguns problemas de ordem social, notadamente em saúde e educação (BORGES; SANTOS; VIEIRA, 2013).

A Universidade Federal do Tocantins (UFT) foi instituída em 23 de outubro de 2000 pela Lei nº 10.032 a partir da transferência dos cursos e da infraestrutura da então Universidade do Tocantins (UNITINS), mantida pelo Governo Estadual, e o Curso de Medicina da UFT foi criado em maio de 2006, através da Resolução Consepe Nº 02/2006, autorizado pelo Decreto nº 5.773/2006, art. 28. Com reconhecimento da Portaria MEC nº 189, de 01/10/2012 - DOU de 03/10/2012, Seção 1, p. 01. (BRASIL, 2000; UFT,2018).

Apesar de ser considerada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, sob supervisão e capacitação em uma especialidade (NUNES, 2004), a abertura da Residência Médica no Tocantins ocorreu apenas em 2011 conseguindo credenciar seis programas na área básica para início em 2011, através do Parecer nº 033/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica. Atualmente a Comissão de Residência Médica - COREME/UFT conta com 20 programas credenciados (UFT, 2018).

No estado do Tocantins, o primeiro edital para provimento de vagas em programas de RM foi lançado pela fundação Universidade Federal do Tocantins –UFT, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins e Secretaria Municipal de Palmas pela comissão de residência médica da UFT e Comissão Permanente de Seleção (COPESE)

através do edital nº 133/2010 em 07 de dezembro de 2010, para ingresso no programa de residência médica 2011.1(UFT, 2010).

Neste edital foram ofertadas um total de 24 vagas de RM, sendo 6 vagas para Clínica Médica, 2 vagas para Cirurgia Geral, 6 vagas para Pediatria, 5 vagas para Medicina de Família e Comunidade, 4 vagas para Ginecologia e Obstetrícia e 1 vaga para Psiquiatria (UFT, 2010).

No ano de 2017, o Brasil possuía 35.187 médicos cursando RM em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica -CNRM. Ao se comparar o percentual de médicos inscritos em programas de RM, a região Norte apresenta o menor grupo de residentes com 1.449, ou 4,1%, sendo que o número de médicos cursando programas de residência médica no Tocantins perfazia o total de apenas 138 médicos inscritos (SCHEFFER, M. et al., 2018).

Em 2018 foram oferecidas um total de 51 vagas de RM, sendo 03 vagas para Anestesiologia, 01 vaga para Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, 02 vagas para Cirurgia do Aparelho Digestivo, 06 vagas para Cirurgia Geral, 01 vaga para Cirurgia Vascular, 06 vagas para Clínica Médica, 01 vaga para Dermatologia, 04 vagas para Ginecologia e Obstetrícia, 02 vagas para Infectologia, 08 vagas para Medicina de Família e Comunidade, 01 vaga para Medicina Intensiva Pediátrica, 01 vaga para Medicina Intensiva, 04 vagas para Neonatologia, 02 vagas para Ortopedia e Traumatologia, 01 vaga para Patologia, 06 vagas para Pediatria, 01 vagas para Psiquiatria, 01 vaga para Reumatologia (UFT, 2018).

Em Araguaína, a UFT e o Coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins/HDT-UFT, em parceria com Instituições de Saúde do Estado e do Município de Araguaína, ofereceram 03 vagas de RM, sendo 01 vaga para Infectologia, 02 vagas para Medicina de Família e Comunidade (UFT, 2018).

Em Gurupi, o Centro Universitário UNIRG iniciou no ano 2014 a oferta de vagas para o Programa de Residência Médica (RM) credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Ofertando vagas nos cursos de Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Ortopedia e Traumatologia (UNIRG, 2018).

Mesmo com o crescente aumento no número de vagas de RM, o número de escolas médicas também aumentou de forma bastante expressiva nos últimos anos, não sendo acompanhado da estruturação da rede de serviços de saúde em regiões prioritárias. Muitos

são os desafios a serem enfrentados para garantir a formação de médicos especialistas em áreas básicas e subespecialidades com adequada distribuição territorial (CHAVES et al., 2013; ALESSIO, SOUSA; 2016).

Quadro - 01 Especialidades médicas

TÍTULO DAS ESPECIALIDADES	REQUISITOS
1-ACUNPUNTURA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Médico de Acupuntura
2-ALERGIA e IMUNOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopatologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia
3-ANESTESIOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Anestesiologia
4-ANGIOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
5-CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clinica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia
6-CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia
7-CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia
8-CARDIOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia
9-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	Formação: 4 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
10-CIRURGIA DA MÃO	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
11-CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
12-CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

13-CIRURGIA GERAL	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgiões
14-CIRURGIA PEDIÁTRICA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica
15-CIRURGIA PLÁSTICA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
16-CIRURGIA TORÁCICA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica
17-CIRURGIA VASCULAR	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
18-CLÍNICA MÉDICA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica
19-COLOPROCTOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Coloproctologia
20-DERMATOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Dermatologia
21-ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
22-ENDOSCOPIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
23-GASTROENTEROLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira de Gastroenterologia
24-GENÉTICA MÉDICA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Genética Médica
25-GERIATRIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
26-GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

27-HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
28-HOMEOPATIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Homeopatia AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Médica Homeopática Brasileira
29-INFECTOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Infectologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia
30-MASTOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Mastologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Mastologia
31-MEDICINA DE EMERGÊNCIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência AMB: Concurso AMB
32-MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
33-MEDICINA DO TRABALHO	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Nacional de Medicina do Trabalho
34-MEDICINA DE TRÁFEGO	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Tráfego AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina de Tráfego
35-MEDICINA ESPORTIVA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e Esporte
36-MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
37-MEDICINA INTENSIVA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação de Medicina Intensiva Brasileira
38-MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Legal e Perícia Médica AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas
39-MEDICINA NUCLEAR	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Nuclear AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear
40-MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social AMB: Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde
41-NEFROLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência

	Médica em Nefrologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nefrologia
42-NEUROCIRURGIA	Formação: 5 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Neurocirurgia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
43-NEUROLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Neurologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia
44-NUTROLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Nutrologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Nutrologia
45-OFTALMOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Oftalmologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Conselho Brasileiro de Oftalmologia
46-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
47-OTORRINOLARINGOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
48-PATOLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Patologia
49-PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
50-PEDIATRIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Pediatria AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria
51-PNEUMOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Pneumologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
52-PSIQUIATRIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Psiquiatria AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria
53-RADIOTERAPIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Radioterapia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Radioterapia
54-REUMATOLOGIA	Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Reumatologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Reumatologia
55-UROLOGIA	Formação: 3 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Urologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Urologia

Fonte: Resolução CFM nº 2.162/2017

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal. O procedimento de coleta de dados se deu por meio da técnica de pesquisa telematizada. De acordo com Vergara (1997) esse tipo de método “busca informações em meios que combinam o uso do computador e de telecomunicações”.

Este método de pesquisa é adequado para populações bem definidas e análises de dados em um momento temporal específico, possibilitando o estabelecimento da prevalência, porém sem possibilidade de determinar causalidade (CRESWELL, 2010).

4.2 RECRUTAMENTO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída de egressos dos programas de residências médicas no estado do Tocantins credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) entre os anos de 2013-2017.

Inicialmente foram realizados encontros com o coordenador estadual dos PRMs do Tocantins para a apresentação e autorização da pesquisa. Os residentes participantes do estudo estão vinculados às seguintes Instituições de Ensino Superior (IES): Universidade Federal do Tocantins – UFT (Palmas – TO), Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP (Palmas – TO), Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC (Porto Nacional – TO), Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC (Araguaína – TO) e Centro Universitário de Gurupi – UnirG (Gurupi – TO).

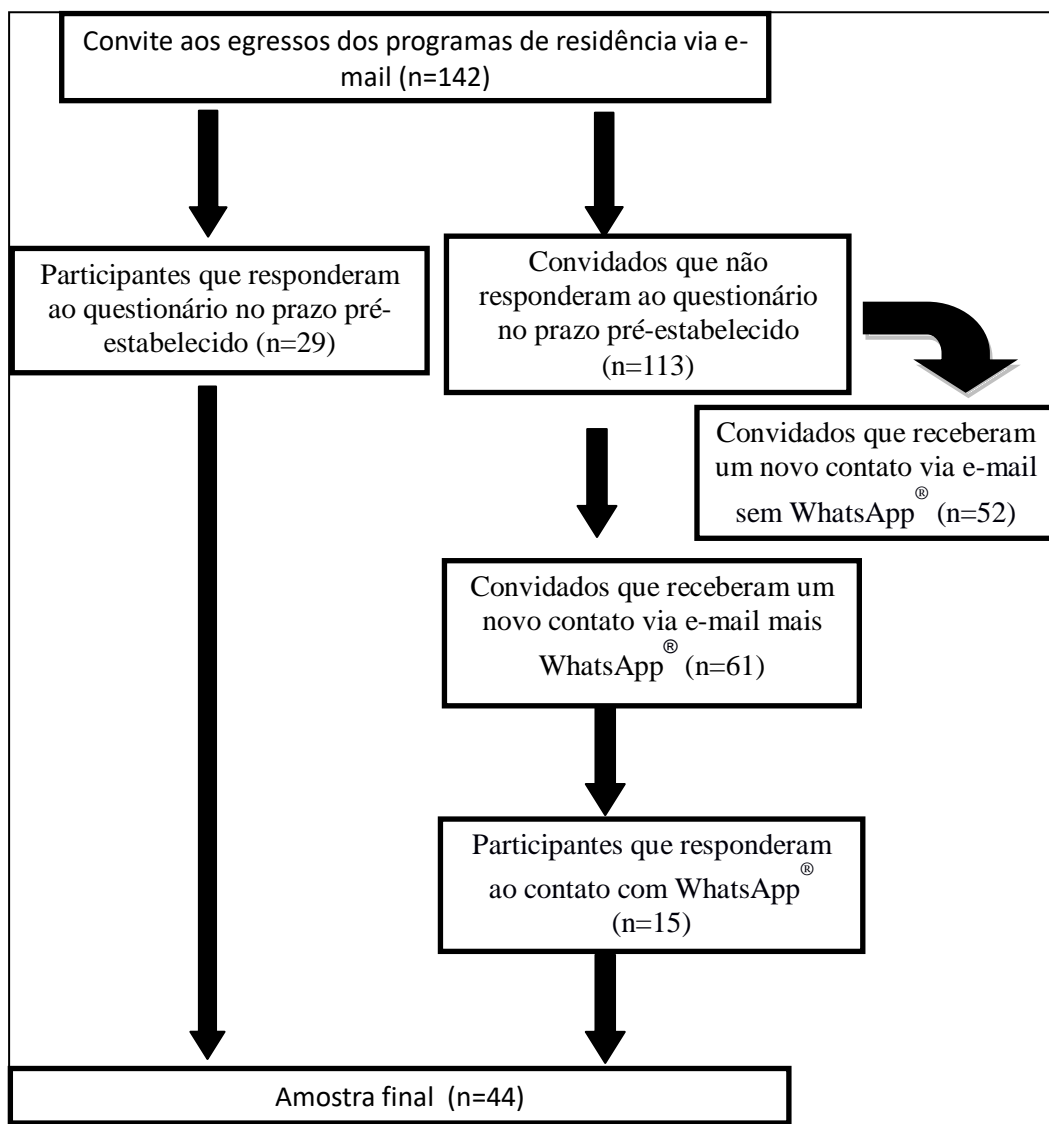
Os dados para contato inicial dos residentes foram obtidos por meio das Comissões de RM (COREMES) para obtenção das seguintes informações: nome, e-mail, telefone, especialidade e ano de conclusão. Após, os egressos foram contatados no período de março a abril de 2018 para responderem aos quesitos indexados em formulário eletrônico (Google.Forms[®]). Para responder o formulário os participantes obrigatoriamente deveriam concordar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B.

De acordo com os dados enviados pelas COREMES, 142 residentes concluíram a RM no período analisado. Foram considerados como critérios de exclusão, os residentes que apresentaram informações desatualizadas na ficha cadastral que impediam o contato com os atores do estudo.

O recrutamento da amostra ocorreu em duas etapas. Na primeira foi enviado por e-mail um formulário para todos os residentes cadastrados, orientando-os sobre a pesquisa e o prazo de envio do questionário (sete dias). Nesta etapa, somente 29 residentes responderam ao questionário. Na segunda etapa, o restante dos residentes foi contatado por mensagens instantâneas para smartphones (WhatsApp®) e e-mail, no entanto, 52 casos foram excluídos em virtude de o número de telefone estar desatualizado (sem WhatsApp®). Dos 61 contatados nesta etapa, somente 15 responderam ao questionário e 46 foram considerados perdidas.

Ao final do recrutamento, 44 participantes foram incluídos no estudo, em que 29 responderam ao instrumento de coleta de dados por contato via e-mail e 15 responderam após contato via WhatsApp® (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma esquemático do recrutamento da amostra



4.3 INSTRUMENTO DE COLETA

Para este estudo foi adotado um instrumento digital de coleta de dados, oferecido gratuitamente na Internet. Os participantes foram convidados a responder aos quesitos indexados em formulário eletrônico da Google[®] (Google Forms[®]) habilitando os pesquisadores a romperem com as imposições do tempo e do espaço para o desenvolvimento desta etapa da pesquisa.

O questionário foi estruturado contendo 20 questões com perguntas do tipo abertas e fechadas para obtenção das seguintes informações: nome, idade, gênero, estado civil, cidade de nascimento, ano de formatura na graduação e qual instituição de ensino superior, programa de residência que cursou, em qual instituição, ano de conclusão da residência médica, se trabalha na especialidade que se formou, se atualmente (após a formatura) trabalha no estado do Tocantins, qual o motivo de não trabalhar no estado do Tocantins quando existir; não sendo no Tocantins em qual estado trabalha, se trabalha em alguma rede municipal do estado do Tocantins e em qual município; se trabalha na rede estadual da saúde, se trabalha na rede privada do estado do Tocantins; se antes ou durante sua residência já era funcionário do Estado ou de alguma rede municipal; se precisou trabalhar durante a residência para complementar sua renda e qual a renda atual em número de salários mínimos.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram transferidos em planilhas do Excel e analisados no Programa Stata versão 14.0. Para a descrição das variáveis utilizaram-se média e desvio-padrão para as numéricas e frequências absolutas e relativas, para as categóricas. Para testar as proporções utilizou-se o Teste Qui-Quadrado e Teste de Fisher com nível de significância de 5%.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados ocorreu somente após a autorização expressa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Esta pesquisa foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sob o número de protocolo CAAE 73833615.5.0000.5519 em parecer técnico emitido no dia 22 (vinte e dois) de setembro de 2017 (dois mil e dezessete) (Anexo A).

5 RESULTADOS

Dentre os residentes avaliados, a média de idade foi de 30,8 anos, 59,1% eram do sexo feminino, 47,7% eram casados, 47,7% eram solteiros, 55,8% relataram renda entre 10 a 20 salários mínimos e 37,2% nasceram no Estado do Tocantins (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo características socioeconômicas e demográficas. 2018. (n=44)

Características	n	%
Idade (média ±desvio padrão)		30,8±3,1
Sexo		
Masculino	18	40,9
Feminino	26	59,1
Estado de nascimento		
Tocantins	16	37,2
Goiás	8	18,6
Pará	8	18,6
São Paulo	3	7,0
Bahia	3	7,0
Maranhão	2	4,7
Rondônia	1	2,3
Acre	1	2,3
Rio Grande do Sul	1	2,3
Estado civil		
Solteira	21	47,7
Casado	21	47,7
Divorciado	2	4,6
Renda		
Até 10 salários mínimos	10	23,3
De 10 a 20 salários mínimos	24	55,8
Acima de 20 salários mínimos	9	20,9
Total	44	100,0

A maioria dos residentes concluiu o curso de medicina entre o período de 2011 a 2015 (70,4%), em universidades particulares (80%). Quase todos os médicos referiram ter cursado a residência na Universidade Federal do Tocantins (90,9%), em uma única especialidade (90,9%) e trabalharam durante a residência (84,1%) (Tabela 2). Entre os

profissionais médicos que trabalharam durante a residência para complementar a renda, 27 (71,0%) deles já eram funcionários do município ou do estado.

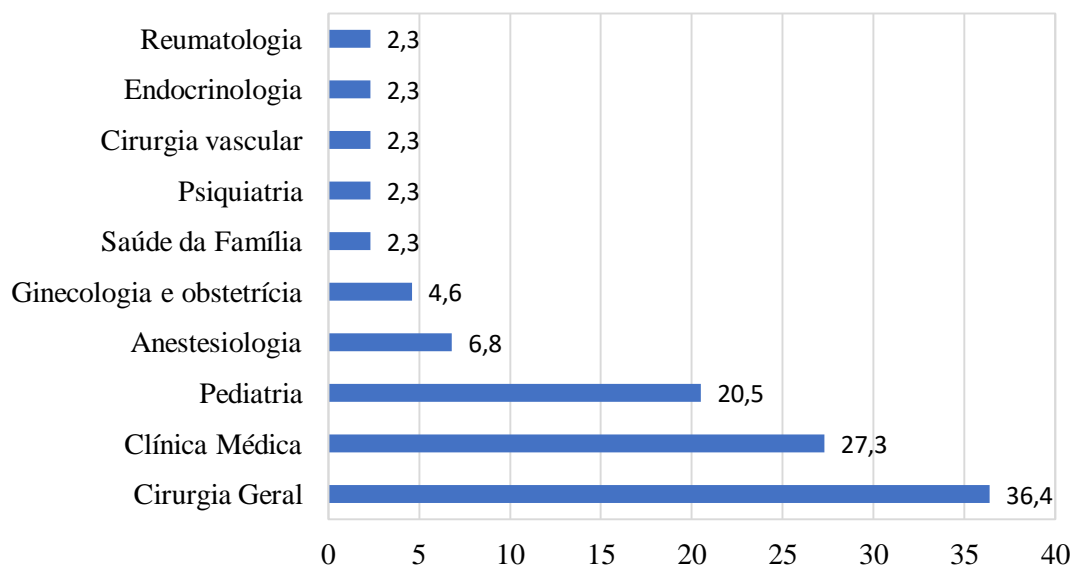
Tabela 2. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo características da graduação e residência médica. 2018. (n=44)

Características	n	%
Ano de conclusão do curso de medicina		
2000-2005	1	2,3
2006-2010	12	27,3
2011-2015	31	70,4
Faculdade de conclusão do curso de medicina		
ITPAC	17	48,5
UNIRG	7	20,0
UFT	4	11,4
UniEvangélica	2	5,7
UFG	2	5,7
UEPA	1	2,9
Universidade da Grande Rio	1	2,9
Universidade de Patos de Minas	1	2,9
Instituição que cursou a residência		
UFT	40	90,9
ITPAC	3	6,8
Unirg	1	2,3
Número de residências cursadas (média ±desvio padrão)		1,1±0,4
Número de residências cursadas		
Uma	40	90,9
Duas	3	6,8
Três	1	2,3
Ano conclusão da residência		
2012	1	2,3
2013	6	13,6
2014	15	34,1
2015	4	9,1
2016	6	13,6
2017	11	25,0
2018	1	2,3
Trabalhou durante a residência		

Não	7	15,9
Sim	38	84,1
Total	44	100,0

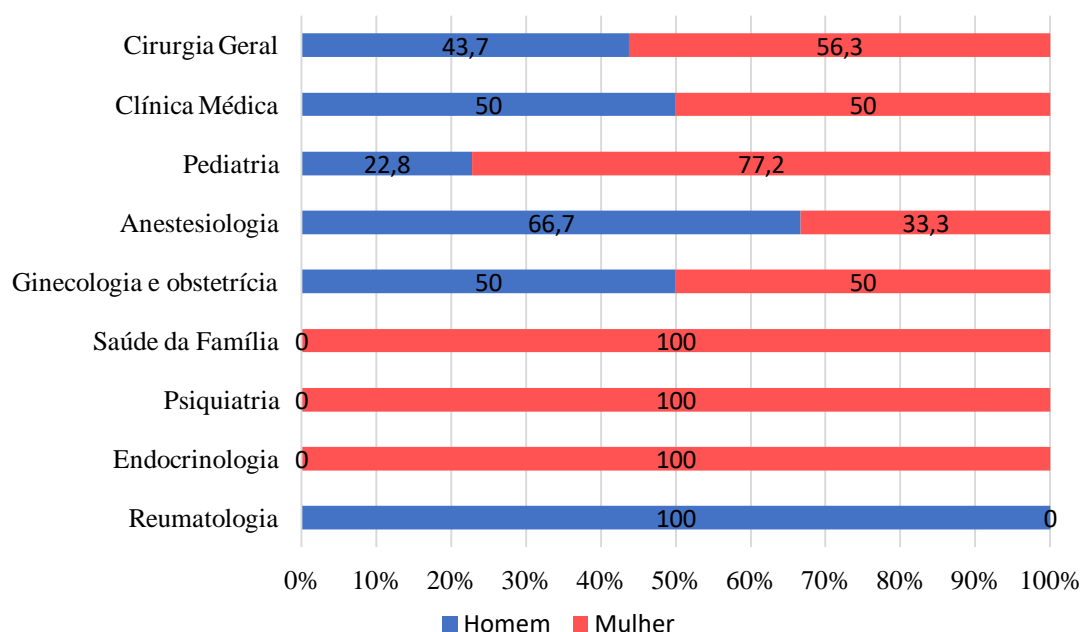
As especialidades mais cursadas pelos médicos na residência médica foram Cirurgia Geral (36,4%), Clínica Médica (27,3%) e Pediatria (20,5%) (Figura 2). A maioria dos médicos (93,2%) relatou trabalhar na especialidade cursada.

Figura 2. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo as especialidades de residência médica. 2018. (n=44)



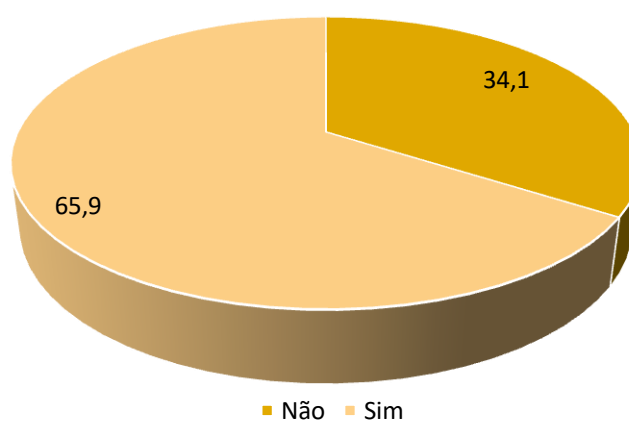
Ao comparar a especialidade de acordo com o sexo notou-se que a Reumatologia e Anestesiologia predominou os homens, enquanto que, a Pediatria, Psiquiatria e saúde da família prevaleceram as mulheres.

Figura 3. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo as especialidades de residência médica e sexo. 2018. (n=44)



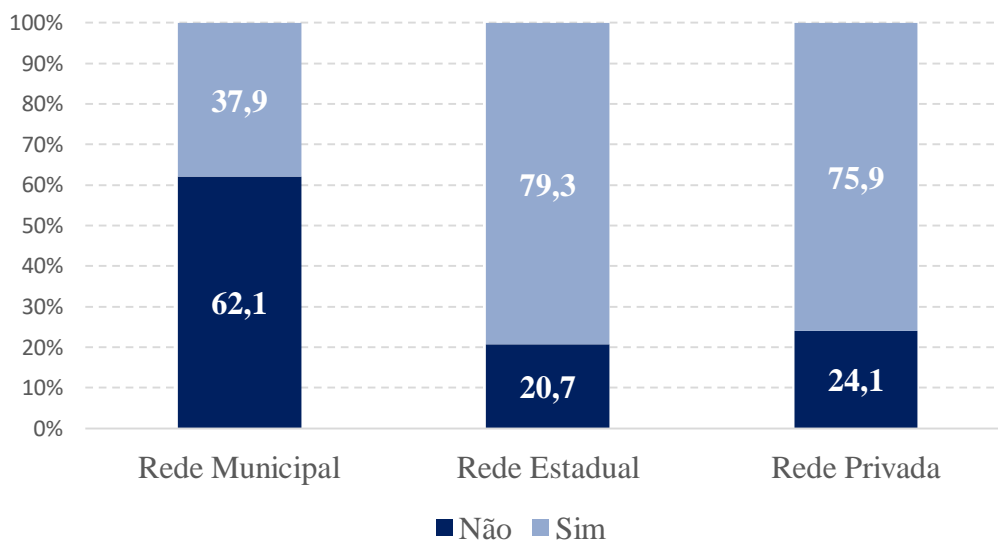
Na Figura 3, verifica-se que 65,9% dos médicos avaliados permanecem trabalhando no Estado do Tocantins.

Figura 4. Distribuição (%) dos profissionais médicos que fixaram no Estado do Tocantins. 2018. (n=44)



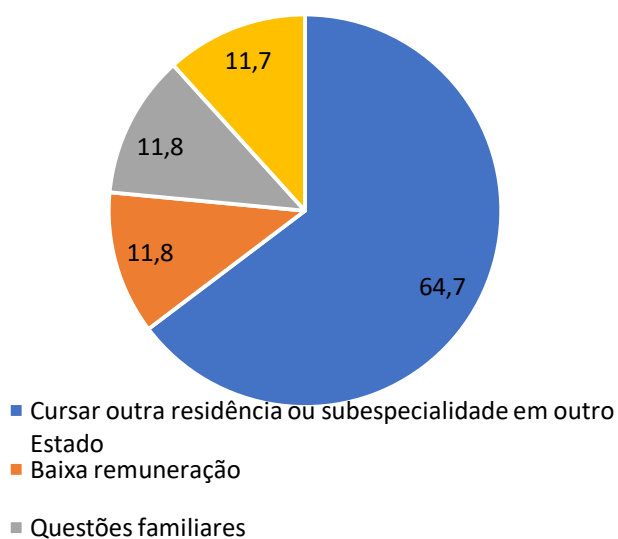
Na Figura 4, observa-se que a maioria dos médicos que atuam no Estado do Tocantins tanto na rede estadual (79,3%) quanto privada (75,9%), enquanto que, menos de 40% atuam na rede municipal.

Figura 5. Distribuição (%) dos profissionais médicos que atuam no Estado do Tocantins segundo a rede de atuação. 2018. (n=29)



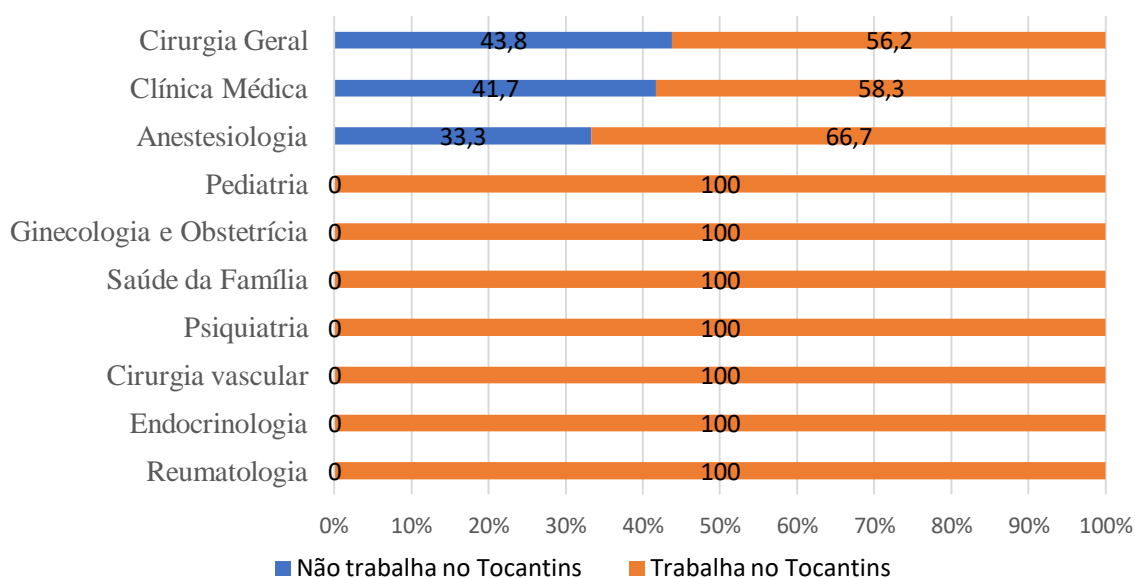
Entre os médicos que não fixaram no Estado do Tocantins, 64,7% alegaram cursar outra residência ou subespecialidade em outro Estado, 11,8% referiram baixa remuneração, 11,8% por questões familiares e 11,7% por falta de campo para trabalho (Figura 5).

Figura 6. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo os motivos que não permaneceram no Estado do Tocantins. 2018. (n=17)



Entre os médicos que cursaram a residência em Cirurgia Geral, Clínica Médica e Anestesiologia, 43,8%, 41,7% e 33,3%, respectivamente, não fixaram no Estado do Tocantins (Figura 6).

Figura 7. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo as especialidades de residência médica e fixação no Tocantins. 2018. (n=44)



As maiores proporções de médicos que atuam no Tocantins foram encontradas entre as mulheres (69,3%), com renda de 10 a 20 salários mínimos (75%) e cursaram a residência na UFT, com média de idade de 31,2 anos (67,5%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição (%) dos profissionais médicos segundo características socioeconômicas, demográficas e atuação no Estado do Tocantins. 2018. (n=44)

Características	Médicos atuam no Estado do Tocantins				P
	Não		Sim		
	F	%	F	%	
Idade (média ±desvio padrão)	29,9±2,3		31,2±3,3		
Sexo					0,576
Masculino	7	38,9	11	61,1	
Feminino	8	30,7	18	69,3	
Renda					0,301
Até 10 salários mínimos	5	50,0	5	50,0	
De 10 a 20 salários mínimos	6	25,0	18	75,0	

Acima de 20 salários mínimos	4	44,4	5	55,6	
Instituição que cursou a residência					0,320
UFT	13	32,5	27	67,5	
ITPAC	1	33,3	2	66,7	
Unirg	1	100,0	0	0,0	
Total	15	100,0	29	100,0	

6 DISCUSSÃO

Dentre os principais achados desse estudo, a prevalência de fixação dos residentes no Estado do Tocantins no período analisado foi de 65,9%, valor considerado alto. Em contraste com estudo anterior que avaliou 37 egressos de programas de residência médica no estado entre 2013-2014, encontraram um percentual de fixação de 29,2% (n=7) que permaneceram morando no Tocantins (BALDAÇARA, BALDAÇARA, 2017).

No entanto, essas diferenças podem ser explicadas devido ao período analisado serem distintos e a crescente oferta de programas de especialização médica, especialmente na criação de vagas para subespecialização nos anos seguintes. O incentivo e financiamento à residência médica em regiões e especialidades consideradas prioritárias, por meio do Pró-residência pelo Governo Federal contribuiu para a ampliação do número de vagas de RM em regiões prioritárias e o Tocantins se inclui nesse critério.

Desta forma, a prevalência de fixação depende de outros fatores como a Índice de Desenvolvimento Humano das cidades (IDH). O Tocantins é um estado que ainda oferece uma boa qualidade de vida, com índices de violência menor que quando comparados a outros estados da Região Norte (CERQUEIRA et al., 2018). Em especial, a capital Palmas apresenta um bom IDH (0.788) considerado o melhor do Tocantins e um dos melhores da região Norte (IBGE,2010).

Em Palmas encontra-se também um número considerado de espaços de lazer, pontos turísticos, em especial ecoturismo, hospitais e clínicas médicas que atendem praticamente todas as especialidades, escolas públicas e privadas, supermercados e uma boa rede de comércio, universidade federal e faculdades, aeroporto, bons hotéis e restaurantes, dentre outros itens que melhoram a qualidade de vida, além de ser uma cidade em desenvolvimento e oportunidades.

Maiores estudos que analisam de forma longitudinal a fixação dos residentes levando em consideração fatores que parecem ser uma tendência global tais como, proximidade de grandes centros urbanos e polos econômicos, locais de grande concentração de estabelecimentos de ensino e de saúde e, conseqüentemente, de maior oferta de postos de trabalho são necessários. Destacamos que mesmo com essa crescente prevalência de fixação existe a necessidade de ampliação com investimentos nos programas de RM no Tocantins.

De acordo com a Demografia Médica no Brasil referente ao ano de 2018 estão cadastrados 2.583 médicos no Estado do Tocantins. Destes, 60,3% eram homens e 39,2%

mulheres. Dos que foram avaliados, a média de idade foi de 43,7 anos. A região Sudeste é a de maior densidade médica com 2,8 por 1000 habitantes, enquanto a Norte possui 1,16. O estado de São Paulo concentra a maior proporção de médicos com 28%. No Tocantins temos 1,67 para cada 1000 habitantes (SCHEFFER et al, 2018).

A maior densidade de médicos concentra-se no Distrito Federal com 4,35 a cada 1000 habitantes e a menor concentração situa-se no Maranhão com 0,87, o que justifica a quantidade de pacientes vindos de estados vizinhos ao Tocantins. Considerando as regiões Norte/Nordeste apenas o estado do Tocantins tem mais médicos no interior do que na capital cujos referenciais são de 56,8% e 43,2%, respectivamente (SCHEFFER et al, 2018). Essa informação é relevante e diverge da realidade brasileira apresentada no relatório da Demografia Médica Brasileira (2015) em que se demonstrou que as áreas longe de capitais mostram o maior desnível de cobertura e falta de atendimento.

Maiores estudos são necessários para explicar essa fixação dos médicos no interior. Propomos hipóteses para essa questão como baixa densidade populacional de Palmas (TO) em relação a proporção de médicos, características demográficas do Estado com pequenos municípios abaixo de 50 mil habitantes e a implantação da política do Programa Mais Médicos, que podem ter contribuído para a atual realidade.

A Residência Médica é um treinamento em serviço considerado padrão ouro que funciona sob a responsabilidade de instituição de saúde, podendo ser universitária ou não, sob o acompanhamento de profissionais médicos qualificados. O último censo médico (2018) informou que apenas 4,1% dos médicos residentes concentravam-se na Região Norte, enquanto na Região Sudeste observou-se 58,5%.

O entendimento mais aprofundado de quem são e de onde se encontram os profissionais egressos dos programas de RM pode contribuir para a construção da identidade dos médicos com especialização, conseqüentemente, o atendimento mais qualificado a população e o fortalecimento da educação médica (RODRIGUES et al., 2017).

No presente estudo constatou-se que a principal instituição que oferta a Residência Médica é a Universidade Federal do Tocantins –UFT (instituição pública), enquanto que a maioria da formação da graduação ocorreu em escolas particulares. Ressalta-se a importância da UFT como capilarizadora da formação médica especializada o que permitiu que mais de 60% desses especialistas se fixarem no Tocantins. Esse cenário se assemelha com outros estudos que reforçaram o papel do financiamento público nas residências médicas, de forma que, os autores ressaltam que não há informações específicas sobre o

financiamento do setor privado, porém, a maioria das vagas em instituições privadas é custeada pelo poder público (MICHEL et al., 2011; UFMG, 2009).

Dos indivíduos que trabalhavam no Tocantins, a maioria estava vinculada à rede privada e estadual de saúde. Segundo Baldaçara (2017), o principal motivo de não trabalharem em serviços de saúde municipais provavelmente decorriam da baixa remuneração e estrutura de trabalho deficiente. Noutro estudo realizado por Mello et al., (2009) os fatores que contribuem para situações desfavoráveis de fixação dos médicos nos municípios, tais como, alta rotatividade do médico e do enfermeiro, vínculos precários de trabalho e falta de plano de carreira, baixa capacitação e sobrecarga de trabalho, excessiva interferência da política local.

Nessa perspectiva é necessário pensar em estratégias de fixação de médicos na Atenção Básica. Estudo realizado por Mendonça et al., (2010) analisou a gestão do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em quatro centros urbanos. As experiências exitosas destacadas para facilitar a fixação de profissionais foram: equiparação do salário dos médicos especialistas em medicina de família e comunidade com os demais especialistas médicos atuantes nos serviços secundários, implementação de política de qualificação profissional, complementações via recompensas específicas para atuação em áreas de risco e a vontade política do gestor municipal.

O número de médicos homens no Brasil é maior que o de mulheres, respectivamente 54,4% e 45,6%. No entanto, essa diferença é reduzida a cada ano e aponta para uma crescente feminização da Medicina no País (SHEFFER et al., 2018). O processo de feminização da medicina vem acompanhado do juvenescimento da profissão. Os nossos dados corroboram com esse cenário, sendo que, foi encontrada uma prevalência de mulheres de 59,1%, e uma média de idade de 30,8 anos. No entanto, esses processos devem ser analisados considerando diferenças entre a população estudada. Pesquisa canadense sobre médicos residentes demonstrou que a maioria era homens (MATHEUS et al., 2007).

Em virtude da feminização da medicina, nesse estudo algumas especialidades concentraram maiores proporções de mulheres como se evidenciou na Pediatria 77,2%, Psiquiatria 100%, Endocrinologia 100% e Saúde da família com 100%. Tais dados divergem em relação à psiquiatria, pois a maior proporção de psiquiatras no Brasil era do sexo masculino (SCHEFFER et al., 2018). Outra área em que se destacou a presença masculina foi a Reumatologia 100% e Anestesiologia 66,7%.

Durante a residência médica², a maioria dos indivíduos estudados (84,1%) trabalharam para complementar a renda; sendo que as maiores proporções de médicos que atuam no Estado do Tocantins referiram renda maior que 10 salários mínimos. A residência não é obrigatória para a prática da medicina no país, por isso, alguns médicos começam a trabalhar imediatamente após o término dos seis anos de escola de médica. Para Santos (2016), o recém-formado geralmente (mas não exclusivamente) trabalha em serviços de emergência como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU, ou como médicos da estratégia de saúde da família, programas governamentais. Ambos são empregos públicos com programas próprios de capacitação. A maioria, no entanto, deseja completar a formação e se tornar especialista por meio do modelo residência médica.

O percentual de residentes foi maior em Cirurgia Geral 36,4%, Clínica Médica 27,3%, Pediatria 20,5% e Anestesiologia com 6,8%. No entanto, quando avaliamos a prevalência de fixação dessas residências observamos que três (Cirurgia Geral, Clínica Médica e Anestesiologia) não possuem 100% de prevalência de fixação como as demais analisadas, mesmo assim, ainda possuem uma prevalência de fixação acima de 30% (NUNES et al., 2011).

No Brasil quatro especialidades concentram quase 40% dos especialistas, sendo elas: Clínica Médica 11,2%, Pediatria 10,3%, Cirurgia Geral 8,9% e Ginecologia e Obstetrícia 8%. A oferta e ocupação de vagas de RM nas especialidades guardam relação com a distribuição de médicos especialistas já titulados e em atividade (SHEFFER et al., 2018). Importante destacar que a disponibilidade de especialidades pelas instituições é de responsabilidade das COREMES. A COREME deve seguir as normas do estatuto da própria instituição e sempre respeitar a legislação, as normas e as resoluções da CNRM, elaborando regimento/regulamento (SANTOS, 2016).

Nesse contexto o Decreto nº 7.562/2011, que dispõe sobre a composição e competências da CNRM, destaca que caberá a essa Comissão considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O principal motivo para não fixação no Tocantins foi cursar outra residência ou subspecialidade em outro Estado (64,7%), esse dado corrobora com estudo realizado por

²Residência Médica X Clínica Médica: A residência médica é considerada padrão ouro em ensino, refere-se a um período que o médico cursa uma especialização, melhorando o seu conhecimento técnico numa área específica. Já a clínica médica é uma especialidade em que o médico faz um atendimento geral, ou seja, atende as diversas especialidades clínicas. Os pontos fortes são os desafios diagnósticos: os pacientes se apresentam com um conjunto de sinais e sintomas e é o clínico o grande responsável pela investigação (CARVALHO, 2016; SANTOS, 2016; SHEFFER et al., 2018).

Machado, Pinto (1996), onde destacaram que “quando o médico faz uma segunda ou terceira residência, estas geralmente são em especialidades cirúrgicas especializadas, ou então em áreas especializadas do ramo da clínica médica”.

Nesse contexto estudo realizado Rodrigues et al., (2017) analisaram 129 residentes que cursaram RM no estado de São Paulo na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, observaram que a maioria dos participantes (99,2%) continuou sua formação acadêmica após o término da residência, sendo que 57% realizaram pós-graduação lato sensu, 31,8% stricto sensu e 10,1% fizeram outra RM. Essa busca pela continuidade da formação especializada parecer ser uma realidade de egressos das RM no Tocantins.

6.1 LIMITAÇÕES

Dentre as limitações desse estudo destacamos a dificuldade na realização da pesquisa telematizada. Os dados para contato desatualizados e a baixa cultura científica de responder a pesquisas contribuíram para o número de resposta dos egressos. No entanto, o estudo é relevante por demonstrar o perfil dos médicos egressos em um período de 5 anos e a taxa de prevalência de fixação desses profissionais no estado do Tocantins. E no sentido de diminuir as limitações e ampliar a coleta de dados para pesquisas futuras, sugerimos a elaboração de um banco de dados dos egressos das RM no Tocantins.

7 CONCLUSÃO

No presente trabalho ficou evidenciada uma alta prevalência de fixação das RM no Tocantins no período analisado. O perfil do egresso é destacado pela feminização, juvenescimento e que a maioria trabalhou durante a RM para complementação de renda. Na população estudada a Cirurgia Geral e a Clínica Médica foram as especialidades que mais fixaram médicos.

Foi possível verificar que, a não fixação dos egressos foi motivada pela busca em cursar outra residência ou subespecialidade em outro Estado. Além disso, destacamos que rede privada e estadual são os locais que possuem o maior número de egressos das RM, e que os serviços de saúde municipais possuem baixa contribuição para fixação na população analisada. Nesse contexto, urge a necessidade de políticas estruturantes para a melhor fixação no serviço público municipal.

Os resultados do estudo apontaram uma perspectiva favorável e estratégica dos Programas de Residência Médica (PRM) na fixação de médico no Tocantins, o que não pode ser generalizada para a realidade de um sistema de saúde tão desigual no País. O maior investimento público na estruturação dos serviços da rede de saúde, em especial na rede municipal, na organização de apoio e desenvolvimento socioeconômico das cidades é necessário.

Por fim, acreditamos que pesquisas futuras com um desenho longitudinal podem contribuir para elaboração de um banco de dados dos egressos e melhor compreensão do impacto das RM no Tocantins, dessa forma, embasar as políticas de formação de PRM no Tocantins.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, M. L. **O processo de subjetivação no espaço hospitalar**: uma reflexão sobre a necessidade de humanização. Monografia, UniCEUB, Brasília, 2003.
- ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016, vol.26, n.2, pp.633-667. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146 maio-ago. 2005
- ASTOR, A.; AKHTAR, T.; MATAALLANA, M.A.; MUTHUSWAMI, V.;OLUWU, F.A.; TALLO, V.; LIE, R.K. **Physician migration**: views from professionals in Columbia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Soc Sci Med*. v. 61, p. 2492-500, 2005.
- BALDAÇARA, L.; BALDAÇARA, R. P. de C. Proporção de médicos que permaneceram no estado do Tocantins após o término da residência médica: resultados preliminares de um estudo transversal. São Paulo **Med. J.** vol.136 no.1 São Paulo Jan./Fev. 2018 Epub 31 de julho de 2017.
- BARLET,M; FAUVET,L; GUILLAUMAT-TAILLIET, F; OLIER, L. **Quelles perspectives pour la démographie médicale** ? L’Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). 14p. 2010.
- BERENYI, A. *Physician Supply and Demand (Health Care Issues, Costs and Access)*. Nova Science Publishers, Inc.; 112p.; 2010.
- BOTTI, S. H. de O; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 set. 1977.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.932 de 07 julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, <https://e-diariooficial.com/diario-oficial-da-uniao-dou/?gclid=EA1aIQobChMIInZDr8aOb3wIVSFYNCh2iJwxxEAAYASAAEgJZZPD_BwE> Acesso em 13/08/2018.
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1001**, de 22 outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas – Pró-Residência. Diário Oficial da União: Brasília; 2009.
- BRASIL. Presidência da república. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o programa mais médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário oficial da união - seção 1 - https://e-diariooficial.com/diario-oficial-da-uniao-dou/?gclid=EA1aIQobChMIInZDr8aOb3wIVSFYNCh2iJwxxEAAYASAAEgJZZPD_BwE acesso em 15/08/2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.516, de 10 de outubro de 2015.** Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4o e § 5o do art. 1o da Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 out. 2015.

CAMERON, J.L.; WILLIAM, S. H. **Our surgical heritage.** *Annals of Surgery*. 225(5):445-458. 1997.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgue Saúde para Debate.** V. 44, p.13-24, Maio de 2009.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: ciência e profissão** v.24 n.3 Brasília, 2004. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2004, vol.24, n.3, pp.48-57. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>

CARVALHO, S.R. Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Armstrong. **Interface.** Comunicação, Saúde e Educação. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2016.

CERQUEIRA, D. C., LIMA, R. S. D., BUENO, S., NEME, C., FERREIRA, H., COELHO, D., .. & REIS, M. (2018). **Atlas da violência** 2018.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **SciELO Saúde Pública.** 2013.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. **Atlas de la démographie médicale em France.** 167 pags, 2012. Disponível em: Disponível em: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873> 3. Acesso 8 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Demografia Médica no Brasil** / Coordenação, Mário Scheffer; equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo **Demografia Médica no Brasil**, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.162/2017.** Homologa a Portaria CME no 1/2017, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2017, Seção I, p. 98. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Estado financia Residência, mas regula pouco a oferta de profissionais. 21 páginas, 2006.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2010.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.

FIORE, M. L. DE M.; YAZIGI, L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 200-206, agosto, 2005.

FREIDSON, E. **Profissão Médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora Unesp, 453 p.2. 2009.

GARCÍA-PÉREZ, M.A.; AMAYA, C.; OTERO, A. Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation. **BMC Health Serv Res.** v.7, p.201, 2007.

GIRARDI SN, CARVALHO CL, ARAÚJO JF, FARAH JM, WAN DER MAAS L, CAMPOS LA. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, **Observa RH**; v.06, p. 171-186. 2011.

IBGE, **Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

LEE, G.; SEHGAL, R.; WANG, Z.; NAIR, S.; KIKUNO, K.; CHEN, C.H.; HAY, B.; PARK, J.H. Papel essencial da morte celular programada conduzida sombriamente para o estabelecimento do sistema nervoso peptidérgico produtor de corazonina durante a embriogênese e a metamorfose em *Drosophila melanogaster*. **Biol. Abra** 2 (3): 283—294, 2013.

MARTINS, E. M. L. R.; ALBUQUERQUE, P.C.; JUNIOR, F.J.M.O; FILHO,D.B.F. Política de residência médica e carência de especialistas em ginecologia e obstetrícia no sus em Pernambuco. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro,v15, n.3, p.843-856, dez.2017.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300843&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 ago. 2018.

MELLO, G.A.; MATTOS, A.T.R.; SOUTO, B.F.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Rev Bras Educ Med.**; v.33, 475-482. 2009.

MACHADO-PINTO J; **Eosinophilic and neutrophilic spongiosis: clues to the diagnosis of immunobullous diseases and other inflammatory disorders**. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery [01 Dec 1996, 15(4):308-316]

MATHEUS, João Paulo Chierigato; GOMIDE, Liana Barbaresco ; OLIVEIRA, Juliana Goulart Prata de; VOLPON, José Batista; SHIMANO, Antônio Carlos. Efeitos da estimulação elétrica neuromuscular durante a imobilização nas propriedades mecânicas do músculo esquelético. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 13, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922007000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 20/10/2017.

MENDONÇA, M. H. M. D.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L., & ESCOREL, S.. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, 2355-2365. 2010.

MICHEL, J.L.M.; JUNIOR, A.L.; SANTOS, R.A.; OLIVEIRA, R.A.B.; REBELATTO, J.R.; NUNES, M.P.T.. Residência Médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. **Cad. ABEM**. V.7, p.13-27, 2011.

NEY, M.S.; RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Rev Saúde Col.**; 22 (4): 1293-1311. 2012.

NUNES, M.P.T.; MICHEL, J.L.M.; BRENELLI, S.L.; HADDAD, A.E.; MAFRA, D.; RIBEIRO, E.C.O. Distribuição das vagas de Residência Médica e de médicos nas regiões do país. **Cad. ABEM**. V.7, p.28-34. Rio de Janeiro, 2011.

NUNES, M.P.T. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. **Cad ABEM**. Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, A. P.C.; GABRIEL, M.; DAL POZ, M.R.; DUSSAULT, G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

PADILHA, R.Q. **Gestão de Programas de Residência Médica no SUS**: caderno do curso 2014 / Roberto de Queiroz Padilha [...]. – São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

PETTA, H. L. 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.**, Rio de Janeiro, v.37, n. 1, p. 72-79, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 ago. 2018.

PÓVOA L.; ANDRADE, M.V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1555-1564, ago, 2006.

RODRIGUES AL; CARVALHO RS; CUELLAR PMG (2017) Perfil epidemiológico dos óbitos por afogamento no estado do Tocantins no período de 2010 a 2014. **Revista de Patologia do Tocantins**, Vol. 4 No. 3, Setembro 2017.

SAMBUNJAK D.; STRAUS, S.E.; MARUŠIĆ, A. Mentoring in Academic Medicine. A Systematic Review. **JAMA**.296(9):1103–1115. 2006.

SAMPAIO, S.A.P.; MAZZA, T. A formação de médicos especialistas e a demanda por assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 104-119, jul./dez. 2008.

SANTOS, R. A. **A creditação e avaliação de programas de residência médica**: Concepção internacional e proposta de um modelo nacional. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2016.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 268-277, ago. 2013

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. Reasons for choosing the profession and profile of newly qualified physicians in Brazil. **Rev. Assoc. Med. Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 9, p. 853-861, Dec. 2016.

SCHEFFER, M.C.; CASSENOTE, A. J. F. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, **CFM, Cremesp**, 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. 2018.

SCHWEYER, F. X. Histoire et démographie médicales. Paris, França: Haut Conseil de **La Santé Publique**. V.32, p.16-23. Septembre 2000.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-1314, 2017. Disponível em Acesso em setembro de 2018.

THE CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Supply, **Distribution and Migration of Canadian Physicians**, 2011.

UFMG. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: 83 p. 2009.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

**PREVALÊNCIA DE FIXAÇÃO DE EGRESSOS DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS
NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2013-2017**

Roteiro de Entrevista

DATA: ____/____/____

Nº: _____

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Gênero: () masculino () feminino () outro: _____
4. Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () outro: _____
5. Cidade de nascimento: _____
6. Ano de formatura na graduação e qual instituição de ensino superior? -

7. Qual Programa de Residência Médica que você cursou? _____
8. Em qual instituição? () UFT () FESP () ITPAC Porto () ITPAC Araguaína
() UNIRG
9. Ano de conclusão da residência médica? _____
10. Você trabalha na especialidade na qual se formou? () sim () não
11. Atualmente trabalha no Estado do Tocantins? () sim () não
12. Em caso negativo da pergunta anterior, qual o motivo?

13. Não sendo no Tocantins, em qual estado trabalha? _____
14. Trabalha em alguma rede municipal do Estado do Tocantins? () sim () não
15. Qual o município? _____
16. Trabalha na rede Estadual da saúde do Tocantins? () sim () não
17. Trabalha na rede privada do Estado do Tocantins? () sim () não
18. Antes ou durante sua residência já era funcionário do estado ou de alguma rede municipal? () sim () não
19. Precisou trabalhar durante a residência para complementar a sua renda? () sim
() não
20. Qual sua renda mensal atual? () até 10 salários mínimos () de 10 a 20 salários
mínimos () acima de 20 salários mínimos

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

Os pesquisadores da Universidade Federal do Tocantins, UFT, abaixo identificados, convida-o a participar, de livre e espontânea vontade de uma pesquisa. Junto com este convite estão explicados todos os detalhes sobre o estudo que será desenvolvido.

Título da pesquisa: Taxa de prevalência de fixação dos egressos das residências médicas no Estado do Tocantins na rede pública. Avaliação dos primeiros dois, cinco e dez anos após sua implantação.

Pesquisador Responsável: Luiz Sinésio Silva Neto e Leonardo R. Baldaçara

Pesquisadora Colaboradora: Ana Carolina B. de Souza Guedes

Justificativa e objetivos: Há poucas pesquisas que avaliam de forma objetiva o impacto dos programas de residência médica, em especial qual a taxa de fixação dos egressos no local onde ocorrem tais programas. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a taxa de prevalência de fixação dos egressos após a implantação das residências médicas no estado do Tocantins.

Procedimentos: Você está sendo convidado a responder um questionário que avaliará sua situação profissional atual, no que concerne ao local de trabalho, local de moradia e modificação dos locais de trabalho após cursar o programa de residência médica. Você receberá o roteiro de entrevista por e-mail, juntamente com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O prazo para resposta ao roteiro de entrevista é de 7 dias. Ao clicar em “enviar”, os pesquisadores receberão as respostas automaticamente. Possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa: exposição dos dados que será controlado com sigilo; invasão de privacidade; tempo destinado para o entrevistado responder o questionário; e constrangimento. Os riscos serão minimizados ao garantir a confidencialidade dos dados e a não violação e integridade dos documentos. Com o envio do questionário via e-mail o entrevistado poderá responder as questões com privacidade no horário mais oportuno. Além do mais, terá liberdade de não responder qualquer questão que se sinta constrangido.

Benefícios esperados dessa participação: Auxiliará na compreensão do impacto da implantação dos programas de residência médica e auxiliará compreender o impacto do investimento de dinheiro público na formação de especialistas.

Aos participantes serão garantidos os seguintes direitos, baseado na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde:

a) Acompanhamento e assistência: você terá direito aos resultados da pesquisa após a análise final;

b) Garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa: você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

c) Garantia de manutenção do sigilo e da sua privacidade durante todas as fases da pesquisa: os dados estarão protegidos em microcomputador por senha;

d) Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

e) Garantia de ressarcimento: Não há custos para você. Caso tenha, será de responsabilidade do pesquisador;

f) Garantia de indenização: Caso você sofra algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a indenização.

Contato do Pesquisador Responsável:

Leonardo Rodrigo Baldaçara

Avenida NS 15, 109, Campus de Palmas, Bloco BALAI, sala 12 C Plano Diretor
 Norte, Palmas - TO, 77001-090 Telefone: 63-3232-8277 E-mail:
 leonardobaldassara@gmail.com

Contato da Pesquisadora Colaboradora:

Ana Carolina B. de Souza Guedes
 Hospital e Maternidade Dona Regina
 Rua NE 5, 104 Norte, Lote 21/41, S/N,
 Centro, Palmas - TO, 77006-020
 Telefone: 063- 9 9226-6070
 E-mail: anacarolinarez@gmail.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins:

Avenida NS 15, 109, Campus de Palmas, Prédio do Almoarifado
 Plano Diretor Norte, Palmas - TO, 77001-090
 Telefone: 3232-8023
 E-mail: cep_uft@uft.edu.br

Eu,,
 declaro ter lido e compreendido o presente termo de consentimento e informo que
 concordo em participar da pesquisa sobre a 'Taxa de prevalência de fixação dos
 egressos das residências médicas no Estado do Tocantins na rede pública. Avaliação dos
 primeiros dois, cinco e dez anos após sua implantação', após a explicação de todos os
 passos do projeto.

.....
 Assinatura do participante da pesquisa:

.....
 Assinatura do Pesquisador:

.....
 Local e Data.

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UFT**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UFT****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fixação de egressos das residências médicas no Estado do Tocantins na rede pública

Pesquisador: Leonardo Rodrigo Baldaçara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73833615.5.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.292.540

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa longitudinal, mas também com análises transversais. Todos egressos das residências médicas do Tocantins serão contatados por telefone e e-mail para responder aos quesitos após consentimento. As entrevistas serão realizadas anualmente por um período de 10 (dez) anos. Serão excluídos da análise aqueles que não concordaram em participar e aqueles que não foram encontrados. As variáveis a serem avaliadas (questões) foram: idade, gênero, programa de residência que cursou, ano de formatura, se atualmente (após a formatura) trabalha no estado do Tocantins, se trabalha na especialidade que se formou, se não está trabalhando no Estado do Tocantins, qual o motivo; se trabalha em alguma rede municipal do Estado do Tocantins e em qual município, se trabalha na rede Estadual da saúde; se trabalha na rede privada do Estado do Tocantins; se precisou trabalhar durante a residência para complementar sua renda; qual a renda atual; antes ou durante sua residência já era funcionário do estado ou de alguma residência municipal. As entrevistas ocorrerão por e-mail. Aqueles que não responderam serão contatados por telefone. Na análise estatística os dados serão registrados e analisados em microcomputador através do sistema IBM SPSS 22.0. As variáveis serão apresentadas como número absoluto e em proporção. Posteriormente, será realizada uma análise comparativa através do teste Qui-quadrado.

Número de participantes da pesquisa: 300 indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a taxa de fixação de egressos após a implantação das residências médicas no Estado do Tocantins.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores descrevem in verbis: “Leve: exposição dos dados que será controlado com sigilo; invasão de privacidade; tempo destinado para o entrevistado responder o questionário e constrangimento. Os riscos serão minimizados ao garantir a confidencialidade dos dados e a não violação e integridade dos documentos. Com o envio do questionário via e-mail o entrevistado poderá responder as questões com privacidade no horário mais oportuno. Além do mais, terá liberdade de não responder qualquer questão que se sinta constrangido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados serão coletados via questionário, contendo 15 questões, indexado em formulário eletrônico do **Google.Forms®** enviados por e-mail juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As respostas dos entrevistados serão armazenadas em arquivo Excel para posterior análise estatística. O momento de preenchimento das respostas ao questionário fica a cargo da disponibilidade do entrevistado, visto que será enviado por e-mail.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Forma apresentados todos os instrumentos solicitados.

Recomendações:

Em eventual mudança de meio de coleta (**Google.Forms®**) o pesquisador deverá apresentar emenda atualizando o protocolo;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto passível de execução sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_639031.pdf	05/08/2017 7:36:37		ceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	05/08/2017 7:34:33	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA	ceito
Investigador	Projeto.pdf	05/08/2017 7:34:33	GUEDES	ceito
Outros	Roteiro_entrevista_completo.pdf	05/08/2017	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA	ceito

		1 7:16:48	GUEDES	
Outros	declaracao_fase_inicial.pdf	0 5/08/2017 7:15:56	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
Outros	carta_apresentacao.pdf	0 5/08/2017 7:14:46	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
Outros	fiel_depositario.pdf	0 5/08/2017 7:14:25	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
Outros	declaracao_de_coordenador.pdf	0 5/08/2017 7:13:15	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
Orçamento	orcamento.pdf	0 5/08/2017 7:10:16	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	0 5/08/2017 7:09:50	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
Cronograma	cronograma.pdf	0 5/08/2017 7:08:46	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	0 5/08/2017 7:05:24	ANA CAROLINA BATISTA DE SOUZA GUEDES	ceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PALMAS, 22 de Setembro de 2017

Assinado por:

**PEDRO
YSMAEL
CORNEJO MUJICA**