

Relatório de Avaliação

Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (Pró-residência Médica)

Ciclo 2021

CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

COMITÊ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE GASTOS DIRETOS

Ciclo CMAP
2021

Política avaliada
Programa Nacional de Residência Médica em Áreas Estratégicas
(Pró-residência médica)

Coordenador e executor da avaliação

DISOC/IPEA/ME:

Luciana Mendes Santos Servo

Equipe:

Aléssio Tony Cavalcanti Almeida (UFPb/PNPD/Ipea)

Luis Cláudio Lobato (PNPD/Ipea)

Welligton Cavedo (PNPD /Ipea)

Executores da avaliação

SOF/ME:

Marcelo Prudente (Coordenador)

Martin Fortis

Elton Mello

CGU:

Rodrigo Eloy Arantes (Coordenador)

Lorena Brito Justa Croitor

André Luis Dantas Melo

Alexandre Ávila Furiati

Geilson de Carvalho Leão

Juliano Dalbo

INSPER:

Letícia Nunes

Supervisor da avaliação

DEAP/SETO/ME:

Wilsimara Rocha

Roberta Vieira

Ana Paula Pedrosa

Assessoria técnica


CLEAR/EESP/FGV:

Camila Soares

Camila Magalhães

Enap:

Guilherme Dias



Bruno Reis
Lorenzo Bianchi
Willian Adamczyk

Informações:

Departamento de Avaliação da Políticas Públicas (DEAP)
Tel: (61) 3412-2264

Home Page:

<https://bit.ly/DEAP-SETO>

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo
deste relatório desde que mencionada a fonte.

SIGLAS

CGU – Controladoria Geral da União

CLEAR – Centro de Aprendizagem em Avaliação e Resultados para o Brasil e a África Lusófona

CMAP – Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas

CMAG – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos

CMAS – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CEREM – Comissão Estadual de Residência Médica

EESP – Escola de Economia de São Paulo

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública

FGV - Fundação Getúlio Vargas

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

INSPER – Instituto de Ensino e Pesquisa

ME – Ministério da Economia

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

Departamento de Avaliação da Políticas Públicas (DEAP)

Secretaria Especial do Tesouro e Orçamento (SETO)

Sigresidências – Sistema Informações Gerenciais do Pró-Residências

SisCNRM – Sistema de Comissão Nacional de Residência Médica

SOF - Secretaria de Orçamento Federal

Lista de tabelas

Tabela 1: Escolas médicas no Brasil por período de criação e natureza jurídica do gestor, 1808-2021	8
Tabela 2: Distribuição de médicos (indivíduos e registros) segundo número de títulos de especialistas – Brasil, 2020	12
Tabela 3: Distribuição de vagas de primeiro ano de residência médicas (R1) segundo <i>status</i> de autorizadas, ocupadas e ociosas, de 2015 a 2019.....	60
Tabela 4: Distribuição de Residentes, do Pró-Residência Médica, segundo unidades da Federação e grandes regiões – Brasil, 2021	61
Tabela 5: Execução orçamentária da ação 20YD (variação em relação ao exercício anterior)	80
Tabela 6: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundação Oswaldo Cruz)	83
Tabela 7: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundo Nacional de Saúde)	84
Tabela 8: Execução orçamentária do P.O. 0003 por NDD (exercício de 2019)	85
Tabela 9: Execução orçamentária do P.O. 0003 (valores percentuais das métricas utilizadas)	87
Tabela 10: Desempenho físico do P.O. 0003	89
Tabela 11: Variação anual das métricas aplicadas para o P.O. 0003	90
Tabela 12: Desempenho físico dos P.O. 000E e 000F, exercício de 2021... ..	90
Tabela 14: Estimativa do gasto orçamentário por beneficiário da ação 00P1 com base na métrica NDD	95
Tabela 15: Programa Pró-Residência (R1) - Número de Bolsas de Residência Médica, por ano do edital e principais especialidades.....	106
Tabela 16: Quantidade de concluintes de todos os programas de residência médica, do Pró-Residência e cobertura do Programa, por ano de conclusão	110
Tabela 17: Cobertura de concluintes por ano de conclusão e especialidades selecionadas, 2012 a 2019	110
Tabela 18: Cobertura de concluintes de residência médica com financiamento do Pró-Residência em relação ao total de concluintes de programas de residência médica no Brasil, 2012 a 2019	111
Tabela 19: Distribuição de formados em residências com bolsas do Programa Pró-Residência Médica por especialidades. Brasil, 2011 a 2019.....	115
Tabela 20: Estatísticas descritivas das variáveis usadas no modelo de regressão, painel estadual de 2010 a 2019.....	117
Tabela 21: Indicadores de cobertura do Pró-residência Médica e dos indicadores de resultado. Total e por região geográfica (prioritária e não prioritária), 2010 e 2019	121
Tabela 22: Resultados do modelo de regressão para um painel de dados de 2010 a 2019. Estados Brasileiros.	123
Tabela 23: Resultados do modelo de regressão para um painel de dados de 2010 a 2019. Estados Brasileiros.	125

Lista de quadros

Quadro 1: Avaliação de desenho.....	24
Quadro 2: Estrutura de P.O. da ação 20YD (exercício 2013).....	74
Quadro 3: Detalhamento de RAP do P.O. 0003.....	91

Lista de figuras

Figura 1: Quadro conceitual – Demografia Médica no Brasil.....	10
Figura 2: Concentração de profissionais médicos em ocupações de médicos especialistas e variação (%) de especialistas, por unidade da federação e por macrorregião de saúde, 2015-2019.....	15
Figura 3: Etapas do modelo lógico	23
Figura 4: Modelo Lógico do Pró-residência médica	27
Figura 5: Insumos do Pró-residência médica.....	29
Figura 6: Atividades desenvolvidas pelo Pró-residência médica	30
Figura 7: Produtos gerados pelas atividades	31
Figura 8: Resultados e impactos do Programa.....	33
Figura 9: Diferença entre governança e gestão	39
Figura 10: Perspectivas da governança pública	42
Figura 11: Componentes de avaliação de políticas públicas	43
Figura 12: Detalhamentos dos P.O. da ação orçamentária 20YD (exercício de 2021).....	75

Lista de gráficos

Gráfico 1: Médicos em ocupações de especialistas por 100 mil habitantes, por grandes regiões – 2015 a 2019	14
Gráfico 2: Comparação entre PLOA, LOA e Dotação Atual (ação 20YD).....	77
Gráfico 3: Alocação orçamentária da ação 20YD (dotação atual) segregada por U.O.	79
Gráfico 4: Execução orçamentária da ação 20YD (empenho e pagamento)	79
Gráfico 5: Execução orçamentária da ação 20YD (empenho) segregada por U.O.....	81
Gráfico 6: Execução orçamentária da ação 20YD (pagamento) segregada por U.O.....	81
Gráfico 7: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundação Oswaldo Cruz)	82
Gráfico 8: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundo Nacional de Saúde)	83
Gráfico 9: Valores empenhados para P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS) por NDD, exercício de 2019.....	84
Gráfico 10: Execução orçamentária do P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS)	86
Gráfico 11: Execução orçamentária do P.O. 0008 (Educação Permanente e Pós-graduação em Saúde e em Ciência e Tecnologia em Saúde)	87
Gráfico 12: Execução orçamentária do Pró-Residência em 2021 (P.O. 000E e 000F).....	88
Gráfico 13: Volume de inscrição em Restos a Pagar do P.O. 0003	90
Gráfico 14: Execução orçamentária das ações 4005 e 00P1.....	92
Gráfico 15: Execução orçamentária das ações 4005 e 00P1 pela ótica do elemento de despesa, exercício de 2021	93
Gráfico 16: Valores empenhados para a ação 00P1 (Apoio à Residência em Saúde) por NDD, exercício de 2021.....	94
Gráfico 17: Participação dos concluintes e residentes no período entre 2006 e 2019, por ano de situação da residência.....	103
Gráfico 18: Programa Pró-Residência (R1) - Número de Bolsas de Residência Médica, por ano do edital	104
Gráfico 19: Programa Pró-Residência - Percentual de Bolsas de Residência Médica, por especialidades e ano do edital.	105
Gráfico 20: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica (R1) aprovadas em editais, por estado, 2009-2019.	106
Gráfico 21: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica (R1) em editais, por região e ano.	107
Gráfico 22: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica em editais, por região metropolitana/interior e ano.	107
Gráfico 23: Cobertura de especialistas formados nas áreas médicas prioritárias com bolsa do Programa Pró-Residência Médica por regiões geográficas prioritárias (Norte e Nordeste) e não prioritárias (Sudeste, Sul e Centro-Oeste), 2010 a 2019	119
Gráfico 24: Média dos indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes. Brasil, 2010 a 2019.....	120

Sumário

1	APRESENTAÇÃO	1
2	MERCADO DE TRABALHO DE MÉDICOS E RESIDÊNCIAS MÉDICAS NO BRASIL	8
2.1	Características gerais.....	8
2.2	Médicos especialistas no Brasil: por titulação e ocupações.....	10
3	BREVE HISTÓRICO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS DIRETAMENTE NA FORMULAÇÃO DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA	18
4	QUESTÕES DE AVALIAÇÃO	21
5	AVALIAÇÃO DE DESENHO DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA	22
5.1	Apresentação.....	22
5.2	Metodologia da Avaliação de Desenho.....	23
5.3	Árvore do problema e árvore de objetivos	25
5.4	Modelo Lógico do Programa	26
5.5	Discussões a partir da avaliação de desenho e as questões para as outras avaliações	33
6	AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA	35
6.1	Detalhamento das instituições e responsabilidades formais	35
6.2	Definição do objeto de auditoria	37
6.2.1	Governança pública	39
6.2.2	Avaliação de governança em políticas públicas	42
6.3	Definição do escopo de auditoria.....	43
6.4	Metodologia.....	43
6.5	Resultados da Avaliação	45
6.5.1	Ausência de matriz de responsabilidades, com definição formal das competências das principais partes interessadas.	46
6.5.2	Mapeamento dos processos incipiente	51
6.5.3	Ausência de adequada definição de metas para aferição do alcance dos objetivos do Programa	54
6.5.4	Ausência de iniciativa governamental de acompanhamento periódico dos egressos dos programas de residência médica.	57
6.5.5	Elevada ociosidade de vagas nos programas de residência médica	59
6.5.6	Monitoramento e Avaliação incipientes do Pró-Residência.	63
6.6	Discussões a partir da avaliação de governança	68
7	AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA	71
7.1	Apresentação.....	71
7.2	Levantamento de dados	71
7.2.1	Marco normativo	71

7.2.2	Ótica do planejamento orçamentário (PPA)	72
7.2.3	Configuração orçamentária	73
7.3	Análise da relação entre PLOA, LOA e Dotação Atual da ação orçamentária 20YD.....	76
7.4	Execução orçamentária: perspectiva da ação 20YD	77
7.4.1	Visão geral da execução orçamentária para o período 2010-2021	77
7.4.2	Execução orçamentária da ação 20YD para o período 2010-2021	78
7.4.3	Execução orçamentária (2010-2020) com base na natureza detalhada da despesa (NDD)	84
7.4.4	Execução orçamentária (2010-2021) com base em P.O. específico	85
7.4.5	Execução orçamentária: a ótica da meta física	88
7.4.6	Análise do volume de Restos a Pagar (RAP)	89
7.4.7	Comparação com as ações orçamentárias 4005 e 00P1(MEC)	92
7.5	Discussões a partir do perfil orçamentário do Pró-Residência	95
7.5.1	O que mostram os dados?	95
7.5.2	Execução orçamentária: comentário sobre processo decisório	95
8	AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA	97
8.1	Apresentação.....	97
8.2	Metodologia da avaliação de implementação e aproximações para a avaliação de resultados	97
8.2.1	Banco de dados e métodos	97
8.3	Análise dos editais do Pró-residência médica na perspectiva da implementação: definição de prioridades, responsabilidades e distribuição das bolsas por editais	100
8.3.1	Prioridades e responsabilidades institucionais: mudanças ao longo do tempo	101
8.3.2	Análise do conjunto dos programas de residência médica no Brasil no período 2006 a 2019.....	102
8.3.3	Análise das bolsas aprovadas (R1) pelos editais do Pró-residência médica.....	103
8.4	Indicadores gerais do SisCNRM e Sigresidencia	108
8.4.1	Indicador de cobertura do Pró-residência	108
8.5	Discussões a partir da implementação	110
9	AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA	113
9.1	Apresentação.....	113
9.2	Metodologia.....	113
9.2.1	Dados.....	114
9.2.2	Modelos.....	118
9.3	Resultados.....	119
9.3.1	Análise descritiva.....	119

9.3.2 Modelo geral.....	121
9.3.2 Modelo por regiões geográficas prioritárias.....	124
9.4 Discussões a partir da avaliação de resultados.....	126
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DISCUSSÕES GERAIS SOBRE O PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA.....	127

1 APRESENTAÇÃO

No Ciclo 2021 do CMAP, que se encerra em setembro de 2022, a ação orçamentária 20YD – **Educação e formação em saúde** foi escolhida para avaliação. Nas oficinas de preparação, observou-se que essa ação possuía diversos planos orçamentários relacionados à educação em saúde e gestão, fazendo-se necessário escolher um escopo mais bem definido para a avaliação. Após discussão com os potenciais executores da avaliação dessa ação, definiu-se que o seu foco seria o **Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, Pró-residência**, que representava o principal plano orçamentário dessa ação nos anos 2020 e 2021. Além disso, com o avançar da discussão e para elaboração do programa de trabalho, observou-se que o Programa, que inicialmente tinha um foco nas residências médicas, passou a incorporar também as residências multiprofissionais de saúde logo no primeiro ano de sua implementação. Assim, outro recorte para análise foi avaliar somente a modalidade relacionada às **residências médicas**, doravante denominado **Pró-residência médica**.

Na sequência do processo, foram definidas a instituição coordenadora da avaliação, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), apoiadora do CMAP, e a participação de três instituições executoras de questões de avaliação: a Controladoria Geral da União (CGU), a Secretaria de Orçamento Federal (SOF) e, a instituição convidada, o Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER). O Ipea ainda contou com o apoio de um especialista em avaliação da Universidade Federal da Paraíba (UFPb) e bolsista do Ipea por meio do seu Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD), envolvido no projeto “Avaliação em Saúde”. Além disso, contou com outros dois bolsistas por meio também do PNPD/Ipea e no mesmo projeto.

Posteriormente, a avaliação de desenho contou com a facilitação do Centro de Aprendizagem em Avaliação e Resultados para o Brasil e a África Lusófona da Fundação Getúlio Vargas (Clear/FGV). Essa participação da equipe do Clear foi intermediada pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap), que, a partir do Evidências *Express*¹, realizou estudos para apoio à avaliação de desenho. Todo esse processo aconteceu sob supervisão e apoio da equipe do Departamento de Avaliação de Políticas Públicas (DEAP) da Secretaria Especial do Tesouro e Orçamento (SETO) do Ministério da Economia. Além disso, contou com a colaboração das equipes do Ministério da Saúde e da Educação.

O Pró-residência, no seu componente de bolsas para residências médicas, cumpre um papel importante ao se constituir parte de uma política pública que procura articular demanda por e oferta de médicos especialistas voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema a ser priorizado pelo Estado em seu financiamento e na sua estruturação, para atender os princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988. A residência médica no Brasil é uma modalidade de formação, em nível de especialização e com associação

¹ Evidência *Express* é vinculada à Diretoria de Altos Estudos da Escola Nacional de Administração Pública (Enap) e tem por foco “*reunir, sintetizar e fornecer evidências para o desenho, monitoramento e avaliação de políticas públicas*” (In: <https://bit.ly/3P4CEHc>, acesso em 08 de maio de 2022)

à capacitação em serviço. Foi regulamentada por meio do Decreto n. 80281 de 05 de setembro de 1977, com alterações posteriores. Esse mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Não obstante a residência como parte da formação médica se encontrar normatizada há mais de 40 anos, e com algumas experiências retornando aos anos 40 do século passado, o Pró-Residência Médica, é bem mais recente. Foi instituído em 2009, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde n. 1001 de 22 de outubro. O Pró-residência médica tem por foco a formação médica em especialidades e regiões prioritárias do país e para o SUS (Petta, 2013, p. 73).

Ele surge a partir da constatação de que as necessidades de médicos em determinadas especialidades e áreas geográficas não estavam sendo supridas integralmente por outros programas de residência médica e que, mesmo naquelas onde há oferta de especialistas, a prioridade de atuação não era o SUS (Petta, 2013).

Ainda que o programa tenha relação com a oferta de especialistas por meio da formação, a provisão e a fixação de profissionais não fazem parte diretamente das ações desenvolvidas por meio dele. Para que isso ficasse mais claro, fez-se necessário iniciar as avaliações compreendendo melhor o desenho do Pró-residência médica antes de avançar para as outras avaliações previstas no plano de trabalho. O trabalho de avaliação envolveu cinco grandes blocos: desenho, governança, execução orçamentária e financeira, implementação e resultados. As avaliações propostas não têm a pretensão de discutir todo o processo formativo de médicos no Brasil nem de avaliar todos os programas de residência médica do país que não sejam financiados por meio de editais do Pró-residência, quais sejam: outros programas com financiamento federal do MEC, de estados, municípios e instituições privadas.

Na próxima seção será feita uma breve discussão sobre o mercado de trabalho médico e as residências médicas no Brasil buscando entender o contexto no qual atua o Pró-residência médica. Na sequência são apresentadas as cinco questões de avaliação e os resultados obtidos durante esse ciclo do CMAP. Ao final, discute-se, em linhas gerais, os avanços e os principais desafios colocados para o programa. Essas avaliações e discussões serviram de apoio para o relatório de recomendações enviado para os gestores do programa, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e entregue ao CMAP junto com esse relatório consolidado das avaliações.

2 MERCADO DE TRABALHO DE MÉDICOS E RESIDÊNCIAS MÉDICAS NO BRASIL

2.1 Características gerais

Os anos 2000 se caracterizam por alguns fatos estilizados em relação ao mercado de trabalho de médicos no Brasil: ampliação da oferta, aumento das remunerações médias dos empregados, pleno emprego e a persistência da concentração regional de profissionais.

A oferta de médicos no Brasil se amplia significativamente com o aumento mais acelerado da oferta de cursos de graduação a partir dos anos 2000, particularmente com a criação de novas escolas privadas (tabela 1), com o aumento da demanda por cursos de medicina e uma elevada taxa de conclusão dos ingressantes² (Vieira e Servo, 2014; Scheffer *et al*, 2020).

Tabela 1: Escolas médicas no Brasil por período de criação e natureza jurídica do gestor, 1808-2021*

Período de criação	Escolas Médicas		
	Pública	Privada	Total
1808-1989	52	37	89
1990-1999	5	16	21
2000-2009	23	51	74
2010-2021*	62	106	168
Total	142	210	352

Fonte: Escolas Médicas do Brasil. In: <https://bit.ly/3tBiY3V> (Acesso em 02 de janeiro de 2022)

Segundo dados consolidados por Scheffer *et al* (2020), a entrada de médicos em atividade aumentou de 8 mil em 2000 para 21 mil em 2019 e o número absoluto de saídas (por aposentadoria, óbito ou cancelamento do registro) tem-se mantido abaixo de 1,6 mil profissionais. Com isso, a oferta total de médicos aumentou no período, com o número de profissionais médicos no Brasil passando de 113,5 mil em 1980 para 478 mil em janeiro de 2020, aumentando de 0,9 para 2,4 médicos por mil habitantes. Em 2020, a idade média era de 45 anos (sendo, 56% com menos de 44 anos) e com um aumento da proporção de mulheres, que apresentam uma idade média ainda menor (42 anos). Assim, a profissão tem-se tornado mais feminina e mais jovem (Scheffer *et al*, 2020).

Observa-se, também, um aumento das remunerações média e mediana dos médicos empregados no mercado formal de trabalho. Essa remuneração não é efetivamente aquela percebida por esses profissionais no mercado, visto que há múltiplas formas de inserção de médicos. A maioria dos postos de

² Os cursos de medicina também têm um alto valor de mensalidades. Na maioria das instituições que constam do sítio Escolas Médicas no Brasil, as mensalidades eram superiores a R\$ 7 mil reais, com algumas aproximado de R\$ 13 mil (<https://bit.ly/3wmXEQQ>, acesso em 02 de janeiro de 2022).

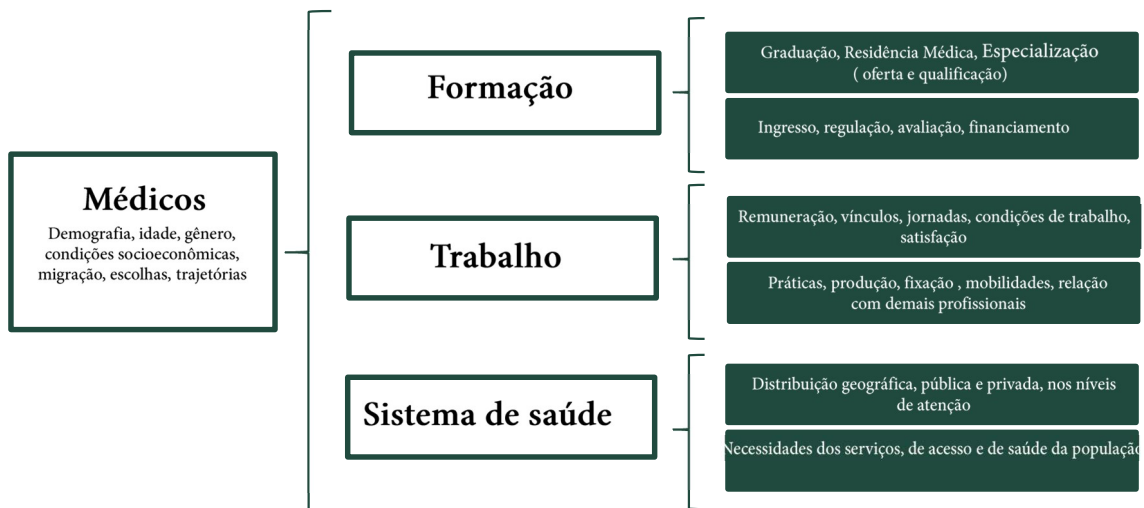
trabalho desses profissionais está relacionada a vínculos não empregatícios ou por contratados não relacionados ao mercado formal de trabalho (CMAP, 2021). Não se sabe efetivamente quais são as remunerações provenientes do mercado de trabalho formal e de outras fontes. As informações provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), uma das fontes para análise do mercado de trabalho brasileiro, só nos apresentam a remuneração relacionada ao vínculo contratual formal, normalmente empregado com carteira de trabalho assinada ou empregos públicos. Essas modalidades de contratação representavam menos de 40% do total dos postos de trabalho ocupados por médicos em 2019 (CMAP, 2021).

Uma importante fonte de informação seria o imposto de renda de pessoas física e jurídica que, combinadas com outras fontes, permitiria estimar as rendas dos médicos. Isso se deve ao fato de parte importante da renda desses profissionais ser proveniente de sua atuação como proprietários de estabelecimentos de saúde ou profissionais autônomos, os quais representam 44% dos postos médicos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Todavia, as informações com esses recortes não estão disponíveis publicamente.

Ainda que com limitações de cobertura, as tendências apresentadas pela inserção no mercado de formal a partir dos dados da RAIS, a alta demanda pelos cursos de medicina e o aumento das remunerações médias ao longo do tempo podem ser considerados como indicadores econômicos de escassez de médicos no mercado de trabalho (Vieira e Servo, 2014). Todavia, para alguns pesquisadores, o maior problema seria a distribuição espacial desses profissionais (Scheffer *et al*, 2020). Essa discussão não se refere especificamente aos médicos especialistas, mas ao mercado de trabalho de médicos (generalistas e especialistas) e políticas de formação, atração e fixação desses profissionais.

Partindo do quadro conceitual proposto por Scheffer *et al* (2019), a residência médica faz parte da formação de profissionais de saúde e está relacionada à oferta de trabalho para a saúde. Assim, a discussão sobre médicos no Brasil, sua demografia e sua participação no mercado de trabalho envolvem outras questões para além da discussão sobre residência médica, ainda que relacionadas entre si (figura 1). Assim, definir políticas de formação de médicos, de atração e fixação de profissionais refere-se a um debate amplo que vai além do objetivo deste relatório.

Figura 1: Quadro conceitual – Demografia Médica no Brasil



Fonte: Scheffer, M *et al.* Demografia Médica no Brasil, 2019. Adaptado de PAHO/OMS

Para aproximar essa discussão do objeto desta avaliação serão apresentados, de forma sintética, indicadores relacionados à formação de médicos especialistas no Brasil, bem como à sua alocação entre regiões e entre especialidades. A subseção seguinte traz evidências produzidas por Scheffer *et al* (2020), bem como por um trabalho feito para subsidiar a elaboração da avaliação de desenho do Pró-residência médica (Reis, Bianchi, Adamczyk, 2021a), que é uma das avaliações apresentadas neste relatório. Essas serão complementadas com algumas análises adicionais para contextualizar as avaliações.

2.2 Médicos especialistas no Brasil: por titulação e ocupações

Há basicamente três formas de obter um título de especialista no Brasil: (1) concluindo uma residência médica; (2) por meio de prova das sociedades de especialistas e (3) revalidando um título obtido no exterior. A residência médica se constitui na principal forma de obtenção da certificação como especialista, sendo realizada em uma instituição brasileira credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

As residências médicas são financiadas com bolsas públicas, do governo federal, dos governos estaduais e municipais e, também, de instituições privadas. O médico faz uma prova para ingressar na residência, recebe a bolsa, passa pela capacitação em serviço, apresenta trabalho de conclusão de curso e, se aprovado, obtém o certificado da especialização que pode ser registrado numa associação de especialistas.

As especialidades e áreas de atuação são reconhecidas e apresentadas em resoluções publicadas pelo CFM. Esse normativo é aprovado pela Comissão Mista de Especialidades (CME) e homologado pelo plenário do CFM. A CME foi criada em 2015, tendo por membros representantes do CFM, da AMB e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC). Não há representação dos gestores do SUS nessa Comissão.

Cabe observar, também, que, entre 2015 e 2019, foram publicadas 3 (três) resoluções do CFM com especialidades e áreas de atuação reconhecidas por

este Conselho. As alterações, em geral, são relativas à inclusão de novas especialidades e áreas de atuação, exclusão de alguma especialidade ou área de atuação, e/ou alteração da duração da formação. Na última Resolução n. 2.221/18, que alterou a de 2017, foi incluída a área de atuação medicina aeroespacial e ampliou para cinco anos o tempo necessário para a formação do cirurgião cardiovascular. A área de atuação em medicina de urgência deixou de existir, sendo incorporada à especialidade de medicina de emergência. Assim, não houve alteração no total de especialidades (55) e áreas de atuação (59).

Há diferentes sistemas de informações que apresentam o número de médicos especialistas no Brasil. Quando se trata dos profissionais médicos e em especialidades, uma das fontes principais provém das sociedades de especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira (AMB) e do total de médicos na base do Conselho Federal de Medicina (CFM). Os dados detalhados e longitudinais das sociedades de especialistas e registros do CFM, com informações detalhadas sobre médicos generalistas³ e de médicos especialistas do Brasil, não estão disponíveis publicamente.

Há, também, informações sobre certificados de residência médica do Sistema do CNRM (SisCNRM) que compõem uma base pública a qual permite construir um histórico dos médicos com certificados de residência por instituição, programa, Cadastro de Pessoa Física (CPF) do residente, data de início, data de término e data de certificação. Segundo informações do MEC, que faz a gestão desse sistema, este apresenta maior consistência dos registros a partir de 2002.

Quando o objetivo é analisar o número de médicos ocupando postos de trabalhos, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) gerido pelo Ministério da Saúde passa a ser a principal fonte de informação pública. Scheffer *et al* (2020) alertam que todos os sistemas de informação apresentam limitações, chamando atenção para os problemas de atualização e completude. Com relação ao CNES, lembram também que o sistema se refere às ocupações em especialidades e não ao total de especialistas existentes.

Além dos dados do CNES, esses autores consolidaram informações de outros sistemas, incluindo os mencionados anteriormente. Os dados apresentados por Scheffer *et al* (2020) mostram o número de registros nos conselhos, número de profissionais sem título, com apenas um título de especialistas, dois e três ou mais títulos (tabela 2). Considerando dados de janeiro de 2020, mostram que 38,7% dos médicos brasileiros seriam generalistas (graduados sem títulos de especialistas), 43,2% possuíam título em uma especialidade, o restante teria dois ou mais títulos. Há diferença entre registros e indivíduos,

³ Médicos generalistas é uma denominação usada para os médicos que concluíram a graduação em medicina, mas não realizaram residência ou provas para obtenção de título de especialista. Não se referem aos médicos clínicos gerais nem aos médicos especialistas em medicina de família e comunidade que são duas especialidades reconhecidas na Resolução 2.221/18 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

pois um mesmo médico (indivíduo) pode ter inscrição ativa (com registros secundários) em mais de um Conselho Regional de Medicina (CRM)⁴.

Tabela 2: Distribuição de médicos (registros e indivíduos) segundo número de títulos de especialistas – Brasil, 2020

Número de títulos	Registros		Indivíduos	
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)
Nenhum	204.280	39,0	184.946	38,7
1	225.367	43,0	206.560	43,2
2	77.792	14,9	71.428	14,9
3 ou mais	16.089	3,1	15.076	3,2
Total	523.528	100	478.010	100

Fonte: Scheffer *et al* (2020), Tabela 1, p.22

Pelas informações consolidadas por eles, havia 293 mil médicos com pelo menos um título de especialista, os quais correspondem a 432 mil títulos de especialistas em 2020, lembrando que há médicos com dois ou mais títulos. Desse total, haveria 48.997 especialistas em clínica médica, representando 11,3% do total de especialistas, seguido por especialistas em pediatria (10%), cirurgia geral (8,9%), ginecologia e obstetrícia (7,7%) e anestesiologia (5,9%). Essas cinco especialidades concentram 44% do total de títulos naquele ano, de um total de 55 especialidades e 59 áreas de atuação reconhecidas no Brasil em 2020 (Resolução CFM 2221/2018).

Quando os dados do CNES são analisados, em dezembro de 2020, havia cerca de 130,8 mil profissionais classificados como médicos clínicos (CBO 2251-25). Segundo Scheffer *et al* (2020), como dito, havia cerca de 48 mil títulos de especialistas em clínica médica no Brasil neste ano⁵. Outra diferença que chama atenção refere-se ao número de profissionais em ocupações de medicina de família e comunidade (CBO 2251-30). Pelo CNES, em dezembro de 2019, haveria 27,8 mil profissionais médicos atuando em ocupações da estratégia de Saúde da Família (CBO 2251-42) e pouco mais de mil na ocupação de médico de família e comunidade (CBO 2251-30). Pelos dados

⁴ "Tal procedimento ocorre dentro das normas legais com profissionais que atuam em dois estados fronteiriços, ou que se deslocam por determinado período de uma unidade da Federação para outra". (Scheffer *et al*, p.21)

⁵ As diferenças para o total de profissionais sem nenhum título (médicos generalistas) apresentadas na tabela 2 pode ser explicada, em parte, por médicos com registro ativo não estarem atuando em CBO de médicos (CBO 2231, 2251, 2252 e 2253), podendo estar classificados no CNES em CBOs de gestão (direção, gerência etc.), em atividades ensino e pesquisa, entre outras. Podem estar atuando em outros estabelecimentos não saúde que não fazem parte do CNES. Além disso, um médico pode atuar em qualquer ocupação.

consolidados por Scheffer *et al* (2020) haveria 7,1 mil médicos com títulos de medicina de família e comunidade em 2020. Isso pode se dever, entre outros fatores, às diferenças de tratamentos nas bases, qual seja: relacionada à ocupação e outra referir-se às especialidades. Destaca-se que um médico generalista ou com título em qualquer especialidade pode atuar na ocupação de médico na estratégia de Saúde da Família.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), ao comentar os dados desse estudo afirma que:

Antes de detalhar sobre os números encontrados, é importante reforçar que esses dados são obtidos a partir de fontes secundárias como RQE e AMB, por meio de titulados. Assim, é considerado especialista em MFC todo o profissional com residência médica na área e/ou título obtido pela AMB/SBMFC e que registrou sua especialidade no Registro do Quadro de Especialistas (RQE) de seu Conselho Regional de Medicina. Isso quer dizer que esse é um número subestimado em relação ao total de médicos e médicas de família do país (SBMFC, 2020).

Todavia, mesmo que uma parte dos médicos com título de especialista não tenha feito o registro e/ou esteja atuando em outras especialidades, a SBMFC considera que há um importante déficit de médicos na especialidade de MFC, visto que, só para suprir as necessidades de médicos com essa especialidade nas equipes de saúde da família seriam necessários mais de 40 mil especialistas⁶.

Ainda que o CNES apresente limitações por, como dito anteriormente, tratar da ocupação e não da titulação, os dados desse cadastro são referência para análises sobre a oferta e organização do sistema brasileiro de saúde. Assim, a equipe do Evidência *Express*, da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), analisou os dados de profissionais médicos em ocupações de médicos especialistas do CNES no período entre 2015 e 2019, tendo como referência o mês de dezembro de cada ano, com recorte por macrorregião de saúde. Além disso, apresentaram uma revisão da literatura sobre o tema (Reis, Bianchi, Adamczyk, 2021a). Nessa análise, os autores trouxeram algumas informações que serão reproduzidas resumidamente a seguir.

A partir da revisão da literatura, os autores afirmam que o aumento na quantidade de médicos especialistas não representou uma melhora expressiva na distribuição geográfica. Considerando a distribuição de médicos em ocupações de especialistas provenientes do CNES, os autores confirmam que, em 2019, a concentração espacial de médicos se mantém, com a maior parte das especialidades concentradas nas regiões Sul e Sudeste (gráfico 1 e figura 2). Ainda há uma significativa desigualdade na distribuição de especialistas, ainda maior que a distribuição de médicos em geral. Essas desigualdades regionais e forte concentração dos médicos e de especialistas também são destacadas por Scheffer *et al* (2020).

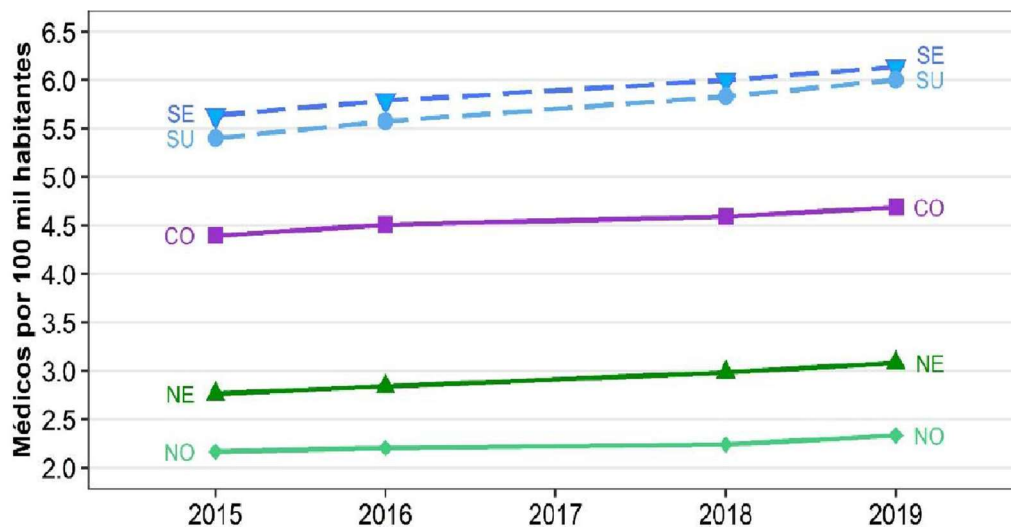
Entretanto, apesar dessa desigualdade permanecer quase dez anos após o lançamento do Pró-Residência, a variação das especialidades no intervalo de 2015 a 2019 mostra que houve um aumento no quantitativo de médicos nos

⁶ Esse ponto será retomado quando forem analisados os dados de residentes da base de dados SisCNRN.

estados das demais regiões (especialmente Nordeste) (Reis, Bianchi, Adamczyk, 2021a, p.10).

Houve aumento de médicos em ocupações de especialistas em todas as regiões, sendo que, nas regiões Sudeste e Sul, a proporção de médicos em ocupações de especialistas aproxima-se de 6,5 por 100 mil habitantes, ao passo que no Nordeste está pouco acima de 3 por 100 mil habitantes e na Norte abaixo de 2,5 por 100 mil habitantes, considerando todas as especialidades.

Gráfico 1: Médicos em ocupações de especialistas por 100 mil habitantes, por grandes regiões – 2015 a 2019



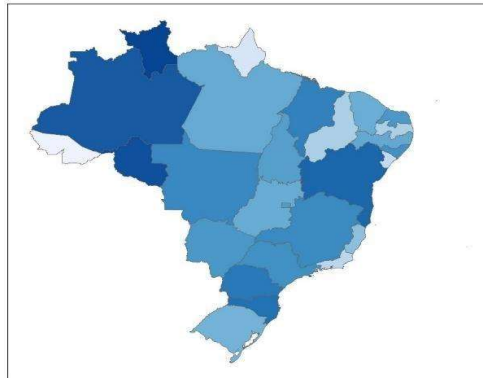
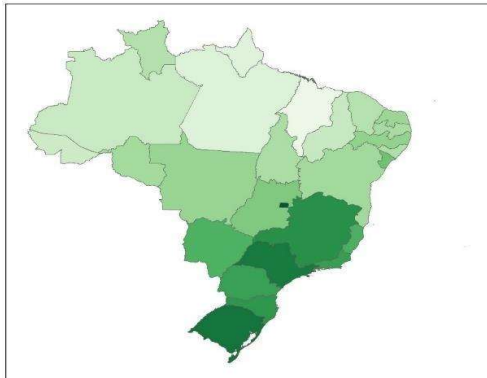
Fonte: CNES. Extraído de Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021a, Gráfico 1, p.14

Ainda que a concentração nas grandes regiões do país não tenha se alterado expressivamente, os autores mostram que, na maioria das macrorregiões de saúde, houve um aumento do quantitativo de ocupações de médicos especialistas no período, à exceção do norte da Bahia e leste do Amazonas.

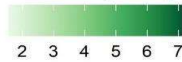
Figura 2: Concentração de profissionais médicos em ocupações de médicos especialistas e variação (%) de especialistas, por unidade da federação e por macrorregião de saúde, 2015-2019

Concentração de Médicos Espec. (2019)

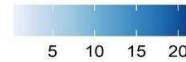
Variação de Especialistas (2015-2019)



Concentração de profissionais por 100 mil habitantes

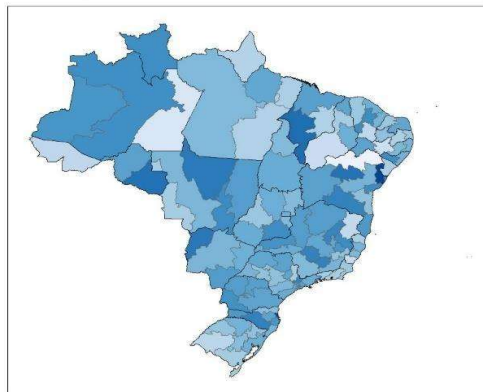
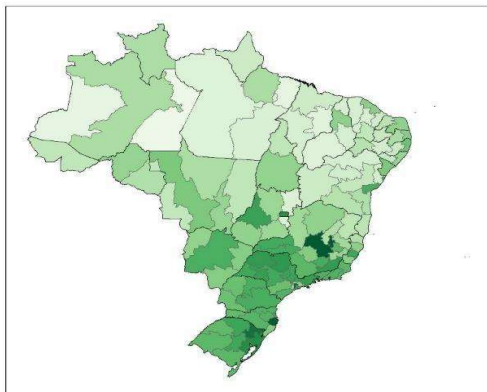


Intensidade da variação de profissionais

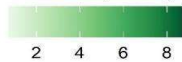


Concentração de Médicos Espec. (2019)

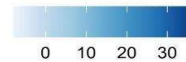
Variação de Especialistas (2015-2019)



Concentração de profissionais por 100 mil habitantes



Intensidade da variação de profissionais



Fonte: CNES. Extraído de Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021a, figura 1, p.10.

Segundo esses autores, das 118 macrorregiões do país, em 2019, 12 tinham menos de um médico especialista por 100 mil habitantes, sendo somente uma delas no Centro-Oeste e todas as outras em estados das regiões Norte e Nordeste do país.

A questão da distribuição espacial de médicos possui grande relevância para a sociedade brasileira. Como afirmam Pinto, Menezes e Rocha (2015, p. 2), *“para a maioria dos países a saúde é um bem meritório, portanto todos devem ter acesso aos cuidados de saúde”*. Não obstante a distribuição subótima de médicos não seja dificuldade apenas do Brasil, verificando-se em outros países também, o país enfrenta desafios importantes não apenas em

relação à universalidade da provisão, mas também quanto a “*equidade no acesso, no financiamento e nos resultados de saúde*”.

Refletir acerca de qual seria a distribuição ideal de médicos pensando no sistema de saúde brasileiro e a sua importância para o SUS não é exercício trivial. Em que pese a ideia de que “*a distribuição dos médicos deve atender as necessidades da população e fornecer acessibilidade suficiente aos serviços de saúde*”, os estudos técnicos ainda não teriam encontrado fórmula para identificar o padrão mais conveniente de distribuição. Uma das dificuldades parece residir na necessidade de escolher entre equidade (maior cobertura) e eficiência (melhores resultados) (Pinto, Menezes e Rocha, 2015, p. 3). Scheffer *et al* (2020) mencionam um projeto nessa linha:

Uma dessas novas frentes, já em curso, é o projeto ProvMed 2030, fruto de parceria entre USP, Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde, que fará projeções sobre necessidade de médicos no Brasil, considerando cenários complexos e dinâmicos, assumindo abordagens multidisciplinares e multivariadas. (Scheffer *et al*, 2020, p.15)

Deve-se destacar que há muito a questão dos recursos humanos vem sendo estudada e indicadores de monitoramento sendo divulgados por grupos de pesquisa brasileiros⁷. Além do ProvMed 2030, há estudos que apoiam as discussões sobre necessidades de especialistas para o Programa Mais Médicos (PMM), que, como será destacado na avaliação de implementação, foi um dos programas que guiou as decisões sobre a priorização de especialidades e áreas de atuação do Pró-residência a partir de 2015 (ESPM, 2018). Esses estudos mostram as possibilidades metodológicas e os desafios para estimar as necessidades de especialistas para atender as demandas do SUS. Seria interessante divulgá-los amplamente e apresentar como esses e outros estudos mais recentes são utilizados nessas definições de prioridades para o financiamento das bolsas de residência médicas no Brasil.

Outro desafio refere-se ao equilíbrio entre os desejos e anseios de formação profissional dos médicos, suas decisões sobre onde irão atuar, se irão realizar uma residência, qual especialização irão fazer, em qual local geográfico e em qual estabelecimento de saúde. Até o momento, os médicos têm declarado sua preferência pelo hospital com o primeiro local de trabalho, tem concentrado essa atuação nas regiões mais afluentes do país (Scheffer *et al*, 2020) e com muitos deles com práticas em consultórios e outros estabelecimentos privados com e sem fins de lucro (CMAP, 2021). Assim,

⁷ Um bom exemplo é o site onde está descrito esse estudo e onde devem ser divulgados seus resultados. Ele teve início em 2020 e conclusão prevista para 2022 (In: <https://bit.ly/3OXIfyT>, acesso em 20 de janeiro de 2022). Outros exemplos de grupos de pesquisa e trabalhos com indicadores relevantes para discussão de recursos humanos em saúde são aqueles dos observatórios de recursos humanos, tais como da Organização Panamericana de Saúde (in: <https://bit.ly/3FnCMNK>, acesso em 20 de janeiro de 2020); do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (Observa RH/NESP/UnB - <https://bit.ly/39vOWYN>, acesso em 20 de janeiro de 2020); Estação de Pesquisas e Sinais de Mercado de Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nescon/UFMG) (in: <https://bit.ly/3kBPY1w>, acesso em 20 de janeiro de 2020); o ObservaRH da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP/Fiocruz - <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/index.php>, acesso em 20 de janeiro de 2020), entre outros. Esses e outros questões foram mapeados há alguns anos em um trabalho sobre os observatórios publicado em 2003 (Brasil, 2003).

alterar esse padrão de escolha para ampliar a atuação na atenção primária em saúde e no SUS é um grande desafio. Entender as escolhas e trajetórias desses profissionais é essencial para discutir políticas de incentivos e outras. A decisão locacional dos médicos depende de diversos fatores, entre eles, o local onde realizaram sua formação (Costa, Nunes, Sanchez, 2021).

Difícilmente, uma política pública setorial conseguirá resolver todas essas questões. Assim, é importante a atuação coordenada, bem com uma proposta voltada para o SUS. Nesse sentido surgiu a proposta do Pró-residência médica como parte da resposta possível para esses problemas. A seguir será apresentado um breve histórico deste Programa, com detalhamentos e maiores aprofundamentos analíticos sendo apresentados nas avaliações que compõem esse relatório.

3 BREVE HISTÓRICO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS DIRETAMENTE NA FORMULAÇÃO DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

A formulação do Programa Pró-residência médica remonta ao ano de 2007, quando foi instituída, por meio de Decreto Presidencial (sem número), de 20 de junho, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CIGES), no âmbito do MS e do MEC, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Seu papel é estabelecer as diretrizes para a política de formação em pós-graduação *lato sensu* na modalidade residência médica, bem como critérios para sua expansão, em especial, no que diz respeito à regulação de cursos superiores na saúde e à oferta de formação em áreas prioritárias segundo necessidades regionais. O inciso I, art. 4º, do referido Decreto, assegurou à CIGES o poder de instituir subcomissões temáticas com a função de colaborar para o cumprimento de suas atribuições, sistematizar as informações recebidas e subsidiar a elaboração de proposições.

Com efeito, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – SESu/MEC e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – SGTES/MS instituíram, por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007, a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, composta por membros de várias instituições de saúde e de ensino superior, a fim de subsidiar a definição das diretrizes para a política de formação de médicos especialistas.

Dos trabalhos desta Subcomissão, realizados em 2008, resultou o 1º Relatório de Atividades, em que foi realizada a avaliação preliminar das necessidades de médicos especialistas a partir da análise de pesquisas encomendadas pelos Ministérios no tocante à distribuição de médicos nas diversas regiões do Brasil e à oferta de especialização na modalidade residência médica.

O referido Relatório, com base na identificação de desequilíbrio territorial na oferta de formação especializada e na distribuição de especialistas, apresentou as seguintes sugestões: 1) dimensionamento da residência médica no Brasil; 2) formação de grupos de trabalho em áreas estratégicas; 3) identificação das necessidades locoregionais pelos Colegiados Regionais de Gestão (CRG) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em articulação com as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs); 4) certificação e contratualização com os hospitais de ensino como instrumento de indução; e 5) fixação de especialistas em áreas estratégicas.

As ações apontadas para o enfrentamento dos problemas identificados, notadamente as dificuldades para contratação e reposição de determinadas especialidades médicas, foram previamente debatidas com o Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e com membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de construir propostas de consenso. A discrepância regional evidenciada nos trabalhos da Subcomissão fomentou a modelagem de um Programa com prioridades definidas com base em

demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS, com ênfase na expansão da residência médica por meio de incentivos financeiros destinados a novas vagas, ao invés de substituição das vagas que já possuíam financiamento prévio.

Nesse contexto, o Pró-residência médica⁸ foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1001/MEC/MS, de 22 de outubro de 2009. Essa Portaria estabelece a coordenação conjunta do Programa pela SESu/MEC e pela SGTES/MS, com ações em consonância com os requisitos estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)⁹.

O Programa representa a primeira política indutora da formação de médicos especialistas na modalidade residência médica voltada às necessidades assistenciais do SUS. De acordo com a sua norma instituidora, o Pró-residência médica tem como **objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS**, por meio de:

- a) **Ampliação do número de vagas** na modalidade Residência Médica e instituição de novos programas nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- b) **Concessão de bolsas** para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM);
- c) **Cooperação técnica e apoio matricial** por parte de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas a Programas de Residência Médica (PRM), selecionadas pela SESu/MEC e pela SGTES/MS para participar como parceiras do programa Pró-residência médica.

Essa formação histórica permite ter conhecimentos gerais sobre o programa, mas, como dito, no início do processo da avaliação fez-se necessário retornar à discussão sobre seu desenho. Assim, definiu-se que a primeira etapa dos trabalhos seria constituída por uma avaliação de desenho do programa. Além

⁸ Releva registrar que as diretrizes elaboradas na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2007, com participação da sociedade civil, constituíram um dos pilares que fundamentaram a construção do Pró-residência.

⁹ De acordo com o Decreto nº 7.562/2011, a CNRM é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação e tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica. Nos termos do art. 4 do Decreto nº 7.562/2011, a CNRM é composta por: 2 representantes do Ministério da Educação; 1 representante do Ministério da Saúde; 1 representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 1 representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; 1 representante do Conselho Federal de Medicina - CFM; 1 representante da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM; 1 representante da Associação Médica Brasileira - AMB; 1 representante da Associação Nacional de Médicos Residentes - ANMR; 1 representante da Federação Nacional de Médicos - FENAM; 1 representante da Federação Brasileira de Academias de Medicina - FBAM; e 1 médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em Instituição de Educação Superior pública, que tenha prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral.

desta, foram propostas, também, outras quatro avaliações: governança, execução orçamentária e financeira, implementação e resultados. A seguir, serão apresentadas as questões de avaliação.

4 QUESTÕES DE AVALIAÇÃO

Essa avaliação visa responder às seguintes questões:

1. *Existem aprimoramentos a serem feitos no desenho do Programa Pró-Residência?* (Avaliação de Desenho)

Executor responsável: IPEA

Instituições participantes das oficinas de elaboração da avaliação: CGU, SOF/ME, INSPER, DEAP/SETO/ME, pontos focais de órgãos setoriais (MEC e MS), gestores e dirigentes dos órgãos setoriais

Apoio metodológico e à execução: CLEAR/FGV e ENAP

Realização de estudos de apoio: EvEx/Enap

2. *Há aperfeiçoamentos a serem feitos na governança do Programa Pró-Residência?* (Avaliação de Governança)

Executor responsável: CGU

3. *Como tem ocorrido a execução orçamentária e financeira do Programa Pró-Residência?* (Avaliação da Execução Orçamentário e Financeira)

Executor responsável: SOF/ME

4. *Como o Programa Pró-Residência tem sido implementado?* (Avaliação de Implementação)

Executores responsáveis: INSPER e IPEA

5. *Os resultados do Programa Pró-Residência têm sido alcançados?* (Avaliação de Resultados)

Executor responsável: IPEA

Instituições participantes da avaliação: CGU e INSPER

5 AVALIAÇÃO DE DESENHO DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

5.1 Apresentação

A avaliação de desenho visa responder à pergunta: “*Existem aprimoramentos a serem feitos no desenho do Programa Pró-Residência*”? Essa avaliação se mostrou necessária e importante por não ter sido localizado nenhum documento prévio detalhando o desenho do programa e que permitisse aos executores uma compreensão mais aprofundada sobre ele. Além disso, a realização da avaliação de desenho permite que a sociedade compreenda os elementos centrais constitutivos desse programa.

O processo de realização da avaliação de desenho foi facilitado e contou com apoio direto da equipe do Centro de Aprendizagem em Avaliação e Resultados para o Brasil e a África Lusófona da Fundação Getúlio Vargas (Clear/FGV) por meio da Escola Nacional de Administração Pública (Enap). A partir desse apoio técnico e metodológico do CLEAR/FGV, ficou definido que a avaliação de desenho, executada pelo Ipea, seria realizada por meio de oficinas regulares, com participação dos demais executores da avaliação do Pró-residência (SOF/ME, CGU e INSPER), do DEAP/SETO/ME, dos gestores da SESu/MEC e SGTES/MS, além de oficina com especialistas e validação final com os dirigentes dessas duas secretarias do governo federal.

Além disso, houve apoio da equipe do Evidência Express (EvEx) da Enap na elaboração de dois produtos: um relacionado ao diagnóstico do problema e outro sobre experiências internacionais com programas de residência médica (Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021a e 2021b).

A equipe do Clear/FGV atuou como facilitadora das oficinas que ocorreram em encontros regulares, por meio do *Zoom*, com duração de duas horas e aconteceram entre o final de junho e setembro de 2021. Cada uma das oficinas buscou responder a uma ou mais perguntas e tinha um produto bem definido, conforme descrito no Quadro A.2, em anexo.

Antes de todas as oficinas, houve reuniões preparatórias com participação do Ipea, Clear/FGV e DEAP/SETO/ME, bem como diálogos com a EvEx/Enap para definição do escopo e preparação dos produtos de apoio à elaboração da avaliação de desenho. Durante as oficinas, a participação constante e ativa da equipe técnica da SGTES/MS e da SESu/MEC foi fundamental para melhor compreensão sobre o desenho, bem como a participação dos executores das avaliações e da equipe do DEAP/SETO/ME. O painel com especialistas permitiu trazer as importantes contribuições destes e aprofundar o conhecimento sobre os desafios enfrentados pelo Programa em sua implementação. Eles também validaram os resultados dos trabalhos realizados durante as oficinas prévias.

Em todas as oficinas, estabeleceu-se um processo de colaboração e recepção *online* síncrona das contribuições utilizando o *Miro*¹⁰, uma plataforma online

¹⁰ *Miro* é uma ferramenta de colaboração *online* que permite, por meio de *post-its*, criar quadros e realizar a colaboração entre várias pessoas simultaneamente. Assemelha-se a colagem feita em oficinas de construção de modelo lógico presenciais (<https://bit.ly/39ELcUX>).

de lousa digital e colaborativa para trabalho em equipe¹¹. Os resultados foram apresentados, discutidos e validados em um painel com a participação dos dirigentes da SGTES/MS e SESu/MEC.

5.2 Metodologia da Avaliação de Desenho

O Guia para avaliações *ex post* de políticas e programas adotado pelo CMAP (Brasil, 2018a) define as etapas a serem seguidas para realizar uma avaliação de desenho. Segundo essa publicação,

Um desenho sólido permite que as ações da política sejam executadas de forma consistente. A avaliação de desenho na etapa *ex post* consiste em revisitar o desenho estabelecido na formulação da política, analisando os pressupostos assumidos anteriormente, as evidências mais recentes – tanto para a *performance* do desenho atual quanto para desenhos alternativos experimentados em políticas similares –, os incentivos gerados, a população a ser focalizada e priorizada, entre outros elementos (Brasil, 2018a, p. 139).

Ela envolve a explicitação da Teoria do Programa por meio de diagnóstico prévio sobre o problema, a elaboração da árvore de objetivo e do modelo lógico, bem como a análise crítica dessa teoria, sua consistência lógica e a adequação aos problemas que o programa pretende resolver.

Como não foi identificado nenhum modelo lógico anterior do Programa Pró-residência, a avaliação de desenho envolveu sua construção. O objetivo dessa construção é explicitar como os recursos e as atividades do programa geram produtos e como estes estão relacionados aos resultados e os impactos esperados do programa. Esse modelo deve ser apresentado num fluxo que explicita a racionalidade dessas conexões e com os objetivos que programa pretende alcançar (Brasil, 2018b).

Figura 3: Etapas do modelo lógico



Fonte: Brasil, 2018b, figura 1.

Assim, o modelo lógico busca identificar quais insumos e atividades são necessários para gerar os produtos definidos pelo programa e qual a relação entre esses, os resultados esperados e impactos do programa. Os resultados seriam os benefícios da intervenção resultantes dos produtos entregues, ao passo que os impactos estariam relacionados aos objetivos de última instância da intervenção, de longo prazo, e sobre o qual os gestores diretos do programa têm menos controle.

Essa estruturação do modelo lógico tem por base uma teoria que guia a construção do programa e depende de um diagnóstico adequado do

¹¹ Os resultados desse processo de colaboração podem ser encontrados no Miro (<https://bit.ly/3JAaq49>) e estão sintetizados neste relatório.

problema, de suas causas e consequências. Assim, o ponto de partida da avaliação de desenho é o diagnóstico do problema. Ele tem por objetivo verificar se o problema continua atual mesmo alguns anos após o início do programa. Esse diagnóstico é composto por uma descrição atual do problema com sua definição, identificação das causas e das consequências (Brasil, 2018). Em geral, assume-se um pressuposto de linearidade e relação causal (causa-problema-consequência) e são buscados indicadores que o caracterizem, na maioria das vezes, quantitativos.

O Guia *ex post* informa quais perguntas devem ser respondidas nessa etapa da avaliação e quais possíveis fontes de informações (Quadro 1).

Quadro 1: Avaliação de desenho

Diagnóstico	Perguntas	Possíveis fontes de informações
Problema	Qual a importância do problema na realidade atual? Este continua demandando intervenção do Estado?	<ul style="list-style-type: none"> • Árvore de problema e de objetivo. • Métodos de análise das causas potenciais. • Pesquisas de dados estatísticos. • Revisão de literatura, revisão sistemática, meta-avaliação ou meta-análise. • Análise de bases de dados e registros administrativos do programa.
	Quais são as causas do problema? Como as diferentes causas o determinam? Qual o peso de cada causa em sua caracterização?	
	A(s) causa(s) atacada(s) pela política permanece(m) válida(s) e determinante(s) para o problema?	
	Quais necessidades foram atendidas pela política ao atacar esse problema e quais não foram?	
	Qual a sua abrangência atual? Quais regiões são mais afetadas? Onde o problema é mais intenso? Quais os grupos ou indivíduos mais afetados?	
Diagnóstico	Perguntas	Possíveis fontes de informações
Ambiente interno e externo	Há legislação ou acordos internacionais relacionados ao problema em questão?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura, revisão sistemática, meta-análise. • Legislação e documentos oficiais. • Registros administrativos do programa.
	Houve outras políticas ou iniciativas que podem ter influenciado o problema?	

Fonte: Brasil, 2018b, Quadro 1.

A árvore de problema é um diagrama com o problema priorizado no centro. Abaixo dele são apresentadas as suas causas e acima as suas consequências. A construção da árvore do problema torna mais precisa a definição do problema, de uma forma mais didática e transparente. Essa construção deve ser validada pelos tomadores de decisão.

Na oficina para elaboração da árvore de problemas do Pró-residência médica, as perguntas norteadoras para essa etapa foram: qual o problema que o Programa Pró-residência médica visa solucionar? Como definir esse problema?

As evidências sobre o problema fizeram parte do relatório apresentado pela EvEx na quarta oficina, ainda durante a discussão e validação da árvore de problemas. Esse diagnóstico, trabalhado a partir de dados públicos, trazia os

indicadores relativos à má distribuição de médicos especialistas e residentes, a sua distribuição regional e séries históricas (sintetizados na seção 3 deste relatório).

A árvore de objetivos permite mapear “*mudanças que se espera observar em termos de resultados e impactos na sociedade, comunidade e na vida das pessoas afetadas*” (Brasil, 2018a, p.113). A árvore de objetivos pode ser considerada o inverso da árvore problemas, visto que o objetivo principal do programa é atuar sobre o problema. As ações do programa devem atuar sobre as causas do problema e os resultados do programa estão associados às consequências. Uma vez que as ações do programa atuem sobre as causas, espera-se que o problema seja minimizado ou solucionado, as consequências seriam os resultados positivos para a sociedade. A árvore de objetivos permite refletir sobre o que precisa ser feito para solucionar o problema, comparando as ações do programa com o conjunto de causas identificadas na árvore do problema e refletir sobre outras políticas que podem ser pensadas para solucioná-lo (FGV. Clear, 2021).

Como dito anteriormente, enquanto a teoria do programa busca explicar como esse, por meio de suas atividades e produtos, tem potencial de promover mudanças para os beneficiários (resultados) e alcançar os objetivos desejados (impactos). O modelo lógico é uma das ferramentas que permitem explicar e explicitar a sequência lógica esperada a partir da teoria do programa. Na próxima seção serão apresentadas as árvores do problema e de objetivos do Pró-residência médica e, na sequência, o modelo lógico do programa.

5.3 Árvore do problema e árvore de objetivos

Na oficina de construção da árvore do problema, a primeira etapa de discussão referiu-se à definição do problema, suas causas e consequências. Esse processo envolveu a declaração individual do problema por cada um dos participantes, seguida por discussões e posterior consolidação da árvore de problema (Figura A1, em anexo). O problema do Pró-residência ficou definido como:

Má distribuição e escassez de médicos especialistas entre regiões e em determinadas especialidades e áreas de atuação para atendimento no SUS

Fonte: Árvore de problema. Oficina 2. In: <https://bit.ly/3JAaq49>

Na discussão entre os participantes, além de descrever também as causas e as consequências mostradas na árvore de problema, realizou-se uma separação entre causas relacionadas à atração de profissionais e causas relacionadas à retenção de profissionais, bem como a seleção das causas primárias. Essas seriam: concentração espacial das faculdades de medicina; concentração espacial dos programas de residência; dificuldade de retenção dos médicos especialistas em algumas regiões; baixa atratividade e falta de interesse de médicos por algumas especialidades, sobretudo aquelas vinculadas à atenção básica; falta de alinhamento de oferta e demanda de

vagas ao nível da instituição; falta de alinhamento de oferta e demanda de vagas em especialidades; e o fato de a residência no SUS não garantir que o profissional fique atuando no sistema público.

O objetivo principal do programa foi definido como sendo o de:

Promover uma melhor distribuição e provimento de médicos especialistas entre regiões e em determinadas especialidades e áreas de atuação para atendimento no SUS

Fonte: Árvore de objetivos. Oficina 2. In: <https://bit.ly/3JAaq49>

Ainda que a questão do provimento esteja relacionada ao objetivo, na discussão feita para elaboração da avaliação de desenho ficou claro que o provimento não está diretamente relacionado às ações do programa. O programa tem por foco a oferta de bolsas de residência médica em áreas e regiões prioritárias. Espera-se que essa maior oferta de oportunidades formativas, amplie a oferta de formados em especialidades e regiões prioritárias. Entretanto, entre a formação e a provisão, há diversas outras ações realizadas por outros programas, bem como decisões profissionais dos médicos tanto sobre sua formação quanto sobre sua atuação. Assim, faz-se necessário avaliar os resultados e impactos controlando por essas outras variáveis intervenientes.

Na discussão da árvore de objetivos de programa também buscou-se mapear outros programas que podem atuar sobre esse problema. Mereceram destaque, no âmbito federal, outros programas de residência médica realizados pelo Ministério da Educação por meio dos hospitais universitários federais, bem como, dentro do Ministério da Saúde, o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) e o Programa Mais Médicos, atual Médicos pelo Brasil.

5.4 Modelo Lógico do Programa

A construção do modelo lógico do programa envolveu a seleção e definição dos seus insumos, atividades, produtos, resultados e impactos, visualizados em seu conjunto na figura 4. Para entender melhor, será detalhado cada um dos seus componentes. Destaca-se que se optou, neste relatório, por apresentar os componentes do modelo lógico conforme apareceram nos resultados das oficinas em seu formato apresentado no *Miro*. Apresentar as figuras com os resultados exatamente como escritos pelos participantes das oficinas dá mais visibilidade sobre o processo e os resultados de sua construção coletiva.

Figura 4: Modelo Lógico do Pró-residência médica



Para alcançar o objetivo, faz-se necessário garantir os **insumos** adequados para as instituições gestoras do programa (figura 5). A equipe do Ministério da Saúde necessita contar com equipes qualificadas e com conhecimento sobre o problema e para gestão do programa. Além disso, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o Ministério da Educação precisam, também, ter equipes qualificadas para apoiá-los em suas atividades.

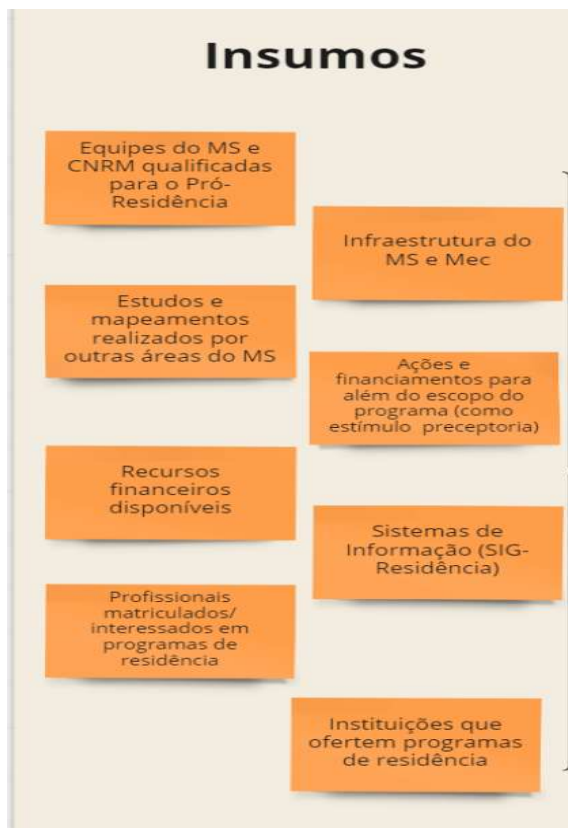
O programa só pode atuar a partir da demanda de instituições com programas de residências aprovados pela CNRM. O Ministério da Educação e a CNRM, por sua vez, precisam compreender não somente o funcionamento das residências médicas em geral, mas as especificidades de um programa cujo objetivo está voltado para regiões e especialidades com menor oferta de especialistas para o SUS. Essas equipes precisam contar com infraestrutura adequada no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação para fazerem a gestão do programa, nas atribuições que lhes competem nesse processo.

Recursos financeiros adequados e disponíveis para financiar o programa são também insumos centrais. Ainda que o programa não financie ações de preceptoria, a qualidade e a capacitação dos preceptores são também muito relevantes para o adequado funcionamento do programa.

Como é um programa de oferta de bolsas de residência médica, há necessidade de as instituições que ofertam residências médicas tenham interesse em participar do programa e estejam qualificadas para isso. Além disso, que haja interesse de médicos em realizar a residência nas áreas e regiões consideradas prioritárias pelo programa.

Como dito no histórico, para acompanhar, gerir e monitorar a implementação do programa, o Ministério da Saúde conta um sistema gerencial, o Sistema de Gestão das Residências Médicas (Sigresidências).

Figura 5: Insumos do Pró-residência médica



No que diz respeito às **atividades**, a primeira etapa é a garantia de disponibilidade orçamentária por parte do Ministério da Saúde (figura 6). A partir disso, a coordenação do programa fornece a disponibilidade orçamentária para as bolsas atuais e novas bolsas a cada ano. Ao mesmo tempo, a área técnica realiza estudos para planejamento de médio e longo prazo sobre a necessidade de formação de especialistas. Nesse processo, realiza, anualmente, consultas às outras áreas do MS, envolvendo as discussões sobre as necessidades dos programas e ações prioritárias para o SUS. A partir disso, a coordenação do programa define quais serão as áreas de atuação prioritárias e regiões prioritárias para financiamento de bolsas.

Em seguida, elabora e publica o edital para candidatura das instituições. Podem concorrer aquelas dispostas a ofertar novas vagas de residência, quer por meio de ampliação em programas existentes ou por criação de novos programas de residência. Esse edital será divulgado pelo MS, que fornece apoio informal à inscrição das instituições mediante demanda. As instituições se inscrevem junto ao MS enviando a documentação pelo Sigresidência.

A CNRM recebe as solicitações de credenciamento (cadastro do projeto pedagógico) pelas instituições e as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) as visitam para ver se atendem às resoluções do Conselho, fazendo análise da documentação. Com base nessas informações, a Plenária da CNRM delibera sobre a ampliação ou criação de cursos de residência. O Ministério da Saúde verifica se as instituições atendem os requisitos estabelecidos no edital. Feito isso, aprova as instituições e define o número de vagas para cada uma delas por programas, publicando portaria com os resultados.

Os processos seletivos dos residentes são feitos pelas instituições e não pelo Ministério da Saúde. Cabe às instituições com bolsas aprovadas para financiamento publicar seus editais de seleção de residentes considerando os limites aprovados e estabelecidos nos resultados de cada edital do Pró-residência e atendendo às resoluções da CNRM.

Após a aprovação, o MS libera o acesso para as instituições e os residentes atualizarem suas informações no Sigresidências. Feito esse cadastro e a atualização das informações, faz o repasse financeiro mensal aos bolsistas por meio do Sistema de Administração de Recursos Humanos do Governo Federal (Siape) com pagamento direto na conta destes. Adicionalmente, segundo informações da equipe do Ministério da Saúde, a área técnica do Ministério da Saúde busca monitorar e atua sobre ociosidade de vagas e evasão dos bolsistas.

Figura 6: Atividades desenvolvidas pelo Pró-residência médica



A essas atividades se associam produtos esperados (figura 7). A atividade relacionada à aprovação orçamentária tem por produto a Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada com orçamento necessário à execução do programa. Segundo a equipe técnica do MS, o orçamento tem sido programado e a aprovação tem seguido essa programação.

Os estudos da área técnica geram o planejamento de médio e longo prazos sobre necessidade de especialização por área (especialidades e áreas de atuação) e área geográfica.

Os processos relacionados ao edital têm por produtos: o edital elaborado; o parecer da Consultoria Jurídica (Conjur) do Ministério da Saúde relativo à legalidade do processo; ao edital publicado e à divulgação das vagas do Pró-residência. Outros produtos das atividades desenvolvidas no Programa são: instituições inscritas no processo seletivo; instituições selecionadas; e quantitativos de bolsas por instituição publicado. Como dito, os processos seletivos dos bolsistas são de responsabilidade das instituições e dessa forma não aparecem nos insumos e atividades diretamente relacionadas ao Programa. Os produtos seguintes sob responsabilidade do Ministério da Saúde são: informações do Sigresidências atualizadas e as bolsas pagas aos residentes.

Figura 7: Produtos gerados pelas atividades

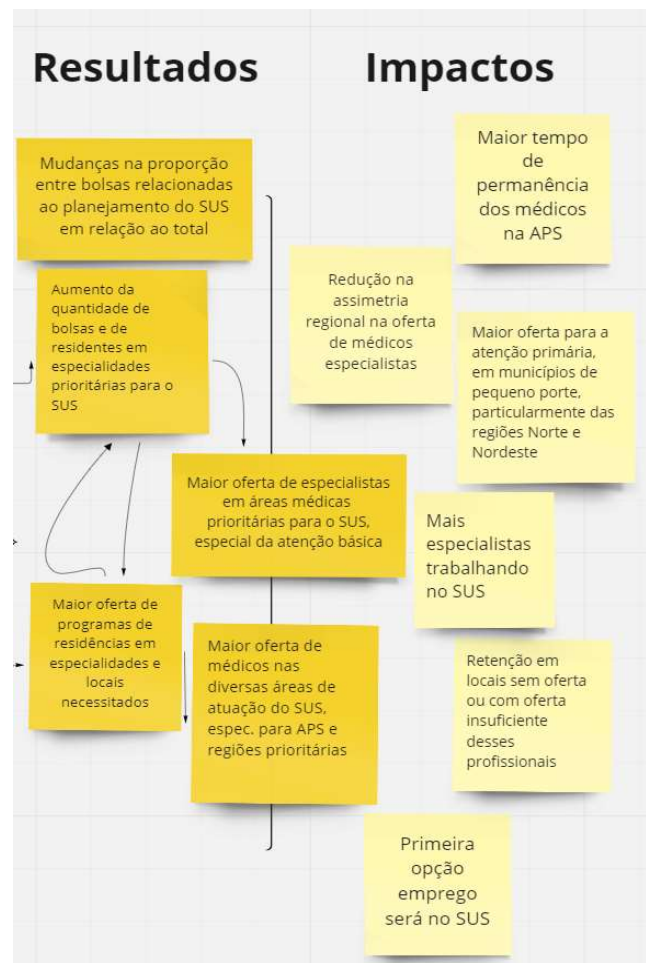


Uma vez realizadas essas atividades, os resultados esperados são (figura 8) (i) mudanças na proporção entre bolsas relacionadas ao planejamento do SUS e bolsas voltadas para o mercado geral de trabalho médico; (ii) aumento da quantidade de bolsas e de residentes em especialidades prioritárias para o SUS; (iii) maior oferta de programas de residências em especialidades e locais necessitados.

Outros resultados que podem decorrer do Pró-residência médica, quais sejam: maior oferta de especialistas em áreas médicas definidas como prioritárias para o SUS, especialmente da atenção básica e maior oferta de médicos com formação nas diversas áreas de atuação do SUS, especialmente na atenção básica, em regiões prioritárias.

Como dito, enquanto os resultados estão mais próximos das atividades desenvolvidas pelo Programa, os impactos envolvem diversos outros fatores de contexto, incluindo existências de outros programas de residência com financiamento de bolsas, regulação geral do CNRM para programas de residência, decisões individuais dos médicos, organização do mercado de trabalho médico, importância das amenidades locais, tais como, cinemas, teatros, restaurantes e outras oportunidades de lazer, oportunidades educacionais e de trabalho para outros membros da família, entre outros. Na elaboração do modelo lógico, foram destacados como impactos do Programa (figura 8): (i) maior tempo de permanência do médico na atenção primária em saúde; (ii) redução nas desigualdades regionais na oferta de médicos especialistas; (iii) aumento da oferta de médicos para a atenção primária em municípios de pequeno porte, particularmente das regiões Norte e Nordeste; (iv) mais especialistas trabalhando no SUS; (v) retenção de médicos especialistas em locais sem oferta ou com oferta insuficiente desses profissionais; (vi) primeira opção de emprego do médico especialista ser no SUS.

Figura 8: Resultados e impactos do Programa



Como dito anteriormente, o modelo lógico elaborado nas oficinas foi apresentado, discutido e validado pelos gestores da SGTES/MS e da SESu/MEC. Além do modelo lógico, durante a oficina foi apresentando o trabalho do EvEx com as experiências de alguns países com programas de residência médica. Esses resultados estão resumidos em anexo (Anexo A.3).

5.5 Discussões a partir da avaliação de desenho e as questões para as outras avaliações

A avaliação de desenho do Pró-residência médica permite uma maior clareza sobre o desenho do programa e de responsabilidades ou das atribuições das instituições a ele relacionadas. O problema declarado tem múltiplas causas e consequências. Fica claro pelo seu desenho que ele atua a partir da oferta de bolsas de residência, havendo várias causas do problema sobre as quais ele não atua e que podem ser objeto de atuação por meio de outros programas.

No que tange à oferta de bolsas, segundo a equipe do Ministério da Saúde, os recursos orçamentários para o pagamento destas pelo Programa têm sido garantidos na LOA. A descrição dessa execução será objeto da avaliação de execução orçamentária e financeira.

Antes mesmo do pagamento das bolsas, há uma série de atividade interdependentes entre si, mas cujas atribuições são de várias instituições. O

Ministério da Saúde elabora e realiza todo o processo até a publicação do edital. Contudo, depende de haver instituições interessadas e capacitadas para se candidatar ao edital e ofertar novas vagas em programas já existentes ou criar vagas em novos programas. A avaliação dessa capacidade e desse processo passa pelas atribuições da CNRM, presidida pelo MEC, responsável pela regulação da oferta de vagas, credenciamento, aprovação de novas vagas e avaliação dessas instituições. Como descrito nas atividades da avaliação de desenho, o apoio às instituições é feito informalmente pela equipe do Ministério da Saúde.

Para expandir as oportunidades de residência em áreas e regiões prioritárias, em especial onde há menor oferta de especialistas, isto é, no Norte e Nordeste, faz-se necessário ampliar as capacidades das instituições locais. O apoio informal do Ministério da Saúde, declarado durante a avaliação de desenho, pode se mostrar insuficiente para induzir novas oportunidades formativas no nível de residência médica tanto em especialidades ou áreas de atuação, como nas regiões prioritárias. Essa questão será retomada na avaliação de implementação.

Além disso, faz-se necessário ampliar a compreensão sobre as responsabilidades das instituições que atuam no Programa. Essa questão será parte da avaliação de governança e retomada na avaliação de implementação. Como são os processos decisórios relacionados aos insumos e produtos do programa? Estes estão bem mapeados? Essas e outras questões serão analisadas na avaliação de governança deste relatório, que também apresenta, também, discussões sobre o monitoramento e avaliação dos resultados do Programa.

Além disso, como o Pró-residência é parte de um conjunto de programas de residências médicas no Brasil, para entender a sua importância relativa, faz-se necessário conhecer qual sua participação no quantitativo de bolsas ofertadas no país. Se sua participação for pequena, sua capacidade indutora para áreas e regiões prioritárias também o será. Essa questão fez parte, também, da avaliação de implementação deste relatório.

Como mencionado, como parte dos estudos de apoio para a avaliação de desenho foram sistematizadas algumas experiências internacionais para países selecionados. Entre outras, observou-se nesses estudos que o processo de seleção dos bolsistas, em vários dos países analisados, é nacional ou coordenado nacionalmente (Anexo A.3). No Brasil, no caso do Pró-residência, uma vez selecionadas as instituições por meio dos editais, não se tem informação sobre um monitoramento mais formalizado por parte do Ministério da Saúde ou do Ministério da Educação de acompanhamento dos processos seletivos das instituições. Essas e outras questões serão discutidas na sequência deste relatório, quando serão apresentados os resultados das avaliações de governança, da execução orçamentária e financeira, de implementação e de resultados do Programa.

6 AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

6.1 Detalhamento das instituições e responsabilidades formais

No âmbito do MS, a coordenação do Pró-residência é exercida pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES/SGTES/MS), que integra a estrutura da SGTES/MS, a qual compete promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, consoante o estabelecido no inciso I, art. 44, anexo I, do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.

Por sua vez, na alçada do MEC, cabe à Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), que integra a estrutura da SESu/MEC, realizar atividades de regulação, de supervisão e de avaliação destinadas aos programas de residência em saúde, por meio da CNRM e da CNRMS, conforme dispõe o inciso VIII, art. 23, anexo I, do Decreto nº 10.195, de 30 de dezembro de 2019.

Desta feita, no período de abril a junho de cada ano, a SESu/MEC disponibiliza o Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) para que as instituições interessadas submetam as solicitações de credenciamento, recredenciamento ou ampliação de vagas para os Programas de Residência Médica (PRM). Em seguida, mediante deliberação nas reuniões plenárias da CNRM, realizadas mensalmente, são emitidos os pareceres (favoráveis ou desfavoráveis) atinentes aos atos autorizativos de funcionamento dos referidos Programas.

Já no segundo semestre de cada ano, após análise de disponibilidade orçamentária, a SGTES/MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), publica os editais de seleção de Programas de Residências Médicas a serem beneficiados com a concessão de bolsas pelo Pró-residência médica, cuja validade estende-se durante todo o período de vigência do Programa na localidade designada, com duração de 1 a 5 anos, a depender da duração do Programa selecionado, nos termos da Portaria Conjunta nº 11/2010. Posteriormente, as portarias de resultado são publicadas no Diário Oficial da União (DOU).

Os coordenadores da Comissão de Residência Médica (COREME) das instituições com Programas de Residência Médica selecionados e os coordenadores da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições com Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde selecionados, para participarem do Pró-residência médica, deverão cadastrar os residentes bolsistas no Sigresidências¹² e

¹² O Sigresidências, instituído pela Portaria Conjunta nº 11/2010, é o sistema de acompanhamento e gerenciamento das informações relativas aos editais e pagamento das bolsas de residência financiadas pelo MS, sendo atualizado com a finalidade de qualificar os processos administrativos, com o intuito de gerar mais eficiência e proporcionar uma experiência mais transparente e funcional aos usuários. Nesse caso, as instituições e os residentes. Não se tem informação de nenhuma base pública que disponibilize as informações para a sociedade, como é o caso da base de certificados do SisCNRM.

validar os seus nomes, até o 5º dia útil de cada mês (art. 3º da Portaria Conjunta nº 11/2010), para participarem do Pró-residência médicas.

O DEGES/SGTES/MS, então, procederá à homologação das informações cadastradas e encaminhará a relação nominal dos residentes bolsistas à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP) da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) por meio físico e por arquivo eletrônico, acompanhada da autorização de pagamento, o qual é efetuado por meio do Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE), tendo início no mês subsequente à data do cadastramento do residente Bolsista no Sigresidências.

Os coordenadores da COREME e os coordenadores de COREMU dos Programas selecionados para participar do Pró-residências (médica e multiprofissional) são responsáveis pelo envio ao DEGES/SGTES de relatório de ocorrências indicando a interrupção ou cancelamento do pagamento das bolsas, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da ocorrência (art. 6º da Portaria Conjunta nº 11/2010).

Também é importante registrar que, para interlocução direta entre os presidentes das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs) e os supervisores de programas e coordenadores da COREME, foi instituído o canal de comunicação denominado Serviço de Atendimento às Residências (SAR), que viabiliza a otimização da comunicação e da resolução de eventuais problemas relacionados ao Programa.

Além disso, a gestão do Programa realizou pesquisa de campo com todas as CEREMs do país, com supervisores de programas e coordenadores da COREME, com a intenção de verificar o nível de satisfação em relação à estrutura administrativa e pedagógica do Pró-residência médica.

Cabe consignar ainda que as diretrizes estratégicas¹³ que norteiam o Programa constam do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Plurianual (PPA), neste caso, definidas por meio de reuniões realizadas com técnicos do MS e entidades vinculadas do Ministério da Economia (ME), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e da Presidência da República (PR). A partir do levantamento dos problemas, causas e consequências a serem enfrentadas, foram esboçados os objetivos finalísticos que compõem o PPA e o PNS.

Ademais, foi criado o Grupo de Trabalho (GT) no âmbito do MS, composto por técnicos responsáveis pela elaboração do planejamento e monitoramento das estratégias das secretarias e das entidades vinculadas, visando à uniformização de conceitos e à definição da metodologia a ser utilizada na elaboração de metas e indicadores. A elaboração de metas levou em

¹³ A visão estratégica do Programa está aderente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável traçados em 2015, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), os quais visam a promoção do desenvolvimento responsável e seguro em todos os países, sendo parte da agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável. Em relação ao Objetivo 3 - Saúde e Bem-Estar, inserido na meta 3.C, o Brasil se comprometeu, até o ano de 2030, a aumentar substancialmente o financiamento em saúde e o recrutamento, o desenvolvimento, a formação e a retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis.

consideração, entre outros elementos, as Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da 16ª Conferência Nacional de Saúde e a Análise Situacional.

Nesse cenário, as decisões sobre o Pró-residência médica são tomadas no âmbito da SGTES/MS, com apoio da CNRM¹⁴ e do Grupo de Trabalho de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em reuniões ordinárias.

As informações que subsidiam a definição de diretrizes e políticas educacionais para a residência médica estão alicerçadas em estudos e pesquisas voltadas à realidade da desta modalidade de residência no País com o foco na melhoria e ampliação dos serviços de saúde.

Recentemente, em parceria com a Universidade Federal de Goiás (UFG), foi elaborado estudo denominado "*Mapeamento e Caracterização dos Programas de Residência em Saúde no Brasil (2020)*", visando realizar mapeamento e caracterização dos programas de residência em saúde no Brasil para viabilizar futuro redimensionamento das bolsas financiadas a fim de se alcançar maior equidade na distribuição territorial, em face de contingências de ordem orçamentária.

Vale mencionar, ainda, que, a fim de subsidiar a elaboração de estratégias para o fortalecimento de Programas de Residência Médica (PRM), a SGTES/MS vem realizando estudos, análises, seminários e outros eventos relativos às residências em saúde no País, em especial para regiões mais vulneráveis. Tais estudos resultaram na publicação do Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFR), instituído por meio da Portaria GM/MS Nº 1.598, de 15 de julho de 2021, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, a qual visa valorizar e qualificar residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência e apoiar institucionalmente programas de residência em saúde, no âmbito do SUS.

6.2 Definição do objeto de auditoria

A presente auditoria foi realizada pela CGU nas unidades do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), no âmbito da governança¹⁵ do Pró-residência médica. O referido Programa foi desenhado interministerialmente a partir da problematização da necessidade de

¹⁴ As estratégias relacionadas ao desenvolvimento ou ampliação do Programa, como o alinhamento de ações relacionadas ao financiamento de bolsas de residência e à regulação das residências médicas no País, se dá no âmbito da CNRM, cujas reuniões são periódicas. Assim, em data prévia à reunião plenária, as pautas a serem discutidas e regulamentadas, no âmbito da CNRM, são encaminhadas pela Câmara Técnica e Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs), que são instâncias auxiliares, nos termos do art. 6º do Decreto nº 7.562/2011.

¹⁵ Governança, nos termos do Decreto nº 9.203/2017, é o "conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade".

articulação entre as políticas públicas de saúde e a formação médica na modalidade de pós-graduação¹⁶, em nível de especialização.

A avaliação de governança em políticas públicas se insere no contexto das auditorias operacionais¹⁷, que miram essencialmente a avaliação da efetividade¹⁸ de programas governamentais, o que se reveste de fundamental relevância dado que qualquer política pública há de ser formulada visando o atendimento de demandas sociais.

Portanto, é importante que os entes estatais instituidores dessas políticas promovam a sua avaliação, de modo a fomentar a melhoria da gestão pública, concluindo sobre a necessidade de aprimoramento ou manutenção dos programas de governo. Em outras palavras, deve-se avaliar se a implementação de políticas públicas está dotada de capacidades estatais¹⁹ adequadas ao nível de complexidade dos problemas que pretende solucionar.

É importante dizer que, nada obstante ser recomendada a qualquer política pública, a avaliação de governança revela-se indispensável naquelas que são implementadas por redes de políticas públicas²⁰, tal qual as que envolvem uma pluralidade de atores governamentais. Nesse cenário, há dependência mútua entre os diversos atores envolvidos em uma finalidade comum, haja vista que cada um, isoladamente, não consegue alcançar os objetivos propostos. A cooperação entre atores, por conseguinte, torna-se questão central para explicar o sucesso ou o fracasso da política pública (HILL e HUPE, 2002 apud BRASIL, 2014a). A governança em redes, desse modo, passa a

¹⁶ A Residência Médica é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada por ensino em serviço, ofertada por instituições de saúde, universitárias ou não, nos termos da Lei nº 6.932/1981.

¹⁷ A auditoria operacional (ou auditoria de desempenho) consiste no exame independente, objetivo e confiável que analisa se empreendimentos, sistemas, operações, programas, atividades ou organizações do governo estão funcionando de acordo com os princípios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade e se há espaço para aperfeiçoamento (ISSAI 3000/17).

¹⁸ A efetividade pode ser entendida como o efeito ou o impacto transformador causado pelos serviços prestados ou pelos bens disponibilizados por uma organização sobre uma realidade que se pretende modificar.

¹⁹ As capacidades estatais podem ser divididas em duas dimensões interdependentes: i) técnico-administrativa, que envolve o desenvolvimento de burocracias competentes e profissionalizadas, dotadas de recursos organizacionais, financeiros e tecnológicos necessários para conduzir as ações de governo de forma coordenada; e ii) político-relacional, associada à capacidade de incluir, dialogar e articular múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) visando à construção de consensos mínimos e coalizões de suporte aos planos, programas e projetos governamentais. Para aprofundamento dessa discussão, sugere-se consultar Pires e Gomide (2016).

²⁰ As redes de política pública são um conjunto de relações relativamente estáveis de natureza não hierárquica e interdependente ligando uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e trocam recursos com o objetivo de perseguir estes interesses comuns conscientes de que a cooperação é o melhor modo de se alcançar as metas comuns (BÖRZEL, 1998, p. 254 apud BRASIL, 2014a). Essas redes podem ser intergovernamentais, na medida em que incorporam atores da esfera nacional e local, e requerem a articulação entre ações locais e orientações definidas nacionalmente.

ser definida como a articulação horizontal de atores interdependentes, mas operacionalmente autônomos (PROCOPIUCK, 2013 *apud* BRASIL, 2014a).

Com fundamento na ênfase dada à multiplicidade de atores envolvidos no processo de políticas públicas, a perspectiva da governança multinível, segundo Procopiuck (2013 *apud* BRASIL, 2014a), sobressai em importância em ambientes desprovidos de “claros limites e fronteiras entre diferentes níveis jurisdicionais de entidades governamentais”, sem prejuízo da necessidade de articulação com atores não estatais. Isso é especialmente relevante para políticas públicas que se desdobram em contextos de federalismo de Estado, como o Pró-residência médica, em que há difusão de autoridade distribuída em arranjos policêntricos, constituídos em multiníveis ou múltiplas camadas.

6.2.1 Governança pública

Inicialmente, impende diferenciar gestão e governança. Enquanto a primeira é a função responsável por planejar a forma mais adequada de implementar as diretrizes estabelecidas, executar os planos e fazer o controle de indicadores e de riscos, a segunda é responsável por estabelecer a direção a ser tomada, levando em conta os interesses das partes interessadas.

Figura 9: Diferença entre governança e gestão



Fonte: BRASIL, 2020a

Assim, por um lado, a gestão se preocupa com a qualidade da implementação da direção superior, procurando solucionar questões como:

- Está claro o que deve ser feito?
- Tem-se os recursos necessários?
- Quais os riscos mais relevantes para o cumprimento da missão?
- Quanto é razoável gastar?

A governança, por outro lado, está atenta à qualidade do processo decisório e sua efetividade, buscando responder perguntas como:

- Como obter o maior valor possível às partes interessadas?
- Os problemas priorizados foram resolvidos?
- Como, por quem e por que as decisões foram tomadas?
- Os resultados esperados foram alcançados?

Com efeito, o TCU (BRASIL, 2014a) sintetiza governança pública como a combinação de dois elementos:

1. A “capacidade operacional da burocracia governamental, seja nas atividades de atuação direta, seja naquelas relacionadas à regulação das políticas públicas”;
2. A “criação de canais institucionalizados, legítimos e eficientes de mobilização e envolvimento da comunidade na elaboração e implementação de políticas”.

Por sua vez, o Decreto nº 9.203/2017, como já mencionado, define governança pública como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Tais mecanismos são assim conceituados:

Liderança: compreende conjunto de práticas de natureza humana ou comportamental exercida nos principais cargos das organizações, para assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança, quais sejam: a) integridade; b) competência; c) responsabilidade; e d) motivação.

Estratégia: compreende a definição de diretrizes, objetivos, planos e ações, além de critérios de priorização e alinhamento entre organizações e partes interessadas, para que os serviços e produtos de responsabilidade da organização alcancem o resultado pretendido; e

Controle: compreende processos estruturados para mitigar os possíveis riscos com vistas ao alcance dos objetivos institucionais e para garantir a execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das atividades da organização, com preservação da legalidade e da economicidade no dispêndio de recursos públicos.

Nos termos do parágrafo único do art. 6º do Decreto nº 9.203/2017, os mecanismos de governança pública incluirão, no mínimo: I - formas de acompanhamento de resultados; II - soluções para melhoria do desempenho das organizações; e III - instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências.

Ainda segundo o Decreto nº 9.203/2017, a governança pública tem como princípios: I - capacidade de resposta; II - integridade; III - confiabilidade; IV - melhoria regulatória; V - prestação de contas e responsabilidade; e VI - transparência.

O Decreto nº 9.203/2017 também define um rol de diretrizes de governança pública, a saber:

- I - direcionar ações para a busca de resultados para a sociedade, encontrando soluções tempestivas e inovadoras para lidar com a limitação de recursos e com as mudanças de prioridades;
- II - promover a simplificação administrativa, a modernização da gestão pública e a integração dos serviços públicos, especialmente aqueles prestados por meio eletrônico;

III - monitorar o desempenho e avaliar a concepção, a implementação e os resultados das políticas e das ações prioritárias para assegurar que as diretrizes estratégicas sejam observadas;

IV - articular instituições e coordenar processos para melhorar a integração entre os diferentes níveis e esferas do setor público, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público;

V - fazer incorporar padrões elevados de conduta pela alta administração para orientar o comportamento dos agentes públicos, em consonância com as funções e as atribuições de seus órgãos e de suas entidades;

VI - implementar controles internos fundamentados na gestão de risco, que privilegiará ações estratégicas de prevenção antes de processos sancionadores;

VII - avaliar as propostas de criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas e de concessão de incentivos fiscais e aferir, sempre que possível, seus custos e benefícios;

VIII - manter processo decisório orientado pelas evidências, pela conformidade legal, pela qualidade regulatória, pela desburocratização e pelo apoio à participação da sociedade;

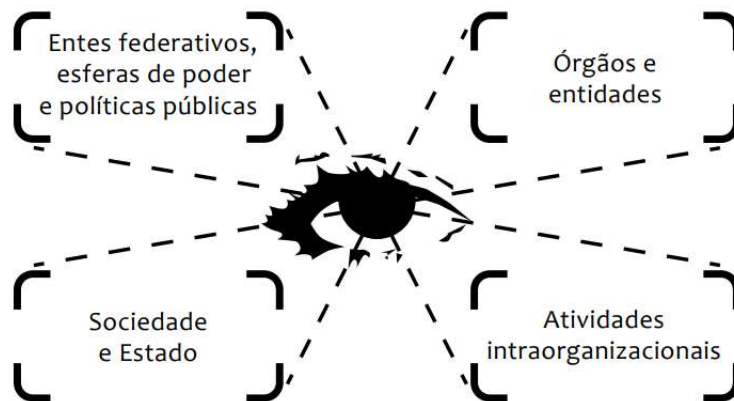
IX - editar e revisar atos normativos, pautando-se pelas boas práticas regulatórias e pela legitimidade, estabilidade e coerência do ordenamento jurídico e realizando consultas públicas sempre que conveniente;

X - definir formalmente as funções, as competências e as responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais; e

XI - promover a comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e dos resultados da organização, de maneira a fortalecer o acesso público à informação.

Para o TCU (BRASIL, 2014b), a governança pública pode ser analisada sob quatro perspectivas de observação: (1) Estado e sociedade; (2) entes federativos, esferas de poder e políticas públicas; (3) órgãos e entidades; e (4) atividades intraorganizacionais.

Figura 10: Perspectivas da governança pública



Fonte: BRASIL, 2014a

Nessa ótica, a presente auditoria, apesar de tangenciar todas as perspectivas apontadas pelo TCU – as quais se encontram fortemente interrelacionadas –, aborda sobretudo a segunda, qual seja, “entes federativos, esferas de poder e políticas públicas”.

6.2.2 Avaliação de governança em políticas públicas

Governança em políticas públicas se refere aos arranjos institucionais que condicionam a forma pela qual as políticas são formuladas, implementadas e avaliadas, em benefício da sociedade. É balizada por princípios e mecanismos que se entrelaçam, formando uma complexa estrutura, composta por normativos, regulamentos, instituições e, principalmente, indivíduos, que são os gestores ou executores das políticas públicas.

A avaliação de governança das políticas públicas, por sua vez, trata da análise de estruturas, funções, processos e tradições organizacionais para garantir que as ações planejadas (políticas) sejam executadas de tal modo que atinjam seus objetivos e resultados de forma transparente. Espera-se que as recomendações propostas após a avaliação impactem positivamente a sociedade, garantindo maior efetividade e economicidade das políticas públicas, por meio da definição de papéis e responsabilidades na estrutura de sua gestão e coordenação.

Nesse sentido, melhorar a governança de determinada política pública significa aprimorar a coordenação da execução da política, criando condições capazes de gerar e entregar resultados, de forma a melhor atender ao interesse público.

A fim de estabelecer boas práticas para a avaliação de governança das políticas públicas, o TCU (BRASIL, 2014a) identificou oito componentes que viabilizam a boa governança em políticas públicas, quais sejam: a) Institucionalização; b) Planos e Objetivos; c) Participação; d) Capacidade Organizacional e Recursos; e) Coordenação e Coerência; f) Monitoramento e Avaliação; g) Gestão de Riscos e Controle Interno; e h) *Accountability*.

Figura 11: Componentes de avaliação de políticas públicas



Fonte: BRASIL, 2014a.

Nesse diapasão, em cada avaliação, deve-se estimar a importância relativa que cada um dos componentes tem para a política pública, tendo em vista o seu tempo de existência, a experiência dos gestores, entre outros aspectos. Posteriormente, procede-se à delimitação e priorização dos componentes que serão objeto de avaliação.

6.3 Definição do escopo de auditoria

A definição do escopo desta auditoria tomou por base o citado Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas (BRASIL, 2014a), onde o TCU identificou oito componentes que viabilizam a boa governança em políticas públicas.

Considerando que raramente uma única avaliação de governança em certa política pública será capaz de avaliar todos os componentes, haja vista a amplitude de análise de cada um, este trabalho abordou a avaliação dos seguintes componentes do Pró-residência médica:

- 1) Institucionalização;
- 2) Planos e Objetivos;
- 3) Coordenação e Coerência; e
- 4) Monitoramento e Avaliação.

6.4 Metodologia

As auditorias operacionais possuem características próprias que as diferenciam dos outros tipos de auditoria. Diversamente de auditorias de conformidade e financeiras, que adotam padrões relativamente fixos, as auditorias operacionais, devido à variedade e complexidade das questões tratadas, possuem maior flexibilidade na escolha de temas, objetos de auditoria, métodos de trabalho e forma de comunicar as conclusões de auditoria. Conseqüentemente, para se avaliar a governança de uma política pública, não existe modelo genérico e universal.

Conforme anteriormente explanado, a presente auditoria de governança é direcionada para o exame de atividades realizadas de forma coordenada entre a SGTES/MS e a SESu/MEC na condução do Pró-residência médica, extrapolando, assim, as barreiras funcionais de um único órgão.

De acordo com o Manual de Auditoria Operacional do TCU (2020), em auditorias que extrapolem as barreiras funcionais de um órgão, pode ser necessária a aplicação de técnicas específicas, como o enfoque integrado de governo²¹ – termo utilizado para designar uma forma de responder ao problema da crescente fragmentação no setor público e nos serviços públicos, com reconhecimento de que é necessário o aumento da integração, da coordenação e da coerência das políticas públicas para obtenção de maiores benefícios para a sociedade. Essa abordagem pode ser usada em problemas complexos ou persistentes (como pobreza, saúde deficiente, população desabrigada); em crises e desafios estratégicos (como mudanças climáticas, terrorismo e epidemias); em prestação de serviços integrados a toda a população; ou a um grupo específico, como idosos ou jovens (COLGAN; KENNEDY; DOHERTY, 2014).

Convém pontuar que, para a adoção do WoG, mister é a apropriação do conceito de centro de governo (CG), que é uma instituição ou grupo de instituições que presta apoio ao chefe do Poder Executivo, examinando a totalidade da ação governamental com o objetivo de assegurar coerência e coesão às diversas iniciativas governamentais (BRASIL, 2016b).

No atual desenho institucional do governo brasileiro, o centro de governo não é composto por uma única estrutura, mas um conjunto de organizações da Presidência da República, do ME e do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES). A multiplicidade de atores cria a necessidade de coordenação não só entre o CG e os demais ministérios, mas também entre seus componentes. Sendo assim, propostas de deliberações ao CG devem ser discutidas entre a unidade técnica detentora da clientela e a proponente, para avaliação da oportunidade e conveniência de tratá-las no processo de auditoria em discussão ou em outro processo da responsabilidade daquela unidade (BRASIL, 2020c).

Nessa toada, para o exame de temas amplos onde se considera o enfoque integrado de governo, é imprescindível a análise de fragmentações, sobreposições e duplicidades nas ações de governo. Fragmentação ocorre quando mais de uma entidade governamental (ou mais de uma unidade da entidade) está envolvida na mesma área e há oportunidade de melhoria na prestação de serviços. Sobreposição se dá quando várias entidades governamentais ou programas têm objetivos semelhantes, desenvolvem atividades ou estratégias similares para alcançar esses objetivos ou têm o mesmo público-alvo. Duplicação acontece quando duas ou mais entidades ou programas realizam as mesmas atividades ou prestam os mesmos serviços para os mesmos beneficiários (GAO, 2015 apud BRASIL, 2020).

Os principais passos para identificar e avaliar instâncias de fragmentação, sobreposição e duplicação nas políticas são os seguintes (GAO, 2015 apud BRASIL, 2020):

- a. identificar fragmentação, sobreposição ou duplicidade;

²¹ *Whole of Government approach* - **WoG**, na sigla em inglês

- b. identificar os efeitos potenciais da fragmentação, sobreposição e duplicidade;
- c. validar os efeitos, avaliar e comparar os programas;
- d. identificar opções para aumentar a eficiência e reduzir (ou gerenciar melhor) a fragmentação, sobreposição e duplicidade.

Audidores do TCU identificaram outro tipo de situação, além das três descritas, qual seja, a lacuna, que se dá pela ausência de uma parte importante em um processo, podendo ser a ausência de políticas, programas, atuação de atores, mecanismos institucionais, atividades, benefícios ou cobertura de beneficiários (BRASIL, 2020).

O uso do enfoque integrado de governo para analisar temas ligados a políticas públicas tem sido associado a benefícios como (COLGAN; KENNEDY; DOHERTY, 2014, apud BRASIL, 2020):

- a. foco no resultado: busca permitir que departamentos e agências governamentais alcancem resultados que não seriam possíveis trabalhando de forma isolada;
- b. expansão de limites: a implementação de políticas públicas geralmente vai além de um único ministério, departamento ou agência;
- c. catalisador: o enfoque integrado de governo é visto como um facilitador para que o governo lide com desafios complexos, use conhecimento e expertise – de dentro e de fora do governo – de forma mais efetiva e integre níveis de governo para apoiar a prestação de serviços de forma mais eficiente e efetiva;
- d. fortalecimento da prevenção: esse enfoque pode fortalecer uma visão preventiva, fazendo com que os problemas sejam enfrentados de maneira sistêmica, logo que aparecem, antes que se incorporem à política pública.

Nas auditorias operacionais, o enfoque integrado de governo ajuda a entender melhor as complexidades do objeto auditado e a definir os objetivos da auditoria, especialmente nas auditorias em políticas multisetoriais ou nas descentralizadas em diferentes níveis de governo.

Dessa forma, considerando a citada abordagem, a presente auditoria se desenvolveu primordialmente a partir da coleta de evidências documentais e testemunhais, obtidas a partir de inspeção documental e de base de dados, bem como de entrevistas com os gestores envolvidos na execução da política pública auditada.

De modo auxiliar, este trabalho adotou as premissas dos métodos multicritérios de apoio à decisão, os quais abordam o problema levando em conta diversos critérios, incluindo os aspectos subjetivos dos tomadores e agentes de decisão. Logo, não se têm como pretensão a apresentação da melhor ou única opção para resolução, mas sim alternativas que podem ser adotadas pelo tomador de decisão na solução dos achados.

6.5 Resultados da Avaliação

Essa avaliação tem como objetivo principal fornecer subsídios para a tomada de decisões nos níveis estratégico e tático visando o aperfeiçoamento da governança do Pró-residência médica.

O enfoque da análise não se concentra de forma prioritária no desempenho da gestão da política pública em si, tendo em vista que focaliza a qualidade dos fatores estruturais que aumentam a probabilidade de que os resultados previstos sejam alcançados, ao mesmo tempo em que fomenta a criação de um melhor ambiente para o uso dos recursos públicos.

Por conseguinte, foram idealizadas as seguintes questões avaliativas:

1. A base normativa que institucionaliza o Programa define claramente as competências independentes da SGTES/MS e da SESu/MEC, sem acarretar a sobreposição de competências ou atividades concorrentes, por parte das duas Secretarias?
2. As ações executadas pela SGTES/MS e pela SESu/MEC são coordenadas e suficientes para o atingimento dos objetivos da política?
3. Os objetivos específicos da SGTES/MS e da SESu/MEC são interrelacionados e monitorados, contribuindo conjuntamente para o atingimento dos objetivos do Programa?

Para responder a essas questões, foram examinadas as informações apresentadas pelos gestores em respostas às indagações realizadas por esta equipe de auditoria, considerando ainda dados oficiais relativos ao Programa e trabalhos acadêmicos sobre o assunto.

A auditoria teve por base o “Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas” publicado pelo TCU (2014), como também as publicações “Avaliação de Políticas Públicas – Guia Prático de Análise *ex ante*” (2018a) e “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise *ex post*” (2018b), da Casa Civil da Presidência de República, além de outros referenciais bibliográficos.

Convém registrar que auditorias operacionais são trabalhos de relatório direto, para os quais o nível de asseguuração é comunicado mediante descrição equilibrada e fundamentada de como os achados, critérios e as conclusões foram desenvolvidos e por que as combinações de achados e critérios resultaram em uma determinada conclusão geral ou recomendação.

A seguir, destarte, passa-se à apresentação dos achados de auditoria.

6.5.1 Ausência de matriz de responsabilidades, com definição formal das competências das principais partes interessadas.

A institucionalização de determinada política pública se refere a aspectos, formais ou informais, da existência da política, relacionados a capacidades organizacionais, normatização, padrões, procedimentos, competências e recursos que possibilitam o alcance dos seus objetivos e resultados (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, o TCU (BRASIL, 2014a, pág. 44), dentre outras, elenca como boas práticas de governança em políticas públicas as seguintes:

- a. Institucionalização formal da política pública por meio de norma legal (lei, decreto, resolução etc.) apropriada, emitida por órgão dotado de legitimidade e competência para fazê-lo, e na qual normatize-se a atuação dos diversos órgãos, instituições e esferas de governo envolvidos.

- b. Definição clara e formal das competências das principais partes interessadas envolvidas na política pública (matriz de responsabilidades), de forma que seja possível a identificação dos objetivos, papéis, responsabilidades, recursos e obrigações de todos os envolvidos, incluindo-se abordagem para tratar resolução de conflitos, identificar e dividir riscos e oportunidades e estabelecer formas de revisão, avaliação e monitoramento.
- c. Institucionalização formal dos processos decisórios referentes à política pública.
- d. Existência de marco regulatório que não prejudique o desempenho da política pública pelo excesso de formalismo e de detalhamento.

A Corte de Contas ainda recomenda que seja prevista a participação social e das demais partes interessadas nos processos decisórios, considerando que o grau de governança em uma rede de políticas públicas depende da existência de uma ampla participação legitimada nos processos decisórios, considerada de fundamental importância para a implantação de políticas públicas que atendam às reais necessidades da população (DIAS, 2012 *apud* TCU, 2014a).

Assim, espera-se que toda política pública esteja jurídica e oficialmente formalizada, com o estabelecimento de normas, padrões e procedimentos que definam claramente as arenas decisórias, a divisão de competências e as atribuições dos atores envolvidos, com precisa definição de responsabilidades por produtos e ações, incluindo as etapas intermediárias.

Em relação ao Pró-residência, como já asseverado, a sua formalização se deu por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009, a qual estabelece que o Programa será coordenado pela SESu/MEC e pela SGTES/MS. Ainda nos termos da norma instituidora, as ações do Programa devem estar em consonância com os requisitos estabelecidos pela CNRM.

Verifica-se que o normativo que instituiu o Programa possui legitimidade e competência para normatizar a atuação dos atores e esferas de governo envolvidos na política pública. No entanto, as competências das principais partes interessadas (CNRM, MEC, MS, gestores locais, residentes, preceptores, instituições proponentes, conselhos e associações de médicos) não estão claras e formalmente definidas na norma, de forma que seja possível a identificação das atribuições, responsabilidades, direitos e deveres de cada uma.

Cabe consignar que as competências de algumas partes interessadas estão definidas de forma esparsa, como no Edital GM/MS nº 1/2015 e no Edital SGTES nº 2/2019, que dispõe de modo incipiente sobre as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições proponentes. Além disso, o Decreto nº 7.562/2011 define as responsabilidades da CNRM, instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação que tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica.

A fim de dirimir essas questões, esta equipe de auditoria remeteu, em 28/12/2021, os Ofícios nº 24068/2021 e nº 23888/2021, respectivamente, à SGTES/MS e à SESu/MEC, com indagações sobre o assunto. Em resposta, a

SESu/MEC apresentou a esta equipe de auditoria o Ofício nº 7/2022/CGRS/DDES/SESu-MEC, de 13/1/2022, cujo excerto transcrevemos:

“O Programa Pró-Residência foi instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Na referida Portaria estão descritas as ações a serem tomadas conjuntamente entre Ministérios da Saúde e da Educação com objetivo de favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.”

Em que pese a afirmação da SESu/MEC, cabe consignar que a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009 possui apenas cinco artigos, cuja literalidade transcrevemos:

Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-residência médica - que tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS, por meio de:

a) Ampliação do número de vagas na modalidade Residência Médica e instituição de novos programas nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

b) Concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM);

c) Cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas a Programas de Residência Médica (PRM), selecionadas pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS para participar como parceiras do programa Pró-residência médica.

Art. 2º O Pró-residência médica será coordenado pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS.

Art. 3º Todas as ações implementadas pelo Programa ora instituído deverão estar em consonância com os requisitos estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM/MEC.

Art. 4º As despesas decorrentes deste programa correrão à conta dos recursos orçamentários alocados nos orçamentos do MEC/SESu e do MS/SGETS.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Percebe-se, pois, que, diferentemente do afirmado pelo gestor, a norma não descreve as ações a serem tomadas conjuntamente entre o MS e o MEC. Em síntese:

- a. O art. 1º trata dos objetivos do Programa;
- b. O art. 2º limita-se a dispor que o Programa será coordenado pela SESu/MEC e SGTES/MS;
- c. O art. 3º limita-se a dispor que as ações do Programa deverão estar em consonância com requisitos estabelecidos pela CNRM/MEC
- d. O art. 4º trata da alocação orçamentária; e
- e. O art. 5º trata da vigência.

Em relação a SGTES/MS, suas considerações foram apresentadas mediante o Ofício 98/2022/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, de 31/02/2022, que encaminha a Nota Técnica 13/2022 – DEGTS/SGTES/MS, *in verbis*:

A Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, que institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência médica), atribui em seu art. 2º, a responsabilidade de coordenação do programa à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e à Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC).

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), a coordenação do Pró-residência médica é exercida pelo Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTES/MS), que integra a estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), a qual compete, promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, conforme estabelecido no inciso I, art. 44 do anexo I, do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.

Na alçada do Ministério da Educação (MEC), compete à Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), que integra a estrutura da Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC), realizar atividades de regulação, de supervisão e de avaliação destinadas aos programas de residência em saúde por meio da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em

Saúde (CNRMS), conforme estabelecido no inciso VIII, art. 23, do anexo I, do Decreto nº 10.195, de 30 de dezembro de 2019.

O alinhamento de ações relacionadas ao financiamento de bolsas de residência, bem como à regulação das residências médicas no país se dá no âmbito da CNRM, espaço colegiado que conta com representação da SGTES/MS e SESu/MEC, conforme Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011.

A título de completude, informa-se o marco legal que rege a matéria, como segue:

Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977- Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências;

Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981- Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências;

Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009 – Trata do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-residência médica; e

Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011 - Institui a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de Programas de Residência Médica (PRM).

Embora a SGTES/MS tenha citado várias normas (Portaria Interministerial nº 1.001/2009; Decreto nº 9.795/2019; Decreto nº 10.195/2019; Decreto nº 7.562/2011; Decreto nº 80.281/1977 e Decreto nº 7.562/2011), nenhuma delas define a matriz de responsabilidade do Pró-residência médica, de modo a atender as boas práticas pugnadas pelo TCU.

A ausência de uma completa matriz de responsabilidades pode ter como uma de suas causas a falsa percepção quanto à suficiência dos normativos até então instituídos, bem como desconhecimento quanto aos potenciais riscos decorrentes da ausência de definição clara das responsabilidades dos atores envolvidos na política pública.

Como já observado, apenas as competências de algumas partes interessadas estão definidas em normas, muito embora de forma incipiente e esparsa, como no Edital GM/MS nº 1/2015 e no Edital SGTES nº 2/2019, que dispõe sobre responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições proponentes. Além disso, o Decreto nº 7.562/2011 define as responsabilidades do CNRM. No entanto, as competências dos gestores locais, dos residentes, dos preceptores, dos conselhos e das associações de médicos

no que tange ao Pró-residência médica não estão claras e formalmente definidas em atos normativos, de forma que seja possível a identificação das atribuições, responsabilidades, direitos e deveres de cada uma.

A inexistência de políticas públicas formais fragiliza, por exemplo, a constituição de arcabouços legais para a sua sustentação e a definição segura das fontes de recursos a serem alocados. Deve-se ressaltar, ainda, que a institucionalização de uma política pública está intimamente relacionada com sua legitimidade e capacidade organizacional.

Assim, a existência de políticas públicas adequadamente institucionalizadas sinaliza que elas são reconhecidas como legítimas, desejadas e que contam com os recursos necessários ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Outrossim, a transparência sobre as responsabilidades de cada uma das partes interessadas permite que o processo seja organizado de modo a suprir lacunas causadas pela má compreensão das reais responsabilidades de cada um no processo de governança.

6.5.2 Mapeamento dos processos incipiente

Qualquer política pública pode ser definida como um conjunto de processos. Por sua vez, um processo é um conjunto de atividades sequenciadas e relacionadas entre si que têm como finalidade transformar insumos em produtos e serviços (BRASIL, 2017a). Processos são compostos por atividades inter-relacionadas que solucionam uma questão específica. Essas atividades são governadas por regras de negócio e vistas no contexto de seu relacionamento com outras atividades para fornecer uma visão de sequência e fluxo (ABPMP, 2013).

No âmbito das políticas públicas, a gestão de processos pode ser definida como a organização e estruturação de todas as etapas e tarefas dos processos que contribuem para o alcance dos seus objetivos estratégicos. Para tanto, a primeira etapa corresponde ao adequado mapeamento dos processos, isto é, a definição da situação atual do processo (AS-IS).

Mapear um processo significa desenhar a sequência de atividades, de decisões e de documentos indicando o sentido de seu fluxo, de forma a deixar clara a relação entre todos esses elementos, de acordo com uma visão que parte do nível maior de detalhe para o menor. O mapeamento deve ser realizado com a participação das pessoas que conhecem o processo em questão e seu contexto organizacional, ou seja, os gestores e profissionais envolvidos nessas atividades (BRASIL, 2017a). Assim, trata-se do momento de exploração para criação de uma visão comum das rupturas e desvios do processo.

Uma grande quantidade de aprendizado e melhoria nos processos pode resultar da documentação e exame dos relacionamentos *input-output* representados em um mapa de processos. Entre outros benefícios provenientes da confecção desse mapa, cita-se a identificação das interfaces críticas, a definição de oportunidades para simulações de processos, a implantação de métodos de contabilidade baseados em atividades e a identificação de pontos desconexos ou ilógicos nos processos (gargalos). Assim, o mapeamento desempenha o papel essencial de desafiar os processos existentes, auxiliando na formulação de uma gama de perguntas

críticas, como por exemplo: *Esta complexidade é necessária? São possíveis simplificações? As pessoas estão preparadas para as suas funções? O processo é eficaz? O trabalho é eficiente? Os custos são adequados?* (HUNT, 1996; JOHANSSON et al., 1995).

Com base no que foi verificado no mapeamento AS-IS, deve-se proceder ao desenho de processos (TO-BE), isto é, a definição da situação futura do processo (onde se quer chegar). O objetivo desta etapa é a proposição de melhorias. O desenho de processos TO-BE envolve definir o fluxo de trabalho, os papéis e responsabilidades, as tecnologias necessárias ao processo, as fontes de dados e a dinâmica de integração com outros processos. É nesse momento que se promovem as condições reais de transformação nos processos. É também a oportunidade de documentar o que ficou definido no mapeamento, com o auxílio de ferramentas que agregam valor ao processo, como a tecnologia BPM (*Business Process Management*)²².

No que tange aos processos atinentes ao Pró-residência médica, a SESu/MEC, mediante o Ofício nº 7/2022, informou que a referida ação é coordenada pela SGTES/MS, que define os processos decisórios referentes ao Programa, em conformidade com as áreas prioritárias do SUS. Além disso, deixou assente que os critérios para seleção das bolsas a serem financiadas pelo Programa são definidos em editais próprios, publicados anualmente pela SGTES/MS, e que as matérias a serem regulamentadas no âmbito da CNRM atendem ao disposto nos arts. 7º e 8º do Decreto nº 7.562/2011.

Já a SGTES/MS apresentou o Ofício nº 98/2022, que encaminha a Nota Técnica 13/2022 – DEGTS/SGTES/MS, cujo excerto transcrevemos:

As decisões são tomadas no âmbito do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTES/MS), com apoio da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e do Grupo de Trabalho (GT) de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em reuniões ordinárias.

A fim de operacionalizar o Programa e tornar o processo isonômico, são lançados editais de seleção pública e posteriormente são publicadas as portarias de resultado no Diário Oficial da União (DOU).

Ademais, questões estratégicas e de regulação em relação à residência médica no país são tomadas no âmbito da CNRM, espaço colegiado competente, nos termos do art. 2º do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. É pertinente ressaltar que são realizadas reuniões ordinárias que acontecem mensalmente, sendo suas decisões homologadas por meio de Resoluções.

²² Assim como a análise de processos, o desenho de processos é uma das 9 áreas de conhecimento do BPM CBOK.

Em relação ao modo como são definidas as matérias a serem regulamentadas no âmbito da CNRM e quais atores estão envolvidos neste processo, a SGTES/MS informou o seguinte:

Em data prévia ao acontecimento da plenária as pautas a serem discutidas e regulamentadas, no âmbito na Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM) são encaminhadas pela Câmara Técnica e Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs), que são instâncias auxiliares da CNRM,

Cumprir destacar, que o envio das pautas a serem discutidas é realizado conforme calendário disponibilizado no Portal do MEC.

[...]

Ademais, qualquer Instituição com assento na comissão, bem como demais atores envolvidos no programa Pró-residência médica, poderão solicitar a inclusão de pauta junto à Secretaria Executiva da CNRM.

Pelo exposto, conclui-se que há um intrincado processo decisório relativo ao Pró-residência médica, perpassando diversos atores (SGTES, CNRM, CIT, Câmara Técnica, CEREMs, entre outros), porém tais processos não foram adequadamente mapeados pelos gestores, dificultando, em última análise, a própria atividade de controle, a qual pode vir a negligenciar fluxos importantes, dada a natural assimetria de informação entre os executores e os avaliadores das políticas públicas.

Embora a SGTES/MS, por meio da NOTA TÉCNICA Nº 13/2022-DEGTS/SGTES/MS, de 28/1/2022, tenha apresentado a esta equipe de auditoria fluxograma com detalhamento dos processos executados no âmbito da própria Secretaria, o documento apresenta apenas a visão compartimentalizada de uma parte do processo, desconsiderando o fluxo decisório entre os demais atores envolvidos na política pública, que *extrapolam as barreiras funcionais* do órgão.

A própria SGTES/MS reconhece que existem atores, atividades e relacionamentos não contemplados no fluxograma apresentado, ressaltando que “precisa ser considerado todo o procedimento que antecede a publicação de atos, por esta SGTES/MS, para a consecução do financiamento das vagas em programas de residência, a par daqueles praticados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na qual possuem assento parte dos atores que promovem, de forma direta ou indireta, a execução do Programa, sem prejuízo da atuação dos gestores do SUS, locais e regionais, por meio das instâncias deliberativas como as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite”.

Logo, para melhor compreensão do processo e das oportunidades para seu aprimoramento, todos esses fluxos não de ser mapeados considerando a abordagem de enfoque integrado de governo, com participação direta dos usuários, *de modo a identificar e avaliar instâncias de fragmentação, sobreposição e duplicação. A partir do mapeamento, as partes interessadas terão maior conhecimento sobre o Programa e sobre o processo,*

evidenciando problemas a serem remediados, de forma a torná-lo mais efetivo à sociedade.

Além de permitir a identificação dos potenciais de melhoria a serem incorporados no desenho do processo, auxiliando no controle e gerenciamento de riscos, o adequado mapeamento garante a otimização do tempo dispendido em análises futuras, deixando a tomada de decisão mais eficiente e, em última análise, aumentando a governança.

6.5.3 Ausência de adequada definição de metas para aferição do alcance dos objetivos do Programa

Dias (2012) assinala que o estabelecimento de prioridades, objetivos e metas a serem alcançados constitui espinha dorsal de uma política pública, sinalizando a todos quais são os parâmetros pelos quais se orientar.

Nesse contexto, o TCU (PETERS, 2012 apud BRASIL, 2014a) aponta como boa prática de governança em políticas públicas a “definição de objetivos precisos o suficiente para permitir uma delimitação nítida do campo de atuação da política, traduzindo-os, por sua vez, em metas precisas e objetivamente caracterizadas, que concorram para a consecução dos propósitos mais gerais da intervenção pública, de modo a orientar as ações governamentais e assegurar a transparência sobre metas e resultados”.

A literatura aponta que o objetivo da política pública deve ser: essencial, controlável, mensurável, operacional, decomposto, conciso e inteligível (JORDAN et al., 2015). Essas características ideais dependem da extensão do objetivo, bem como da amplitude do público-alvo a ser focado e dos instrumentos disponíveis para a ação pública, os quais estão associados ao resultado esperado e à meta prevista na política pública formatada (BRASIL, 2018a).

Além disso, a definição de objetivo da política formulada deve envolver a previsão ou estimativa do tempo de sua implantação e de duração dos seus impactos. Com efeito, o objetivo da política pública será insumo para a elaboração do modelo lógico²³, que, por sua vez, subsidiará a avaliação *ex post* da política pública (BRASIL, 2018a).

Nesse contexto, é importante que, por meio de métricas estatísticas, se estabeleçam indicadores²⁴ suficientes para a verificação do objetivo da política pública, podendo ser necessário mais de um indicador para cada resultado pretendido. Os indicadores garantem a atribuição de valor a objetivos, de acordo com critérios de avaliação, como, por exemplo, a efetividade²⁵. Assim, eles favorecem a participação e o empoderamento das

²³ O modelo lógico estabelece hipóteses de que determinados insumos e determinadas atividades geram determinados produtos, que, por sua vez, geram resultados (efeitos de curto e médio prazo) e impactos (efeitos de mais longo prazo) no público-alvo ou na sociedade como um todo.

²⁴ Indicadores são dados que possibilitam desde acompanhar o andamento até medir o cumprimento dos objetivos de uma política. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente. Podem ser analíticos, como as taxas, ou sintéticos, como os índices.

²⁵ Seguindo o modelo lógico, é possível construir indicadores de eficácia, eficiência e efetividade. Os indicadores de eficiência dizem em que medida os recursos utilizados

partes interessadas, as quais, embasadas em informações, podem contribuir com suas visões e prioridades. Ao mesmo tempo, exigem e promovem a melhoria da capacidade organizacional e da habilidade de articulação e argumentação, fomentando a descentralização e potencializando as chances de ocorrência do desenvolvimento sustentável.

A definição de indicadores quantitativos e/ou qualitativos apropriados faz parte do desenho da política pública e uma de suas funções é facilitar o seu planejamento, na medida em que possibilita o maior conhecimento sobre a situação que se deseja modificar; o estabelecimento de prioridades; a escolha dos beneficiados; a avaliação dos processos; a adoção dos redirecionamentos necessários; e a verificação dos resultados e dos impactos obtidos.

O modelo SMART auxilia no processo de escolha de indicadores, cujas propriedades desejáveis são as de serem específicos, mensuráveis, atribuíveis, relevantes e temporalmente regulares (BRASIL, 2010, p. 18b). Ao serem fixados durante a elaboração *ex ante*, os indicadores definem quais dados devem ser coletados para que se possa realizar o acompanhamento da implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados, bem como quais as fontes e os meios de coleta dos dados que serão utilizadas.

Uma vez estabelecidas as fórmulas e as fontes dos dados, segue-se o estabelecimento de metas, que são uma expressão numérica que representa o estado futuro de desempenho desejado. Devem ser alcançáveis, desafiadoras, diretas, negociáveis e fundamentadas em séries históricas, tendências e *benchmark*. Ademais, devem ser suficientes para assegurar a implementação efetiva da estratégia. Por essa razão, carecem de uma finalidade, um valor e um prazo.

Todos os indicadores de desempenho devem ter metas, podendo ser definida mais de uma meta por indicador. Indicadores e metas devem ser considerados como elementos indissociáveis da construção dos modelos lógicos. Dito de outra forma, a meta nada mais é que um indicador de atingimento de um resultado especificado e temporalmente demarcado em sua verificação.

Indicadores de insumo e produto são essenciais para averiguar em que medida a política conta com o que precisa para ser posta em prática e até que ponto os recursos estão sendo bem utilizados. Portanto, são aspectos básicos ao monitoramento, ou às avaliações ditas formativas, feitas quando a política ainda não teve tempo suficiente para gerar resultados. Trata-se de indicadores de avaliação do grau de implementação (BRASIL, 2018a).

Por sua vez, indicadores de produto fornecem elementos a serem considerados para eventuais ajustes na implementação, revelando problemas nos insumos, nas atividades ou, o que é mais grave, na teoria do programa – quando insumos e atividades, mesmo quando bem providos e organizados,

para gerar um produto estão sendo otimizados ou desperdiçados, seja por falha nos insumos seja nos processos. Os indicadores de eficácia, por seu turno, demonstram se os produtos foram entregues no prazo fixado. Já os de efetividade são os que dizem se os resultados mais importantes da política estão acontecendo, e em que prazo.

não conseguem proporcionar as entregas mínimas esperadas (BRASIL, 2018a).

Já os indicadores de resultados de médio e longo prazo atestam em que medida as metas e os objetivos finais da política estão sendo alcançados (BRASIL, 2018a).

Anteriormente à implementação da política, é importante que se considere os valores dos indicadores disponíveis até então. A causalidade entre os componentes de uma intervenção não pode ser constatada simplesmente olhando-se para a diferença entre os valores dos indicadores pré e pós-intervenção. Porém, sem valores da linha de base acerca da realidade à qual a política visa promover mudanças, não se poderá futuramente desenvolver nenhuma avaliação relevante do atingimento de seus resultados. Logo, deve-se analisar quais dados estão disponíveis antes da execução da intervenção e com que precisão refletem os aspectos a serem sujeitos a ela.

Em relação ao Pró-residência médica, frise-se que a Portaria que o instituiu dispõe que o Programa tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS.

Além disso, por meio do Ofício nº 98/2022/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, a SGTES/MS informou que:

...os resultados esperados constam no Plano Nacional de Saúde (PNS), como parte do Objetivo Estratégico: “Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade”, Meta 7.04.

A Meta 7.04 - estabeleceu para 2023 o resultado de 23.423 (vinte e três mil, quatrocentos e vinte e três) bolsas de residência médica e de residência em área profissional da saúde.

Percebe-se que a meta apontada pelo gestor é de ordem estritamente orçamentária, se confundindo com a própria implementação dos instrumentos da política pública. Isso acaba gerando uma distorção no próprio desenho da política, em que o objetivo da ação pública é a sua mera execução ou um meio de implementação e não o seu resultado esperado. Deveras, a concessão de um número determinado de bolsas de residência médica não é suficiente para o alcance do objetivo do Programa, isto é, favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS.

Em síntese, a simples concessão de bolsas não significa, necessariamente, que as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS tenham sido levadas em consideração. Assim sendo, é imprescindível que o objetivo do Pró-residência médica seja traduzido em indicadores de eficácia, eficiência e efetividade, a fim de que sejam estabelecidas metas que, uma vez atingidas, sejam suficientes para o alcance do objetivo do Programa, de modo que o cumprimento dos resultados esperados pela ação pública possa ser aferível.

Quando se fala em efetividade, por exemplo, os objetivos são muitas vezes mensurados em termos de satisfação, confiança dos beneficiários, qualidade dos serviços ou mitigação de riscos potenciais. Por isso, muitas vezes, avaliações de custo-benefício são importantes para medir a eficácia de uma política, mas não necessariamente a sua efetividade.

É importante, também, que as metas sejam elencadas em termos de prioridades. Isso permite que os recursos escassos sejam alocados onde é mais necessário ou urgente.

A definição clara e prévia de metas embasadas em indicadores permite de antemão o estabelecimento de alguns parâmetros para uma avaliação posterior, de modo que os objetivos da política pública sejam verificáveis, possibilitando maior entendimento, por parte da sociedade, dos resultados das ações públicas para a solução do problema diagnosticado, posto que, ao final (*ex post*), pode-se avaliar se os resultados mensurados condizem com os objetivos previstos no desenho original da política pública (resultados esperados e metas propostas *ex ante*). Em outras palavras, após a implantação da política, os parâmetros iniciais podem ser comparados com os resultados efetivos e as metas alcançadas, no âmbito de avaliações *ex post*. Esse confronto entre o previsto e o realizado serve não somente para observar o alcance dos objetivos da ação pública, mas, também, para redesenhar ou redefinir os parâmetros do desenho político original.

Cabe ressaltar que as metas de uma determinada política pública não precisam necessariamente estar expressas no ato normativo de sua instituição. Todavia, é importante que o órgão gestor publique, em algum documento de fácil acesso ou em página mantida pelo órgão gestor, as metas da ação proposta em termos de resultados previstos, prevendo as mudanças sociais a serem promovidas na solução do problema que a política pública se propõe a resolver.

Já a verificação dos indicadores configura parte das atividades a serem realizadas pela intervenção, podendo inclusive, quando relevante, ser incluída no componente atividades do modelo lógico. É dizer que a diretriz da atuação governamental há de ser pautada pelos instrumentos de *accountability* (prestação de contas), de transparência, de monitoramento e de avaliação das políticas públicas, porquanto a lógica de não se expressar os objetivos e metas de uma política pública em termos de resultados, para evitar o comprometimento com o seu alcance, não é aceitável.

6.5.4 Ausência de iniciativa governamental de acompanhamento periódico dos egressos dos programas de residência médica.

Ao se formular e se instituir uma política pública, estabelece-se, como objetivo, atender uma demanda social a partir da identificação de algum problema que se pretende solucionar, ou pelo menos mitigar, com a execução da novel política.

Em outras palavras, o objetivo principal de qualquer ação pública é atender de maneira efetiva a demanda envolvida no problema identificado, aplicando eficientemente os recursos disponíveis, minimizando os custos envolvidos, e maximizando os resultados ou benefícios sociais (BRASIL, 2018).

No caso do Pró-residência médica, o seu instrumento instituidor, Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009, firma como objetivo “favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS”.

Logo, trata-se o Pró-residência médica de política pública direcionada a induzir a abertura de vagas e programas de residência médica em especialidades prioritárias para o SUS, considerando também a perspectiva de melhorar a distribuição geográfica em território nacional dos profissionais médicos especialistas, na modalidade residência médica. Para tanto, visando apoiar os Programas de Residência Médica, recursos atinentes a essa política pública são também despendidos na concessão de bolsas aos médicos residentes para educação pelo trabalho (treinamento em serviço).

Vale mencionar a importância, para a implementação e execução do Programa, dos trabalhos desenvolvidos pela Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, instituída pelos Secretários da SGTES/MS e da SESu/MEC, mediante Portaria Conjunta MEC/MS nº 1, de 23 de outubro de 2007.

Cabe também consignar a disponibilização por parte da SGTES/MS, a esta equipe de auditoria, em resposta ao Ofício nº 24068/2021/CGSAU/DS/SFC/CGU, de informações e documentos referentes ao aludido Programa, a exemplo do respectivo Relatório de Atividades 2021, bem como relatório preliminar, elaborado em 2020, sobre estudo intitulado “Mapeamento e Caracterização dos Programas de Residência em Saúde no Brasil” (resultados parciais), elaborado pelo Ministério da Saúde e pela Universidade Federal de Goiás, que assim aponta no tocante aos programas de residência médica para a Região Norte:

Observa-se que a oferta de programas poderia ser aumentada, ao se considerar o número de faculdades de medicina e de hospitais de grande e médio porte. Porém, é preciso considerar para essa ampliação da oferta as dificuldades da região nas ações voltadas para a atenção à saúde.

Inobstante tudo que foi referenciado e examinado por esta equipe de auditoria, não foi identificada, no sentido de contribuir para analisar a efetividade do Pró-residência médica, iniciativa governamental de acompanhamento periódico dos egressos dos programas de residência médica, consistindo no levantamento de seus locais de trabalho e áreas de atuação, com o fito de monitorar e averiguar se os destinos laborais dos profissionais médicos especialistas estão em consonância com os benefícios esperados pelo Programa, em especial se atuando no SUS.

O produto do aludido acompanhamento periódico deve ser seguido do devido registro em sistema de monitoramento próprio ou em módulo específico de sistema já existente, a exemplo do Sigresidências.

Convém acrescentar que a residência médica deve ser orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, atender às exigências e regulamentações da CNRM e desenvolver projetos político-pedagógicos que priorizem conteúdos,

estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas redes de atenção à saúde do SUS, articulando gestão, atenção, formação e participação social.

Assim, verifica-se uma ausência de iniciativa governamental de acompanhamento periódico dos egressos dos programas de residência médica, a fim de monitorar e averiguar se os destinos laborais dos profissionais médicos especialistas estão em consonância com os benefícios esperados pelo Pró-residência médica e outros programas nacionais de residência médica.

6.5.5 Elevada ociosidade de vagas nos programas de residência médica

Os primeiros passos da residência médica brasileira remontam a meados da década de 1940, no entanto, a formalização da sua instituição e a sua regulamentação são mais recentes: ocorreram, respectivamente, em 1977 (Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977) e em 1981 (Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981).

Mais recentemente, em 2009, o Pró-residência médica veio incentivar a formação de especialistas, com a concessão de bolsas aos médicos residentes, priorizando regiões que apresentem vazios assistenciais e de formação, definidas em comum acordo com os gestores do SUS, a partir da identificação das necessidades e realidades locais e regionais. Ademais, o Programa proporciona apoio institucional para a abertura de novas vagas de residência médica em áreas prioritárias ao SUS e para a formação de gestores, preceptores e tutores dos programas de residência.

Apesar desses esforços institucionais, é notória a ocorrência de evasão e ociosidade de vagas nos programas de residência médica. Pesquisa acadêmica, consubstanciada em artigo intitulado “Recorte Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019”, de autoria de Vanessa Dalva Guimarães Campos *et al* (Revista Consensus, Edição 32, 2019), concluiu ser elevada a ociosidade, apurando em 29,3% a taxa de ociosidade média das vagas dos programas de residência médica no Brasil.

Em outra fonte, “Demografia Médica no Brasil 2020” (Scheffer *et al*, 2020), consta série estatística acerca da ociosidade em Residência Médica (RM) no seu primeiro ano (R1), conforme tabela 3. A série histórica observada na tabela revela a existência de mais de um quarto das vagas ociosas em todos os cinco anos (2015 a 2019).

Tabela 3: Distribuição de vagas de primeiro ano de Residência Médicas (R1) segundo status de autorizadas, ocupadas e ociosas, de 2015 a 2019

Ano	Vagas de RM autorizadas	Vagas de RM ocupadas	Vagas de RM não ocupadas	Vagas de RM ociosas (%)
2015	20.556	15.145	5.411	26,3
2016	22.567	15.938	6.629	29,3
2017	24.897	16.529	8.368	33,6
2018	26.094	16.763	9.331	35,7
2019	23.595	17.350	6.245	26,4

Fonte: Scheffer *et al*, 2020.

Convém mencionar que os números até então apresentados referem-se a todos os programas de residência médica e não se relacionam apenas ao Pró-residência médica. No tocante especificamente a este último, a SGTES/MS apresentou, por meio do Relatório de Atividades 2021, considerando o período de referência de janeiro a dezembro do aludido ano, o seguinte:

Tabela 4: Distribuição de Residentes, do Pró-Residência Médica, segundo unidades da Federação e grandes regiões – Brasil, 2021 (dados extraídos do Sigresidências)

RECORTE GEOGRÁFICO	BOLSAS CONCEDIDAS	(%)	BOLSAS OCUPADAS	(%)
BRASIL	10031	100%	5616	55,99%
REGIÃO NORTE	540	5,38%	235	43.5%
AC	31	0,31%	2	6.5%
AM	97	0,97%	38	39.2%
AP	3	0,03%	2	66.7%
PA	249	2,48%	147	59.0%
RO	22	0,22%	18	81.8%
RR	35	0,35%	0	0.0%
TO	103	1,03%	28	27.2%
REGIÃO NORDESTE	1605	16,00%	789	49.2%
AL	153	1,53%	72	47.1%
BA	458	4,57%	174	38.0%
CE	362	3,61%	173	47.8%
MA	30	0,30%	30	100.0%
PB	209	2,08%	161	77.0%
PE	216	2,15%	125	57.9%
PI	52	0,52%	21	40.4%
RN	50	0,50%	17	34.0%
SE	75	0,75%	41	54.7%
REGIÃO SUDESTE	5513	54,96%	3289	59.7%
ES	292	2,91%	129	44.2%
MG	1246	12,42%	733	58.8%
RJ	970	9,67%	556	57.3%
SP	3005	29,96%	1871	62.3%
REGIÃO SUL	1727	17,22%	885	51.2%
PR	740	7,38%	418	56.5%
RS	641	6,39%	270	42.1%
SC	346	3,45%	197	56.9%
REGIÃO CENTRO-OESTE	646	6,44%	418	64.7%
DF	141	1,41%	64	45.4%
GO	255	2,54%	183	71.8%
MS	143	1,43%	100	69.9%
MT	107	1,07%	71	66.4%

Fonte: MS. Segts. Sigresidências, 2021

De acordo com os dados constantes na Tabela 4, observa-se que, no território nacional, considerando o período de referência retromencionado, pouco mais da metade (55,99%) das bolsas concedidas são efetivamente ocupadas.

Acerca dessa problemática, a SGTES/MS, em resposta ao Ofício nº 24068/2021/CGSAU/DS/SFC/CGU, por meio do Ofício nº 98/2022/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, assim se manifestou:

A evasão e a ociosidade nos Programas de Residência Médica (PRM) são temas de grande complexidade, que

por muitas vezes ultrapassam as competências do Ministério da Saúde (MS) e até mesmo do Sistema Único de Saúde (SUS), passando por aspectos relacionados à infraestrutura urbana e à segurança pública, quando observados sob o aspecto loco-regional, bem como, a complexidade dos serviços relacionados a cada especialidade ou mesmo o interesse pessoal de cada profissional ao levar em conta suas perspectivas em relação a carreira.

No entanto, o Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTES/MS) vem desenvolvendo ações para valorizar a atuação do médico residente em todo território nacional como:

- a) Publicação do Edital nº 3, de 31 de agosto de 2021, destinado às secretarias estaduais e municipais da região Norte do Brasil para adesão ao eixo de apoio institucional do Plano Nacional de Fortalecimento às Residências Nota Técnica 13 (0025030851) SEI 00224.100124/2021-01 / pg. 264 em Saúde (PNFR), promulgado por meio da Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021. Esse eixo contempla ações de apoio técnico, pedagógico e administrativo para criação, reativação e reestruturação de programas de residência, em conformidade com as necessidades e capacidades loco-regionais;
- b) Aumento do valor da bolsa assegurada aos médicos-residentes que passou de R\$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) para R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), regulamentado por meio da Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021; e
- c) Pagamento efetuado diretamente aos profissionais de saúde residentes, a título de bonificação, no valor mensal de R\$ 667,00 (seiscentos e sessenta e sete reais), conforme estipulado via Portaria nº 580, de 27 de março de 2020 e Portaria nº 2.654, de 1º de outubro de 2020.

Em que pese o elenco de medidas retromencionado para valorização do médico residente em todo o território nacional, tal repertório ainda não se demonstrou suficiente para amenizar a alta taxa de ociosidade no conjunto dos programas de residência médica, como também em particular no âmbito do Pró-residência médica, de modo a ser premente a discussão e a possibilidade de realização de medidas adicionais, inclusive mediante

articulação política que leve em consideração a já mencionada abordagem integrada de governo.

6.5.6 Monitoramento e Avaliação incipientes do Pró-Residência.

Imperioso pontuar, primeiramente, que o problema social é o objeto central de qualquer política pública ou programa governamental, podendo ser compreendido, em linhas gerais, como uma disfunção no funcionamento da sociedade.

No caso do Pró-residência médica, o Programa foi elaborado a partir da problematização da articulação entre as necessidades das políticas públicas de saúde e a formação médica na modalidade de pós-graduação, em nível de especialização (PETTA, 2013), objetivando favorecer a formação de especialistas, mediante treinamento/ensino em serviço (residência médica), em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS.

Segundo o seu instrumento instituidor (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009), o alcance do objetivo do aludido programa governamental perpassa pela execução do seguinte conjunto de ações (art. 1º):

- a) Ampliação do número de vagas na modalidade Residência Médica e instituição de novos programas nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- b) Concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM);
- c) Cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas a Programas de Residência Médica (PRM), selecionadas pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS para participar como parceiras do programa Pró-residência médica.

É oportuno observar que uma política pública ou programa governamental envolve necessariamente um processo de realização ou desenvolvimento e um resultado da sua execução. Desse modo, a execução das ações previstas em sua formulação/instituição está associada ao seu processo e não deve constituir um fim em si mesmo, não se confundindo, portanto, com o resultado que se espera em última instância da política pública, ou seja, o alcance do objetivo do programa governamental instituído. Tal objetivo é elaborado, frise-se, visando solucionar, ou pelo menos mitigar, o problema social identificado.

A verificação do alcance ou grau de alcance do objetivo de uma política pública ao longo do tempo pressupõe o estabelecimento de metas e decorre do processamento de monitoramento e avaliação. Embora conceitualmente

interligados, monitoramento e avaliação apresentam distinções quanto a seus objetivos e a suas funções.

Monitoramento é o processo que envolve a coleta de dados relevantes para a efetiva implementação da política pública, verificando-se e analisando-se a partir deles, num processo contínuo, se os recursos e as atividades estão se implementando segundo o programado e se as metas sobre os resultados estão sendo alcançadas ou não, indicando, ao mesmo tempo, as razões de insucesso. Assim, o monitoramento fornece a informação e as sugestões necessárias para que a gerência da política verifique o progresso da implementação, a fim de tomar as decisões cabíveis, no sentido de que as metas programadas sejam alcançadas e/ou ajustadas (BUNIVICH, 1999 apud TCU, 2014).

Já avaliação é o processo conduzido antes, durante e/ou depois da implementação da política, em que se efetua um juízo sobre mérito, considerando a relevância dos objetivos e estratégias, a eficácia no alcance dos objetivos e metas esperados, a eficiência no uso de recursos, além do impacto e da sustentabilidade da intervenção. Logo, a avaliação trata de: (i) examinar, com juízo crítico e face às mudanças subsequentes, a justificação lógica do programa em termos da adequação dos seus objetivos e estratégias; (ii) comparar a consecução das metas alcançadas com as estabelecidas, identificando as razões de sucesso e insucesso; (iii) verificar a eficiência dos procedimentos utilizados na execução do programa e da qualidade do desempenho gerencial; (iv) determinar a eficiência econômica do programa; (v) determinar a causalidade dos efeitos e do impacto do programa, e (vi) identificar lições aprendidas e propor recomendações, de modo a reforçar os acertos e/ou, se necessário, ajustar, reorientar e modificar objetivos, metas, arranjos organizacionais e recursos (BUNIVICH, 1999 apud TCU, 2014).

Em suma, monitorar significa, fundamentalmente, a comparação sistemática e consistente dos produtos ou resultados obtidos com as metas ou quantidades programadas. Avaliar, por sua vez, é uma tarefa mais complexa, a qual compreende coletar informações, não apenas do monitoramento, mas também de outras fontes, para a compreensão e a explicação dos resultados causados pela política pública (QUEIROZ, 2011).

Os indicadores são instrumentos na gestão de políticas públicas. A identificação dos objetos de mensuração ocorre, por exemplo, a partir do uso da cadeia de valor, por se tratar de um instrumento facilitador da representação do universo de análise, contribuindo para uma melhor compreensão de seu ambiente interno e externo, das expectativas das partes interessadas, bem como dos resultados e impactos pretendidos.

Uma vez identificado o objeto a medir, faz-se necessário seu exame atento e minucioso a fim de abstrair o fator crítico de sucesso, ou seja, os pontos-chaves que, quando bem executados, garantem o sucesso do objeto de mensuração.

No que tange especificamente ao Pró-residência médica, a SGTES/MS, ao responder o item 4.1 do Ofício nº 24068/2021/CGSAU/DS/SFC/CGU, por meio do Ofício nº 98/2022/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, informou que “são

utilizados indicadores conforme apresentados no Relatório de Atividades do Pró-Residência 2021”, cujo trecho transcrevemos:

No âmbito do Pró-Residência médica, os indicadores utilizados para os processos de monitoramento e avaliação são: Percentual de bolsas concedidas por Unidade da Federação (UF); por Região e Total; Percentual de bolsas ocupadas por UF; por Região e Total; Percentual de bolsas concedidas por especialidade, segundo Região e Total; Percentual de bolsas ocupadas por especialidade, segundo Região e Total; Percentual de financiamento por especialidade e Percentual de residentes financiados por especialidade.

Em análise aos dados apresentados no citado Relatório, percebe-se, de pronto, que os indicadores utilizados estão associados basicamente à concessão de bolsas aos médicos residentes, ou seja, consoante já exposto, a uma das ações previstas para o alcance do objetivo do Pró-residência médica (art. 1º, b, da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009), cujo teor novamente se reproduz: “Concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM)”.

Apesar de pertinentes à avaliação do Programa, a utilização somente de tais indicadores se mostra insuficiente, posto que não permite monitorar a participação do Pró-residência médica no total de programas de residência médica ofertados no Brasil. Além disso, não possibilita a verificação da ociosidade de vagas totais por programa e por região prioritária.

Fato é que o monitoramento da implementação de qualquer política pública e a conseqüente avaliação do seu desempenho não podem se furta ao enfoque no resultado pretendido pela política, não devendo, por conseguinte, se limitar ao exame dos processos ou da execução das ações que servem de instrumento ao alcance do objetivo estabelecido para solucionar ou mitigar o problema social ensejador da política pública.

A análise da efetividade situa-se no âmbito da avaliação de impacto, que integra a análise de execução do ciclo da política pública e dá robustez técnica para a perenidade da execução da política pública em conjunturas distintas. Difere-se de outros tipos de avaliações por buscar quantificar os efeitos causais da política, os quais, uma vez quantificados, devem ser utilizados para realização da análise de custo-benefício, a fim de se avaliar a viabilidade de execução da política, ou seja, se os seus benefícios são superiores aos seus custos (BRASIL, 2018a).

A Secretaria de Assuntos Estratégicos do Governo Federal (SAE) promoveu, em 2014, a elaboração de um protocolo com as principais diretrizes para nortear avaliações dessa natureza, a saber: I) Descrever a política e seus diversos componentes; II) Especificar variáveis de resultados que serão avaliadas; III) Determinar como será isolado o efeito da política; IV) Determinar sobre quem o impacto será estimado; V) Determinar quando o impacto será estimado; VI) Estimar magnitude e precisão do impacto; VII) Apresentar orçamento factível e razoável; VIII) Testar os mecanismos ou canais através dos quais acontece o impacto da política.

Assim, a avaliação de impacto traz respostas a perguntas que podem contribuir para um aperfeiçoamento do desenho da política, tais como: *Os insumos ou componentes da política são relevantes para se atingir o impacto? Existiriam, entre os beneficiários, grupos que são mais afetados do que outros? Qual o efeito da intervenção ao longo do tempo? Existem transbordamentos positivos ou adversos associados à política que não eram esperados? Qual a contribuição da política para o conhecimento acerca dos mecanismos de transmissão que atuaram para que o resultado fosse observado?*

Idealmente, esse tipo de avaliação deve ser concebido antes mesmo da implementação da política, ou seja, ainda na fase de análise *ex ante*, de modo a permitir o estabelecimento de um grupo de controle que será considerado como contrafactual, bem como a estimativa dos dados a serem utilizados posteriormente e a sua forma de coleta (BRASIL, 2018a).

Em primeiro lugar, devem ser definidas quais são as variáveis sobre as quais se espera ter resultado. Também é relevante ponderar se é desejável analisar a heterogeneidade do impacto, ou seja, verificar em que medida este é diferente de acordo com as características dos indivíduos ou do ambiente socioeconômico, ou ainda com o ponto no tempo considerado. Se a análise de heterogeneidade for realizada, é importante ter informação de qualidade sobre as variáveis de resultado para cada grupo ou momento no tempo considerado (BRASIL, 2018a).

No entanto, uma vez definidos os indicadores de resultados e as dimensões em que se pretende analisar a heterogeneidade do impacto, não basta verificar o que aconteceu com tais variáveis após a execução de uma política ou programa. De fato, a apresentação de estatísticas descritivas sobre as variáveis de resultados é importante para se compreender o contexto; contudo, não pode ser utilizada para atribuir causalidade. Ocorre que outros fatores, além da política implementada, podem estar ocasionando as diferenças observadas nas variáveis de resultados. Nesse contexto, o papel da avaliação de impacto será o de isolar o resultado que é devido à política sob análise daquilo que é consequência de eventos simultâneos (BRASIL, 2018a).

Várias estratégias empíricas podem ser consideradas para se isolar o efeito de uma dada política da influência de outros fatores sobre os seus indicadores de resultado. Tais estratégias podem ser consultadas na publicação “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise *ex post*”.

Em face de todo o exposto, considerando a limitação dos indicadores utilizados, não permitindo o monitoramento da importância relativa do Pró-residência médica, faz-se necessário avançar na construção de indicadores que permitam o monitoramento do conjunto de resultados do Programa. Ademais, não se tem conhecimento de avaliações sobre sua efetividade, as quais são sobremaneira importantes para permitir o aprimoramento do Pró-residência médica.

Indicadores com informações sobre a inserção no mercado de trabalho antes, durante e depois da realização da residência médica podem ajudar na discussão conjunta sobre a efetividade desse Programa e de outras ações governamentais relacionadas à formação, provimento e fixação de médicos,

isto é, o número de médicos que permaneceram na especialidade e região priorizada após o término da intervenção governamental.

A definição dos indicadores deve ser objeto de processo de discussão e pactuação interna à equipe responsável pela condução do Programa. É fundamental que se leve em consideração opiniões divergentes e bem fundamentadas para contrastar os argumentos em torno das escolhas a serem feitas. Nada obstante, um consenso mínimo é crucial para que haja clareza sobre o que se considera sucesso ou fracasso da política pública.

Dentre as diversas fontes de informação a serem utilizadas na construção de tais indicadores, cita-se: quem são os beneficiários de cada programa de bolsa de residência no Brasil; qual o município onde residiam antes de iniciarem a residência; qual a idade e sexo; qual a instituição de conclusão da graduação; em que município, instituição e especialidade realizaram sua residência; quais as características do estabelecimento onde a residência aconteceu (tipo de estabelecimento; porte do estabelecimento; localização geográfica etc.); qual o programa que financiou a bolsa; quais outros recursos foram destinados pelo Programa; se houver recursos adicionais de estados e municípios; quando foi iniciado a residência; qual a data de conclusão e emissão do certificado; qual o percentual de afastamentos e desistências durante a residência; se os residentes tiveram uma inserção anterior no mercado de trabalho ou iniciaram a residência logo após a conclusão da graduação; se o beneficiado participou de outros programas de residência ou provimento antes e/ou depois de seu ingresso no Programa; e informações sobre a inserção posterior no mercado de trabalho, como remuneração e carga horária.

Nada obstante, nem todas essas informações estão disponíveis no Sigresidências ou SisCNRM, o que pode exigir o cruzamento de dados com outros sistemas, tais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), gerido pelo MS, bem como a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Emprego e Desemprego (CAGED), a cargo do Ministério da Economia.

Essas diversas bases de dados, no entanto, podem não conversar bem entre si, o que se manifesta, por exemplo, em uma potencial heterogeneidade do armazenamento e da manutenção das informações de diferentes sistemas, de modo a dificultar a integração entre eles e a identificação do mesmo indivíduo em seus registros. Dada a grande população brasileira, mesmo uma ínfima margem de erro nesse sentido pode acarretar desvios de grande magnitude durante o processamento dos dados para estudos e pesquisas.

Assim, encontrar uma maneira de realizar o pareamento de registros (também conhecido como *record linkage* – RL) de forma eficiente, tanto em termos de qualidade do cruzamento quanto de viabilidade temporal, é uma questão pertinente. Para o adequado pareamento dos dados, podem ser usadas técnicas determinísticas ou probabilísticas.

Isso posto, em razão das diversas inconsistências existentes nas diferentes bases de dados, bem como da natural dificuldade de obter-se o censo com dados completos da trajetória profissional de todos os médicos especialistas, é conveniente que sejam utilizadas amostras representativas da população por meio de métodos estatísticos, a fim de que sejam feitas inferências a respeito do cumprimento dos objetivos do Pró-residência médica. De modo

geral, a execução da avaliação de impacto demandará conhecimento de instrumental estatístico e matemático avançado, assim como domínio de softwares estatísticos. No entanto, a interpretação dos resultados e a intuição das hipóteses do método utilizado não requerem tal conhecimento técnico.

É importante que a avaliação de impacto seja executada em parceria com as equipes que trabalham com a gestão da política pública, pois, o conhecimento detalhado sobre o funcionamento da política e os critérios que nortearam a seleção de beneficiários é algo valioso para a definição correta do método a ser aplicado na avaliação de impacto.

Além da avaliação de impacto, é importante que a avaliação da política pública abarque outras perspectivas, inclusive a avaliação de sua governança. Para tanto, é recomendável o emprego de métodos multicritérios de apoio à decisão, que estabelece três passos para a aplicação da avaliação de governança das políticas públicas, quais sejam: Estruturação, Execução e Recomendações. Maiores detalhamentos desses métodos podem ser encontrados em Ensslin, Montibeller Neto e Noronha (2001) e em Ensslin, Morais e Petri (2010).

Uma das avaliações realizadas nesse relatório busca avaliar o impacto do Pró-residência médica a partir de um conjunto de dados disponibilizados publicamente ou por meio de acesso restrito. Seus resultados serão apresentados e discutidos na seção 9 deste relatório.

6.6 Discussões a partir da avaliação de governança

A presente auditoria foi realizada nas unidades do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), no âmbito da **governança** do Pró-residência médica.

O referido Programa foi desenhado interministerialmente a partir da problematização da necessidade de articulação entre as políticas públicas de saúde e a formação médica na modalidade de pós-graduação, em nível de especialização.

Considerando a abordagem com **enfoque integrado de governo**, a presente auditoria se desenvolveu sobretudo a partir da coleta de evidências documentais e testemunhais, obtidas a partir de inspeção de base de dados, bem como de entrevistas com os gestores envolvidos na execução da política pública auditada.

A definição do escopo desta auditoria tomou por base o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas (BRASIL, 2014a), onde o TCU identificou os oito componentes que viabilizam a boa **governança em políticas públicas**.

Assim sendo, o presente trabalho abordou a avaliação dos seguintes componentes relativos ao Pró-residência médica: 1) **Institucionalização**; 2) **Planos e Objetivos**; 3) **Coordenação e Coerência**; e 4) **Monitoramento e Avaliação**.

Para tanto, foram idealizadas as seguintes **questões avaliativas**:

1. A base normativa que institucionaliza o Programa define claramente as competências independentes da SGTES/MS e da SESu/MEC, sem

acarretar a sobreposição de competências ou atividades concorrentes, por parte das duas Secretarias?

2. As ações executadas pela SGTES/MS e pela SESu/MEC são coordenadas e suficientes para o atingimento dos objetivos da política?

3. Os objetivos específicos da SGTES/MS e da SESu/MEC são interrelacionados e monitorados, contribuindo conjuntamente para o atingimento dos objetivos do Programa?

Da análise efetuada por esta equipe de auditoria, no âmbito da governança do Programa, redundou a identificação dos achados consignados no item 2 (Resultados da Avaliação, subitens 2.1 a 2.6) do presente Relatório.

Os achados de auditoria apontam para a possibilidade de aperfeiçoamento da governança do Programa, perpassando, em especial, pela ausência de adequada definição de metas, ausência de acompanhamento periódico dos destinos laborais (áreas de atuação e regiões/localidades de trabalho) dos especialistas egressos das residências médicas e pela constatação de monitoramento e avaliação incipientes, basicamente pelo emprego de um conjunto insuficiente de indicadores.

Deve-se ter em mente que a implementação de política pública, bem como seu aperfeiçoamento, requer a alocação de recursos públicos, sendo imperativo, portanto, que os sistemas e indicadores de monitoramento e avaliação sejam capazes de conduzir à tomada de decisão tendente a solucionar ou mitigar o problema social ensejador da política pública implementada.

Impende salientar que esta equipe de auditoria não desconsidera a importância de os gestores se aterem a aferição de aspectos relacionados aos processos da política pública, isto é, às ações que servem de instrumento para o alcance do resultado pretendido em última instância ao se implementar a política. Porém, frise-se, cabe a estes gestores não se limitarem a tais aspectos.

No caso do Pró-residência médica, vale ressaltar, a utilização de indicadores associados a bolsas concedidas e bolsas ocupadas, direcionadas a médicos residentes, apesar de munida de importância, haja vista a elevada ociosidade de vagas nas residências médicas, ainda tem se mostrado insuficiente, não permitindo o monitoramento da importância relativa do Programa.

Ademais, diante da grandiosidade da estrutura do Programa e da complexidade da sua execução num país heterogêneo de dimensões continentais, é recomendável a adoção de articulação política entre os órgãos atores do Programa com outros órgãos e/ou entidades públicas, como, por exemplo, para minorar a alta taxa de ociosidade de vagas nas residências médicas.

Por derradeiro, cabe destacar que o enfoque da presente análise não se concentrou de forma prioritária no desempenho da gestão da política pública em si, tendo em vista que focalizou a qualidade dos fatores estruturais que aumentam a probabilidade de que os resultados previstos sejam alcançados, ao mesmo tempo em que fomentam a criação de um melhor ambiente para o uso dos recursos públicos.

Pelo exposto, espera-se que o presente trabalho de auditoria venha a contribuir para o aperfeiçoamento da **governança** do Pró-residência médica, de modo a, em última análise, mitigar a notória disparidade na distribuição regional de médicos especialistas pelo País e a carência na formação em determinadas especialidades médicas.

Outra questão relevante refere-se à disponibilidade de recursos orçamentários para implementação das ações do Programa. A análise orçamentária e financeira é o objeto da próxima seção desse relatório e ficou sob a responsabilidade da equipe da Secretaria de Orçamento Federal (SOF).

7 AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

7.1 Apresentação

A análise da execução orçamentária pode contribuir para o debate sobre a Pró-residência. Em primeiro lugar, ela pode ajudar a mapear políticas, programas, ações e planos orçamentários (P.O.) orientados para a desconcentração espacial, bem como elucidar o volume de recursos que vem sendo empregado para cumprir esse propósito. Por meio da análise de execução também é possível conhecer os instrumentos adotados pelos atores para combater os problemas de distribuição espacial (como é o caso das bolsas do Pró-residência).

Dentre outras possibilidades, a perspectiva orçamentária também pode ajudar a visualizar se o padrão alocativo dos recursos associados à política obedecem à lógica de estabilidade ou se predomina comportamento de incerteza. Nesse sentido, pode levantar questões úteis para ampliar a compreensão da política, bem como indicar possíveis desafios e restrições que merecem atenção dos gestores.

Questão interessante diz respeito à consideração de outras ações orçamentárias – além da 20YD – para compreensão apropriada do Pró-Residência. Seria o caso, por exemplo, de incluir o custo de participação dos preceptores, já que eles são essenciais para a formação dos residentes? A esse respeito, cabe ponderar que realmente é possível a realização dos objetivos do Pró-Residência não se resume exclusivamente à concessão de bolsas de formação, pressupondo a consecução de outras atividades (que podem ser identificadas por meio de marco lógico). Contudo, para os propósitos da presente avaliação, adotou-se como recorte de pesquisa apenas os custos diretamente associados à ação 20YD.

Outro ponto de reflexão reside na natureza multissetorial da política do Pró-Residência, não obstante a gestão orçamentária atual seja de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde. Contudo, conforme apontam Batista et al. (2015, p. 744), a política de formação e qualificação de profissionais da saúde envolve duas áreas de atuação governamental: a saúde e a educação. Nesse sentido, pode-se indagar: a) como se dá a interação entre esses dois atores; b) se esses papéis podem ser considerados complementares e baseados em lógica cooperativa; c) qual é a divisão de atribuições do MS e do MEC na elaboração e implementação da política.

7.2 Levantamento de dados

7.2.1 Marco normativo

A Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009 instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-residência médica. A Portaria define como objetivo do Pró-Residência “favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias”. Essas especialidades e regiões prioritárias serão estabelecidas em edital próprio e deverão observar as “demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS”.

Ainda segundo a Portaria, os objetivos do Programa poderão ser atingidos por meio de três mecanismos:

- Ampliação do número de vagas na modalidade Residência Médica e instituição de novos programas nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM); e
- Cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições (selecionados pelo MEC ou MS).

Em relação à gestão do Programa, a Portaria atribui sua coordenação à Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Também é determinado, nos termos do art. 4º, que os recursos orçamentários alocados ao Pró-Residência correrão à conta das dotações atribuídas a essas duas Secretarias.

O valor das bolsas de residência médica e multiprofissional é igual e tem sido estabelecido por portarias interministeriais do MEC e MS. Entre 2014 e 2015, esse valor era de R\$ 2976,26. Em de 2016 foi reajustada para R\$ 3330,43²⁶, passando a vigorar a partir de março e mantendo esse valor até dezembro de 2021. Novo reajuste foi concedido, com efeitos a partir de janeiro do 2022. Atualmente, o valor da bolsa é R\$ 4106,09²⁷.

7.2.2 Ótica do planejamento orçamentário (PPA)

Forma interessante de iniciar a análise orçamentária do programa de Educação e Formação em Saúde – alcunhado de “Pró-Residência” – é por meio do instrumento de planejamento do governo federal. De fato, o PPA contém informações que ajudam a ampliar a compreensão sobre a configuração do programa.

No PPA 2020-2023, a programação referente ao Pró-Residência (que tecnicamente não é um “programa”, mas consiste em uma “ação orçamentária”) foi incluída no Programa PPA 5021 – Gestão e Organização do SUS. Esse Programa do PPA tem como finalidade combater o seguinte problema: “Fragilidade na gestão do SUS para garantir o acesso qualificado e equitativo”

É possível observar também que, dentro do PPA 2020-2023, a ação orçamentária foi associada a vários localizadores, que indicam a destinação dos recursos por uma perspectiva geográfica (nacional, regional, estadual ou municipal). Como se explicará de forma mais detalhada a seguir, a ação orçamentária 20YD – Educação e Formação em Saúde – está contida dentro do Programa, distribuindo-se em duas unidades orçamentárias: 36.201 (Fundação Oswaldo Cruz) e 36.901 (Fundo Nacional de Saúde).

²⁶ Portaria Interministerial MEC/MS nº 3, de 16 de março de 2016. <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/03/2016&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=68>

²⁷ Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021.

7.2.3 Configuração orçamentária

Para conhecer melhor a estrutura orçamentária desta ação 20YD, pode-se consultar o cadastro de ações, que fornece as suas características principais. Pertencente ao orçamento fiscal, a ação 20YD constitui-se em atividade governamental orientada para a área da saúde e se associa, de forma mais específica, para a “Formação de Recursos Humanos”. As informações do cadastro são usualmente fornecidas pelos órgãos setoriais responsáveis pela condução da política e foram extraídas no exercício de 2021.

Boxe 1 – Características da ação orçamentária segundo o cadastro de ações

Descrição. Esta ação compreende as iniciativas de educação na saúde e em saúde para os estudantes de nível médio, da graduação e da pós-graduação lato e stricto sensu, para profissionais e trabalhadores do SUS de nível médio ou superior e de pós-graduação, para formação e capacitação de gestores, professores e pesquisadores para o desenvolvimento do SUS e para a população, com o objetivo de qualificar o atendimento nos serviços de saúde e promover a saúde no Brasil. Compreende também uma estratégia para implantação da política de gestão da educação e do trabalho na saúde em estados e municípios do Brasil.

Produto. Pessoa qualificada.

Especificação do Produto. Profissionais e trabalhadores da saúde, estudantes e pós-graduandos, professores, pesquisadores, servidores e gestores do SUS qualificados em gestão do trabalho para garantia de melhores condições de trabalho e da qualidade do atendimento do Sistema Único de Saúde.

Detalhamento da Implementação. Será implementada por meio de celebração de Convênio/Termo de Cooperação, repasse fundo a fundo, descentralização de crédito para órgãos federais e instituições de ensino superior, repasse para organismos internacionais e pagamento de bolsas.

Observa-se, pela descrição da ação, que seu escopo é bastante amplo e envolve como público-alvo estudantes (de nível médio, superior e pós-graduação), bem como profissionais, gestores e pesquisadores do SUS. É interessante ressaltar também que, no cadastro de ações, o produto indicado foi “pessoa qualificada”.

Além disso, é importante notar que essa ação orçamentária se encontra associada à programação de 2 (duas) unidades orçamentárias: Fundação Oswaldo Cruz (36.201) e Ministério da Saúde (36.901), tendo como unidade responsável a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em relação à dimensão da implementação, foram apresentadas no cadastro de ações múltiplos instrumentos: a) possibilidade de celebração de Convênio/Termo de Cooperação; b) repasses financeiros (fundo a fundo, descentralização de crédito para órgãos federais e instituições de ensino superior, repasse para organismos internacionais); e c) pagamento de bolsas.

Como se trata de ação orçamentária cujo escopo é amplo, torna-se necessário investigar se há mecanismos que permitam rastrear os dispêndios diretamente associados à iniciativa do Pró-Residência. O plano orçamentário

(P.O.) é identificador orçamentário que cumpre essa função de detalhar os diversos destinos dos recursos alocados na ação orçamentária.

Para facilitar a análise, o mapeamento dos P.O. da ação 20YD será dividido em três períodos distintos: i) exercícios entre 2010 e 2020; b) exercício de 2021; e c) exercício de 2022. Essa diferenciação justifica-se pelo fato de que no exercício de 2021 foram criados P.O. específicos para o Pró-Residência, que foram posteriormente modificados no exercício de 2022.

Em relação ao período entre 2010 e 2020, observa-se que a relação de P.O. associados à ação vai evoluindo ao longo do tempo (Quadro 2). Até 2012, os P.O. ainda não apareciam. Em 2013, apresentou-se uma estrutura de P.O., que pode ser considerada abrangente, e que se repetirá nos exercícios seguintes.

Quadro 2: Estrutura de P.O. da ação 20YD (exercício 2013)

Plano Orçamentário (desc.)
0002 - Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS
0003 - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS
0004 - Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS
0005 - Apoio à Melhoria da Capacidade de Gestão de Sistemas e Gerência de Unidades do SUS
0006 - Modernização e Qualificação do Trabalho no SUS
0007 - Crack é Possível Vencer
0008 - Educação Permanente e Pós-graduação em Saúde e em Ciência e Tecnologia em Saúde
0008 - Viver sem Limite
0009 - Formação e Qualificação Profissional de Nível Médio
000A - Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde, Gestores e Analistas em Gestão para o SUS
000A - Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica - Provab

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME.

A título de curiosidade, ao longo dos exercícios, ocasionalmente há expansão dos P.O. utilizados para detalhar a ação 20YD. Assim, em 2014, é incluído o P.O. 000B (Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica – Provab - Enfermeiros e Dentistas); em 2015, o P.O. 000C (Democratização das Relações de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde); em 2019, o P.O. 000D (Apoio às ações de Saúde Digital).

Porém, é somente no exercício de 2021 que são incluídos P.O. relacionados ao Pró-Residência, conforme exibido na figura 12 a seguir.

Figura 12: Detalhamentos dos P.O. da ação orçamentária 20YD (exercício de 2021)

Ação 20.36901.10.128.5021.20YD - Educação e Formação em Saúde

PO	Título
0000	Educação e Formação em Saúde - Despesas Diversas
0002	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS
0003	Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS
0004	Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS
0005	Apoio à Melhoria da Capacidade de Gestão de Sistemas e Gerência de Unidades do SUS
0006	Modernização e Qualificação do Trabalho no SUS
000C	Democratização das Relações de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde
000E	Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Especializada
000F	Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Primária
CVB0	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.032, de 24 de fevereiro de 2021
CVC0	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.041, de 30 de março de 2021

Pró-Residência



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME.

Portanto, para o exercício de 2021, a programação orçamentária permite localizar os gastos com o Pró-Residência por meio de P.O. específicos. Os P.O. "000E" e "000F" indicam os gastos do Pró-Residência em dois âmbitos distintos: atenção especializada e atenção primária. A seguir, para indicar o volume de gastos dispendidos na programação da ação orçamentária 20YD (e seus respectivos P.O.), será feita análise da execução orçamentária.

Convém, apenas a título de ilustração, também examinar se houve modificação na estrutura de P.O. para o exercício financeiro de 2022, particularmente em relação à existência de marcação específica para o Pró-Residência. A figura 13 mostra como a ação 20YD se encontra detalhada em nível de P.O. para o exercício de 2022.

Figura 13: Detalhamento dos P.O. da ação orçamentária 20YD (exercício de 2022)

Ação 20YD (Exercício 2022)	
PO	Título
0000	Educação e Formação em Saúde - Despesas Diversas
0002	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS
0003	Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS
0005	Apoio à Melhoria da Capacidade de Gestão de Sistemas e Gerência de Unidades do SUS
000I	Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde

Pró-Residência



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME.

Nota-se, assim, que houve modificação na estrutura de P.O. Ao invés do padrão de detalhamento maior da ação (por meio de 11 planos orçamentários) até então vigente, optou-se em 2022 por formato mais

enxuto (com 5 planos orçamentários). Além disso, em relação ao P.O. específico do Pró-Residência, não se verificou a abertura (que prevaleceu em 2021) em atenção primária e especializada. Assim, o P.O. 000I (Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde) contempla as duas atividades.

A seguir, para indicar o volume de gastos despendidos na programação da ação orçamentária 20YD (e seus respectivos P.O.), será feita análise da execução orçamentária.

7.3 Análise da relação entre PLOA, LOA e Dotação Atual da ação orçamentária 20YD

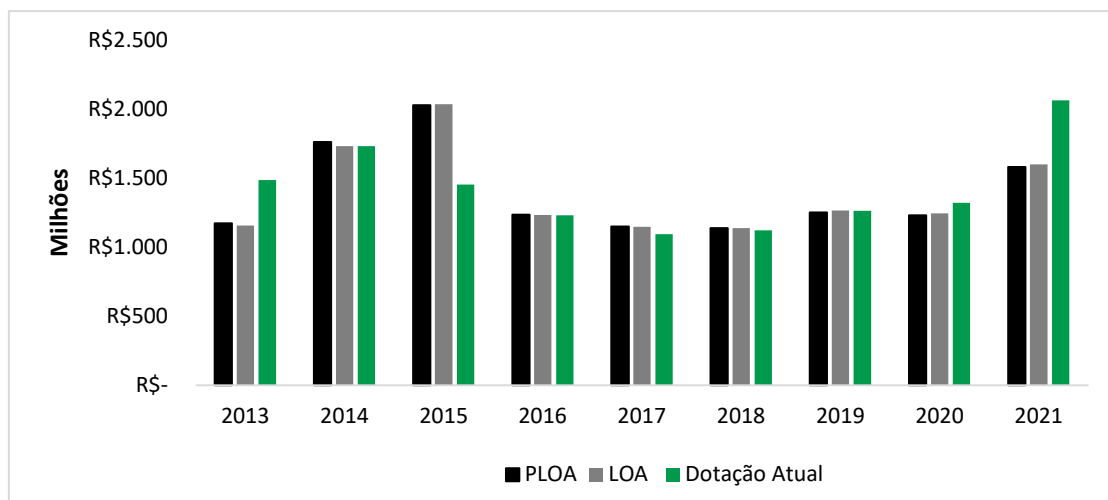
Em uma das oficinas de trabalho, relacionadas à avaliação do Pró-Residência, realizadas no âmbito do CMAP em 2021, comentou-se que o processo de elaboração orçamentária se baseia em estimativas fornecidas pela área técnica do Ministério da Saúde. Contudo, foi informado que a previsão de recursos encaminhada para a elaboração do PLOA ainda não contemplaria a necessidade “efetiva”, já que os editais não teriam sido publicados naquela ocasião (mês de agosto de cada exercício).

Dessa forma, é possível que exista divergência entre valores de PLOA e LOA, já que os valores consistentes com os editais somente seriam conhecidos por ocasião da tramitação do PLOA no Congresso Nacional. Esse ajuste, portanto, seria feito durante a chamada fase legislativa do orçamento.

Além disso, também não é possível descartar que ocorram modificações ao longo do exercício, pois a área técnica pode identificar a necessidade de suplementação de recursos, de forma a garantir que haja disponibilidade orçamentária para efetuar pagamento a todos os bolsistas aprovados para cursar a residência médica. Esse parece ter sido, por exemplo, o caso do Pró-Residência no exercício de 2021, como se mostrará adiante.

Nesse sentido, é interessante também consultar em que medida os valores de LOA destoam da Dotação Atual. Os dados apresentados nos gráficos poderão também ser conjugados com as análises dos editais.

Gráfico 2: Comparação entre PLOA, LOA e Dotação Atual (ação 20YD)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Os dados do gráfico 2 mostram que os valores de LOA são bastante próximos àqueles referentes ao PLOA, indicando que, durante a fase parlamentar de tramitação, não são efetuadas modificações expressivas na dotação da ação 20YD. Em relação à dotação atual, entretanto, houve exercícios nos quais houve suplementação de recursos (em 2013, por exemplo, foi de 28,7%), ao passo que em outros exercícios houve redução (em 2015, a redução foi de 28,6%). Para o exercício de 2021, observa-se discrepância entre os valores de LOA e a dotação atual (com ampliação de 29,1%), indicando a ocorrência de suplementação orçamentária ao longo do exercício.

7.4 Execução orçamentária: perspectiva da ação 20YD

7.4.1 Visão geral da execução orçamentária para o período 2010-2021

Inicialmente, cabe mencionar que todas as despesas consignadas à ação 20YD possuem caráter discricionário. Essa constatação estende-se a todos os planos orçamentários (P.O.). Pode-se também investigar a natureza da despesa, ou seja, se os gastos estão associados predominantemente a despesas correntes ou investimentos.

O foco de análise, para conhecer a trajetória do gasto, será o P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS). Os valores obtidos mostram que os gastos com o Pró-Residência se enquadram como discricionárias, apresentando-se em sua quase totalidade como “outras despesas correntes”. O volume de investimentos é muito baixo, em comparação com o valor total da ação, sendo nulo entre os exercícios de 2018 e 2021.

Por ser uma política pública realizada diretamente pelo Ministério da Saúde, os gastos da ação 20YD são executados de forma direta. Para o período entre 2013 e 2021, 95,0% da dotação atual foi executada de forma direta, ou seja, nas modalidades de aplicação 90 (Aplicações Diretas) e 91 (Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos F/S).

7.4.2 Execução orçamentária da ação 20YD para o período 2010-2021

Existem várias métricas úteis para se aferir a execução orçamentária. Inicialmente, neste estudo, apresenta-se a dotação atual da ação 20YD, destacando separadamente as parcelas correspondentes à Fundação Oswaldo Cruz e ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para o período entre 2010 e 2021, nota-se que: a) não houve dotação para os exercícios de 2010 e 2011; b) não obstante ambos apresentarem trajetória ascendente no período, os valores alocados no FNS são significativamente maiores.

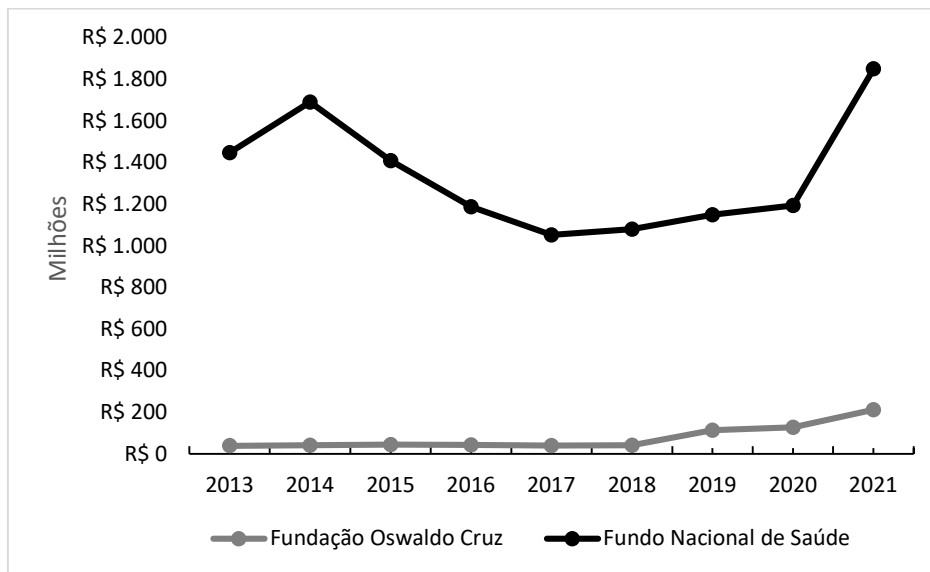
- Visão alocativa: métrica “dotação atual”

Para conhecer o desempenho orçamentário da ação 20YD, inicia-se pela apresentação da alocação orçamentária para o período entre 2013 e 2021. Ressalte-se que não houve execução entre 2010 e 2011. Em 2012, os montantes alocados foram muito baixos (R\$ 30,7 milhões), podendo ser considerados atípicos na série histórica. Para descontar o efeito da inflação, os dados foram deflacionados pelo IPCA calculado pelo IBGE.

Observa-se que houve crescimento expressivo entre os exercícios de 2012 (cuja dotação atual foi de R\$ 30,7 milhões) e 2013 (com dotação atual de quase R\$ 1,5 bilhão). Em 2020, a dotação atual consignada para essa ação foi da ordem de R\$ 1,3 bilhão. Entre 2014 e 2017, nota-se redução dos montantes alocativos (em termos reais), ao passo que a partir de 2018, observa-se trajetória de elevação dos recursos destinados à ação 20YD. Por sua vez, entre 2020 e 2021, a dotação atual apresentou elevação significativa (em termos reais) de 56,3%.

Como se mostra no gráfico 3, entretanto, essa dotação não se encontra distribuída de forma equitativa entre as duas unidades orçamentárias – Fundação Oswaldo Cruz e Fundo Nacional de Saúde – já que os valores destinados a este são muito superiores àquela. Em média, as dotações referentes à Fundação Oswaldo Cruz correspondem a 5,5% do total alocado na ação 20YD, ao passo que as dotações referentes ao Fundo Nacional de Saúde respondem por 94,5% do montante total da ação.

Gráfico 3: Alocação orçamentária da ação 20YD (dotação atual) segregada por U.O.

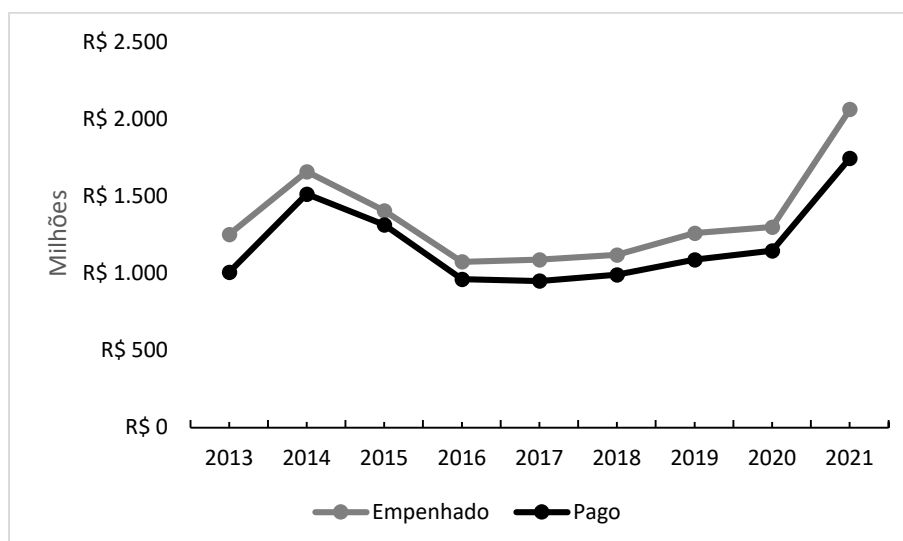


Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

- Padrão de execução: métricas “empenho” e “pagamento”

Após exibir o comportamento alocativo da ação orçamentária 20YD (dotação atual), passa-se então a examinar o padrão de execução da despesa. Nesse caso, as métricas mais adequadas são o nível de empenho e pagamento, que serão apresentados a seguir. O gráfico 4 apresenta os valores empenhados e pagos para a ação 20YD. Registre-se que não houve execução entre 2010 e 2012.

Gráfico 4: Execução orçamentária da ação 20YD (empenho e pagamento)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Por meio da tabela 5 a seguir, é possível observar que houve crescimento expressivo entre os exercícios de 2013 e 2014 (com crescimento de 32,5% pelo critério de empenho e de 50,0% pelo critério de pagamento). Após queda dos montantes empenhados e pagos entre 2014 e 2016, verificou-se trajetória de recuperação após 2016. De fato, entre 2016 e 2020, observou-se crescimento de 21,0% pelo critério de empenho e de 19,2% pelo critério de pagamento. Por sua vez, também se detectou elevação significativa, em termos reais, entre 2020 e 2021: 58,6% pela ótica do empenho e 52,2% pela ótica do pagamento.

Tabela 5: Execução orçamentária da ação 20YD
 (Variação em relação ao exercício anterior)

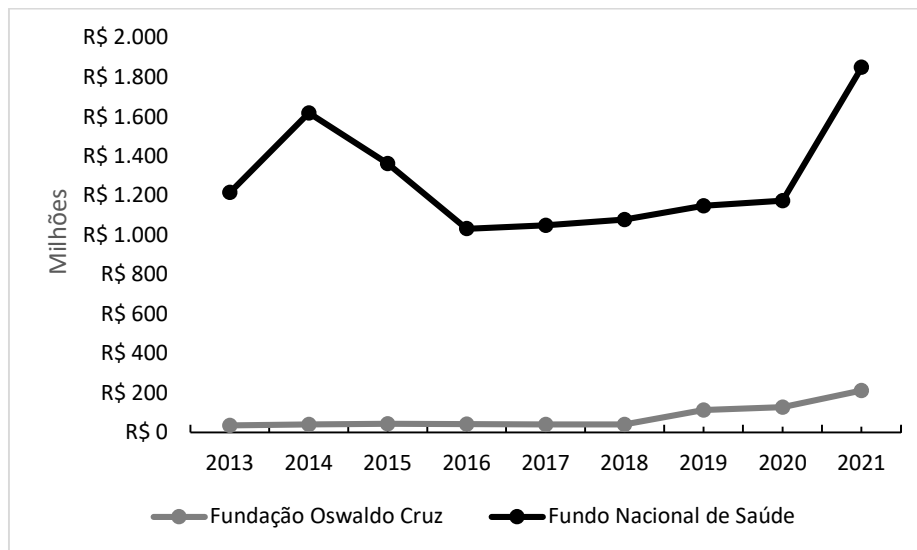
Exercício	Empenhado	Pago
2014	32,5%	50,0%
2015	-15,3%	-13,1%
2016	-23,5%	-26,8%
2017	1,3%	-1,2%
2018	2,8%	4,1%
2019	12,6%	9,9%
2020	3,2%	5,5%
2021	58,6%	52,2%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100.

Dado interessante é que, entre 2013 e 2021, os valores de execução apresentaram crescimento em termos reais: 64,8% (critério de empenho) e 73,2% (critério de pagamento). Assim, pela perspectiva da execução orçamentária, pode-se afirmar que os recursos atribuídos à ação 20YD exibiram significativa elevação (já descontados os efeitos inflacionários) no período analisado. Do ponto de vista da eficiência do gasto público, seria possível indagar se o crescimento orçamentário foi acompanhado por maior oferta de bens serviços, ou seja, se foi verificado aumento correspondente na concessão de bolsas de residência. Dado o contexto de pandemia, decorrente da COVID-19, pode-se supor também que a ampliação de recursos esteja de alguma forma associada ao chamado “efeito covid”. Análise mais detida dos editais pode colaborar para corroborar – ou refutar – essa hipótese.

É oportuno também conhecer o padrão de execução do gasto com essa ação desagregada por unidade orçamentária. Os gráficos 5 e 6 comparam os níveis de “empenho” e “pagamento” respectivamente para a Fundação Oswaldo Cruz e para o Fundo Nacional de Saúde.

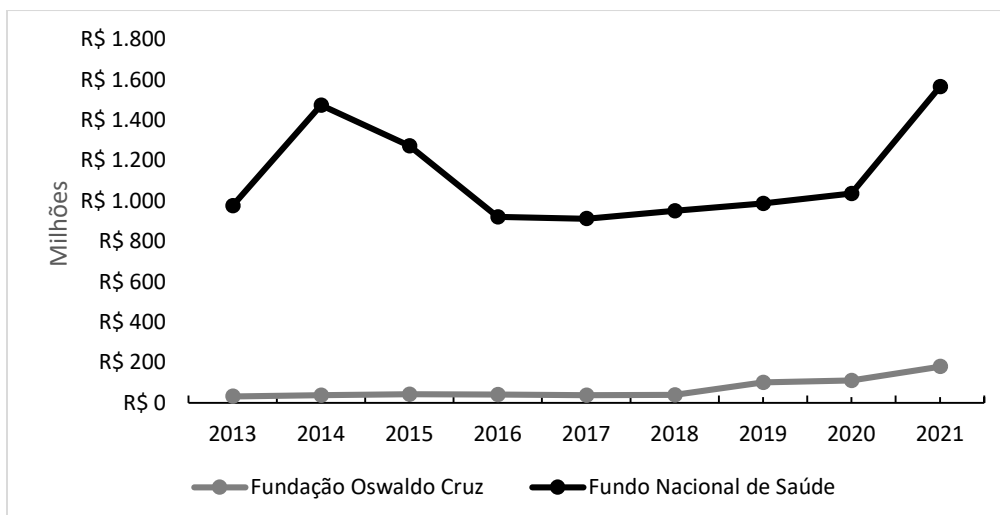
Gráfico 5: Execução orçamentária da ação 20YD (empenho) segregada por U.O.



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Como exibe o gráfico 6, os valores empenhados pelo Fundo Nacional de Saúde são significativamente mais expressivos. Para o exercício de 2021, por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz empenhou R\$ 212,2 milhões, enquanto o Fundo Nacional de Saúde apresentou volume de empenho de R\$ 1.850,9 milhões. Na média, para o período entre 2013 e 2021, eles correspondem a 94,3% do total executado pela ação orçamentária 20YD. Consequentemente, o montante empenhado pela Fundação Oswaldo Cruz é de 5,7%.

Gráfico 6: Execução orçamentária da ação 20YD (pagamento) segregada por U.O.



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

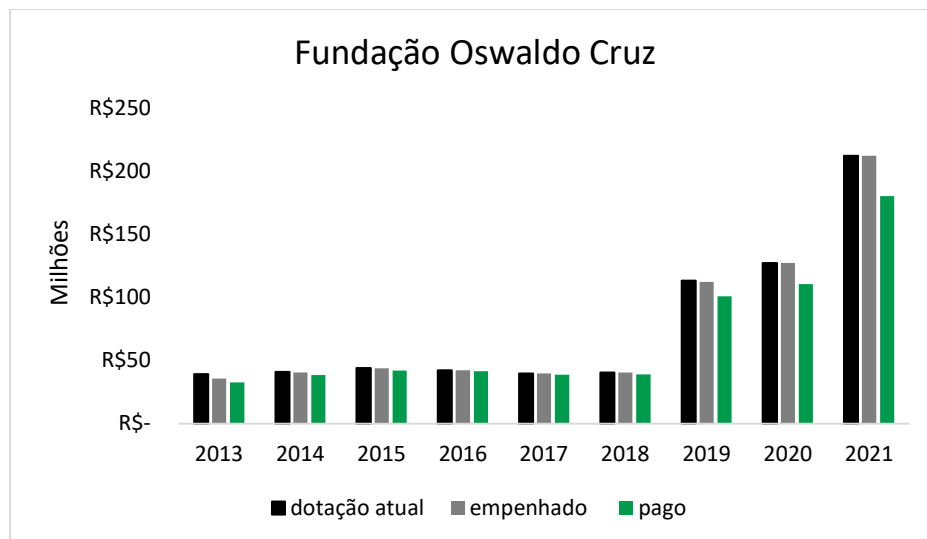
Em relação ao pagamento, nota-se trajetória semelhante ao critério empenhado. Os montantes pagos pela Fundação Nacional de Saúde também

são bem superiores àqueles correspondentes à Fundação Oswaldo Cruz. Tendo-se em consideração, a título de ilustração, o exercício de 2021, a Fundação Oswaldo Cruz registrou volume de pagamento de R\$ 180,3 milhões, ao passo que o Fundo Nacional de Saúde alcançou R\$ 1.566,3 milhões. Para o período analisado, em média, os valores pagos pelo FNS atingiram 94,2% do total da ação 20YD, enquanto os pagamentos da Fundação Oswaldo Cruz responderam por 5,8%.

- Visão comparativa: alocação X execução

É oportuno também conhecer o padrão de execução do gasto exibido pela ação 20YD desagregado por unidade orçamentária. Os gráficos a seguir comparam os níveis de “empenho” e “pagamento” respectivamente para a Fundação Oswaldo Cruz e para o Fundo Nacional de Saúde.

Gráfico 7: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundação Oswaldo Cruz)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

No caso da Fundação Oswaldo Cruz, é possível observar que, ao longo da série histórica, os montantes pagos são relativamente próximos aos valores da dotação atual e aos valores empenhados, especialmente entre os exercícios de 2013 e 2018. Porém, essa relação se modifica ligeiramente para os exercícios de 2019, 2020 e 2021, nos quais os valores pagos apresentam proporção inferior à dotação atual e ao empenhado. Conforme exibido na tabela a seguir, em 2019, 89,0% dos recursos de dotação atual foram pagos; em 2020, essa proporção foi de 87,0% e, em 2021, alcançou 85,0%. Nesse caso, o fato de os montantes pagos serem inferiores aos empenhos indica a existência de restos a pagar, tópico que será discutido mais adiante.

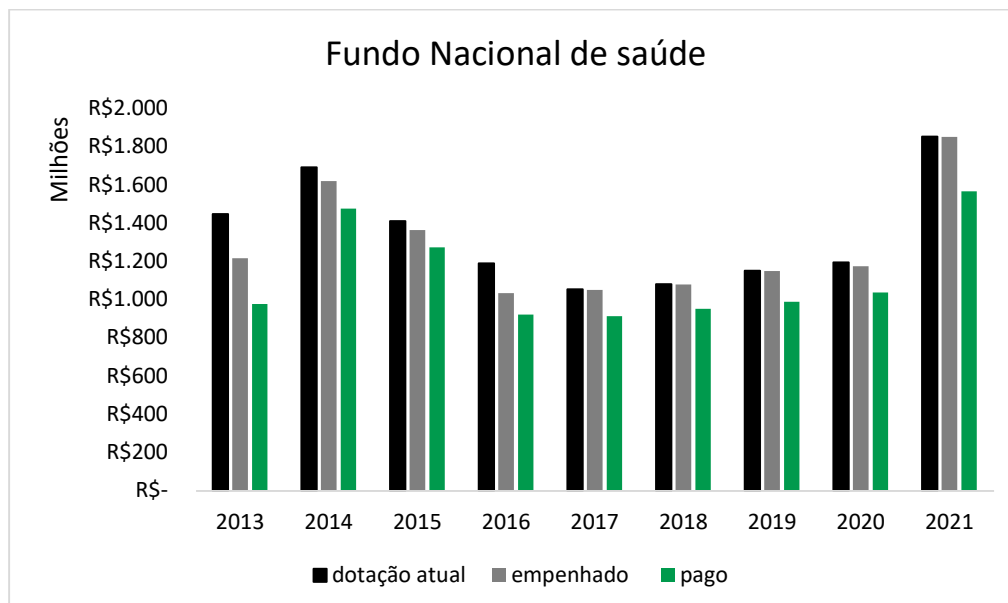
Tabela 6: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundação Oswaldo Cruz)

Exercício	Empenhado/ Dotação Atual	Pago / Dotação Atual	Pago/ Empenhado
2013	91,5%	83,7%	91,5%
2014	98,8%	93,9%	95,1%
2015	99,6%	95,4%	95,8%
2016	100,0%	98,3%	98,3%
2017	100,0%	97,4%	97,4%
2018	100,0%	95,8%	95,8%
2019	99,2%	89,0%	89,7%
2020	100,0%	87,0%	87,0%
2021	100,0%	85,0%	85,0%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100.

Cabe agora estender a aplicação dessas métricas de dotação e execução orçamentárias ao Fundo Nacional de Saúde. O gráfico 8 exibe os valores de dotação atual, empenho e pagamento para os exercícios de 2013 a 2021.

Gráfico 8: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundo Nacional de Saúde)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Em relação ao Fundo Nacional de Saúde, observa-se que: a) em média, 95,7% dos recursos alocados em dotação atual foram empenhados (em 2013, foram apenas 84,0%); b) 83,8% dos recursos alocados em dotação atual foram pagos (em 2013, foram apenas 67,4%). Nesse caso, é interessante também avaliar o volume de recursos empenhados, mas que não foram pagos. Em média, para o período analisado, a relação entre

recursos empenhados e pagos foi de 87,6%, sinalizando a ocorrência de restos a pagar, conforme será abordado em tópico específico.

Tabela 7: Execução orçamentária da ação 20YD (Fundo Nacional de Saúde)

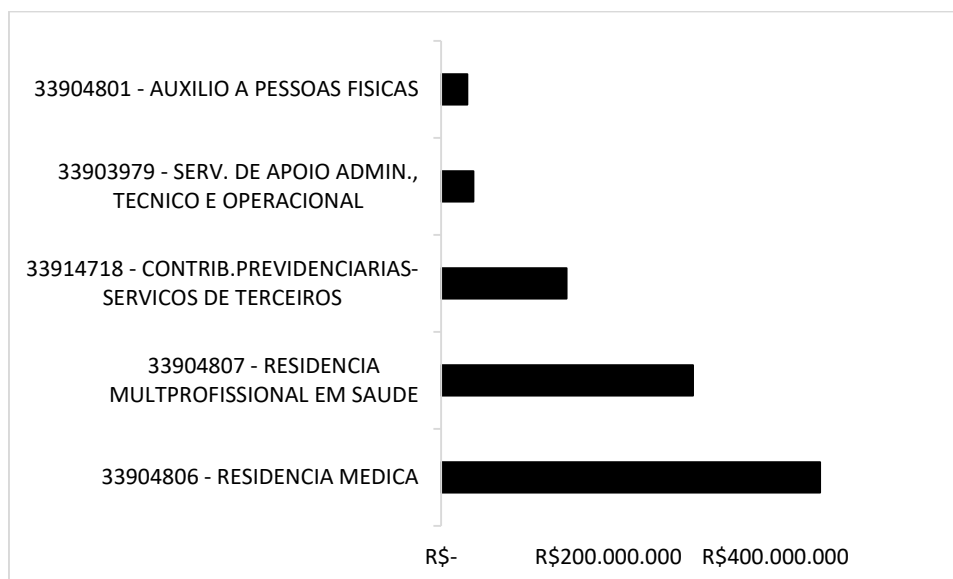
Exercício	Empenhado/ Dotação Atual	Pago / Dotação Atual	Pago/ Empenhado
2013	84,0%	67,4%	80,2%
2014	95,7%	87,2%	91,1%
2015	96,6%	90,3%	93,5%
2016	86,9%	77,5%	89,2%
2017	99,6%	86,7%	87,0%
2018	99,9%	88,1%	88,2%
2019	99,9%	85,8%	86,0%
2020	98,4%	86,9%	88,3%
2021	100,0%	84,6%	84,6%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100.

7.4.3 Execução orçamentária (2010-2020) com base na natureza detalhada da despesa (NDD)

Como se sugeriu acima, o P.O. 0003 parece, em princípio, ser aquele que melhor retrata o desempenho do Pró-Residência. Essa análise, entretanto, pode ser aprofundada por meio do estudo de uma métrica associada à execução: a natureza detalhada de despesa (NDD). Foram utilizados na consulta os valores empenhados para o exercício de 2019.

Gráfico 9: Valores empenhados para P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS) por NDD, exercício de 2019



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100. Dados referentes ao exercício de 2019.

Conforme se constata do gráfico acima, e apresentado na tabela 8, os valores alocados no P.O. 0003 possuem forte concentração na natureza de despesa “residência médica”: 45,9% são destinados a residência médica e 30,5% encontram-se associados à residência multiprofissional em saúde. Esses valores indicam forte possibilidade de os recursos desse P.O. serem responsáveis pelo financiamento das bolsas do Pró-Residência. Há ainda recursos sendo executados em contribuições previdenciárias (15,2%), serviços de apoio administrativo, técnico e operacional (3,9%) e outros.

Tabela 8: Execução orçamentária do P.O. 0003 por NDD (exercício de 2019)

NDD	Participação no total do P.O.
RESIDENCIA MEDICA	45,9%
RESIDENCIA MULTPROFISSIONAL EM SAUDE	30,5%
CONTRIB.PREVIDENCIARIAS-SERVICOS DE TERCEIROS	15,2%
SERV. DE APOIO ADMIN., TECNICO E OPERACIONAL	3,9%
AUXILIO A PESSOAS FISICAS	3,2%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100.

7.4.4 Execução orçamentária (2010-2021) com base em P.O. específico

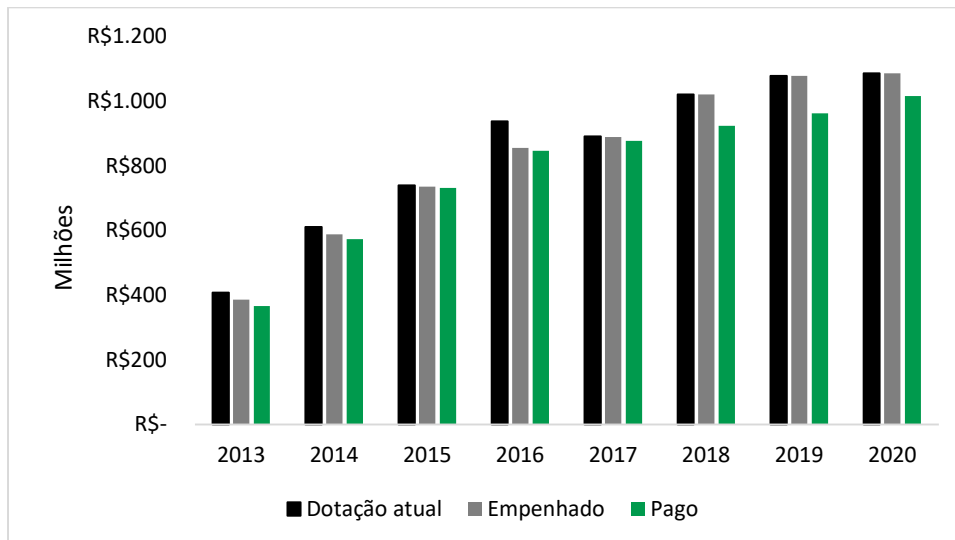
Para se obter mapeamento mais preciso dos gastos programados para o Programa Pró-Residência, convém examinar o desempenho do P.O. específico que retrata a alocação de recursos destinada apenas a financiar esta iniciativa. O P.O. “0003 - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS” parece ser aquele que atende de forma mais direta aos objetivos desta pesquisa.

É possível que outros P.O. – como 000A e 0008 – também estejam relacionados com o Pró-Residência. Contudo, o P.O. 0003, em virtude do seu objeto de gasto, é aquele que parece mais apropriado para conhecer a sua execução orçamentária. Conforme exposto, a abertura da execução por natureza detalhada da despesa (NDD) mostra que o P.O. 0003 se concentra no elemento Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas e nos subelementos Residência Médica e Residência Multiprofissional de Saúde. Portanto, o P.O. 0003 é condizente com os instrumentos de financiamento adotados no Pró-Residência.

Em relação a esse P.O., cabem ainda duas observações: a) essa identificação iniciou-se apenas no exercício financeiro de 2013; b) a alocação de recursos ocorre apenas no Fundo Nacional de Saúde (U.O. 36.901).

No gráfico a seguir, é exibida a execução orçamentária do P.O. 0003, segregando-a em três grupos: dotação atual, valores empenhados e valores pagos. Os valores encontram-se deflacionados pelo IPCA.

Gráfico 10: Execução orçamentária do P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Para o período de apuração, o percentual de valores empenhados em relação à dotação atual foi elevado (em média, 97,7%). Consoante a tabela 8 a seguir, entre 2017 e 2019, praticamente a totalidade da dotação atual foi empenhada. Por sua vez, a proporção de valores pagos em comparação com os valores empenhados também foi elevada (em média 95,3%). Entretanto, em virtude de existirem recursos empenhados, mas não pagos, também se presume a ocorrência de restos a pagar.

Tabela 9: Execução orçamentária do P.O. 0003 (valores percentuais das métricas utilizadas)

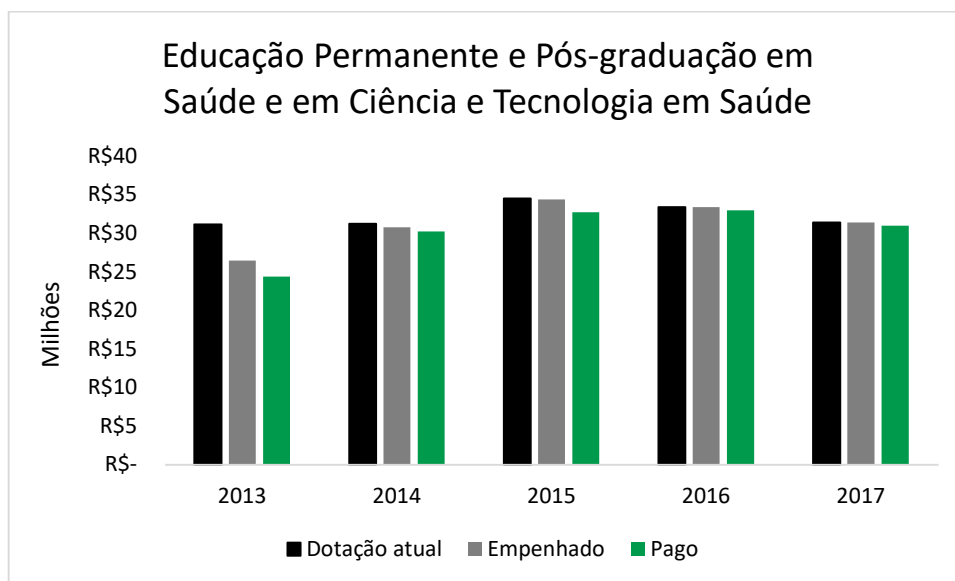
Exercício	Empenhado/ Dotação Atual	Pago / Dotação Atual	Pago/ Empenhado
2013	94,6%	89,6%	94,8%
2014	95,7%	93,9%	97,6%
2015	96,6%	98,9%	99,5%
2016	86,9%	90,3%	98,9%
2017	99,6%	98,4%	98,6%
2018	99,9%	90,5%	90,5%
2019	99,9%	89,2%	89,2%
2020	98,4%	93,5%	93,5%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100.

Os valores para o P.O. 0003 referentes ao exercício de 2021 são bastante inferiores àqueles verificados ao longo da série histórica. Para as métricas, “dotação atual”, “empenho” e “pagamento”, esses montantes são ligeiramente superiores a R\$ 10,0 milhões. Possivelmente, esse padrão diferenciado resulta do fato de ter sido criado P.O. específico para o Pró-Residência a partir do exercício de 2021.

A seguir, o gráfico 11 contém valores de dotação atual, empenho e pagamento para o P.O. 0008 (Educação Permanente e Pós-graduação em Saúde e em Ciência e Tecnologia em Saúde). Contudo, seria oportuno investigar em maior detalhe se recursos associados ao P.O. 0008 têm sido canalizados para o financiamento de bolsas do Pró-Residência. Os valores relativos ao P.O 0008 compreendem apenas o período entre 2013 e 2017, não tendo sido incluído posteriormente na programação dessa ação.

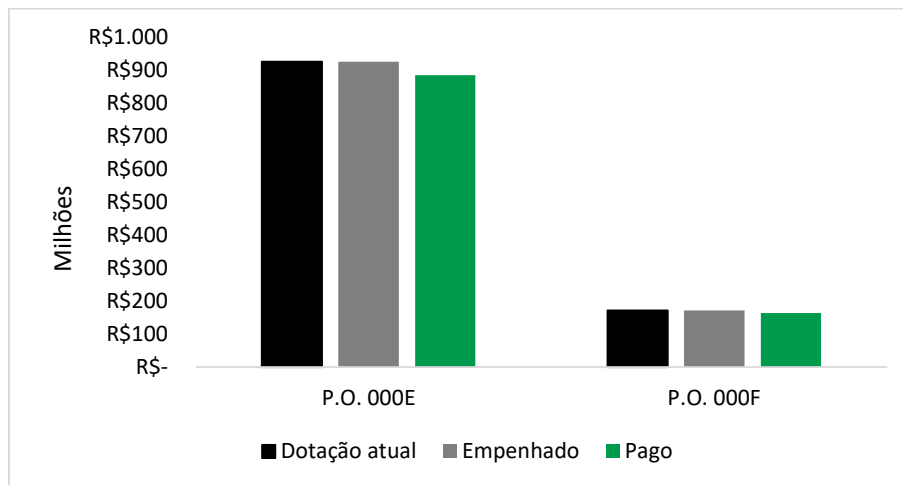
Gráfico 11: Execução orçamentária do P.O. 0008 (Educação Permanente e Pós-graduação em Saúde e em Ciência e Tecnologia em Saúde)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Em relação ao exercício de 2021, como se mostrou anteriormente, foram criados P.O. específicos para o Pró-Residência: a) 000E - Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Especializada e b) 000F - Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Primária. Convém indicar os valores alocados e executados nesses P.O. para o exercício de 2021.

Gráfico 12: Execução orçamentária do Pró-Residência em 2021 (P.O. 000E e 000F)



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

7.4.5 Execução orçamentária: a ótica da meta física

Ainda, é oportuno examinar o desempenho das metas físicas associadas a P.O. 0003 da ação, que fornece visão de produto ofertado. Em se tratando do P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS), a extração evidenciou os valores contidos na tabela a seguir.

Em relação à descrição do produto do P.O., desde 2014 adota-se “pessoa beneficiada”. A locução genérica do produto torna difícil isolar o número de bolsas de residência concedidas. Nesses termos, a utilização de descritor mais específico para o produto do P.O permitiria a identificação precisa do objeto favorecido. Ainda assim, é possível estimar um gasto aproximado da ação com cada beneficiado. A tabela 10 contém indicação destas estimativas.

Tabela 10: Desempenho físico do P.O. 0003

Exercício	Empenhado	Quantitativo Físico Realizado	Empenhado / unidade	Gasto orçamentário mensal por pessoa
2014	587.846.148,9	19.781	29.717,7	2.476,5
2016	855.828.895,3	21.227	40.317,9	3.359,8
2017	888.877.762,8	28.603	31.076,4	2.589,7
2018	1.020.485.918,3	24.459	41.722,3	3.476,9
2019	1.078.477.183,9	19.514	55.266,8	4.605,6
2020	1.086.497.847,4	21.209	51.228,2	4.269,0

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100. Os dados referentes ao “quantitativo físico realizado” contemplam as bolsas de residência médica e multiprofissional.

Para fornecer ideia das variações anuais das variáveis utilizadas para o P.O. 0003, elaborou-se a tabela 11 a seguir. Dentre as informações apresentadas, merecem ser destacadas: a) entre 2014 e 2020, o volume de empenho

registrou elevação (em termos reais) de 84,8%. b) no período considerado, o valor despendido por pessoa beneficiada apresentou crescimento real de 72,4%.

Tabela 11: Variação anual das métricas aplicadas para o P.O. 0003

Exercício	Empenhado	Quantitativo Físico Realizado	Empenhado / unidade	Gasto orçamentário mensal por quantitativo físico
2016	46%	7%	36%	36%
2017	4%	35%	-23%	-23%
2018	15%	-14%	34%	34%
2019	6%	-20%	32%	32%
2020	1%	9%	-7%	-7%

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE. Base 2021=100. Os valores de 2016 foram comparados com os respectivos valores de 2014.

Cabe notar que o valor por beneficiário apresentado acima não corresponde ao valor das bolsas do programa Pró-Residência. Cabe ressaltar que os valores do gasto orçamentário por quantitativo físico realizado são diferentes do valor estipulado para as bolsas de residência médica no período analisado. O valor da bolsa de 2014 e 2015 era de R\$ 2976,26. Foi reajustado em março de 2016 para R\$ 3300,43 e manteve esse valor até janeiro de 2022 quando aumentou para R\$ 4100. É possível que os valores indicados na tabela sejam diferentes dos valores das bolsas em virtude de outros custos, como gastos com gestão, administração, licenças, desistências ao longo do ano etc.

Por sua vez, para o exercício de 2021, já foram atribuídos P.O. exclusivos para o Pró-Residência: a) P.O. 000E (Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Especializada); e b) P.O. 000F (Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Primária). A tabela abaixo indica os valores físicos e financeiros para esses P.O

Tabela 9: Desempenho físico dos P.O. 000E e 000F, exercício de 2021

Plano Orçamentário	Empenhado	Quantitativo Físico Realizado	Empenhado / unidade	Gasto orçamentário mensal por pessoa
000E	927.189.394,1	18.873,	49.127,8	4.094,0
000F	171.331.904,2	5.113,	33.509,1	2.792,4

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME.

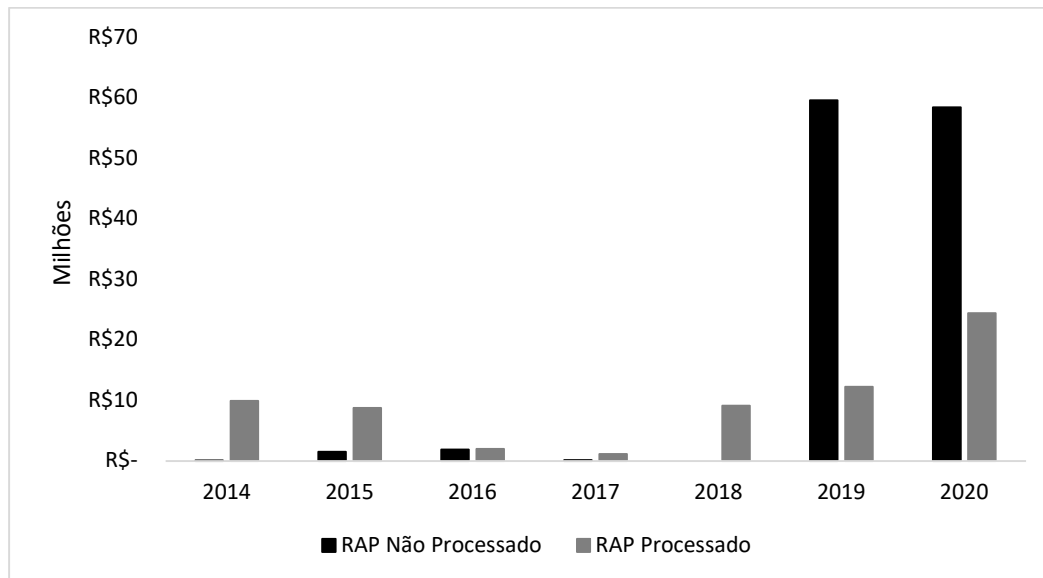
7.4.6 Análise do volume de Restos a Pagar (RAP)

Outra métrica importante para a compreensão do perfil orçamentário da despesa pública são os Restos a Pagar, que indicam o montante de recursos que não puderem ser executados de forma integral no exercício. Eles se

distinguem basicamente em duas categorias: a) processados (a despesa foi empenhada e liquidada, mas não foi paga); b) não processados (a despesa foi apenas empenhada).

A seguir são apresentadas informações sobre o P.O. 0003 (Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS) para o período entre 2014 e 2020. Cabe salientar que não houve inscrição em RAP nos exercícios de 2010 a 2013.

Gráfico 13: Volume de inscrição em Restos a Pagar do P.O. 0003



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Pode-se observar que os valores inscritos em RAP, quer processados ou não processados, são inferiores a R\$ 10 milhões até o exercício de 2018. Nota-se incremento, porém, nos exercícios seguintes. Em 2019, por exemplo, foram inscritos quase R\$ 60 milhões em RAP não processados e um pouco mais de R\$ 12 milhões em RAP processados. Por sua vez, em 2020, na comparação com o exercício anterior, houve ligeira redução no volume de RAP não processados (R\$ 58,4 milhões) e crescimento em RAP processados (R\$ 24,4 milhões).

Os valores somados de RAP não processados e RAP processados (RAP "total") são inferiores a 1% da dotação atual até o exercício de 2018. Essa relação, entretanto, se modifica nos exercícios de 2019 (a proporção de RAP "total" em relação a dotação atual é 5,7%) e 2020 (a proporção de RAP "total" em relação a dotação atual é de 6,3%).

Questão interessante consiste em saber qual parte da despesa está sendo inscrita em restos a pagar. O P.O. 0003 abrange todos os gastos relativos ao Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS. Assim, nesse P.O. se encontram diversos tipos de gastos, inclusive aqueles com bolsas para os residentes.

Para responder a esta pergunta torna-se necessário extrair o detalhamento do gasto por natureza de despesa detalhada (NDD). De fato, os dados obtidos no SIOP indicam que existem restos a pagar em várias categorias, tais como:

residência médica (33904806), residência multiprofissional (33904807), serviços de apoio administrativo, técnico e operacional (33903979), OPAS (33804123) e auxílio a pessoas físicas (33904801).

O quadro a seguir mostra que os gastos com residência médica e multiprofissional pertencem ao tipo “restos a pagar processados”, de forma que a despesa é empenhada e liquidada no exercício de referência, sendo paga no exercício subsequente.

Quadro 3: Detalhamento de RAP do P.O. 0003

NDD	2019		2020	
	RAP PROC	RAP NÃO PROC	RAP PROC	RAP NÃO PROC
33804123 - OPAS - ORGANIZACAO PANAMERICANA DA SAUDE	-	4.001.147,0	-	8.031.618,2
33903979 - SERV. DE APOIO ADMIN., TECNICO E OPERACIONAL	1.750.000,0	23.715.480,0	326.760,0	38.998.305,8
33904801 - AUXILIO A PESSOAS FISICAS	-	450.761,0	-	4.059.550,0
33904806 - RESIDENCIA MEDICA	33.013.410,8	218.483,8	33.130.068,5	-
33904807 - RESIDENCIA MULTPROFISSIONAL EM SAUDE	19.806.552,5	536.211,7	22.127.742,4	-

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME.

Conforme consulta feita ao Ministério da Saúde, soube-se que “em 2019 houve uma alteração referente ao processamento da emissão da ordem bancária para pagamento de folha. Anteriormente, no SIAFI, o processamento da OB referente a folha de pagamento era realizado no último dia do mês de competência, e a partir de 2019 a OB é liquidada no mês de competência, porém é processada no primeiro dia útil do mês subsequente. Assim, a folha referente a dezembro é liquidada em dezembro, inscrita em RP e processada no primeiro dia útil de janeiro”.

Assim, com base nessas informações, pode-se concluir que o motivo da inscrição em restos a pagar reside no descasamento entre o mês em que a bolsa é concedida ao residente (dezembro do exercício de referência) e o seu efetivo desembolso por parte da unidade pagadora (janeiro do exercício subsequente).

Em relação ao exercício de 2021, é interessante observar que não houve inscrição nem em RAP processado nem em RAP não processado. A tabela abaixo aponta a inexistência de valores inscritos em RAP para o exercício de 2021.

Tabela 13 – Inscrição em RAP para os P.O. 000E e 000F (Em R\$ milhões)

Plano Orçamentário (desc.)	Dotação Atual	Empenhado	Pago	RAP Inscrito Processado	RAP Inscrito Não Processado
000E - Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Especializada	927,2	927,2	886,2	-	-
000F - Pró-Residência Médica e em Área Multiprofissional da Saúde no âmbito da Atenção Primária	171,3	171,3	164,2	-	-

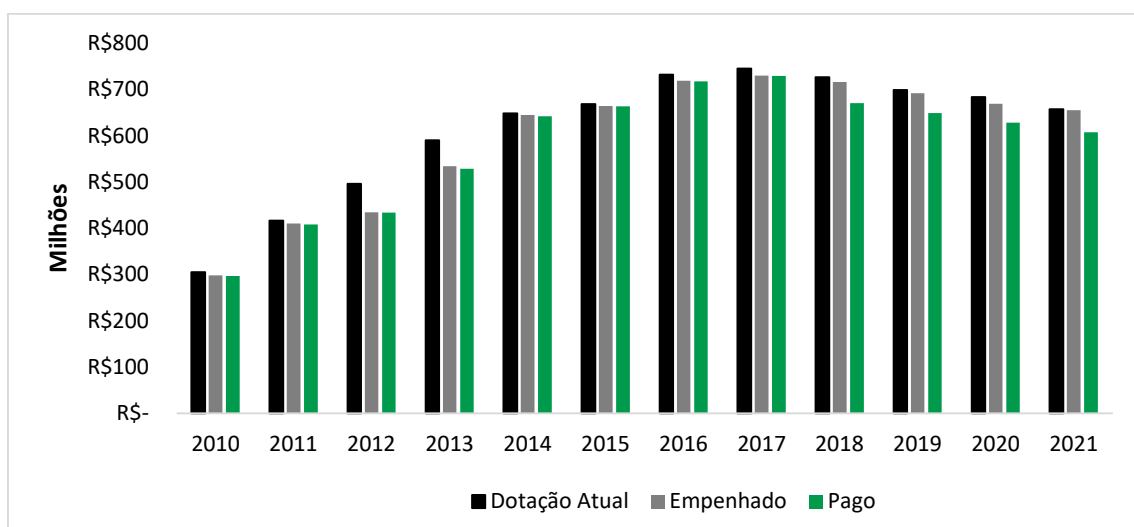
Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Valores em R\$ milhões.

7.4.7 Comparação com as ações orçamentárias 4005 e 00P1(MEC)

Além do Ministério da Saúde, no âmbito do governo federal, existem bolsas de residência que são fornecidas pelo Ministério da Educação (MEC). A ação orçamentária 4005 (Funcionamento da Residência Médica) constou da programação do MEC até 2014. A partir de 2015, a ação orçamentária associada às bolsas de residência passa a ser a 00P1 (Apoio à Residência em Saúde).

O gráfico 14 indica que, para o exercício de 2021, a dotação atual da ação 00P1 foi de R\$ 656,8 milhões, o montante empenhado de R\$ 655,1 milhões e o valor pago de R\$ 607,5 milhões.

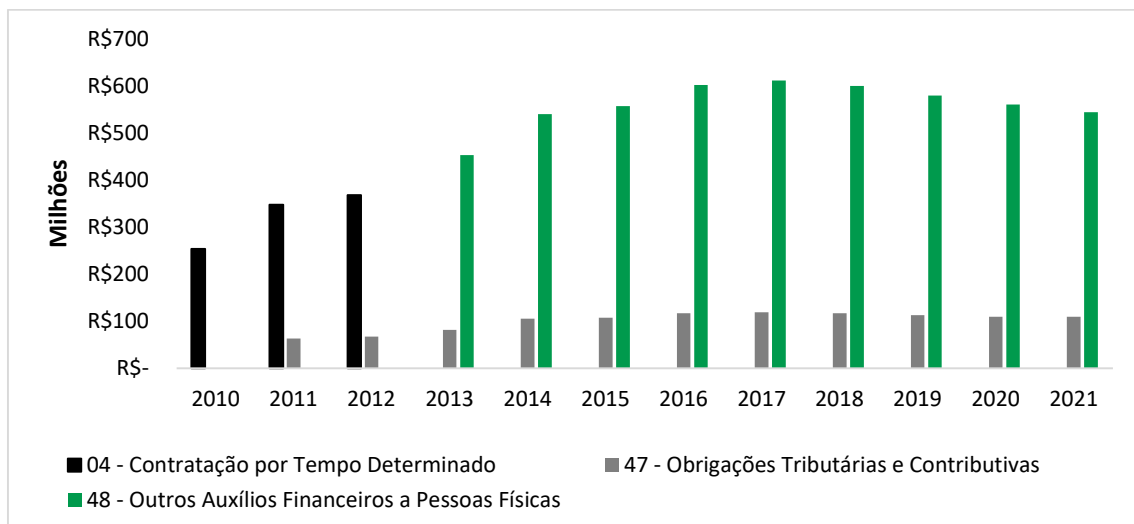
Gráfico 14: Execução orçamentária das ações 4005 e 00P1



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

A análise por elemento de despesa também é interessante, pois permite vislumbrar quais têm sido as destinações de recursos provenientes destas ações. O gráfico 15 mostra que três são os principais grupos associados às ações 4005 e 00P1. Observa-se que, a partir de 2013, tem prevalecido o elemento 48 (Outros auxílios financeiros a pessoas físicas), possivelmente indicando valores destinados ao pagamento das bolsas.

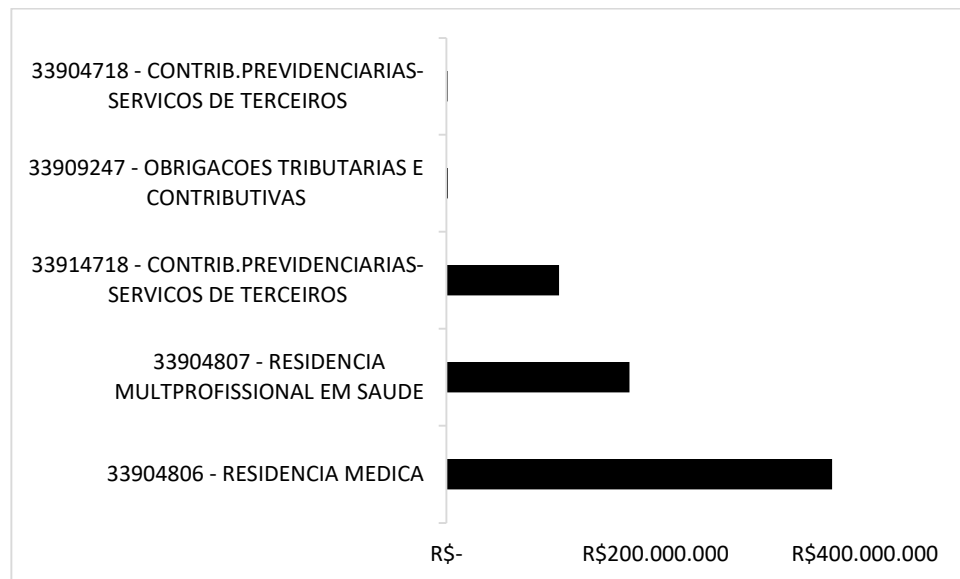
Gráfico 15: Execução orçamentária das ações 4005 e 00P1 pela ótica do elemento de despesa, exercício de 2021



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100.

Para obter informações mais precisas sobre o tipo de despesa efetuada na ação orçamentária, é conveniente aplicar a métrica da natureza detalhada da despesa (NDD), que permite visualizar o objeto mais específico de gasto. O gráfico 16 mostra que, para o exercício de 2021, três foram as principais naturezas de despesa beneficiadas por essa ação: residência médica (33904806), residência multiprofissional em saúde (33904807) e contribuições previdenciárias (33914718).

Gráfico 16: Valores empenhados para a ação 00P1 (Apoio à Residência em Saúde) por NDD, exercício de 2021



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME. Dados deflacionados pelo IPCA/IBGE. 2021 = base 100. Dados referentes ao exercício de 2021.

Com base nos valores constantes das NDD específicas de residência médica e multiprofissional, é possível então estimar os montantes gastos por bolsa concedida. Porém, como não há detalhamento no acompanhamento físico e financeiro específico por modalidade de bolsa (médica e multiprofissional), torna-se necessário agrupá-las. A tabela 14 indica que o gasto médio mensal é de R\$ 3.318,7 envolve o pagamento de bolsas, como destacado, é próximo, mas não igual o valor da bolsa no período (R\$ 3330,43).

Tabela 10: Estimativa do gasto orçamentário por beneficiário da ação 00P1 com base na métrica NDD

CATEGORIA BOLSA	Empenhado	Quantitativo Físico Realizado	Empenhado / quantitativo físico	Gasto orçamentário mensal por quantitativo
RESIDENCIA MÉDICA E MULTPROFISSIONAL EM SAUDE	544.000.108,1	13.660,	39.824,3	3.318,7

Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/SETO/ME.

Assim, pode-se concluir que o valor médio gasto com os programas de residência pelo MEC (que foi estimado em R\$ 3.318,7), relativamente próximo do valor gasto no Pró-residência pelo Ministério da Saúde (que foi calculado em R\$ 3.172,0). Como dito, o valor da bolsa foi estipulado em R\$ 3330,43 entre 2016 e 2021. Além disso, ressalte-se que não foi possível desagregar em modalidade de bolsa oferecida (médica ou multiprofissional), pois essas informações não puderam ser captadas pelo sistema de acompanhamento físico-financeiro do SIOP para a ação 00P1.

7.5 Discussões a partir do perfil orçamentário do Pró-Residência

7.5.1 O que mostram os dados?

Em síntese, conforme apontam os dados levantados, o Pró-Residência possui as seguintes características: a) quanto à sua contribuição para o resultado primário do governo federal, as despesas possuem caráter discricionário; b) em relação à natureza da despesa, elas são predominantemente do tipo corrente (e apenas residualmente investimentos); c) sob a ótica da modalidade de aplicação, as despesas apresentam majoritariamente aplicação do tipo direta.

Essa leitura da execução orçamentária é importante, pois fornece perfil da despesa e permite traçar suas características principais. Entretanto, para que se possa aprofundar a discussão sobre o padrão de eficiência da política, torna-se necessário recorrer a bases de dados mais específicas, que ofereçam informações mais detalhadas. As bases produzidas pelo Ministério da Saúde, conforme se mostra adiante, são importantes inclusive para permitir mapeamento regional da despesa com o Pró-Residência.

Cabe também comentar que seria interessante procurar obter detalhamento maior das bolsas concedidas por unidade orçamentária. Por exemplo, explorando quais tipos de bolsas são oferecidos pela Fundação Oswaldo Cruz e pelo Fundo Nacional de Saúde. Uma possibilidade seria que as bolsas, no caso da Fundação Oswaldo Cruz, seriam para as suas próprias unidades. O SIOP não apresenta a discriminação das bolsas concedidas por unidade orçamentária, de forma que é necessária investigação em sistemas específicos de informação.

A partir disso, propõem-se que os quantitativos passem a ser discriminados por modalidade de bolsas e unidade orçamentária. Com isso, seria possível saber quantas bolsas em cada modalidade foram concedidas pela Fiocruz e quantas foram pelas ações descentralizadas por meio do Fundo Nacional de Saúde. Isso também permitiria saber quantas bolsas do MEC foram destinadas a quais universidades ou aos hospitais universitários federais. Essas modificações dariam maior transparência à alocação de recursos federais, bem como permitiriam verificar a importância desses programas federais em seu conjunto.

7.5.2 Execução orçamentária: comentário sobre processo decisório

As informações apresentadas até o momento permitem fornecer panorama da execução orçamentária e financeira do Pró-Residência. Entretanto, apenas os dados extraídos do SIOP não possibilitam examinar como se estabelece o processo decisório.

Em parte, essa lacuna foi suprida por meio de interlocução com o Ministério da Saúde, ocorrida de forma remota em 14/09/2021, no âmbito das oficinas conduzidas pelo Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP). Os integrantes do Ministério da Saúde apresentaram esclarecimentos importantes que mereçam ser relatados:

- A disponibilidade orçamentária atribuída à ação 20YD costuma ser discutida com base no PLOA do exercício corrente (e não no edital, que é publicado posteriormente)

- O volume de recursos solicitado pela área técnica pertinente do Ministério baseia-se em planejamento interno que consiste em projeções de gasto (registrados em memórias de cálculo)
- Caso exista expectativa de necessidade adicional de recursos, a área técnica pertinente se manifesta e informa o volume de incremento orçamentário desejado
- O processo de definição de recursos envolve interlocução sistemática entre a área técnica pertinente e a SPO (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento)
- Para evitar atrasos no pagamento das bolsas, a SPO reserva previamente os valores a serem transferidos
- Em relação à gestão financeira, a programação possui periodicidade trimestral e os desembolsos são realizados diretamente à conta bancária dos residentes

Uma questão interessante reside na análise da expansão orçamentária alcançada pelo Pró-Residência no exercício de 2022. Conforme se apontou anteriormente, pelo critério de “dotação atual”, houve elevação de 56,3% em termos reais. Assim, para 2022, o montante total da ação 20YD alcançou quase R\$ 2,1 bilhões. Parte desse aumento deve estar relacionado ao reajuste concedido para as bolsas, cujo valor passou de R\$ 3330,43 para R\$ 4106,09²⁸, um aumento de 23,3%. A expectativa de aplicação desse volume de recursos deveria supostamente implicar, também, no crescimento correspondente do número de bolsas concedidas.

Ao mesmo tempo, com o lançamento do Plano Nacional de Residências para o SUS, há ações de apoio às instituições que podem estar incorporadas ao orçamento do Pró-residência em 2022, que não se limitaria ao pagamento de bolsas. Espera-se que: (a) essa ampliação do Pró-Residência obedeça a parâmetros de eficiência e equidade; b) que sejam previstos mecanismos de avaliação do impacto dessa expansão para a sociedade e bem como dos benefícios esperados; e c) que essa expansão considere os efeitos – e respectivos custos – da pandemia da COVID-19.

²⁸ Portaria Interministerial n. 09 de 13 de outubro de 2021. In: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739>

8 AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

8.1 Apresentação

O *Guia de Avaliação ex post* (Brasil, 2018b) traz que a avaliação de implementação deve considerar os diversos processos envolvidos na execução da política pública, os quais estariam associados à transformação de insumos em produtos a serem entregues à sociedade. No caso específico dessa avaliação, o foco será analisar os processos relacionados aos editais do Pró-residência médica, incluindo as atribuições de responsabilidades presentes em cada um deles, bem como as definições de prioridades. Além disso, apresenta um indicador adicional de cobertura deste programa em relação a todos os programas de residência médica do país.

A execução da avaliação de implementação, em muitos casos, antecede a realização da avaliação de impacto, pois isso mitiga a possibilidade de se despendem recursos e esforços para mensurar os impactos de uma política que pode estar com falhas graves na sua implementação, como a não entrega do produto ou serviço ao destinatário previsto em seu desenho, ou a entrega de um produto ou serviço fora dos padrões de qualidade esperados. (Brasil, 2018b, p.175)

Para realização dessa avaliação, foram utilizadas informações dos dois sistemas federais de gestão já mencionados - SisCNRM e o Sigresidências, bem como realizadas análises e calculados de indicadores que visam analisar o desempenho do programa durante sua implementação. A metodologia e os resultados serão apresentados na próxima seção. Destaca-se que essa avaliação foi realizada conjuntamente pela equipe do Ipea e do Insper.

8.2 Metodologia da avaliação de implementação e aproximações para a avaliação de resultados

8.2.1 Banco de dados e métodos

Para realização das avaliações de implementação e resultados era central contar com informações de gestão e implementação relacionadas à residência médica e, especialmente, ao programa Pró-Residência. No caso das residências médicas, com dito anteriormente, o MEC disponibiliza uma base de dados pública de certificados de residência médica o qual contém informações sobre o residente (nome, CPF, número do CRM), sobre a instituição (nome da instituição e UF), sobre o programa cursados, a data de início da residência, de término e certificação. Além dessas informações públicas, o MEC, a partir da demanda feita para o CMAP pelo SETO/ME, disponibilizou acesso ao SisCNRM por meio login e senha de acesso individuais para os executores das avaliações, com assinatura de termo de compromisso e garantia de sigilo, no dia 06 de outubro de 2021. Com relação à base seja pública, não foram localizados manual consolidado e dicionário de dados desse sistema. No modo de acesso restrito, há manual simplificado com orientações de preenchimento das informações no sistema.

As extrações foram feitas a partir de orientações técnicas da equipe gestora²⁹. Elas foram feitas por unidade da federação em formato *.csv e não incluem o estado de Goiás cuja extração só estava disponível em pdf. Considerando os prazos para realização das avaliações, a opção da equipe foi concentrar as análises de consistência e montagem do banco de dados que representavam mais de 95% do total de registros nesse sistema. A partir desse sistema de acesso restrito foram trazidas informações sobre a situação dos residentes que incluía aqueles que ainda não concluíram a residência (desistentes, transferidos, afastados, trancamento, entre outros). A data de referência das extrações tanto da base pública quanto da base por acesso restrito foi outubro de 2021, tendo como referência final aqueles residentes com início até março de 2021. Além das informações sobre os residentes, foram trazidas também informações adicionais sobre os programas e as instituições, como, por exemplo, o CNPJ e o número de vagas aprovadas. Ao longo dos meses de novembro, dezembro e começo de janeiro as bases de residentes, programas e instituições foram pareadas e foram analisadas quanto à consistência das informações. Em janeiro de 2022 fez-se uma primeira validação dessa base conjunta com a equipe do MEC.³⁰

A partir do SisCNRN foi possível construir séries históricas de residentes por situação do residente (afastamentos, desistentes, cursando, concluintes, transferidos e outras), ano em que a situação aconteceu, bem como, análises dos certificados por ano de início e término da residência, região e programa. Essas informações da base pública de certificados que foram analisadas por Reis, Bianchi, Adamczyk (2021a). A maioria das análises foi realizada considerando o ano de término em 2019, visto que o ano de 2020 foi bastante influenciado pela pandemia do Sars-Cov-19 e merece uma análise mais cuidadosa dos seus efeitos sobre a formação médica em nível de residência.

Uma limitação para uso do SisCNRN para avaliação de implementação do Pró-residência médica refere-se ao fato dele consolidar todas as informações sobre os residentes em programas de residência no Brasil, mas não apresentar nos dados que foram disponibilizados qual a fonte de financiamento das bolsas³¹. O principal sistema do Pró-residência, como dito, é o Sigresidências. O Ministério da Economia formalizou, também, a demanda para acesso aos dados desse sistema que contém informações utilizadas para gestão das residências médica e multiprofissional em saúde financiadas com recurso do Pró-residências. A primeira versão do banco desse sistema foi disponibilizada para a equipe do Ipea em 19 de novembro de 2021. Contudo, como o sistema não possui manual, a organização de um banco de dados foi feita por meio de interações com a equipe do DEGTS/SGTES/MS.

²⁹ MEC. SisCNRN. Consulta de certificados. <https://bit.ly/3MyA1MM> (Acesso em 07 de outubro de 2021).

³⁰ Nosso agradecimento é equipe do MEC pela disponibilização do acesso e, em especial, a Vanessa Porto que nos orientou em todos os momentos e sempre esteve disponível para esclarecer as dúvidas da equipe responsável pelas avaliações de implementação e resultados. Agradecemos, também, a Anna Sales e Roselle Bugarin pela participação nas discussões e esclarecimentos sobre as residências médicas.

³¹ No Manual com orientações de preenchimento do sistema que consta no acesso restrito há uma informação que as instituições deveriam informar a fonte pagadora. Contudo, nas oficinas de avaliação de desenho foi informado que a fonte não estaria disponível no SisCNRN e deveria obtida pelo Sigresidências.

Os dados fornecidos foram extraídos pelo Ministério da Saúde em outubro de 2021, tendo como referência final esse período. Não foram localizados também manual detalhado e consolidado ou dicionário para leitura desses dados, tendo sido fundamentais as interações com a equipe do Programa³². Para cruzamentos com o SisCNRM, utilizou-se o recorte do primeiro ano de implementação do programa, 2010, e ano final em 2019. Cabe observar que alguns dados iniciais foram solicitados por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), por meio do Sistema Eletrônico de Informação para o Cidadão (eSIC), pela representante do Insper para essa avaliação de implementação e são apresentados nas análises da oferta de bolsas por edital.

A partir das orientações da equipe da SGTES/MS, realizou-se a separação entre bolsas de residência médica e multiprofissional. As bolsas de residência médica do Sigresidências são obtidas utilizando as informações da tabela de matrículas, tabela de programas, tabela de situação da matrícula e tabela de situação do programa. São consideradas as bolsas homologadas e não canceladas, que tenham informação sobre a especialidade ou área de atuação.

A base fornecida não contém nome nem CPF não permitindo, até o momento, o pareamento dos dados individuais com aqueles do SisCNRM. Todavia permitem análises por recortes, tais como, especialidades e unidades da federação. Assim, esses recortes foram utilizados para análises mais desagregadas para o Pró-residência comparando com o total de programas de residência médica no Brasil. Adicionalmente, foi calculado o indicador de cobertura³³ para os para os concluintes de programas de residência.

Todas as pessoas com acesso ao sistema assinaram termos de responsabilidade disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Editais do Pró-residência Médica

Entre 2009 e 2019, foram realizados 17 editais de convocação, resultando em 46 portarias (Quadro A.2, em anexo), relativas às residências multiprofissionais e médicas. Considerando apenas os editais de residência

³² Agradecemos a Cintia Leal e Daiane Fogaça por sua presteza e disponibilidade em responder nossas questões sobre o programa; a Paulo Guilayn, pelos esclarecimentos adicionais sobre o programa e disponibilização dos editais; a Leonardo Mello, pela organização da base que foi cedida e esclarecimentos para leituras iniciais dos dados disponibilizados a partir do Sigresidências e ao coordenador Gustavo Hoff, que nos prestou valiosos esclarecimentos sobre o programa e, também, sobre o sistema. A última reunião, realizada em janeiro de 2022, permitiu o compreender e calcular o indicador de cobertura proposto nessa avaliação.

³³ Inicialmente foi pensado um indicador de cobertura acumulada. Contudo, diferenças, que precisam ser mais bem trabalhadas com relação às datas de início e data de saída dos não concluintes, não permitiram esse cálculo no momento. Enquanto no SisCNRM, a maioria das desistências aconteciam no primeiro ano da residência, no Sigresidências havia uma proporção elevada com datas de término após o primeiro ano de residência. Assim, no prazo de realização dessa avaliação, optou-se em realizar o cálculo do indicador de cobertura apenas para os concluintes. A proposta é realizar esse cálculo e o pareamento com o CNES posteriormente, se houver interesse dos gestores, com bases que permitam o cruzamento utilizando um identificador comum (por exemplo CPF) dos bolsistas.

médica, foram 12 editais e 36 portarias. Os textos dos editais foram disponibilizados pela equipe da do DEGTS/SGTES/MS em janeiro de 2022 e as análises foram complementadas por buscas no site do Saúde Legis³⁴.

Indicadores

Foram feitas algumas análises a partir dos editais de abertura e de convocação do Pró-residência médica, incluindo vagas totais ofertadas por ano, especialidade ou áreas de atuação e recortes geográficos (regiões, unidades das federações, região metropolitana e não metropolitana). Utilizando os dados dos sistemas, foram analisadas as residências médicas para todos os programas e para aqueles financiados pelo Pró-residência. Na sequência, foi feita uma análise da cobertura do Pró-residência médica para concluintes por ano, região e programas selecionados.

A. Cobertura para concluintes de residência médica

$$\text{Cobertura bolsas (concluintes)} = \frac{\text{concluintes do Pró – residência (residência médica)}}{\text{total de concluintes de programas de residência médica}}$$

Para o cálculo da cobertura de concluintes, utiliza-se a informação sobre a data de término da residência para aqueles cuja situação é “residência concluída” no Sigresidências, total, por especialidades selecionadas e grandes regiões do IBGE. O total de concluintes em todos os programas foi obtido pelo SisCNRM a partir da base de residentes e certificados, considerando a situação como concluída.

Cabe observar que o indicador se refere ao número de bolsas e não ao número de residentes, pois um mesmo indivíduo pode ter mais de uma bolsa para diferentes especialidades ou áreas de atuação ao longo do período analisado, as quais só não podem ser simultâneas (iniciar dois programas de residência no mesmo ano).

8.3 Análise dos editais do Pró-residência médica na perspectiva da implementação: definição de prioridades, responsabilidades e distribuição das bolsas por editais

Como não havia uma base pública ou publicações analisando os dados do Pró-residência, para leitura e validação dos dados, uma importante referência foi a apresentação de Michelotti e Ferreira (2019). Nessa apresentação, eles mostram a evolução das bolsas por editais, separando por especialidades e unidades geográficas. Os recortes analíticos feitos por eles serviram de referência para a análise de indicadores por edital apresentados neste relatório.

Adicionalmente, nessa apresentação já ficou claro que não houve abertura de editais em 2012 e 2018. Isso não significa que não houve bolsas para o primeiro ano de residência sendo disponibilizadas nesses anos, visto que, como foi dito anteriormente, a instituição pode solicitar a abertura de processos seletivos de bolsistas e uso dessas bolsas em anos subsequentes

³⁴ Não foram localizados textos para o edital de 2010 nem para o Memorando 109 de 2015 mencionado por Michelotti e Ferreira (2019)

aos do edital no qual as bolsas foram inicialmente concedidas. Um exemplo disso está na Portaria Conjunta nº 11 de maio de 2016. Essa portaria menciona a autorização para abertura de vagas relativas aos editais de nº 07 e nº 08 de 10/2009, nº 19 de 07/2010, nº 18 de 11/2011, nº 29, de 06/2013 que tiveram suas bolsas renovadas pelo Edital 31/Sgtes-MS/SeSU-MEC de 2014. O total de bolsistas a cada ano, não é, portanto, uma soma do total das bolsas concedidas nos editais a cada ano, mas é cumulativo: uma vez aprovado um quantitativo de bolsas para uma instituição, à medida que os residentes vão concluindo e que haja disponibilidade orçamentária e ato autorizativo, novos editais para seleção de residentes podem ser abertos pelas instituições.

Nessa seção serão feitos três grupos de análises, destacando como as prioridades definidas pelos gestores do programa estão estabelecidas nos editais, como as responsabilidades de cada entidade são definidas nesses atos normativos e análise dos quantitativos aprovados em cada edital por especialidades e recortes geográficos. Parte dessas informações foram extraídas da base obtida a partir da demanda feita pela representante do Insper. As outras informações foram extraídas das bases mencionadas anteriormente. Ambas replicam parte das análises de Michelotti e Ferreira (2019), mas apresentam análises adicionais a partir dos dados primários desses sistemas.

8.3.1 Prioridades e responsabilidades institucionais: mudanças ao longo do tempo

As análises dos editais permitem observar que as prioridades de concessão de bolsas variam ao longo do tempo e de acordo com a definição de ações prioritárias pelo Ministério da Saúde (Quadro A.3 e A.4, em anexo).

No que diz respeito às regiões prioritárias, os editais, em sua maioria, incluem a preferência para concessão de bolsas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Se as bolsas oferecidas não forem demandadas por instituições dessas regiões, podem ser ofertadas para outras regiões do país. Em alguns anos, a partir de 2013, a prioridade para o Centro-Oeste não inclui o Distrito Federal e o edital inclui o Espírito Santo entre as prioridades para concessão.

No caso das especialidades prioritárias, em vários editais há vinculação às redes de atenção à saúde (em especial, saúde da mulher, criança, idosos, doenças crônicas e saúde mental). A partir do lançamento do programa Mais Médicos (PMM), surgem editais específicos para medicina geral de família e comunidade (MGFC), alguns deles sendo financiados exclusivamente com recursos do PMM (Edital 16/2016) ou de forma exclusiva por meio da ação 20YD (Edital 04/2015). Há, também, editais que contam com o financiamento simultâneo por essas duas ações e que incluem bolsas para MGFC (Edital 02/2019). A partir de 2013, surge uma forma de incentivo para as instituições ampliarem a oferta das residências em MGFC quando, a cada duas bolsas novas ofertadas neste programa, o MS assume o financiamento de outra bolsa que já esteja com financiamento por outra fonte.

No começo, o programa incluía os hospitais universitários federais, de ensino e projetos de secretarias estaduais e municipais. A partir de 2013 passa a incluir os hospitais privados filantrópicos, mas, a inclusão ou não dos hospitais

universitários federais para concorrer a bolsas pelo Pró-residência, com recursos do MS, varia ao longo dos anos.

Quanto às responsabilidades institucionais, a principal mudança refere-se aos papéis do MEC e do MS. A partir de 2011 fica claro que o financiamento do programa é de responsabilidade do Ministério da Saúde, bem como a gestão do processo seletivo passa a ser cada vez mais concentrado nesse órgão com menor participação do MEC. As funções comuns aos dois órgãos nos editais dos primeiros anos envolviam, além da própria publicação do edital para candidatura das instituições, a organização de comitê de seleção e a gestão do processo seletivo, bem como apoio às instituições durante esse processo. Após 2013, às atribuições do MEC ficam cada vez mais concentradas naquelas relacionadas à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a qual preside. As funções da CNRM e das comissões estaduais, CEREM, não são explicitadas na maioria dos editais, mas entende-se que isso se deve ao fato dessas atribuições estarem normatizadas em lei e pelas resoluções da Comissão.

Nessa análise conclui-se que, como destacado na avaliação de desenho e de governança, faz-se necessário deixar mais claras as atribuições de todas as instituições que participam do processo e, também, quais são os instrumentos e mecanismos de coordenação entre elas. A clareza sobre os papéis, fontes de financiamento das bolsas e sua gestão, bem como um processo bem coordenado, pode permitir ampliar a efetividade da ação pública.

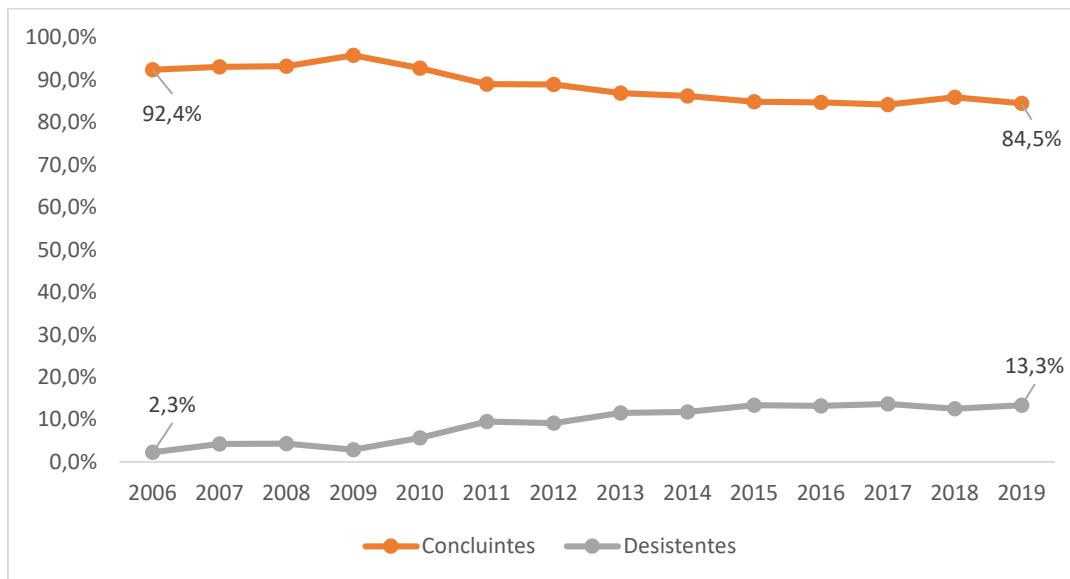
Com relação ao financiamento cruzado das bolsas de residência médica, esses acontecem tanto entre instituições do governo federal, quanto entre programas dentro do próprio MS. Propõem-se que o SisCNRM disponibilize campos e informações que permitam identificar as fontes de financiamento de cada bolsa. Para aquelas com financiamento federal, que essa identificação seja feita no nível do plano orçamentário. Para as financiadas com recursos estaduais, municipais e de instituições privadas, que se inclua uma variável com essa informação. Essa informação já permitiria conhecer a importância de cada fonte de financiamento para a oferta de bolsas de programas de residência no país³⁵.

8.3.2 Análise do conjunto dos programas de residência médica no Brasil no período 2006 a 2019

A base do SisCNRM, permite construir um panorama sobre as residências médicas no Brasil. Considerando a situação da residência entre 2006 e 2019, observa-se um aumento das desistências, que se referem aqueles que não quiseram mais cursar ou foram reprovados no programa, sobre o total de registro de situação da residência por ano de situação. O gráfico 17 apresenta a participação de concluintes e desistentes. A diferença para o total refere-se a outras situações (transferências, afastamentos, licenças e outras).

³⁵ Em trabalho mencionado na avaliação de governança (Campos et al, 2019), há informações sobre as fontes de financiamento que teriam sido obtidas a partir do SisCNRM. Essas serão discutidas na seção 8.3.3.

Gráfico 17: Participação dos concluintes e residentes no período entre 2006 e 2019, por ano de situação da residência.



Fonte: MEC. SisCNRN.

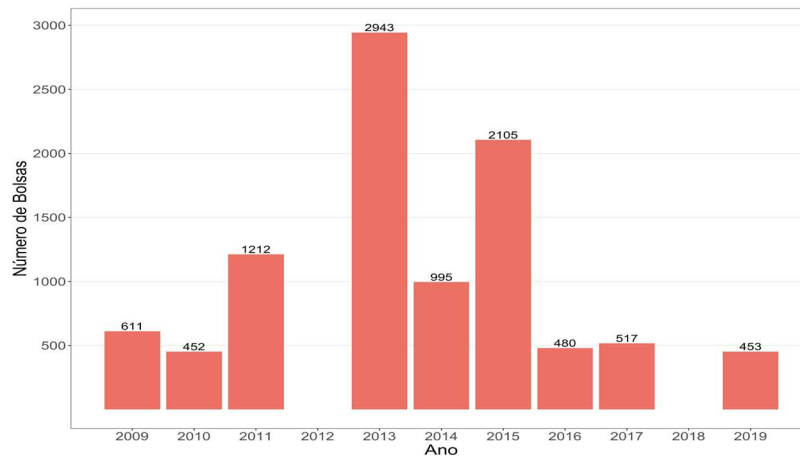
Em março de 2021, havia, na base de residentes do SisCNRN, sem contar os dados do estado de Goiás, 60,8 mil registros de residentes, sendo que 14,8 mil concluíram a residência naquele ano. Outros 19,3 mil registros referem-se ao primeiro ano (R1), 16207, ao segundo ano (R2) e 9019 ao terceiro ano (R3). Parte dos 16,2 mil que estava cursando o R1 desistiu no primeiro ano (2,9 mil). Isso representaria um percentual de desistência de 17,7%. Contudo, parte dessas desistências refere-se a pessoas que foram selecionadas em mais uma instituição no mesmo ano. Excluídos os desistentes, haveria 13,3 mil matriculados. Porém, parte desses estavam afastados, licenciados, com situação pendente ou haviam sido transferidos. Ainda que sejam um número pequeno, o total de matriculados efetivamente cursando o primeiro ano de residência se aproxima de 13 mil no ano de 2021.

Pelos dados do SisCNRN, mais de 87% das desistências acontecem no primeiro ano de residência. Do total de desistências nesse ano, as maiores proporções foram, respectivamente: clínica médica (18,3%), ortopedia e traumatologia (10,4%), medicina de família e comunidade (9,9%), pediatria (8,4%) e ginecologia e obstetrícia (7,9%).

8.3.3 Análise das bolsas aprovadas (R1) pelos editais do Pró-residência médica

O edital do ano de 2013 disponibilizou o maior número de bolsas aprovadas (cerca de 3 mil), seguido pelo de 2015 (com 2105 bolsas) e de 2011 (com 1212 bolsas). Nota-se que, a partir de 2016, o número de bolsas aprovadas caiu consideravelmente, estabilizando em torno de 500 nos anos seguintes, quando se considera o período 2010 a 2019.

Gráfico 18: Programa Pró-Residência (R1) - Número de Bolsas de Residência Médica, por ano do edital



Fonte: MS. Sigresidencias. Dados obtidos por solicitação via e-SIC.

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência, considerando todas as especialidades médicas, por ano do edital (2009-2019).

A especialidade com o maior número de bolsas a ela destinadas entre 2009 e 2019 foi “Medicina de Família e Comunidade (MGFC)”, a qual teve um total de 2465 bolsas (R1) - isto é, quase duas vezes mais do que a segunda colocada, “Clínica Médica”. Anualmente, aquela especialidade também foi a que teve a maior representativa das bolsas por edital, com exceção de 2013 (em que Clínica Médica foi a mais beneficiada). Vale ressaltar que o edital realizado em 2015 foi direcionado especialmente à MGFC, o que justifica o alto número de vagas destinadas a essa especialidade neste ano.

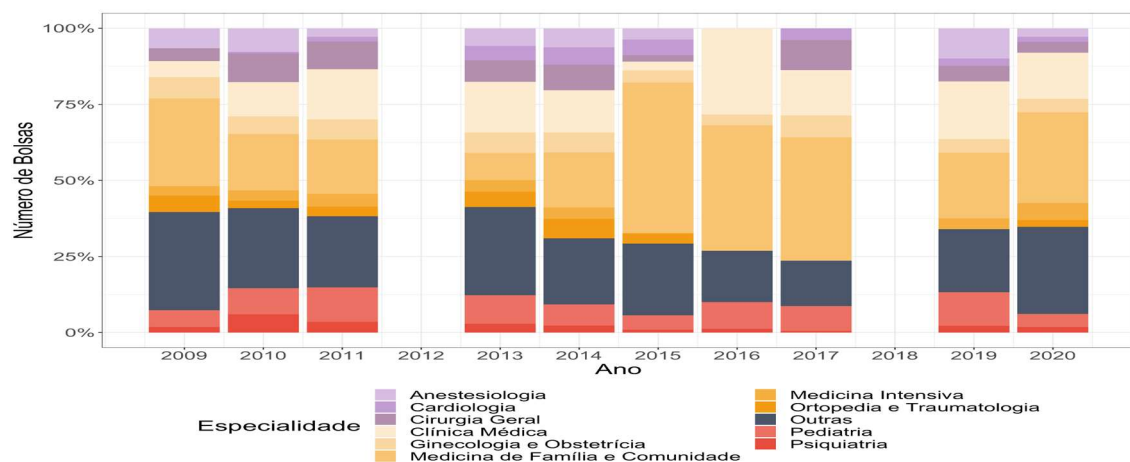
Tabela 11: Programa Pró-Residência (R1) - Número de Bolsas de Residência Médica, por ano do edital e principais especialidades.

Especialidade	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2019	Total	Total (%)
Medicina de Família e Comunidade	176	84	217	262	180	1040	198	210	98	2465	25.2%
Clínica Médica	32	51	200	492	138	62	136	77	86	1274	13.0%
Pediatria	34	39	137	276	69	99	42	42	50	788	8.1%
Cirurgia Geral	26	43	110	206	84	44		51	23	587	6.0%
Ginecologia e Obstetrícia	43	26	80	197	65	84	17	37	20	569	5.8%
Anestesiologia	40	35	34	170	62	78			45	464	4.8%
Ortopedia e Traumatologia	33	11	38	149	64	70				365	3.7%
Cardiologia		2	19	141	57	108		20	11	358	3.7%
Medicina Intensiva	19	15	51	112	37	4			16	254	2.6%
Outras	208	146	326	938	239	516	87	80	104	2644	27.1%
Total	611	452	1212	2943	995	2105	480	517	453	9768	100.0%
Total (%)	6.3%	4.6%	12.4%	30.1%	10.2%	21.5%	4.9%	5.3%	4.6%	100.0%	%

Fonte: MS. Sigresidencias. Dados obtidos por solicitação via e-SIC.

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência por ano (2009-2019). Foram distinguidas as 9 especialidades médicas que mais receberam bolsas (sendo as demais englobadas pela categoria "Outras").

Gráfico 19: Programa Pró-Residência - Percentual de Bolsas de Residência Médica, por especialidades e ano do edital.



Fonte: MS. Sigresidencias. Dados obtidos por solicitação via e-SIC.

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência por ano (2009-2019). Foram distinguidas as 10 especialidades médicas que mais receberam bolsas (sendo as demais englobadas pela categoria "Outras").

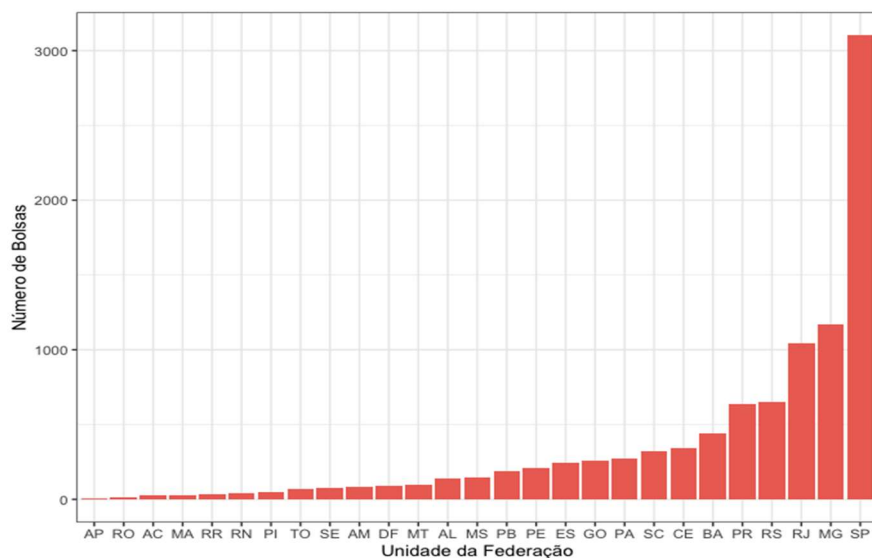
Quando se analisa a distribuição total de bolsas por unidade da federação, observa-se uma participação muito significativa das instituições do estado de

São Paulo, seguida pelo estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná. As primeiras instituições localizadas na região Nordeste, que são dos estados da Bahia e Ceará, aparecem, respectivamente, em quinto e sexto lugar (gráfico 20).

Como mencionado, apesar de os editais darem preferência para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (exceto, DF), pode não haver demanda de instituições que atendam todos os requisitos do edital nessas regiões. Assim, considerados as especialidades e áreas de atuação prioritárias, as instituições de outras regiões concorrem ao processo seletivo.

Essa é outra questão importante: oferta regional concentrada de instituições com capacidades para organizar programas de residência médica e concorrer às vagas ofertadas. Ela se assemelha à concentração regional da oferta de serviços de atenção à saúde: mais concentrada nas regiões Sul e Sudeste e nas regiões metropolitanas (gráficos 21 e 22). Assim, faz-se necessário pensar processos formais de apoio às instituições nas regiões prioritárias para além da oferta de bolsas de forma a ampliar a efetividade da priorização.

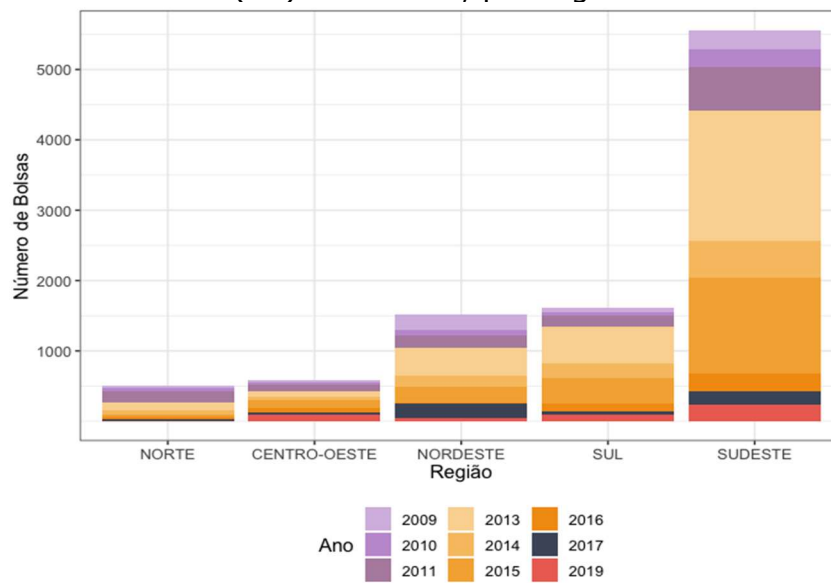
Gráfico 20: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica (R1) aprovadas em editais, por estado, 2009-2019.



Fonte: MS. Sigresidencias. Dados obtidos por solicitação via e-SIC.

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência por Unidade da Federação entre 2009 e 2019, considerando todas as especialidades médicas.

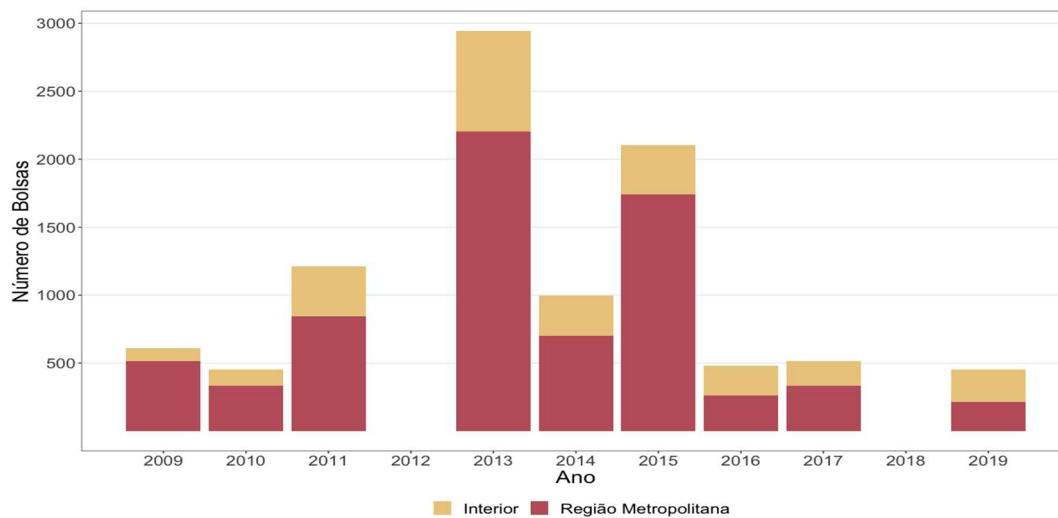
Gráfico 21: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica (R1) em editais, por região e ano.



Fonte: MS. Sigresidencias. Dados obtidos por solicitação via e-SIC

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência por Região entre 2009 e 2019, considerando todas as especialidades médicas.

Gráfico 22: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica em editais, por região metropolitana/interior e ano.



Fonte: MS. Sigresidências. Dados obtidos por solicitação via e-SIC

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência por ano (2009-2019), considerando todas as especialidades médicas. As partes das barras em vermelho referem-se a municípios pertencentes a Regiões Metropolitanas, conforme estabelecido pelo IBGE em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?edicao=27751&t=acesso-ao-produto>.

8.4 Indicadores gerais do SisCNRM e Sigresidência

Considerando os registros com situação de residência concluída e os desistentes, por ano de situação no SisCNRM, entre 2010 e 2019, havia 119,4 mil registros de concluintes e 16,4 mil registros de desistentes quando se considera todos os programas de residência médica. Na análise dos dados considerando somente o Pró-residência médica, pelo Sigresidências, nesse mesmo período, havia registros de 3,7 mil desistentes e 17,1 mil residências concluídas.

Considerando as matrículas no Pró-residência, dez especialidades responderam por 77% do total em todo o período, sendo que as clínicas básicas (clínica médica, pediatria, medicina de família e comunidade, ginecologia e obstetrícia) e cirurgia geral representaram mais da metade do total.

Quando se considera as matrículas por situação, ano de início e ano de término, observa-se que os desistentes, ao contrário do SisCNRM, apresentam datas de término que são bem posteriores ao ano de início. Ou seja, enquanto no SisCNRM a maioria teria desistido no ano de início, no Sigresidência a desistência se daria em anos posteriores. Quando são analisados os dados para 2021, os desistentes, que são menos de 250, apresentam ano de início, mas não ano de término, ou seja, teriam iniciado em 2021, mas não teriam desistido nesse ano. Considerando o tempo necessário para melhor compreensão dessas diferenças, domínio da base e o prazo para entrega da avaliação para o CMAP, optou-se por trabalhar os dados apenas para os concluintes em ambas as bases (SisCNRM e Sigresidências).

8.4.1 Indicador de cobertura do Pró-residência

Segundo informações obtidas pela CGU para esse relatório, em 2021, cerca de 44% das residências médicas em todo o território nacional foram financiadas pelo Pró-residência³⁶. Comparando o total de matrículas do Sigresidências com os cursando não desistentes e não afastados do SisCNRM, obtém-se um percentual de cobertura de 38% em 2021. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de Goiás não está sendo considerado nesta análise, bem como pelo período de extração das bases apresentar alguma diferença nas totalizações relacionadas à situação da residência e ao ano em que essa situação ocorreu. Ainda assim, é significativa a cobertura do Pró-residência em relação ao financiamento das bolsas para todos os programas de residência médica.

Nessa seção, buscou-se estimar a cobertura do Pró-residência médica para os concluintes com financiamento desse programa em relação ao total de concluintes em todos os programas de residência médica no país. O indicador de cobertura para concluintes considera todos aqueles que concluíram a residência médica entre 2012 e 2019, por ano de conclusão. Como os primeiros residentes iniciaram seus estudos com financiamento do Pró-residência em 2010, considerou-se o ano de conclusão a partir de 2012 em ambos os sistemas. Na tabela 16, observa-se que a cobertura do Pró-residência amplia significativamente no período, ficando próxima de 30% dos concluintes em 2019.

³⁶ Nota Técnica nº 13/2022-DEGTS/SGTES/MS, de 28/1/2022.

Tabela 16: Quantidade de concluintes de todos os programas de residência médica, do Pró-residência e cobertura do Pró-residência, por ano de conclusão

Ano Conclusão	Concluintes		
	Total (a)	Pró-residência (b)	Cobertura (c=b/a)
2012	9523	63	0.7%
2013	10104	289	2.9%
2014	10900	588	5.4%
2015	11693	998	8.5%
2016	13114	2515	19.2%
2017	14553	3606	24.8%
2018	15739	4237	26.9%
2019	16403	4795	29.2%

Fonte: MS. Sigresidências. MEC. SisCNRN.

Considerando a cobertura para programas selecionados para análise, verifica-se que essa ampliação de cobertura dos concluintes é expressiva para todos eles, mas é ainda mais representativo para a especialidade de MGFC. Nesse caso, a cobertura de concluintes supera os 70% a partir de 2018. Esse resultado reflete a prioridade dada a essa formação em editais de 2015 em diante, com alguns editais exclusivos, conforme mencionado anteriormente. Ao mesmo tempo, mostra a importância relativa do Pró-residência para a formação em áreas estratégicas para o SUS.

Tabela 17: Cobertura de concluintes por ano de conclusão e programas selecionados, 2012 a 2019

Ano Conclusão	Cirurgia Geral	Clínica Médica	Ginecologia e Obstetrícia	MGFC	Pediatria
2012	0.5%	1.3%		11.9%	1.0%
2013	3.5%	3.6%	1.8%	19.5%	3.9%
2014	6.9%	5.4%	4.6%	27.8%	6.1%
2015	8.7%	10.7%	8.5%	27.9%	10.5%
2016	21.9%	27.1%	13.2%	49.8%	27.4%
2017	24.9%	30.1%	24.1%	62.5%	33.3%
2018	24.6%	30.5%	27.6%	71.9%	29.4%
2019	24.0%	33.2%	30.8%	73.3%	32.9%

Fonte: MS. Sigresidências. MEC. SisCNRN.

Quando a análise considera a cobertura por macrorregiões do país, o resultado mostra a importância relativa do Pró-residência. Dois pontos chamam atenção: a participação relativa superior a 20% na região Norte desde os primeiros anos do Programa, alcançando 50% em anos recentes. Ao mesmo tempo, observa-se que o indicador estimado aponta para uma cobertura menor na região Nordeste em relação ao total de concluintes naquela região quando comparado com todas as outras regiões. Como não obtivemos a marcação da fonte de financiamento para outras bolsas não financiadas por meio do Pró-residência, não é possível saber a participação de estados, municípios e instituições privadas nessa proporção de concluintes.

Tabela 18: Cobertura de concluintes de residência médica com financiamento do Pró-residência em relação ao total de concluintes de programas de residência médica no Brasil, 2012 a 2019

Ano de conclusão	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste*
2012	4.4%	1.8%	1.2%	1.1%	2.8%
2013	16.9%	4.2%	3.0%	2.3%	2.3%
2014	28.5%	5.3%	5.6%	4.3%	9.1%
2015	30.7%	8.2%	9.7%	7.3%	14.1%
2016	38.9%	16.8%	24.5%	18.8%	21.9%
2017	44.7%	21.8%	32.5%	25.6%	29.6%
2018	48.8%	24.0%	34.3%	28.7%	32.5%
2019	50.2%	28.2%	38.5%	33.8%	35.9%

Fonte: MS. Sigresidências. MEC. SisCNRM.

*Não inclui os concluintes para o estado de Goiás.

8.5 Discussões a partir da implementação

A análise sobre a implementação do Pró-residência complementa as discussões anteriores sobre o desenho, governança e execução orçamentária e financeira do programa. Algumas questões chamam atenção. A primeira delas refere-se a mudanças nas atribuições do MEC e do MS ao longo do período. Atribuições que eram, inicialmente, conjuntas, passam a ser assumidas cada vez mais unicamente pelo Ministério da Saúde na gestão do programa. Ao mesmo tempo, reforça a necessidade apontada na avaliação de governança da construção de uma matriz de responsabilidade que dê transparência às atribuições dessas instâncias federais, bem como das outras instâncias que participam na gestão e na implementação do Pró-residência.

Outra questão que merece destaque é a dificuldade para se realizar um pareamento entre o SisCNRM e o Sigresidências, dado os tratamentos diferenciados para as categorias de análise e variáveis. Parte desse problema poderia ser resolvido se o SisCNRM disponibilizasse a informação sobre a fonte de financiamento de cada uma das bolsas concedidas. Outras questões, tais como a inserção no mercado de trabalho, não seriam respondidas por essa via, sendo necessário avançar em análises que permitam a identificação do residente com dados, por exemplo, do CPF destes. Todavia isso não foi possível durante esse trabalho dado o tempo necessário para compreender cada um dos sistemas, seus componentes e realizar os tratamentos adequados para a informação.

Considera-se importante que os gestores federais de programas de residência tenham acesso direto aos dados identificados de ambos os sistemas e possam fazer os cruzamentos necessários para realizar o monitoramento e a gestão conjunta dos programas de residência com financiamento federal.

Há um tratamento diferenciado para os hospitais universitários federais, que, em vários momentos, têm seu financiamento pelo MEC, dentro do Pró-residência ou em outros não estão contemplados pelo programa ou são financiados somente com recursos do Ministério da Saúde. Dada a importância desses hospitais na rede de atenção à saúde, bem como na formação de profissionais para o sistema de saúde, considera-se relevante que a gestão das bolsas para essas unidades seja feita de forma coordenada entre os órgãos federais.

Há uma clara priorização das clínicas básicas, as quais são consideradas relevantes para a atenção primária em saúde, com especial ênfase para a Medicina Geral de Família e Comunidade, priorizada em alguns editais junto com outras especialidades e áreas de atuação e, também, objeto de editais exclusivos para essa especialidade. Essa priorização se reflete na significativa cobertura do Programa no que se refere a sua participação no total de concluintes de residência médica no país. Isso também se reflete na importância relativa do Programa no total de concluintes da região Norte do país.

Ainda assim, observa-se uma forte concentração da oferta de bolsas do Programa em três estados da região Sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro). Sabe-se que diversos fatores influenciam a decisão locacional dos médicos, contudo, o local de formação importa para a fixação de profissionais (Costa, Nunes e Sanches, 2021). Isso mostra a importância de se pensar de forma mais estruturada apoios e incentivos específicos para as regiões com menor oferta de oportunidades de residência, bem como a estruturação de locais de formação e prática nessas regiões. Essa proposta faz parte do recém-lançado **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde** (Brasil, 2021).

Lançado em 2021, esse plano possui três eixos: ofertas educacionais; valorização do ensino-assistencial; e, eixo de apoio institucional. Além das ofertas de bolsas e oportunidades educacionais, esse plano traz, em seu eixo de valorização uma linha voltada para preceptores “(...) com o objetivo de fortalecer a competência técnica, produção científica e a integração entre ensino e serviço”. Além desse eixo, o apoio institucional, voltado para regiões prioritárias “(...) com potencial para criação, reativação e reestruturação de programas de residência em saúde”. Visa orientar as instituições na elaboração de projetos e na condução de procedimentos administrativos para submissão dos programas de residência às instituições competentes. Essas iniciativas são muito relevantes e devem ser monitoradas e avaliadas durante seu processo de implementação e como potencial de resposta aos problemas mencionados nas avaliações presentes nesse relatório.

Com relação à forma de seleção dos residentes, destaca-se também o fato de o Ministério da Saúde, bem como o MEC realizarem a seleção das instituições e cada uma delas realizar seu próprio processo seleção. Recentemente foi realizada uma experiência de exame nacional para os hospitais universitários federais, o **Exame Nacional de Residência (ENARE)** realizado pela primeira vez em 2021³⁷. São várias

³⁷ “O Exame Nacional de Residência (Enare) foi criado pelo Ministério da Educação (MEC) e realizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), estatal vinculada à pasta. O objetivo é otimizar a forma de selecionar os residentes, oferecendo benefícios para as instituições e para os próprios candidatos. O Enare conta com critérios claros, transparentes, justos e bem definidos, em que todos os candidatos podem participar em igualdade de condições. Um projeto piloto foi realizado em 2020 com oito instituições participantes e, em 2021, foi aberta a possibilidade de cadastramento de outras instituições ao programa, ampliando vagas e oportunidades. Antes do Enare, cada hospital/universidade realizava sua própria seleção. Isso gerava algumas dificuldades para as instituições como critérios, etapas, datas e notas de corte diversas, risco maior de vagas ociosas, e onerava e tornava os processos mais complexos. O novo exame possibilita que as universidades federais participantes passem a ter menor possibilidade de vagas ociosas, eliminem a carga burocrática da realização, mantenham controle programático e definições técnicas, eliminem custos e ampliem a qualificação da seleção. Os candidatos também tinham desvantagens, como a participação em processos caros e de difícil logística em função das viagens e taxas, datas diversas, regras diferentes para cada seleção e acesso restrito às vagas. Com o Enare, os candidatos podem se beneficiar com a democratização do acesso, com uma data única

as justificativas elencadas pela Ebserh/MEC para a realização de um exame nacional, sendo a principal a otimização do processo de seleção. Isso se daria por meio de redução dos custos para as instituições e os candidatos. Na justificativa, cita-se as vagas ociosas geradas pelo processo anterior feito por cada uma das instituições, a maior transparência, clareza e objetividade do novo processo seletivo.

O monitoramento dos resultados iniciais do processo de seleção pelo ENARE, uma avaliação *ex-ante* e, também, *ex-post* dessa experiência poderiam trazer informações relevantes para a gestão dos programas de residência médica, em especial para o Pró-residência. Entre outras, a questão de vagas ociosas, desistências, produção de informação adicional sobre os editais de seleção dos residentes e acompanhamento dos egressos são temas que podem ser monitorados e avaliados a partir dessa experiência. A realização de uma prova nacional ao invés de uma prova por instituição produz resultados positivos quanto à ociosidade e à desistência? Ela permite uma visão mais coordenada do processo de seleção e apoio às instituições ofertantes de programas de residência médica? Ela considera as diferentes capacidades e realidades do sistema de saúde nacional?

Com relação aos indicadores analisados, eles podem estar sendo influenciados por diversos outros fatores que não somente o financiamento das bolsas pelo Pró-residência. Assim, a próxima seção tem por objetivo avaliar os resultados do Pró-residência médica, buscando considerar esses outros fatores. A ampliação da cobertura do programa e suas prioridades apresentam resultados em termos de ampliação da oferta de especialistas em especialidades e regiões priorizadas pelo Programa? Esses especialistas ampliam sua atuação na atenção primária à saúde e no SUS?

para a realização das provas, sendo elas em todas as capitais além de cidades estratégicas, além de um custo menor, mais transparência e critérios equânimes.” <https://bit.ly/3F1hbKG>

9 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

9.1 Apresentação

Conforme o Guia de Avaliação *ex post* (Brasil, 2018), a avaliação de resultados examina de forma exploratória os indicadores de resultados e impactos de uma dada intervenção. Em decorrência das peculiaridades de implementação do Pró-residência médica e a disponibilidade de dados, esta avaliação tem por objetivo responder a seguinte questão: “*os principais resultados do Programa têm sido alcançados?*”

Dessa forma, como o Pró-residência médica (PPR) tem como foco a formação médica em especialidades e regiões prioritárias do país e para o SUS (Petta, 2013, p. 73). Conforme descrito na avaliação de desenho, o escopo da avaliação de resultados será o de mensurar os efeitos do PPR sobre indicadores que estejam associados a uma maior disponibilidade de médicos especialistas nas áreas médicas prioritárias, com recortes regionais para dimensionar possíveis heterogeneidades de resultados.

Como descrito anteriormente, o Pró-residência médica foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1001/MEC/MS, de 22 de outubro de 2009, e os primeiros concluintes beneficiados pelo Programa só ocorreu em 2011. Levando isso em conta, este trabalho fez utilização de um modelo de dados em painel com efeito fixo, em nível estadual, de 2010 a 2019. A delimitação do ano final da análise foi influenciada pela pandemia do Sars-Cov-19, visto seus possíveis impactos na formação médica em nível de residência.

Para o desenvolvimento dessa análise foram utilizadas informações do SisCNRM, Sigresidências, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), descritas na seção de metodologia. A metodologia e o resultados serão apresentados na próxima seção. Não se tem conhecimento sobre outra avaliação de resultados do Pró-residência que busque aproximar-se de uma avaliação de impacto do programa.

Assim, essa seria uma primeira avaliação para ampliar as discussões sobre os resultados do Programa, bem como sobre seus possíveis aprimoramentos. Na próxima seção será apresentada a metodologia e, em seguida, os resultados dessa avaliação.

9.2 Metodologia

A hipótese a ser testada é que o programa Pró-residência médica (PPR) contribui com a melhoria na atração e distribuição de médicos especialistas nas áreas médicas (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade) e regiões geográficas (Norte e Nordeste) prioritárias, sobretudo para atuação na atenção primária de saúde (APS) e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os resultados empíricos derivam do modelo de dados em painel com efeitos fixos a partir dos quais objetiva-se verificar como os indicadores de densidade de médicos especialistas em áreas prioritárias se relacionam com a taxa de cobertura do Pró-Residência médica, controlando pela cobertura do Programa Mais Médicos (PMM) que, como destacado na avaliação de implementação, guarda relação de complementariedade e de alguma sobreposição de ações com o PPR ; pela renda *per capita*; e complexidade da estrutura hospitalar (capturado pelos leitos hospitalares).

9.2.1 Dados

Para realização da presente avaliação foram usados dados sobre total de concluintes de residência médica em todos os programas e dados de cobertura do programa Pró-Residência. No caso de todos os programas residências médicas, como mencionado, o MEC disponibiliza uma base de dados pública de certificados de residência, que dispõe de informações detalhadas sobre o residente, instituição, programa e certificação³⁸. Além dessas informações públicas, como dito anteriormente, o MEC, a partir da demanda feita para esta avaliação do CMAP pela SETO/ME, disponibilizou acesso ao SisCNRM por meio de login e senha de acesso individuais para os executores das avaliações, com assinatura de termo de compromisso e garantia de sigilo das informações.

Para o desenvolvimento da maior parte dos indicadores de resultados, foi realizado um cruzamento de dados do SisCNRM com os dados identificados do CNES, tendo por escopo identificar a área de atuação dos médicos residentes (inclusive identificando se a mesma ocorre na atenção primária e no Sistema Único de Saúde). Utilizando os dados do SisCNRM foram incluídos nessa base o total de formados em um único programa, com recorte por programa (dividido nas cinco especialidades básicas mencionadas e uma categoria outros, englobando todas as outras especialidades e áreas de atuação), ano de término, unidade da federação de término.

No caso do CNES, criou-se uma variável de médicos com equivalência em tempo integral (*full time equivalente* - FTE) por unidade da federação, ano do CNES e CBO equivalente àquela do programa (anexo A.5.). Em seguida, empregou-se um filtro para obter a quantidade de médicos atuando na atenção primária em saúde, independente de fazerem parte da base do SisCNRM e médicos atuando no SUS.

Buscou-se, por pareamento, todos os médicos concluintes (SisCNRM) no período entre 2006 e 2019 e no CNES no período de 2010 a 2019 (dezembro de cada ano). Esse pareamento localizou 97% dos médicos concluintes em algum ano do CNES nesse período. O recorte deveu-se ao fato de ser esse o período para o qual a base do CNES estava disponível com o CPF a partir de pedido feito pela SETO/ME ao Ministério da Saúde no ciclo 2020 do CMAP, permitindo o cruzamento com o SisCNRM. Para os médicos que foram localizados no CNES, verificou-se quantos estavam atuando na CBO equivalente ao programa/especialidade de conclusão da residência por unidade da federação e ano. O filtrou seguinte foi médico atuando na atenção primária na especialidade na qual formou. A mesma lógica foi utilizada para médicos SUS e não SUS. A chave combinada incluía UF de formação igual a UF do estabelecimento (UF de atuação profissional). Assim, construiu-se uma base que começa em 2006 para os concluintes e termina em 2019. Uma base que começa em 2010 e termina em 2019 para o CNES e variáveis resultantes do cruzamento do SisCNRM com CNES, por UF, ano de formação, ano de atuação, especialidade/programa, CBO e cruzamentos entre CBO e especialidades, considerando total, estabelecimento de atenção primária e SUS.

Como dito anteriormente, o SisCNRM não contém a fonte de financiamento de cada bolsa de residência. O principal sistema do Pró-residência, como dito, é o Sigresidências. Como a base solicitada e cedida do Sigresidências não continha o CPF, mas um identificador único sem identificação do residente, as informações foram consolidadas por UF, especialidade e área de atuação, por ano de conclusão para aqueles com residência concluída. Como dito anteriormente, a primeira versão do banco desse sistema foi disponibilizada para a equipe do Ipea em 19 de novembro

de 2021. Contudo, como não havia um manual e dicionário detalhados, a extração de dados para fins do desenvolvimento dos modelos de avaliação foi feita por meio de interações com a equipe do Degs/Sgtes/MS. Os dados fornecidos foram extraídos em outubro de 2021, tendo como referência final esse período. Para cruzamentos com o SisCNRN, utilizou-se o recorte do primeiro ano de implementação do programa, 2010, até 2019. Os dados utilizados na avaliação de resultados foram consolidados após a reunião com a equipe do MS de final de janeiro de 2022, com análises de consistência e consolidação do banco concluídas em final de abril de 2022

Os dados do SisCNRN foram extraídos em *.csv e tratados a partir do R Studio. Os dados do Sigresidencias foram lidos em ambiente SQL, utilizando um servidor PostgreSQL e ambiente VSCODE, baseado na linguagem Python. Todos os dados, inclusive os públicos, foram colocando em um servidor de acesso restrito para tratamento e manuseio a partir de termo de autorização e compromisso assinado internamente pelos membros da equipe do Ipea que já tinham autorização pelos órgãos gestores dos sistemas para acesso aos dados.

Considerando às peculiaridades do programa e dos seus indicadores de resultado, foram utilizados dados em nível estadual de 2010 a 2019 para avaliar os efeitos do PPR sobre seis indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes, cuja amostra foi composta de 270 observações em um painel de dados balanceado.

Destaca-se que a presente análise restringiu os dados de residência para as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Medicina de Família e Comunidade. Esse recorte nos dados visa uma maior aderência da análise ao objetivo da presente avaliação. A Tabela 19 mostra a distribuição percentual de concluintes em programas de residência médica com bolsa do Pró-Residência Médica por especialidades entre 2011 e 2019.

Tabela 12: Distribuição de formados em residências com bolsas do Programa Pró-Residência Médica por especialidades. Brasil, 2011 a 2019

Especialidades	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cirurgia Geral	12,5%	9,7%	14,6%	14,2%	11,4%	12,8%	10,6%	9,4%	8,0%
Clínica Médica		33,9%	21,3%	14,0%	19,7%	25,2%	20,6%	18,3%	18,1%
Ginecologia e Obstetrícia		1,6%	4,2%	6,2%	6,5%	4,2%	6,3%	6,5%	6,5%
Medicina de Família e Comunidade	12,5%	27,4%	11,1%	12,6%	7,7%	4,9%	5,5%	10,8%	11,8%
Pediatria		16,1%	14,6%	11,5%	12,9%	14,9%	13,8%	10,3%	11,3%
Outras	75,0%	11,3%	34,1%	41,5%	41,7%	37,9%	43,1%	44,8%	44,3%

Fonte: Elaboração própria a partir do Sigresidências.

As contagens de médicos dos indicadores utilizados como variáveis dependentes foram ajustados por tempo equivalente a 40 horas (*full time equivalent* – FTE). A seguir estão listados os seis indicadores de resultado a serem considerados no modelo de regressão:

- Densidade de médicos (FTE) nas áreas prioritárias por 100 mil habitantes (y1);
- Densidade de médicos (FTE) nas áreas prioritárias na APS por 100 mil habitantes (y2);
- Densidade de médicos (FTE) nas áreas prioritárias no SUS por 100 mil habitantes (y3);

- Densidade de médicos (FTE) formados nas áreas prioritárias por 100 mil habitantes (y4);
- Densidade de médicos (FTE) formados e atuando nas áreas prioritárias na APS por 100 mil habitantes (y5);
- Densidade de médicos (FTE) formados e atuando nas áreas prioritárias no SUS por 100 mil habitantes (y6).

A escolha desses indicadores visa responder a seguinte questão de avaliação: como o Programa Pró-Residência Médica contribui com a disponibilidade de médicos especialistas em áreas de atuação e regiões geográficas prioritárias no país?

Para tanto, a principal variável explicativa do modelo, que capta os investimentos no programa, é dada pela taxa de cobertura de concluintes de residência médica beneficiários do Programa Pró-residência Médica. Para o cálculo dessa cobertura, utiliza-se a informação da data de término da residência por parte dos médicos bolsistas do Pró-residência, usando dados do Sigresidências, enquanto o total de concluintes foi obtido pelo SisCNRM, considerando a situação como concluída.

Com base nesses seis indicadores, buscou-se responder sobre a alocação global (independente do médico especialista nas áreas médicas prioritárias está atuando profissionalmente na APS ou no SUS), especificamente na atenção primária de saúde e no SUS. Ademais, os três últimos indicadores captam os resultados do *matching* entre a formação da residência e a atuação profissional dos médicos.

A Tabela 20 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis usadas no modelo de regressão desta avaliação de resultados, com a descrição e suas respectivas fontes. As variáveis y1, y2, y3, y4, y5 e y6 representam os indicadores de resultados do Pró-Residência médica nesta avaliação (sendo usados como variáveis dependentes do modelo de regressão), enquanto as demais variáveis reportadas são explicativas no modelo, com destaque para a variável PPR (que tem um papel importante na modelagem, pois representa o Programa).

Tabela 13: Estatísticas descritivas das variáveis usadas no modelo de regressão, painel estadual de 2010 a 2019

Variável	Descrição	Fonte	Tipo	Média	DP	N
y1	Densidade de médicos (FTE) nas áreas médicas prioritárias por 100 mil habitantes	CNES, IBGE	Geral	210,70	140,66	270
			Between		84,52	10
			Within		108,93	27
y2	Densidade de médicos (FTE) nas áreas médicas prioritárias na APS por 100 mil habitantes	CNES, IBGE	Geral	39,11	25,37	270
			Between		9,37	10
			Within		22,28	27
y3	Densidade de médicos (FTE) nas áreas médicas prioritárias no SUS por 100 mil habitantes	CNES, IBGE	Geral	173,01	101,38	270
			Between		64,43	10
			Within		75,56	27
y4	Densidade de médicos (FTE) formados nas áreas médicas prioritárias por 100 mil habitantes	CNES, SISNCRM, IBGE	Geral	3,84	2,76	270
			Between		1,60	10
			Within		2,17	27
y5	Densidade de médicos (FTE) formados e atuando nas áreas médicas prioritárias na APS por 100 mil habitantes	CNES, SISNCRM, IBGE	Geral	0,60	0,46	270
			Between		0,19	10
			Within		0,38	27
y6	Densidade de médicos (FTE) formados e atuando nas áreas médicas prioritárias no SUS por 100 mil habitantes	CNES, SISNCRM, IBGE	Geral	3,20	2,09	270
			Between		1,21	10
			Within		1,65	27
PPR	Cobertura de especialistas formados nas áreas prioritárias com bolsa do Programa Pró-Residência Médica (Bolsistas concluintes únicos/concluintes x 100)	Sigresidência, SISNCRM	Geral	6,07	11,06	270
			Between		8,80	10
			Within		4,52	27
PMM	Densidade de médicos do Programa Mais Médicos (PMM) por 100 mil habitantes	Dados do PMM, IBGE	Geral	5,89	5,99	270
			Between		4,94	10
			Within		2,96	27
Leitos	Leitos complementares em ambientes hospitalares (UTI e Unidade Intermediária) por 100 mil habitantes	CNES, IBGE	Geral	22,83	8,00	270
			Between		1,79	10
			Within		7,78	27
PIB	Produto Interno Bruto (PIB) per capita	IBGE	Geral	24.103,06	13.549,70	270
			Between		4.173,19	10
			Within		12.970,32	27

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Estatísticas relacionadas à dispersão da variável.

$$\text{Variância Within: } s_{xw}^2 = \frac{1}{\sum_i T_i - 1} \sum_i \sum_t (x_{it} - \bar{x}_i + \bar{x})^2$$

$$\text{Variância Between: } s_{xB}^2 = \frac{1}{N-1} \sum_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2$$

$$\text{Variância Geral: } s_{xO}^2 = \frac{1}{\sum_i T_i - 1} \sum_i \sum_t (x_{it} - \bar{x})^2$$

Como pode ser observado na Tabela 20, todas as variáveis do modelo apresentam um total de 270 observações (painel de dados balanceado), referentes a 10 períodos de tempo (2010 a 2019) e 27 unidades federativas.

Considerando que um dos objetivos do PPR é melhorar a distribuição de médicos para as regiões Norte e Nordeste do país (regiões geográficas prioritárias), foi considerado informações sobre as macrorregiões brasileiras para identificar uma possível heterogeneidade nos resultados da avaliação.

9.2.2 Modelos

A estratégia empírica central desta avaliação consiste na utilização de modelo de regressão com um painel de dados para medir a relação entre o Pró-residência médica e os indicadores de disponibilidade de médicos nas áreas prioritárias. Segundo Wooldridge (2003), o painel de dados possui informações que permitem uma melhor análise sobre a dinâmica das mudanças nas variáveis, tornando possível controlar o efeito de fatores observados e não observados invariantes no tempo. Ademais, para Hsiao (2006) essa abordagem melhora a eficiência dos estimadores, dado um maior grau de liberdade no modelo (no comparativo com uma estrutura de dados em *cross-section* ou em séries temporais).

Um modelo de regressão com dados em painel, com n observações em T períodos e K variáveis, pode ser representado da seguinte forma:

$$y_{it,k} = \beta_k PPR_{it} + X'_{it} \gamma_k + \phi_i + \tau_t + \epsilon_{it,k} \quad (9.1)$$

em que $y_{it,k}$ representa o indicador de resultado k para a i -ésima unidade da federação no tempo t , com $k = 1, 2, \dots, 6$ englobando os seis indicadores de resultado considerados para essa avaliação (relativos a densidade de médicos nas áreas prioritárias por 100 mil habitantes); PPR_{it} é a cobertura do Pró-residência médica entre os residentes formados nas áreas prioritárias no estado i no ano t ; X_{it} representa um vetor de variáveis de controle (incluindo o Programa Mais Médicos, a renda per capita e a estrutura hospitalar); ϕ_i é o efeito fixo da i -ésima unidade da federação; τ_t é uma tendência temporal global; $\epsilon_{it,k}$ é o termo de erro aleatório para o k -ésimo indicador.³⁹

Segundo Wooldridge (2002), se ϕ_i for correlacionado com qualquer variável explicativa, o modelo de regressão linear tradicional gera estimativas viesadas e inconsistentes. Dessa forma, um dos grandes diferenciais da especificação da equação 9.1 é a possibilidade de se controlar a heterogeneidade não observada nos dados. Pois, podem existir fatores que se relacionam com a k -ésima variável dependente e, até mesmo, com as variáveis explicativas do modelo, mas não estão sendo incluídas no modelo por indisponibilidade informacional. Contudo, como está destacado na equação acima, ϕ_i é o termo responsável por captar os efeitos fixos no modelo de regressão.

Para fins desta avaliação, todas as variáveis da equação 9.1 estão em logaritmo natural, de modo que os coeficientes estimados estão captando a elasticidade de uma dada covariada em relação à k -ésima variável dependente. Ademais, β_k é o parâmetro de interesse da presente análise, pois ele mede os efeitos do Pró-Residência médica sobre os indicadores de resultado.

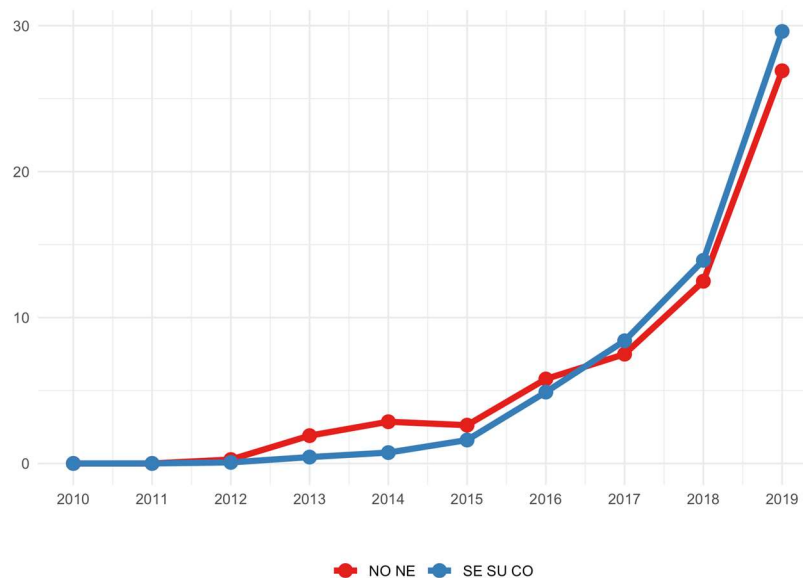
9.3 Resultados

Nesta seção são apresentadas três etapas de análises: i) análise descritiva dos dados de cobertura do PPR e dos indicadores de resultados; ii) resultados do modelo de regressão; iii) heterogeneidade dos resultados por regiões geográficas prioritárias do Programa.

9.3.1 Análise descritiva

O escopo desta seção é pontuar a evolução dos dois grupos principais de variáveis da análise, a taxa de cobertura do PPR e dos seis indicadores de resultados. A Gráfico 23 apresenta o percentual de cobertura de especialistas formados nas áreas médicas prioritárias com bolsa do Pró-residência médica por regiões geográficas prioritárias entre 2010 e 2019. As regiões geográficas delimitadas como prioritárias, seguindo as diretrizes do PPR, são as localidades situadas nas macrorregiões Norte e Nordeste do país, ao passo que as não prioritárias são as demais macrorregiões brasileiras.

Gráfico 23: Cobertura de especialistas formados nas áreas médicas prioritárias com bolsa do Programa Pró-Residência Médica por regiões geográficas prioritárias (Norte e Nordeste) e não prioritárias (Sudeste, Sul e Centro-Oeste), 2010 a 2019



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sigresidências e SisNCRM.
Legenda: NO=Norte; NE=Nordeste; SE=Sudeste; SU=Sul; CO=Centro-Oeste.

Como pode ser constatado no Gráfico 23, a taxa de cobertura do PPR, restrita as áreas médicas prioritárias do PPR, medida pela taxa de bolsistas do Programa em relação total de concluintes de um único programa de residência em um dado período, apresenta uma tendência de alta, atingindo em 2019, em média, quase 30% de residentes formados em Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade com bolsas do Programa Pró-residência médica. Um fato que chama atenção, é a similaridade das trajetórias da média de cobertura do PPR de 2010 a 2019 entre as regiões geográficas prioritárias e não prioritárias para o Programa.

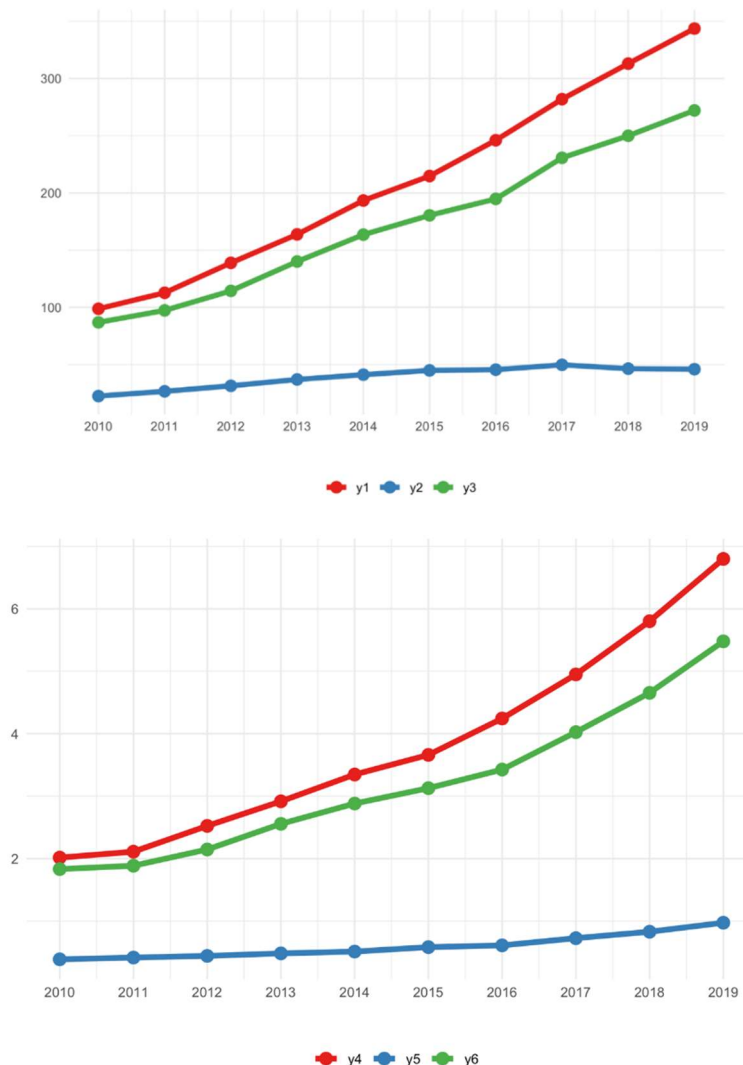
Esse fato sinaliza que não existe uma diferença clara do programa em prol das localidades situadas em regiões geográficas prioritárias, apesar de sua importância

relativa no Norte do país ser maior na participação no total de bolsas financiadas. Entretanto, ainda há forte concentração das bolsas nas regiões Sudeste e Sul. Isso pode influenciar a efetividade do PPR sobre a densidade de médicos nas especialidades básicas nos estados que apresentam escassez desses profissionais.

No que tange à evolução dos indicadores, no Gráfico 24 exibe a média dos indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes, todos os seis indicadores se mostram crescente no tempo, com exceção do indicador y2 (relacionado a densidade de médicos na APS) que a partir de 2017 apresenta uma retração na trajetória.

Desse modo, dada à existência de um aumento na disponibilidade de médicos, sobretudo quando consideramos a linha de base da análise (ano de 2010), atuando nas áreas prioritárias (total, APS e SUS), bem como com a especialidade de formação correspondente com a área de atuação (total, APS e SUS), torna-se relevante identificar o quanto dessa mudança na trajetória dos indicadores de resultado (y1 a y6) estão associados ao Programa Pró-residência médica.

Gráfico 24: Média dos indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes. Brasil, 2010 a 2019.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sigresidências, SisNCRM, CNES e IBGE.

Como um dos escopos do programa é melhorar a disponibilidade de médicos nas áreas básicas no Norte e Nordeste do país, a Tabela 21 apresenta a cobertura do PPR e os indicadores de resultado por regiões geográficas prioritárias e não prioritárias

do Programa. Essa tabela considera apenas dois pontos no tempo (2010 e 2019), bem como a diferença das médias de cada indicador nos dois períodos.

Tabela 14: Indicadores de cobertura do PPR e dos indicadores de resultado. Total e por região geográfica (prioritária e não prioritária), 2010 e 2019

Variável	Total			Prioritárias			Não Prioritárias		
	2010	2019	Dif.	2010	2019	Dif.	2010	2019	Dif.
PPR	0,0	28,0	28,0 (3,63)	0,0	26,9	26,9 (5,35)	0,0	29,6	29,6 (4,69)
y1	98,7	343,7	244,9 (25,99)	65,5	237,8	172,3 (16,49)	147,1	497,6	350,55 (40,8)
y2	22,5	45,9	23,5 (3,79)	15,7	30,9	15,2 (3,28)	32,3	67,8	35,55 (6,28)
y3	86,9	272,1	185,2 (15,71)	61,4	210,3	148,9 (15,6)	124,0	362,1	238,09 (23,32)
y4	2,0	6,8	4,8 (0,5)	1,6	5,4	3,8 (0,46)	2,6	8,8	6,2 (0,85)
y5	0,4	1,0	0,6 (0,1)	0,3	0,8	0,50 (0,11)	0,5	1,3	0,77 (0,15)
y6	1,8	5,5	3,6 (0,31)	1,5	4,9	3,4 (0,44)	2,3	6,3	4,02 (0,4)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Erro-padrão entre parênteses referente ao teste de diferenças de médias.

Inicialmente, podemos destacar que todos os indicadores dispostos na tabela apresentaram uma variação positiva no período, com significância estatística a pelo menos 5%. No que se refere ao comparativo das diferenças dos resultados (a partir de uma média incondicional) entre as regiões prioritárias e não prioritárias, observa-se que estatisticamente não existem diferenças na variação de cobertura do PPR entre os dois grupos. A mesma tendência ocorre com os indicadores de resultado y4, y5 e y6, que medem a densidade de médicos atuando na mesma área da especialização por 100 mil habitantes (total, APS e SUS). No que tange aos demais indicadores, nota-se que a diferença média entre as regiões é estatisticamente diferente, onde os estados situados nas regiões geográficas não prioritárias possuem uma diferença média superior aos das regiões prioritárias.

Por exemplo, o indicador y1 cuja a diferença média para as regiões não prioritárias (350,55) é estatisticamente distinta do valor observado para as prioritárias (172,3), indicando que a disponibilidade total de médicos nas áreas médicas de interesse do PPR ainda é mais concentrada nos estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Tal fato também é observado para os indicadores y2 e y3, que medem a densidade dos profissionais que atuam, respectivamente, na APS e no SUS.

9.3.2 Modelo geral

Dada às informações apresentadas na análise descritiva, um problema inicial se impõe para determinar quanto da mudança nos indicadores de densidade (disponibilidade de médicos) pode ser explicada pelo Pró-residência médica, controlando por outros programas, nesse caso o Programa Mais Médico que possui ações que podem ser complementares e relacionadas ao PPR, pela renda per capita e complexidade da estrutura hospitalar (captada pelo número de leitos complementares). Cabe observar que o modelo por unidades da federação, com 270 observações, não possibilita incluir muitos controles na estimação.

A Tabela 22 reporta os resultados de 18 modelos estimados, com vistas a responder à questão supramencionada. Para cada um dos seis indicadores (y1 a y6) foram estimados três modelos: i) modelo de regressão linear (*pooling*), tendo apenas como

covariadas a cobertura do PPR e tendências temporais; ii) modelo de regressão linear (pooling), com a inclusão da cobertura do PPR, tendências temporais e demais covariadas de controle; iii) modelo de dados em painel com efeito fixo e inclusão de todas as covariadas. Destaca-se que as covariadas dispostas na Tabela 4 estão em logaritmo, assim como as variáveis dependentes.

Dessa forma, a terceira especificação para cada variável dependente (y) é a que possui a maior quantidade de controles, inclusive para fatores não observados invariantes no tempo. Portanto, sendo a estimativa de referência para a presente análise. Ademais, o nível de significância considerado para fins dos testes de hipóteses é de pelo menos 5%.

Iniciando a análise pelos modelos com a especificação mais simples (1, 4, 7, 10, 13 e 16), notamos que o coeficiente da cobertura do PPR é positivo e estatisticamente significativo, indicando que existe uma correlação condicional positiva entre o Programa e os indicadores de resultado. Muito embora, todos os efeitos estimados do PPR sejam inelásticos, variando de 0,061% a 0,092%, sobre a disponibilidade de profissionais atuando nas áreas médicas prioritárias.

Quando adicionamos outras covariadas de controle (como o PMM) nos modelos (2, 5, 8, 11, 14 e 17), a maior parte dos coeficientes que medem a associação do PPR com as variáveis dependentes perdem a significância estatística. Como as duas especificações iniciais para cada indicador de resultado (y) não fazem controle de fatores não observados invariantes no tempo, é possível que existe algum fator omitido que possa estar associado com a própria cobertura do PPR (como valorização histórica da carreira médica ou de alguma especialidade). Os modelos de regressão linear agrupados (pooling) tendem a produzir estimativas viesadas e ineficientes. Por isso, que na presente análise, as especificações 3, 6, 9, 12, 15 e 18 apresentam estimativas mais consistentes. Os resultados se mantêm significativos no modelo com controles para os modelos que consideram como indicadores de resultados aqueles de médicos formados e atuando em ocupação relacionada a formação (a especialidade de conclusão da residência).

Tabela 15: Resultados do modelo de regressão para um painel de dados de 2010 a 2019. Estados Brasileiros*

Variável	I - Áreas médicas prioritárias			II - Áreas médicas prioritárias na APS			III - Áreas médicas prioritárias no SUS		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
PPR	0,092* (0,011)	0,015 (0,011)	0,054* (0,006)	0,061* (0,018)	0,002 (0,023)	0,003 (0,024)	0,076* (0,019)	-0,003 (0,024)	0,024 (0,028)
PMM		0,080* (0,011)	0,026* (0,008)		0,058* (0,024)	0,074* (0,034)		0,099* (0,025)	0,064 (0,040)
PIB		0,044 (0,029)	4,172* (0,450)		0,142* (0,062)	0,029 (1,910)		-0,012 (0,063)	2,846 (2,207)
LEITOS		1,108* (0,092)	0,346* (0,125)		0,649* (0,198)	0,186 (0,532)		0,895* (0,202)	0,319 (0,615)
Constante	5,264* (0,038)	1,102* (0,430)		3,477* (0,062)	-0,766 (0,923)		5,020* (0,065)	2,361* (0,940)	
Tendência	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Efeito fixo			X			X			X
N	270	270	270	270	270	270	270	270	270
R2	0,207	0,581	0,847	0,041	0,135	0,103	0,058	0,181	0,174
Variável	IV - Especialistas nas áreas médicas prioritárias			V - Especialistas nas áreas médicas prioritárias na APS			VI - Especialistas nas áreas médicas prioritárias no SUS		
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
PPR	0,078* (0,013)	0,022 (0,014)	0,065* (0,008)	0,091* (0,018)	0,068* (0,023)	0,055* (0,017)	0,067* (0,015)	0,014 (0,018)	0,047* (0,018)
PMM		0,068* (0,015)	0,008 (0,012)		0,010 (0,025)	0,008 (0,025)		0,074* (0,019)	0,028 (0,026)
PIB		-0,161* (0,038)	3,862* (0,654)		-0,051 (0,062)	2,408 (1,362)		-0,202* (0,048)	2,793* (1,414)
LEITOS		1,129* (0,121)	0,536* (0,182)		0,846* (0,199)	0,162 (0,380)		0,923* (0,155)	0,549 (0,394)
Constante	1,210* (0,044)	0,149 (0,564)		-0,750* (0,061)	-2,597* (0,926)		1,014* (0,052)	1,216 (0,724)	
Tendência	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Efeito fixo			X			X			X
N	270	270	270	270	270	270	270	270	270
R2	0,125	0,401	0,701	0,088	0,150	0,216	0,069	0,254	0,300

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: * $p < 0,05$.

Nota: * Variáveis dependentes relativas a indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes (em logaritmo).

**Erros-padrão foram estimados de forma robusta. Todas as variáveis dependentes e explicativas dos modelos estão em logaritmos. O coeficiente de determinação (R2) se refere a estatística dentro da amostra.

Com base nos achados deste estudo, destaca-se que o Programa Pró-residência médica se relaciona positivamente com os indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes, sobretudo quando se considera os resultados dos modelos de referência desta análise (3, 6, 9, 12, 15 e 18). Apenas os modelos que consideram 6 (APS) e 9 (SUS) como variáveis dependentes tiveram os coeficientes do PPR não significativos estatisticamente.

Quando se analisa especificamente o indicador y_1 , tem-se, por exemplo, que para um aumento de uma unidade percentual na cobertura de bolsas do PPR, existe um acréscimo de 0,054% na densidade de médicos nas especialidades básicas por 100 mil habitantes, sendo, contudo, um efeito inelástico. Ou seja, ampliações na cobertura do Programa tendem a aumentar a disponibilidade de profissionais atuando

nas áreas médicas prioritárias, contudo a magnitude dessa elevação é relativamente baixa.

Essa mesma tendência é constatada para outros indicadores de resultado, cujo acréscimo em unidade percentual no PPR gera um aumento menor que 0,07% na densidade de profissionais atuando na mesma área da especialização por 100 mil habitantes (total, APS e SUS).

Diante dos resultados dispostos na Tabela 22, pode-se inferir que o Programa Pró-residência médica, mensurado pela cobertura de bolsistas concluintes, tem contribuído com a melhoria na disponibilidade de profissionais atuando nas áreas médicas prioritárias. Apesar de se ter indícios que o Programa tem cumprido seus objetivos, no que tange a melhoria na disponibilidade de profissionais nas áreas médicas prioritárias, a magnitude desses efeitos ainda é muito baixa. Tal aspecto, pode estar sinalizando a necessidade de ajustes no PPR para que ele possua mais efetividade no cumprimento dos seus objetivos.

9.3.2 Modelo por regiões geográficas prioritárias

Considerando que o PPR também tem como foco melhorar a disponibilidade de especialistas entre as diferentes regiões do país, com especial foco nas regiões Norte e Nordeste, essa subseção reporta os resultados do modelo de regressão com recortes para dois agrupamentos regionais: estados do Norte e Nordeste (regiões prioritárias) e unidades federativas do Sul, Sudeste e Centro-Oeste (regiões não prioritárias).

Dessa forma, a Tabela 23 exhibe os resultados do modelo de regressão (painel com efeito fixo e covariadas de controle), considerando o supramencionado recorte regional. O objetivo desta análise é verificar a existência de potenciais heterogeneidades nos efeitos do Programa entre os dois agrupamentos regionais. Muito embora, o Gráfico 23 sinalize que a implementação efetiva do programa não tenha diferenças ao longo do tempo entre os dois agrupamentos regionais, é necessária uma constatação estatística mais refinada, usando por exemplo modelos de regressão, para atestar a associação entre o PPR e os indicadores de resultado (y1 a y6) para cada um dos dois grupos regionais.

Tabela 16: Resultados do modelo de regressão para um painel de dados de 2010 a 2019. Estados Brasileiros*

Variável	I - Áreas médicas prioritárias		II - Áreas médicas prioritárias na APS		III - Áreas médicas prioritárias no SUS	
	NO NE	SU SE CO	NO NE	SU SE CO	NO NE	SU SE CO
PPR	0,057*	0,048*	-0,001	0,012	0,026	0,026
	(0,008)	(0,008)	(0,025)	(0,055)	(0,029)	(0,062)
PMM	0,027*	0,023*	0,099*	0,025	0,106*	-0,020
	(0,012)	(0,011)	(0,038)	(0,070)	(0,044)	(0,079)
PIB	4,214*	4,248*	-0,670	1,806	1,876	5,850
	(0,597)	(0,729)	(1,948)	(4,823)	(2,285)	(5,441)
LEITOS	0,338*	0,381	0,042	0,312	0,109	0,483
	(0,167)	(0,199)	(0,544)	(1,314)	(0,638)	(1,482)
Tendência	X	X	X	X	X	X
Efeito fixo	X	X	X	X	X	X
N	160	110	160	110	160	110
R2	0,819	0,902	0,167	0,053	0,280	0,084
Variável	IV - Especialistas nas áreas médicas prioritárias		V - Especialistas nas áreas médicas prioritárias na APS		VI - Especialistas nas áreas médicas prioritárias no SUS	
	NO NE	SU SE CO	NO NE	SU SE CO	NO NE	SU SE CO
PPR	0,067*	0,059*	0,054*	0,061	0,049*	0,029
	(0,012)	(0,010)	(0,021)	(0,032)	(0,020)	(0,037)
PMM	0,011	-0,004	0,035	-0,042	0,056	-0,031
	(0,017)	(0,013)	(0,032)	(0,041)	(0,030)	(0,047)
PIB	3,604*	5,267*	1,818	3,813	2,169	4,987
	(0,903)	(0,904)	(1,634)	(2,802)	(1,560)	(3,248)
LEITOS	0,595*	0,259	-0,016	0,422	0,456	0,493
	(0,252)	(0,246)	(0,456)	(0,763)	(0,435)	(0,885)
Tendência	X	X	X	X	X	X
Efeito fixo	X	X	X	X	X	X
N	160	110	160	110	160	110
R2	0,635	0,849	0,246	0,193	0,390	0,202

Fonte: Elaboração própria. Erros-padrão foram estimados de forma robusta. Todas as variáveis explicativas dos modelos estão em logaritmos, com exceção da variável PPR (percentual de cobertura do programa pró-residência).

Legenda:

* Variáveis dependentes relativas a indicadores de densidade de médicos por 100 mil habitantes (em logaritmo).

**p<0,05.

NO=Norte; NE=Nordeste; SE=Sudeste; SU=Sul; CO=Centro-Oeste.

Com base nos resultados da Tabela 23, no que tange em particular aos coeficientes associados ao Programa Pró-residência médica (PPR), pode-se destacar que, em quatro dos seis modelos, para os estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o programa não apresentou efeitos diferentes de zero (do ponto de vista estatístico), enquanto que as estimativas para as regiões prioritárias se mostraram positivas na

maioria das especificações (seguindo, inclusive, a mesma linha de resultados do observado no modelo geral disposto na Tabela 22).

Nesse contexto, tem-se alguns indicativos que o Programa tende a apresentar uma maior diferença na disponibilidade de médicos nas regiões Norte e Nordeste (prioritárias) do que nas outras regiões geográficas do país. Isso pode estar associado a um efeito de escala: onde há menor proporção de médicos, isto é, menor densidade de médicos especialistas, o efeito marginal é maior. Contudo, as elasticidades estimadas variam de 0,049% a 0,067%, corroborando a tendência de efeitos inelásticos do PPR sobre os indicadores de resultados avaliados.

9.4 Discussões a partir da avaliação de resultados

Este estudo procurou dimensionar os efeitos do Programa Pró-residência médica (PPR) sobre a disponibilidade de profissionais atuando nas especialidades médicas prioritárias no país, usando um painel balanceado de dados das unidades federativas brasileiras entre 2010 e 2019. Os resultados analisando referem-se a seis indicadores de disponibilidades de médicos relacionados a densidade de médicos nas especialidades prioritárias (total, APS e SUS) relativos ao impacto esperado do Programa definidos na avaliação de desenho.

A partir de uma análise descritiva da base de dados, constatou-se que tanto a cobertura do PPR quanto a dos seis indicadores de resultados apresentam uma trajetória de crescimento no período. Nesse cenário, o modelo de regressão adotado possibilitou determinar o quanto da mudança nos indicadores avaliados poderiam ser explicados pelo Programa.

Nas diferentes especificações e recortes amostrais (por regiões geográficas prioritárias), os achados deste trabalho apontam que o PPR apresentou uma relação positiva com a melhoria na disponibilidade de profissionais (sobretudo de médicos especialistas atuando na mesma área da especialização) no SUS, na APS e no geral. O efeito regional pode estar associado a um efeito de escala: onde há menor proporção de médicos, isto é, menor densidade de médicos especialistas, o efeito marginal é maior. Não obstante, os efeitos estimados apresentaram baixa magnitude, variando de 0,047% a 0,065% a depender da especificação do indicador de resultado e do recorte regional.

De acordo com os resultados desta avaliação, pode-se considerar que o Programa Pró-residência médica tem atingido em alguma medida seus objetivos, porém os efeitos do Programa sobre indicadores considerados possuem uma baixa magnitude (efeito inelástico). Essa baixa magnitude pode estar refletindo as questões apontadas nos resultados das avaliações anteriores: necessidade de melhorar o desenho, a governança e realizar ajustes na implementação do programa para ampliar a magnitude de seus efeitos sobre os indicadores mencionados. O programa tem potencial para isso, dado o resultado já mostrado.

Assim, tratar as questões de vagas ociosas, desistências, definir claramente as responsabilidades institucionais e a coordenação das ações interinstitucionais são questões que podem produzir efeitos importantes para melhoria dos resultados desejados pelo Programa. São uma oportunidade para aprimorar suas ações e melhorar o seu desempenho para aumentar sua efetividade e sua eficiência.

Os resultados devem ser lidos como correlação condicionadas, visto que não foi feita uma análise crítica do viés em não observáveis. Para aprimorar as estimativas, faz-se necessário ampliar o conjunto de informações disponibilizadas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DISCUSSÕES GERAIS SOBRE O PRÓ-RESIDÊNCIA MÉDICA

O Pró-residência médica foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1001/MEC/MS, de 22 de outubro de 2009. Essa Portaria estabelece a coordenação conjunta do Programa pela SESu/MEC e pela SGTES/MS, com ações em consonância com os requisitos estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Programa representa a primeira política indutora da formação de médicos especialistas na modalidade residência médica voltada às necessidades assistenciais do SUS, visando ampliar a oferta em áreas e regiões prioritárias.

No Ciclo 2021 do CMAP, buscou-se responder a cinco questões de avaliação do Programa relacionadas ao seu desenho, sua governança, sua execução orçamentária e financeira, sua implementação e aos seus resultados:

- a. *Existem aprimoramentos a serem feitos no desenho do Programa Pró-Residência?*
- b. *Há aperfeiçoamentos a serem feitos na governança do Programa Pró-Residência?*
- c. *Como tem ocorrido a execução orçamentária e financeira do Programa Pró-Residência?*
- d. *Como o Programa Pró-Residência tem sido implementado?*
- e. *Os resultados do Programa Pró-Residência têm sido alcançados?*

As análises de indicadores de mercado de trabalho mostram que houve aumento no número de médicos generalistas e especialistas no Brasil, com o total de especialistas aumentando em praticamente todas as macrorregiões de saúde. Ainda assim, há uma forte concentração nas regiões Sudeste e Sul do país.

Não foi identificado modelo lógico (ML) do Pró-residência quando da sua criação ou em momento posterior. Para avaliar o desenho do Programa, foi necessário construir a árvore de problemas (problema social que se espera resolver com a política pública, suas causas e consequências), a árvore de objetivos, bem como modelo lógico. Essa construção contou com a participação de equipe técnica e gestores do programa, executores das avaliações, supervisores e especialistas, com apoio do Clear/FGV e Enap. Nessas oficinas foram definidos:

- a. O problema que o Programa visa resolver: *“ Má distribuição e escassez de médicos especialistas entre regiões e em determinadas especialidades e áreas de atuação para atendimento no SUS”*
- b. O seu objetivo: *“Promover uma melhor distribuição e provimento de médicos especialistas entre regiões e em determinadas especialidades e áreas de atuação para atendimento no SUS”*.
- c. Os insumos necessários, que envolvem: recursos humanos qualificados, recursos financeiros disponíveis; infraestrutura adequada; instituições dispostas; e com capacidade para ofertar programas de residência nas áreas e regiões prioritárias.
- d. As atividades desenvolvidas no meio dele que envolvem: todo o processo de elaboração do edital, sua publicação, acompanhamento até a disponibilização financeira para pagamento das bolsas as residentes.
- e. Os produtos: o edital publicado; as instituições selecionadas, que, por sua vez, se responsabilizam pela seleção dos residentes; o pagamento de bolsas para os residentes pelo Ministério da Saúde.

- f. Os resultados esperados do Programa, tais como: mudança da proporção de bolsas relacionadas ao planejamento do SUS em relação ao total; aumento da quantidade de bolsas em áreas e regiões prioritárias; maior oferta de médicos especialistas em regiões e áreas prioritárias para a atenção primária e para o SUS e para a sociedade. E os impactos de longo prazo: mais especialistas trabalhando para o SUS; mais profissionais para a atenção primária; com maior tempo de permanência na atenção primária, entre outros.

O problema da má distribuição e escassez de médicos especialistas em áreas e regiões prioritárias apresenta múltiplas causas sobre as quais o Programa não atua. A atuação sobre essas causas ultrapassa a competência de um único ministério, demandando múltiplas ações para sua solução.

Ainda assim, o Programa é importante por priorizar o SUS e buscar, por meio da oferta de bolsas, induzir a formação em áreas e regiões prioritárias visando promover uma melhor distribuição e provimento de médicos especialistas entre regiões e em determinadas especialidades e áreas de atuação para atendimento no SUS

Durante as discussões sobre o desenho do Programa observou-se a necessidade de ampliar a coordenação entre as instituições envolvidas com a sua execução, bem como pensar mecanismos para aprimorar sua gestão e monitoramento. A avaliação de desenho realizada, além de dar maior transparência ao desenho do programa, mostrou também que há espaços para seu aprimoramento.

A avaliação de governança do programa avançou na análise dessas questões. Nesse relatório discutiu-se a necessidade de elaborar e definir formalmente as responsabilidades e competências dos Ministérios e outras instituições envolvidas na gestão do Programa. O mapeamento dos processos decisórios, identificando potenciais melhorias, auxiliando o fluxo e gerenciamento de riscos foi outro achado dessa avaliação. Nas análises realizadas, foi considerando, também, que a meta de entrega de produtos reflete pouco os resultados esperados, devendo ser aprimorada.

Adicionalmente, as análises destacam a elevada ociosidade na ocupação das bolsas ofertadas como algo que deve ser monitorado, incluindo um diagnóstico sobre fatores externos ao Programa os quais influenciam a ocupação de vagas disponíveis. Esse monitoramento permitiria discutir quais outras ações públicas, tanto no nível federal, quanto dos governos locais, devendo ser realizadas para mitigar esse problema. Por fim, argumenta-se que o estabelecimento de um *rol* mais amplo de indicadores de monitoramento pode ajudar em aprimoramentos no seu desenho e na sua gestão.

Conforme informado pelo Ministério da Saúde, os recursos para o Programa têm sido garantidos na Lei Orçamentária Anual. Ao analisar a aplicação desses recursos, a avaliação da execução orçamentária mostra que eles são majoritariamente realizados por aplicação direta e não descentralizados pelo Fundo Nacional de Saúde como acontece em vários outros programas sob gestão do Ministério da Saúde. Além disso, há poucos restos a pagar, isto é, a maior parte dos recursos empenhados é executado no próprio ano de empenho.

Entretanto, em seu formato atual, a execução orçamentária não permite separar as modalidades de bolsas (médica e multiprofissional) por meio de planos orçamentários. Para conseguir essa separação é necessário fazer uma análise por natureza detalhada de despesa, sendo um nível de desagregação que torna a análise menos acessível para o conjunto da sociedade. Assim, uma das sugestões dessa avaliação seria que o Ministério da Saúde e da Educação apresentassem os planos orçamentários separados por modalidade de bolsas.

Ainda sobre atribuições de responsabilidade e gestão, as discussões foram retomadas na avaliação de implementação. Essa mostra que as responsabilidades sobre a gestão do programa variaram ao longo do tempo, com uma mudança na participação dos Ministérios. Cada vez mais a atribuição de gestão ficou a cargo do Ministério da Saúde, com a atuação do MEC mais vinculada à Comissão Nacional de Residência Médica. Assim, argumenta-se que seria importante retomar as discussões sobre as responsabilidades conjuntas, aprimorando a coordenação no nível federal.

Outro resultado da implementação refere-se à ampliação da oferta de bolsas para residência em áreas prioritárias e, também, de sua importância em regiões prioritárias, particularmente no Norte do país. O programa tem-se concentrado em áreas prioritárias para o SUS e tentando priorizar as regiões com menor oferta de especialistas. Ainda assim, a oferta do Programa ainda é muito concentrada na região Sudeste e Sul do país. Há várias razões para isso, entre elas, a própria concentração de oferta de serviços de saúde e unidades hospitalares de maior porte e outros serviços de saúde nestas regiões. Faz-se necessário avançar na organização de novos campos de prática e pensar apoios formais para as instituições ofertantes ou potenciais ofertantes de bolsas de residência nas regiões Norte e Nordeste.

Outra questão relevante está relacionada ao fato de uma etapa importante do processo, qual seja, a seleção dos bolsistas, ser descentralizada para cada instituição que tem bolsa concedida por editais do Programa. O acompanhamento desse processo por parte tanto do MEC quanto do MS é parte importante da gestão do programa. Há previsão de maior apoio às instituições por meio Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, lançado em julho de 2021 pelo Ministério da Saúde. Além disso, nesse mesmo ano, foi realizado o primeiro Exame Nacional de Residência (Enare) para seleção de residentes para os hospitais universitários federais. Ambas as experiências devem ser monitoradas e avaliadas desde o princípio por seu potencial para resolver parte das questões apontadas nos resultados das avaliações presentes neste relatório.

Por fim, a avaliação de resultados vem reforçar uma correlação condicionada positiva do programa com indicadores de disponibilidade de médicos especialistas em áreas prioritárias e com para significância no Norte-Nordeste, quando se realiza a análise de heterogeneidade regional. De acordo com os resultados desta avaliação, pode-se considerar que o Programa Pró-residência médica tem atingido em alguma medida seus objetivos, porém os efeitos do Programa sobre indicadores considerados possuem uma baixa magnitude (efeito inelástico). Essa baixa magnitude pode estar refletindo as questões apontadas nos resultados das avaliações anteriores: necessidade de melhorar o desenho, a governança e realizar ajustes na implementação do programa para ampliar a magnitude de seus efeitos sobre os indicadores mencionados. O programa tem potencial para isso, dado o resultado já mostrado.

Assim, tratar as questões de vagas ociosas, desistências, definir claramente as responsabilidades institucionais e a coordenação das ações interinstitucionais são questões que podem produzir efeitos importantes para melhoria os resultados desejados pelo Programa. São uma oportunidade para aprimorar suas ações e melhorar o seu desempenho para aumentar sua efetividade e sua eficiência.

Referências Bibliográficas

ABPMP. BPM CBOK: Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio. Corpo Comum do Conhecimento – ABPMP BPM CBOK V3.0, *Association of Business Process Management Professionals*, 2013.

BATISTA, S. et al. (2015) Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu) [online]*, 19(1): 743-752.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores de programas: guia metodológico. Brasília: MP, 2010. 128 p. Disponível em: <<https://goo.gl/ThU8Uz>>.

_____. Portaria nº 1001, de 22 de outubro de 2009. Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2009.

_____. Programa GesPública. Guia de Gestão de Processos de Governo: áreas de integração para governo eletrônico, arquitetura, e-PING de interoperabilidade. Brasília: SLTI, 2011.

_____. Tribunal de Contas da União. Referencial para avaliação de governança em políticas públicas, 2014a.

_____. Tribunal de Contas da União. Referencial Básico de Governança: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública, 2ª edição, 2014b.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Avaliação de impacto: conceitos, utilidades e desafios. Brasília, 29 out. 2014c.

_____. Tribunal de Contas da União. Referencial para avaliação de governança do centro de governo, 2016.

_____. Controladoria-Geral da União. Manual de Orientações técnicas da atividade de auditoria interna governamental do Poder Executivo Federal, 2017a.

_____. Decreto 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, 2017b.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante, volume 1. Brasília, 2018a.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex post, volume 2. Brasília, 2018b.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Guia da Política de Governança Pública, 2018c.

_____. Tribunal de Contas da União. Referencial Básico de Governança Organizacional, 2020a.

_____. Tribunal de Contas da União. Manual de Auditoria Operacional, 2020b.

_____. CMAP. Relatório de Avaliação - Atenção Primária em Saúde, 2021. (In: <https://bit.ly/3FDC4f6>)

CAMPOS, V. D. G. et al, Recorte Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019. Revista Consensus, Edição 32, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/recorte-demografico-da-residencia-medica-brasileira-em-2019/>>

COSTA, F; NUNES, L; SANCHEZ, FM. How to Attract Physicians to Underserved Areas? Policy Recommendations from a Structural Model. <https://doi.org/10.31235/osf.io/hfa8s> (preprint), 31 de julho de 2021.

ESPM. Dimensionamento da demanda e diversidade de escopos de prática das especialidades médicas no Brasil. Relatório Final, 2018. In: <https://bit.ly/3sv9kA9>

FGV. Clear. Apresentação sobre modelo lógico. Segunda oficina de avaliação de desenho. CMAP, 2021

GREENE, William H. *Econometric Analysis*. 5. ed. Prentice-hall, 2003.

HSIAO, C. *Analysis of panel data*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

HUNT, V. D. Process mapping: how to reengineer your business processes. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996.

JOHANSSON, H. J. et al. Processos de negócios. São Paulo: Pioneira, 1995.

JORDAN, ANDREW J. (Ed.); TURNPENNY, JOHN R. (Ed.) (2015): The Tools of Policy Formulation: Actors, Capacities, Venues and Effects, New Horizons in Public Policy Series, ISBN 978-1-78347-704-3, Edward Elgar Publishing, Cheltenham,

MICHELOTTI, F.; FERREIRA, L. Panorama do Pró-residência Médica, 2009-2019. (In: <https://bit.ly/39IbeGS>)

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). Revista Brasileira de Educação Médica, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/NpfrFwfVvkGbWQpfpMwgzZH/?lang=pt>

PINTO, P.; MENEZES, T.; ROCHA, R. (2015) *Condicionantes da Distribuição Espacial dos Médicos nos Municípios Brasileiros: Uma Análise a Partir da Econometria Espacial*. 2015. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

QUEIROZ, R. B., Formação e Gestão de Políticas Públicas, 3. ed. rev. – Curitiba: Ibpx, 2011 – (Série Gestão Pública). ISBN: 978-85-7838-912-3.

Reis,B; Bianchi,L; Adamczyk,W. Médicos especialistas e residentes no Brasil: uma análise da distribuição espacial no Brasil. Brasília: EvEx/ENAP. 4ª Oficina de Avaliação de Desenho do Pró-residência. Produto 1, Agosto de 2021a (mimeo).

Reis,B; Bianchi,L; Adamczyk,W. Programas de residência médica: bechmarkin internacional de países selecionados. 8ª Oficina de Avaliação de Desenho do Pró-residência. Produto 2, 2021b (mimeo).

SCHEFFER, M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf

SBMFC. Demografia Médica e a Medicina de Família e Comunidade no Brasil, 2020 (In: <https://bit.ly/3M6G0aS>)

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. Radar: tecnologia, produção e comércio exterior, v. 32, abr. 2014.

WOOLDRIDGE, J. **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data.**
Cambridge: MIT Press, 2002.

Quadro A.1: Oficinas para construção da avaliação de desenho (continua)

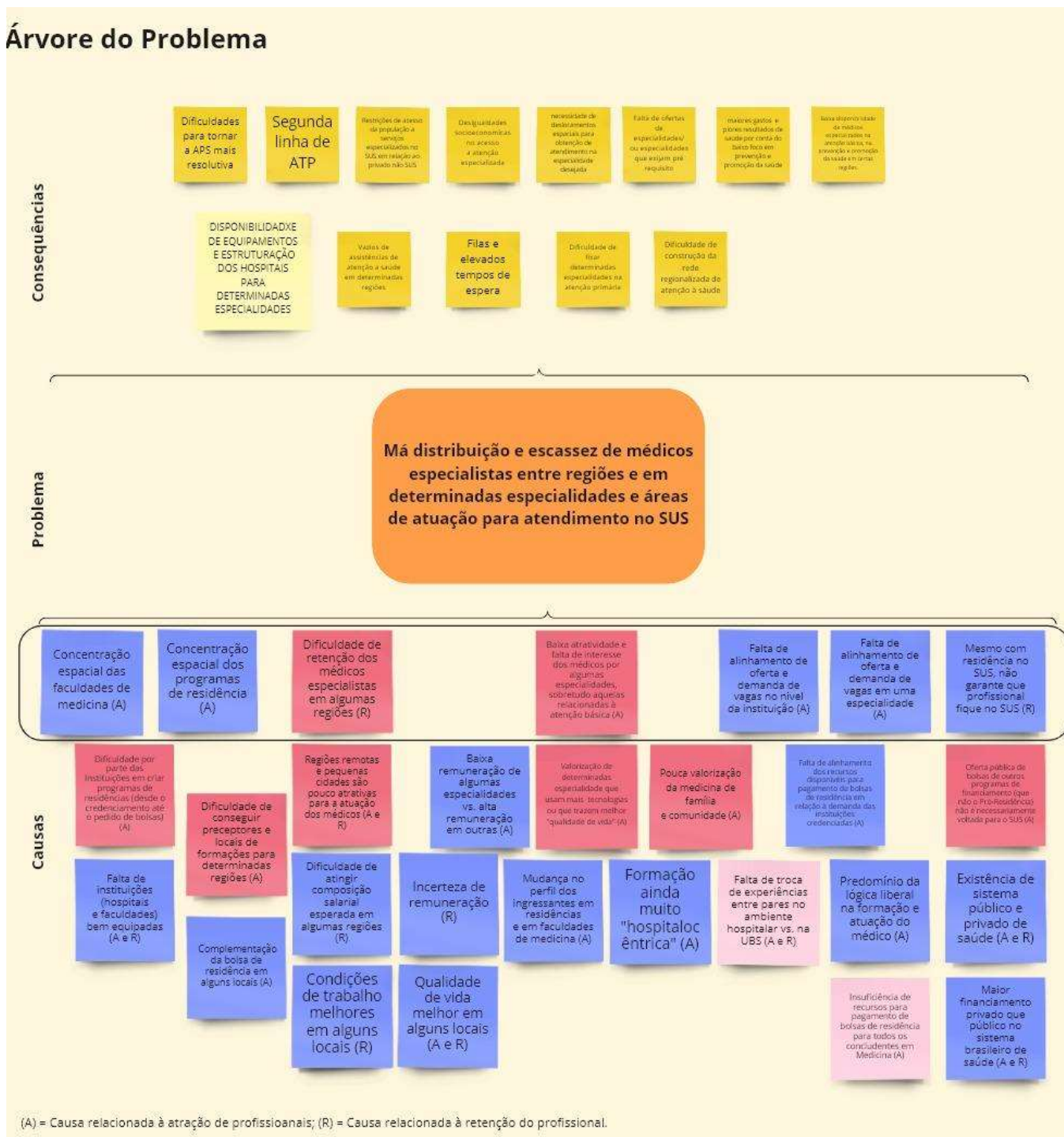
Oficina/Painel	Objetivo	Perguntas norteadoras	Atividades	Data	Participantes
1	Alinhamento dos participantes	O que é o CMAP? O que é a avaliação de desenho? Como ela será conduzida	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação sobre Ciclo 2021/2022 do CMAP • Apresentação da agenda de oficinas e seus objetivos 	22/06/2021	2 facilitadoras do Clear/FGV 3 representantes do DEAP/SETO/ME Coordenadora da avaliação/Ipea 3 representantes da SOF 1 representante do Insper 2 representantes da Sgtes/MS 2 representantes da SESu/MEC
2	Construção da árvore do problema	Qual problema o Programa Pró-residência visa solucionar? Como definir esse problema?	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da área do problema • Elaboração e descrição concisa do problema 	09/07/2021	Participantes da oficina 1
3	Consolidação da árvore do problema	Quais indicadores podem ser utilizados para descrever o problema no Brasil e no mundo? Quais as causas que acarretam esse problema? Quais as consequências desse problema?	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre os problemas levantados na oficina anterior • Identificação das consequências do problema • Razões para o problema ser alvo de intervenção do Estado • Políticas adotadas para enfrentar o mesmo problema (em curto no Brasil e anteriormente adotadas, mas descontinuadas) 	20/07/2021	Participantes da oficina 1
Painel	Painel de Especialistas	Qual problema o Programa Pró-residência visa solucionar?	Aprimoramentos e modificações	10/08/2021	Participantes da oficina 1 Especialistas - representante do CNRM, CEREM e instituição executora de programa de residência médica, com experiências previa como preceptores e também em apoio aos gestores do MEC ou à gestão local programa

Quadro A. 1 – Oficinas para construção da avaliação de desenho (continuação)

Oficina/Painel	Objetivo	Perguntas norteadoras	Atividades	Data	Participantes
4	Validação do diagnóstico do problema e discussão das causas críticas		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do trabalho sobre médicos residentes e especialistas no Brasil (Reis, Bianchi, Adamczyk, 2021a) • Discussão das causas críticas 	17/08/2021	Participantes da oficina 1 EvEx/Enap
5	Construção da árvore de objetivos e apresentação do modelo lógico (metodologia)	Qual objetivo o programa pretende alcançar?	Construção da árvore de objetivos	24/08/2021	Participantes da oficina 1
6	Desenvolvimento do modelo lógico	Qual é o modelo lógico do Pró-residência?	<ul style="list-style-type: none"> • Finalização da árvore de objetivos • Apresentação da metodologia de modelo lógico (ML) • Início do desenvolvimento do ML 	31/08/2021	Participantes da oficina 1
7	Experiências internacionais	O que podemos aprender a partir da experiência de outros países?	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do EvEx/Enap sobre experiências internacionais • Construção do modelo lógico 	22/09/2021	Participantes da oficina 1 EvEx/Enap
Painel	Oficina de validação	O modelo lógico do Pró-residência é robusto? Quais aprimoramentos podem ser propostos para o programa?	<ul style="list-style-type: none"> • Validação do modelo lógico • Discussão de possíveis aprimoramentos com dirigentes da SeSU e da Sgets 	28/09/2021	Participantes da oficina 1 Dirigentes da Sgtes/MS e representantes da Direção da SESu/MEC

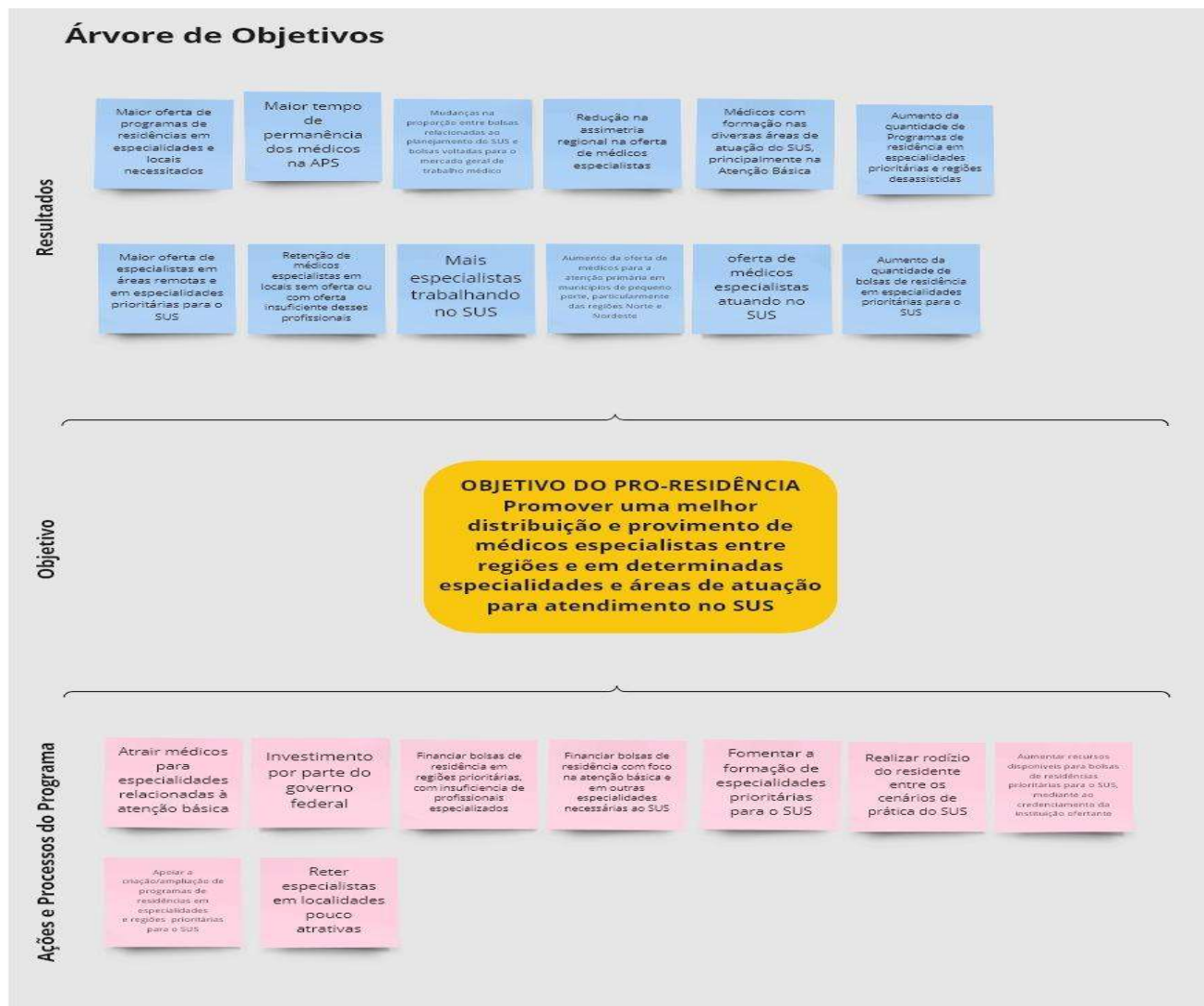
Figura A1.

Árvore do Problema



Fonte: **Árvore de objetivos** Oficina 2. In: <https://miro.com/app/board/o9Jl9xmZrM=?moveToWidget=3074457361346388506&cot=14>

Figura A2. Árvore de Objetivos



Fonte: Árvore de problema. Oficinas 4 e 5. In: https://miro.com/app/board/o9J_l9xmZrM=?moveToWidget=3074457361346388506&cot=14

Anexo A.3. Quais são os parâmetros utilizados por outros países? Resumo de experiências de países selecionados

Como parte dos documentos de apoio para a avaliação de desenho, a equipe da EvEx/Enap sistematizou informações sobre experiências de alguns países selecionados. Essa análise foi guiada por perguntas elaboradas pela coordenação da avaliação em conjunto com a equipe do Clear/FGV e apoio da DEAP/SETO/ME. Os países selecionados para esse trabalho foram: Estados Unidos, Inglaterra, Chile, Espanha e Canadá.

A pesquisa buscou responder a 10 perguntas: 1. Existe um programa nacional de residência nesses países? 2. Quem os financia? 3. Qual o papel do ministério da educação e do ministério da saúde? 4. Quem são as instituições executoras dos programas de residência? 5. Qual o papel das associações médicas no desenho e implementação dos programas? Quais são suas atribuições? Há algo similar à CNRM? 6. Quem faz e como é estruturado o planejamento da oferta de vagas de residência (abertura, distribuição regional, distribuição por especialidades)? Há incentivos diferenciados por especialidades? 7. Há programas específicos com incentivos para áreas remotas ou com maior escassez de especialistas? 8. Como é feito o monitoramento e a avaliação dos programas de residência? 9. Como se dá o processo de certificação/reconhecimento de um especialista? Quem executa a avaliação que permite a certificação? 10. O processo de certificação tem validade indeterminada ou há necessidade de renovações? Em caso de renovações, como se dá o processo?

A partir dessas, a equipe da EvEx consolidou os resultados em um relatório detalhado e organizado a partir de quatro blocos: (i) as características gerais do programa de residência no país; (ii) os agentes responsáveis pelo desenho e execução dos programas; (iii) a oferta, o monitoramento e a avaliação dos programas; (iv) a forma e os instrumentos de certificação dos médicos especialistas (Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021b). Os resultados desse estudo serão resumidos a seguir.

Com relação às características gerais, o trabalho destacou que há programas de residências em todos os países selecionados. Nos EUA, a graduação em medicina é posterior à obtenção de um *bachelor degree* e aprovação no *Medical College Admission Test*. No terceiro ano da graduação, o aluno pode indicar seu interesse em cursar uma residência e inicia a preparação para isso, criando um portfólio que inclui, carta de recomendações, notas da graduação, uma carta de apresentação pessoal, resultados de dois exames de avaliação nacionais (de desempenho e para obtenção da licença médica). As instituições oferecem suas vagas em um sistema nacional competitivo, *National Resident Matching Program* e os estudantes se candidatam enviando esse portfólio e ordenando as instituições de sua preferência. Ao mesmo tempo, as instituições ordenam os estudantes e se dá o pareamento (*match*) entre estudantes e instituições. Contudo, pode haver estudantes que não são selecionados pelas instituições que definiram. Se quiser cursar uma residência, “*uma vez selecionado, o aplicante é obrigado a aceitar a designação que foi feita a ele pelo algoritmo*” (Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021b, p.8). Os programas têm duração de 3 a 7 anos.

Um processo semelhante de uso de algoritmo é utilizado pelo Canadá. Nesse país, no último ano da graduação, os estudantes se inscrevem no *Canadian Resident Matching Service*, por meio do qual estudantes e instituições ordenam suas preferências. A duração dos programas varia de 4 a 6 anos, exceto para medicina de família que tem duração de 2 anos.

Diferente do caso norte-americano, há quatro tipos distintos de serviços de *matching* (CARMS, 2021): *Main Residency Match (R-1)*, *Medicine Subspecialty Match (MSM)*, *Family Medicine/Enhanced Skills Match (FM/ES)*, *Pediatric*

Subspecialty Match (PSM). O R-1 permite acesso aos programas de residência e os demais às subespecialidades (Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021b, p.12)

No Reino Unido e no Chile, após a graduação médica há um período de estágio prático obrigatório. No caso do Reino Unido, esse estágio tem duração de dois anos e o processo seletivo envolve, pelo menos, uma prova nacional *Multi Specialty Recruitment Assessment (MSRA)* e avaliação de currículo. As exigências adicionais estão relacionadas à residência para se tornar médico de família (*general practitioner*) ou uma se irá cursar outras especializações. A primeira tem duração de 3 anos e as outras, de 3 a 8 anos.

No caso da Espanha, a seleção para residência médica tem por pré-requisito ser aprovado no *Examen para Medico Interno Residente*. Outras etapas envolvem uma convocatória nacional e realização de provas de conhecimentos e habilidades específicas para cada titulação acadêmica. A realização de residência se dá pela celebração de um contrato de trabalho entre o residente e instituições que possuem unidade de ensino credenciada para realização da residência.

Os autores destacam que no Reino Unido, assim como na Espanha, a bolsa residência é considerada uma remuneração pelo trabalho, isto é, um salário. No Canadá, seria possível também ter essa interpretação, mas há elementos adicionais necessários para compreender melhor esse caso.

Foi possível saber que o principal financiamento dos programas de residência é proveniente de recursos públicos, exceto no Chile onde essa informação não estava disponível nos documentos pesquisados. No Reino Unido e no Canadá são financiadas com recursos públicos, sendo que, neste último,

Os programas de residência são financiados com dinheiro público, especificamente por meio de programas de transferência do governo federal para os governos das províncias e dos territórios, que por sua vez utilizam o recurso para garantir a manutenção da oferta de vagas nos estabelecimentos de saúde (...). Independente de qual programa explica a origem dos recursos, ambos, no seu desenho, consideram o tamanho da população de cada local para determinar o montante a ser transferido (Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021b, p.12)

Analisando a figura apresentada pelos autores sobre as fontes de financiamento dos EUA (figura 9), observa-se as conexões entre os programas de financiamento público da saúde (*Medicare e Medicaid*), recursos da *Health Resources and Services Administration*, agência de financiamento vinculada ao equivalente ao Ministério da Saúde, bem como recursos da Defesa e privados, que financiam a residência nesse país. Possibilita perceber, também, as relações entre esse financiamento e os locais de realização da residência: hospitais de ensino, locais de treinamento de base comunitária, escolas médicas e universidades.

Figura A3: Fontes de financiamento da pós-graduação médica nos EUA

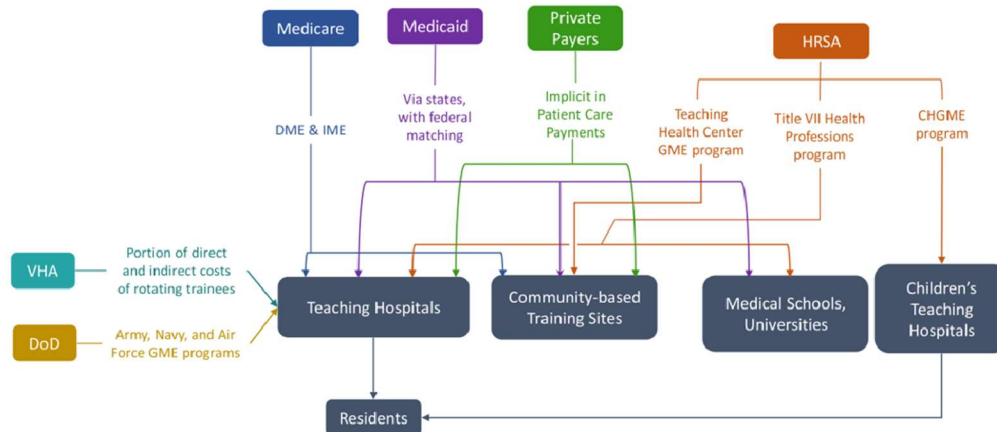


Fig. 3. Graduate medical education funding mechanisms.
 GME – Graduate Medical Education.
 DME – Direct Graduate Medical Education.
 IME – Indirect Graduate Medical Education.
 CHGME – Children’s Hospital Graduate Medical Education.
 HRSA – Health Resources and Services Administration.
 VHA – Veterans Health Administration.
 DoD – Department of Defense.

Not depicted are teaching physicians, who receive salary support from DME, private payer payments, teaching hospitals, community-based training sites, and medical schools, and contribute faculty revenue to teaching hospitals, community-based training sites, and medical schools.

Fonte: Reis, Bianchi e Adamczyk, 2021b, figura 2.1, p. 10). Elaborado pelos autores a partir de He, Whang e Kristo (2021)

Com relação aos agentes responsáveis pelo desenho e execução dos programas, em nenhum país o Ministério da Educação lidera o processo de gestão das residências médicas. Há envolvimento desta instituição no Chile e na Espanha, mas de forma complementar ao processo normalmente liderado pelo Ministério da Saúde e seus departamentos. Em todos os países há instituições privadas desempenhando algum papel no processo de gestão dos programas de residência, sendo muito importante a competência de coordenação de parcerias público-privadas.

Quanto à oferta, monitoramento e avaliação dos programas, nos EUA, foi possível saber que o Ministério da Saúde realiza análises da situação de saúde do país e considera como importante a questão da concentração espacial dos médicos. No Canadá e no Chile a oferta de programas de residência é feita por universidades.

Quanto à certificação, nos EUA e no Reino Unido, associações médicas são responsáveis pela gestão e emissão da titulação da especialidade. Esses dois países junto com o Canadá possuem órgão com funções semelhantes à Comissão Nacional de Residência Médica. Nos EUA e Canadá, há obrigatoriedade da renovação da certificação da especialidade que faz uso de um sistema de pontuação ancorado nas atividades realizadas pelo especialista e na atualização dos seus conhecimentos.

**Quadro A.2: Editais do Programa Pró-Residência Médica e Multiprofissional
(continua....)**

PROGRAMA PRÓ-RESIDÊNCIA	
INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO	RESULTADO
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 7, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009	PORTARIA Nº 3, DE 5 DE JANEIRO DE 2010
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 8, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009	PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2010
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 19, DE 21 DE JULHO DE 2010	PORTARIA CONJUNTA Nº 9, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2010
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 18, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2011 (PRORROGAÇÕES: EDITAL Nº 9, DE 26 DE ABRIL DE 2012 E EDITAL Nº 17, DE 3 DE AGOSTO DE 2012)	PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 13 DE JANEIRO DE 2012
	PORTARIA CONJUNTA Nº 3, DE 1º DE MARÇO DE 2012
	PORTARIA CONJUNTA Nº 4, DE 2 DE ABRIL DE 2012
	PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012
	PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2013
	PORTARIA CONJUNTA Nº 4, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2013
	PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 26 DE MARÇO DE 2013
	PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 30 DE ABRIL DE 2013
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 29, DE 27 DE JUNHO DE 2013 (PRORROGAÇÃO: EDITAL Nº 55, DE 1º DE OUTUBRO DE 2013)	PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013
	PORTARIA Nº 20, DE 28 DE JANEIRO DE 2014
	PORTARIA Nº 41, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014
	PORTARIA Nº 70, DE 3 DE ABRIL DE 2014
	PORTARIA Nº 85, DE 16 DE ABRIL DE 2014
	PORTARIA Nº 86, DE 16 DE ABRIL DE 2014
	PORTARIA Nº 169, DE 4 DE JUNHO DE 2014
	PORTARIA Nº 279, DE 24 DE JULHO DE 2014
	PORTARIA Nº 285, DE 29 DE JULHO DE 2014
PORTARIA Nº 375, DE 15 DE OUTUBRO DE 2014	

Quadro A.2: Editais do Programa Pró-Residência (fim)

PROGRAMA PRÓ-RESIDÊNCIA	
INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO	RESULTADO
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 31, DE 24 DE JULHO DE 2014 (PRORROGAÇÃO: EDITAL Nº 35, DE 1º DE OUTUBRO DE 2014)	PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2015
	PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 14 DE JULHO DE 2015
	PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 27 DE JANEIRO DE 2016
	PORTARIA Nº 199, DE 4 DE MAIO DE 2016
	PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 11 DE MAIO DE 2016
EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 04, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2015	PORTARIA Nº 26, DE 2 DE MARÇO DE 2015
EDITAL Nº 01, DE 04 DE AGOSTO DE 2015	PORTARIA Nº 42, DE 29 DE JANEIRO DE 2016
	PORTARIA Nº 124, DE 10 DE MARÇO DE 2016
EDITAL Nº 2, DE 29 DE SETEMBRO DE 2015	
EDITAL CONJUNTO Nº 19, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2015	PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 11 DE MAIO DE 2016
EDITAL Nº 5, DE 21 DE MARÇO DE 2016 (PRORROGAÇÃO: PORTARIA Nº 527, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2016)	PORTARIA Nº 8 DE 12 DE JANEIRO DE 2017
	PORTARIA Nº 77, DE 17 DE MARÇO DE 2017
EDITAL Nº 16, DE 6 DE OUTUBRO DE 2016	PORTARIA Nº 7 DE 12 DE JANEIRO DE 2017
	PORTARIA Nº 79, DE 17 DE MARÇO DE 2017
EDITAL Nº 10, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2017	PORTARIA Nº 32, DE 22 DE JANEIRO DE 2018
	PORTARIA Nº 44, DE 26 DE JANEIRO DE 2018 (Recursos)
EDITAL Nº 2, DE 17 DE JANEIRO DE 2019	PORTARIA Nº 22, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2019
	PORTARIA Nº 39, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2019 (RETIFICA Nº 22-2019)
	PORTARIA Nº 34, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2019 (Recursos)
EDITAL Nº 2, DE 14 DE JANEIRO DE 2020	PORTARIA Nº 3, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2020
	PORTARIA Nº 4, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020 (RECURSOS)
EDITAL Nº 1, DE 16 DE JANEIRO DE 2020	PORTARIA Nº 9, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2020
	PORTARIA Nº 11, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2020
EDITAL Nº 5, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020	PORTARIA GAB/SGTES Nº 8, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2020
	PORTARIA Nº 11, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2020
	PORTARIA Nº 13, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2020

Fonte: CGU. Esic e Michelotti e Ferreira, Panorama do Pró-Residência Médica, 2009-2019.

Quadro A.3: Editais do Pró-residência Médica por áreas prioritárias

Edital	Ano	Crítérios de priorização das regiões	Áreas e especialidades prioritárias	Observações
Edital n.º 07, de 22 de outubro de 2009	2009	Preferencialmente Norte, Nordeste e Centro-Oeste	Anexo I do Edital, áreas de saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, APS, atenção à saúde da mulher e da criança e atenção à saúde do idoso. Podem ser considerados também outras especialidades onde o Estado não tem formação	Anexo I não localizado.
Edital n.º 08, de 22 de outubro de 2009	2009	Preferencialmente Norte, Nordeste e Centro-Oeste	As áreas básicas e naquelas consideradas prioritárias, descritas no Anexo I deste Edital, no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção primária a saúde, atenção à saúde da mulher e da criança, e atenção ao idoso, por meio de apoio matricial de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas. Observação: anexo I não localizado	Refere a apoio matricial. Anexo I não localizado.
Edital Convocatório nº 19, 21 de julho de 2010	2010	Edital não localizado	Edital não localizado	Edital não localizado
Edital n.º 18, de 07 de novembro de 2011	2011	Anexo I traz as especialidades e áreas de atuação prioritárias por UF, incluindo todas as da região Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste	Edital traz uma lista de especialidades e áreas prioritárias que se diferencia por unidade da federação	
Edital n.º 29, de 27 de Junho de 2013	2013	Todas as regiões. Se ultrapassar 2 mil bosas serão priorizados os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (excluído o DF) e o Estado do Espírito Santo	Se ultrapassar 2 mil bosas serão priorizados especialidades anexo I (24 especialidades e áreas de atuação): anestesiologia, clínica médica, cirurgia geral, cirurgia do trauma, cancerologia clínica, cancerologia cirurgica, cancerologia pediátrica, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, geriatria, MFC, medicina intensiva, medicina de urgência, neonatologia, nefrologia, nuerocirurgia, neurologia, ortopedia e traumatologia, pediatria, psiquiatria, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, cardiologia pedirátria, cirurgia cardiovascular, patologia/patologia clínica/medicina laboratorial, transplantes e medicina nuclear. Além disso, s cada duas vagas novas por credenciamento provisório ou por aumento de vagas, o Ministério da Saúde assumirá, também, o financiamento de uma bolsa de residência atualmente financiada por outra fonte pagadora somente nas especialidades e áreas de atuação mencionadas (anexo I)	
Edital nº 31, de 24 de junho de 2014	2014	Se ultrapassar 2 mil bosas serão priorizados os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (excluído o DF) e o Estado do Espírito Santo	Em todas as especialidades e áreas de atuação. A cada duas vagas novas em MFC, o MS assumirá uma vaga financiada por outra fonte pagadora em qualquer especialidade ou área de atuação. Caso solicitações ultrapassem 2 mil bolsas serão priorizadas especialidades no anexo 1 (27 áreas): 1. Anestesiologia; 2. Clínica Médica; 3. Cirurgia Geral; 4. Cirurgia do Trauma; 5. Cancerologia Clínica; 6. Cancerologia Cirúrgica; 7. Cancerologia Pediátrica; 8. Cardiologia; 9. Ginecologia e Obstetrícia; 10. Geriatria; 11. Medicina de Família e Comunidade; 12. Medicina Intensiva; 13. Medicina de Urgência; 14. Neonatologia; 15. Nefrologia; 16. Neurocirurgia; 17. Neurologia; 18. Ortopedia e Traumatologia; 19. Pediatria 20. Psiquiatria; 21. Radiologia e Diagnóstico por Imagem; 22. Radioterapia; 23. Cardiologia Pediátrica; 24. Cirurgia Cardiovascular; 25. Patologia/Patologia Clínica/Medicina Laboratorial; 26. Transplantes; 27. Medicina Nuclear	

Quadro A.3. Editais do Pró-residência Médica por áreas prioritárias (continua...)

Edital	Ano	Critérios de priorização das regiões	Áreas e especialidades prioritárias	Observações
Edital n.º 04, de 10 de fevereiro de 2015	2015	Caso ultrapassem o número de 300 (trezentas) bolsas, serão priorizadas, no momento da análise, as solicitações que sejam provenientes dos Estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (excluído o Distrito Federal) e o Estado do Espírito Santo.	MGFC, para vagas que não foram contempladas nos editais anteriores. Menciona a Lei que instituiu o programa Mais Médicos	
Edital n.º 01, de 04 de agosto de 2015	2015	Outras especialidades 13% Norte, Nordeste e Centro Oeste (exceto DF) e 12% Sudeste, Sul e DF, sendo que, nesses últimos com priorização para especialidades e áreas de atuação inexistentes nos estados dessas regiões. Demais propostas contempladas até o teto de bolsas definido no edital (2 mil bolsas)	Menciona a programa Mais Médicos. Estabelece: 75% para MGFC (1500) e 25% para especialidades (500) Anexo I. Se criar ou ampliar bolsas para MGFC poderá ter bolsas financiadas para outras áreas desde que estejam no anexo I: 2. Anestesiologia 3. Cardiologia 4. Cirurgia Vasculuar 5. Cirurgia Cardíaca Pediátrica 6. Dermatologia 7. Endocrinologia 8. Genética Médica 9. Ginecologia e Obstetrícia 10. Mastologia 11. Medicina de Urgência 12. Nefrologia 13. Neurologia 14. Oftalmologia 15. Ortopedia e Traumatologia 16. Pediatria 17. Radioterapia 18. Reumatologia 19. Urologia.	
Edital n.º 05, de 21 de Março de 2016	2016	não há	MGFC, para vagas que não foram contempladas nos editais anteriores. Menciona a Lei que instituiu o programa Mais Médicos	Financiado por meio da ação orçamentária do programa Mais Médicos
Edital n.º 16, de 06 de outubro de 2016	2016	Menciona escassez em regiões como critérios de análise das propostas	Especialidades e áreas de atuação prioritárias, constantes do Anexo I deste Edital, observados os seguintes eixos estratégicos: a) Atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério; b) Saúde sexual e reprodutiva; c) Atenção à saúde do recém-nascido (RN), lactente e criança com microcefalia; d) Crescimento e desenvolvimento infantil; e) Reabilitação: estimulação precoce e desenvolvimento neuropsicomotor; f) Vigilância epidemiológica e ambiental. Conteúdos relacionados ao enfrentamento da "tríplice epidemia" - Zika, Dengue e Chikungunya - e à qualificação do cuidado e da atenção à saúde de pessoas acometidas pela Microcefalia e outras afecções. Especialidades e áreas de atuação prioritárias: 1. clínica médica; 2. emergência pediátrica; 3. genética; 4. ginecologia e obstetrícia; 5. infectologia; 6. medicina de emergência 7. medicina física e reabilitação; 8. neonatologia; 9. neurocirurgia; 10. neurologia; 11. neurologia pediátrica; 12. oftalmologia; 13. otorrinolaringologia; 14. patologia; 15. patologia clínica/medicina laboratorial; 16. pediatria; 17. psiquiatria; 18. psiquiatria da infância e adolescência; 19. radiologia e diagnóstico por imagem; 20. reumatologia; 21. ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia	ESPIN, "Aedes aegypti" e atenção às famílias com casos de mi crocefalia

Quadro A.3. Editais do Pró-residência Médica por áreas prioritárias (fim)

Edital	Ano	Critérios de priorização das regiões	Áreas e especialidades prioritárias	Observações
Edital nº 10, de 27 de novembro de 2017	2017	-	Conteúdos relacionados ao enfrentamento da "tríplice epidemia" - Zika, Dengue e Chikungunya - e à qualificação do cuidado e da atenção à saúde de pessoas acometidas pela Microcefalia e outras afecções, bem como para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis, particularmente acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e seus fatores de risco em comum: obesidade, tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável.	
Edital nº 02, de 17 de janeiro de 2019	2019	Será observado o seguinte critério de divisão regional para a concessão das bolsas: (1) 75% (setenta e cinco por cento) do quantitativo de bolsas serão destinados para o financiamento de PRM das Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, incluindo o Distrito Federal; (2) 25% (vinte e cinco por cento) do quantitativo de bolsas serão destinados para as Regiões Sudeste e Sul. (3) Caso o número de bolsas solicitadas pelos PRM das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste seja inferior aos 75% destinados a estas regiões, as bolsas restantes serão remanejadas para as Regiões Sudeste e Sul. (4). Caso o número de bolsas solicitadas pelos PRM das regiões Sudeste e Sul seja inferior aos 25% destinados a estas regiões, as bolsas restantes serão remanejadas para as Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.	Prioridades para especialidades básicas: (a) Medicina de Família e Comunidade; (b) Clínica Médica; (c) Pediatria; (d) Ginecologia e Obstetrícia; (e) Cirurgia Geral	

Quadro A.4: Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
7, 8	2009	MEC	(1) Receber e processar as propostas referentes aos hospitais universitários	Bolsas dos hospitais universitários federais
		MS	(1) Receber e processar as propostas referentes aos hospitais de ensino (exceto os federais), secretarias estaduais (SES) e municipais (SMS)	Bolsas dos hospitais de ensino e projetos de SES e SMS
		Conjunta MEC e MC	(1) Publicação do edital; (2) Constituir comissão de análise de projetos; (3) seleção dos projetos; (4) liberar recursos para as bolsas; (5) prestar assistência técnica e financeira; (6) fornecer apoio às instituições interessadas	
		Instituições	Cumprir todas as normas de execução previstas no documento de formalização do apoio financeiro, inclusive em termos de relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais. Não estar em diligência ou exigência pelo CNRM. Ter prévia aprovação do programa proposto que será enviado pelo COREME para o CNRM	Instituições devem depender só de bolsas de residência para concorrer com projetos de ampliação ou abertura de novas vagas de residência por meio desses editais. Recursos para execução de outras ações de seus programas de residência devem ser garantidos por meio de outras fontes
		CNRM	Credenciar e avaliar as instituições	
		CEREM	Enviar os projetos propostos para o CNRM; subsequente cadastramento do projeto no site do MEC	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	
18	2011	MEC	Não explicitada nos editais	
		MS	Não explicitada nos editais	Financiamento de todas as bolsas desses editais, para hospitais de ensino e projetos de SES e SMS
		Conjunta MEC e MC	(1) Publicação do edital; 2) Constituir comissão de análise de projetos que avaliará os projetos	
		Instituições	Não explicita como em 2008 e 2009, mas informa que elas devem ter as vagas aprovadas e não estar em diligência e exigência. Devem apresentar o projeto conforme o edital. Ter as vagas aprovadas pelo COREME e autorizadas ou submetidas ao CNRM. Os hospitais de ensino devem estabelecer parcerias com a SES ou SMS para apresentação conjunta da proposta. As instituições sem vagas, devem realizar o pedido por meio de cadastro no SisCNRM. As propostas/os projetos que concorrem ao edital devem ser inscritos no Sigresidencias.	
		CNRM	Não explicita, mas são as normatizadas em edital	
		CEREM	Não explicita, mas fala que as instituições têm que ter as vagas aprovadas pelo CEREM local	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
29	2013	MEC	Não explicitada no edital	
		MS	(1) Liberar os recursos e (2) Prestar assistência técnico-financeira durante a execução do projeto, quando necessária, diretamente ou por delegação	Bolsas para instituições públicas estaduais e municipais e os hospitais privados sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao MEC para vagas novas e pré-existentes, sendo que estas não podem ter sido contempladas no edital 18/2011
		Conjunta MEC e MC	(1) Publicação do edital; (2) Constituir comissão de análise de projetos; (3) responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo; (4) Estabelecer, em conjunto com a CNRM/MEC, o planejamento do processo de avaliação dos projetos de novos PRM apresentados, a fim de contemplar o exigido neste Edital; (4) fornecer apoio às instituições interessadas	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto; 2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC; 3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital; 4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais; 5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas; 6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências; 7. Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (continua...)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
31	2014	MEC	Não explicitada no edital	
		MS	(1) Liberar os recursos e (2) Prestar assistência técnico-financeira durante a execução do projeto, quando necessária, diretamente ou por delegação	Bolsas as instituições públicas estaduais, municipais e do Distrito Federal e privadas sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao MEC e instituições privadas.
		Conjunta MEC e MC	(1) Publicação do edital; (2) Constituir comissão de análise de projetos; (3) responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo; (4) Estabelecer, em conjunto com a CNRM/MEC, o planejamento do processo de avaliação dos projetos de novos PRM apresentados, a fim de contemplar o exigido neste Edital; (4) fornecer apoio às instituições interessadas	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da co- missão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (continua...)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
1	2015	MEC	Não explicitada no edital	Bolsas as instituições públicas estaduais, municipais e do Distrito Federal e privadas sem fins lucrativos
		MS	(1) Publicar edital; (2) Designar, por ato da SGTES/MS, Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital; (3) Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.(4) Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas conforme determina a legislação pertinente, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010; (5) Prestar assistência técnico-financeira durante desenvolvimento dos programas de residência médica financiados pelo Ministério da Saúde, quando necessária, diretamente ou por delegação;	
		Conjunta MEC e MS	Não explicitada no edital	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino			

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (continua...)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
4	2015	MEC	Não explicitada no edital	
		MS	(1) Publicar edital; (2) Designar, por ato da SGTES/MS, Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital; (3) Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.(4) Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas conforme determina a legislação pertinente, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010; (5) Prestar assistência técnico-financeira durante desenvolvimento dos programas de residência médica financiados pelo Ministério da Saúde, quando necessária, diretamente ou por delegação;	Bolsas as instituições públicas estaduais, municipais e do Distrito Federal e privadas sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao MEC e instituições privadas.
		Conjunta MEC e MS	Não explicitada no edital	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (continua...)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
5	2016	MEC	Não explicitada no edital	
		MS	(1) Publicar edital; (2) Designar, por ato da SGTES/MS, Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital; (3) Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.(4) Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas conforme determina a legislação pertinente, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010; (5) Prestar assistência técnico-financeira durante desenvolvimento dos programas de residência médica financiados pelo Ministério da Saúde, quando necessária, diretamente ou por delegação;	Bolsas para instituições públicas estaduais, municipais e do Distrito Federal e instituições privadas sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC) e instituições privadas com fins lucrativos. Financiadas com recursos da ação do Programa Mais Médicos (trata este Edital serão financiadas com recursos do onerando a ação orçamentária nº 10.301.2015.214U.0001)
		Conjunta MEC e MS	Não explicitada no edital	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (continua...)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
16	2016	MEC	Não explicitada no edital	
		MS	(1) Publicar edital; (2) Designar, por ato da SGTES/MS, Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital; (3) Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.(4) Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas conforme determina a legislação pertinente, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010; (5) Prestar assistência técnico-financeira durante desenvolvimento dos programas de residência médica financiados pelo Ministério da Saúde, quando necessária, diretamente ou por delegação;	Bolsas para instituições públicas estaduais, municipais e do Distrito Federal e instituições privadas sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC) e instituições privadas com fins lucrativos.
		Conjunta MEC e MS	Não explicitada no edital	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (continua...)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
10	2017	MEC	Não explicitada no edital	
		MS	(1) Publicar edital; (2) Designar, por ato da SGTES/MS, Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital; (3) Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.(4) Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas conforme determina a legislação pertinente, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010; (5) Prestar assistência técnico-financeira durante desenvolvimento dos programas de residência médica financiados pelo Ministério da Saúde, quando necessária, diretamente ou por delegação;	
		Conjunta MEC e MS	Não explicitada no edital	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	Bolsas para instituições públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal, instituições privadas sem fins lucrativos e as instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC).
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Quadro A.4. Editais do Pró-residência Médica – responsabilidades institucionais (fim)

Número do Edital	Ano	Responsabilidades	Gestão	Financiamento
2	2019	MEC	Não explicitada no edital	Bolsas para instituições públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal, instituições privadas sem fins lucrativos e as instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC). Financiadas pela ação 20YD e também pela ação 214U (Programa de Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade)
		MS	(1) Publicar edital; (2) Designar, por ato da SGTES/MS, Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital; (3) Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.(4) Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas conforme determina a legislação pertinente, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010; (5) Prestar assistência técnico-financeira durante desenvolvimento dos programas de residência médica financiados pelo Ministério da Saúde, quando necessária, diretamente ou por delegação;	
		Conjunta MEC e MS	Não explicitada no edital	
		Instituições	1. Receber, em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;2. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do PRÓ-RESIDÊNCIA, promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC;3. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada PRM contemplado e do Coordenador da respectiva COREME da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital;4. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais.5. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.6. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no SIG-Residências.7 Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer menos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União. Menciona ainda: ter as vagas devidamente aprovadas pelo COREME; ter as vagas autorizadas ou submetidas para autorização junto ao CNRM por meio do SisCNRM; firmar parceria com SES ou SMS para apresentação de proposta conjunta	
		CNRM	Não explicitada no edital	
		CEREM	Não explicitada no edital	
		Secretarias estaduais e municipais	Apresentar projetos e participar da proposição conjunta dos projetos propostos pelos hospitais universitários e de ensino	

Nota: Não foram localizados os textos dos editais de 2010 e do Memorando 109/2015.

Tabela A.1: Programa Pró-Residência - Número de Bolsas de Residência Médica (R1), por ano do edital e estado.

UF	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2019	Total	Total (%)
SP	200	177	347	1199	342	477	172	58	129	3101	31.7%
MG	30	46	229	403	123	180	70	32	56	1169	12.0%
RJ	33	19	42	158	45	689	15	21	24	1046	10.7%
RS	46	10	55	246	71	146	37	30	8	649	6.6%
PR		39	91	163	70	143	51	26	53	636	6.5%
BA	25	41	45	73	104	52	15	59	27	441	4.5%
CE	160	18	94	32	1	30		6		341	3.5%
SC	7	4	11	107	78	74	12	4	26	323	3.3%
PA	16	22	97	66	26	19	10	14		270	2.8%
GO	16	25	72	54	10	39	17	19	4	256	2.6%
ES	10	2	6	87	12	18	6	79	23	243	2.5%
PE	24		12	102	4	44		13	12	211	2.2%
PB	9		5	75		56	4	37		186	1.9%
MS	13	9	16	9	10	6	42		43	148	1.5%
AL			6	35	15	24	5	52	2	139	1.4%
MT	2	2	13	8	5	38			27	95	1.0%
DF					24	27		24	12	87	0.9%
AM	5		31	19	17	5	7			84	0.9%
SE			10	37	16	4	2	9		78	0.8%
TO			5	21	13	7	11	7	5	69	0.7%
PI		4		7		6	4	23	2	46	0.5%
RN		5	2	26	1	7		2		43	0.4%
RR	9	19	5	3						36	0.4%
MA		10	4	8	4					26	0.3%
AC	6		4			14				24	0.2%
RO			8		4			2		14	0.1%
AP			2	5						7	0.1%
Total	611	452	1212	2943	995	2105	480	517	453	9768	

Nota: Número de bolsas de residência médica disponibilizadas pelo Programa Pró-Residência por Unidade da Federação e ano (2009-2019), considerando todas as especialidades médicas.

Quadro A.5. Compatibilização taxonomica de especialidades e ocupação (CBO)*

Grupo de especialidades	Código	Especialidades reconhecidas*		Classificação Brasileira de	
		Descrição	Código	Descrição	
Atenção Primária	30	Medicina de Família e Comunidade	225130	Médico de família e comunidade	
			225142	Médico da Estratégia de Saúde da Família	
	16	Clínica médica	225125	Médico clínico	
Especialidades clínicas	2	Alergia e Imunologia	225110	Médico alergista e imunologista	
	4	Angiologia	225115	Médico angiologista	
	5	Cardiologia	225120	Médico cardiologista	
	18	Dermatologia	225135	Médico dermatologista	
			2231A2***	Médico hanseologista	
	19	Endocrinologia e Metabologia	225155	Médico endocrinologista e metabologista	
	21	Gastroenterologia	225165	Médico gastroenterologista	
	23	Geriatria	225180	Médico geriatra	
	27	Infectologia	225103	Médico infectologista	
	34	Medicina Física e Reabilitação	225160	Médico fisiatra	
	35	Medicina Intensiva	225150	Médico em medicina intensiva	
	39	Nefrologia	225109	Médico nefrologista	
	41	Neurologia	225112	Médico neurologista	
			225350	Médico neurofisiologista clínico	
	44	Oncologia Clínica	223145	Médico oncologista	
			225122	Médico cancerologista pediátrico	
			225121	Médico oncologista clínico	
49	Pediatria	225124	Médico pediatra		
50	Pneumologia	225127	Médico pneumologista		
		2231A1***	Médico Broncoesofalologista		
Especialidades clínicas	51	Psiquiatria	225133	Médico psiquiatra	
	54	Reumatologia	225136	Médico reumatologista	
Especialidades Cirúrgicas	6	Cirurgia Cardiovascular	225210	Médico cirurgião cardiovascular	
	8	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2231G1***	Médico cardiologista intervencionista	
			225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço	
	7	Cirurgia da Mão	225295	Médico cirurgião da mão	
	9	Cirurgia do Aparelho Digestivo	225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo	
	10	Cirurgia Geral	225225	Médico cirurgião geral	
	11	Cirurgia Oncológica	225290	Médico cancerologista cirúrgico	
	12	Cirurgia Pediátrica	225230	Médico cirurgião pediátrico	
	13	Cirurgia Plástica	225235	Médico cirurgião plástico	
	14	Cirurgia Torácica	225240	Médico cirurgião torácico	
	15	Cirurgia Vascular	225203	Médico cirurgião vascular	
	17	Coloproctologia	225280	Médico coloproctologista	
	24	Ginecologia e Obstetrícia	225250	Médico ginecologista e obstetra	
	28	Mastologia	225255	Médico mastologista	
40	Neurocirurgia	225260	Médico neurocirurgião		
43	Oftalmologia	225265	Médico oftalmologista		
45	Ortopedia e Traumatologia	225270	Médico ortopedista e traumatologista		
Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	46	Otorrinolaringologia	225275	Médico otorrinolaringologista	
	52	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	225245	Médico Foniatra	
			225285	Médico urologista	
	3	Anestesiologia	225151	Médico anestesista	
	20	Endoscopia	225310	Médico em endoscopia	
	25	Hematologia e Hemoterapia	225185	Médico hematologista	
			225340	Médico hemoterapeuta	
	37	Medicina Nuclear	225315	Médico em medicina nuclear	
	42	Nutrologia	225118	Médico nutrologista	
	47	Patologia	225325	Médico patologista	
225148			Médico anatomopatologista		
48	Patologia clínica/medicina laboratorial	225305	Médico citopatologista		
		225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial		
53	Radioterapia	225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem		
		225355	Médico radiologista intervencionista		
-	-	-	225330	Médico radioterapeuta	
-	-	-	225345	Médico hiperbarista	
Outras especialidades	1	Acupuntura	225105	Médico acupunturista	
	26	Homeopatia	225195	Médico homeopata	
	22	Genética Médica	225175	Médico geneticista	
	36	Medicina Legal e Perícia Médica	225106	Médico legista	
			223150	Médico perito	
	31	Medicina do Trabalho	225140	Médico do trabalho	
	38	Medicina Preventiva e social	225139	Médico sanitaria	
			2231F8**	Médico em medicina preventiva e social	
	32	Medicina do Tráfego	225145	Médico em medicina do tráfego	
	33	Medicina Esportiva	-	-	
29	Medicina de Emergência	-	-		
-	-	-	225154	Médico antroposófico	
Residência médica	-	-	2231F9**	Médico residente	

*Essa proposta de compatibilização foi feita pela Fiocruz por demanda da Sgtes/MS e disponibilizada para a equipe que realizou a avaliação de resultados.