



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE**

LUCAS BARBOSA DE ABREU

**FIXAÇÃO DE ESPECIALISTAS EGRESSOS DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MÉDICA DO NCV-UFPE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO E NO SUS: um estudo
transversal**

CARUARU

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

LUCAS BARBOSA DE ABREU

FIXAÇÃO DE ESPECIALISTAS EGRESSOS DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO NCV-UFPE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO E NO SUS: um estudo transversal

TCR apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, como requisito para a obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador(a): Carolina Albuquerque da Paz

CARUARU

2025

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE**

Abreu, Lucas Barbosa de.

Fixação de especialistas egressos de programas de residência médica do NCV-UFPE no interior de Pernambuco e no SUS: um estudo transversal / Lucas Barbosa de Abreu. - Caruaru, 2025.

40 p., tab.

Orientador(a): Carolina Albuquerque da Paz

Trabalho de Conclusão de Residência - TCR (Especialização) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, , 2025.

Inclui referências.

1. Políticas públicas em saúde. 2. Distribuição de médicos. 3. Equidade no acesso aos serviços de saúde. 4. Residência médica. 5. Interiorização. I. Paz, Carolina Albuquerque da. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

LUCAS BARBOSA DE ABREU

FIXAÇÃO DE ESPECIALISTAS EGRESSOS DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO NCV-UFPE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO E NO SUS: um estudo transversal

TCR apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, como requisito para a obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovado em: 11/12/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Carolina Albuquerque da Paz (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Viviane Xavier de Lima e Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Katielly de Lima Macedo (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Aos ventos que hão de vir.

AGRADECIMENTOS

A Adelazir, sem a qual nada disso teria início ou sentido.

A Viviane e Carolina, pela orientação e inspiração.

A Adson e Katielly, pelos ensinamentos e companheirismo.

A Kledson, Sérgio, Quézia, Késsia, Camila, Deyverson, Eduarda, Letícia, Alana e Nayara, pelo crescimento, reflexões, trocas e amizade.

A Thiago, Manoel, Lílian, Artur, Cristiane e todos os amigos que fizeram esta aventura caruaruense valer a pena.

RESUMO

A iniquidade na distribuição de médicos no território nacional é um problema histórico que gera desafios consideráveis na assistência à saúde da população e na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa desigualdade é ainda mais profunda no que diz respeito a médicos especialistas, necessários na estrutura de redes de atenção à saúde sólidas e efetivas. Nesse sentido, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) foi expandida para a cidade de Caruaru e foram criados programas de residência médica para a formação de mais especialistas visando sua permanência na região. Contudo, ainda não se têm informações consolidadas sobre a alocação desses profissionais. Esse estudo transversal cruza dados da UFPE sobre seus egressos com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sobre a localização desses trabalhadores, além da sua presença no sistema público e no exercício da sua especialidade. Foram encontrados 100 profissionais de cinco programas, formados entre 2017 a 2025, com 67,7% majoritariamente presentes no interior; 87,7% no setor público e 84,4% na suas respectivas especialidades. Existem diferenças significativas nesses valores entre os programas, com hipóteses aplicáveis individualmente à realidade de cada uma das especialidades e o contexto local do região, como condições de emprego e de oportunidades de subespecialização.

Palavras-chave: distribuição de médicos; políticas públicas em saúde; equidade no acesso aos serviços de saúde; residência médica

ABSTRACT

The iniquity on the distribution of doctors on national territory is an historical problem that causes considerable challenges to the population's healthcare and organization of the Unified Health System (SUS). This inequality is deeper still on the subject of specialists doctors essential to effective and solid healthcare networks. In that regard, the Federal University of Pernambuco (UFPE) was expanded into the city of Caruaru and medical residencies programs were created to train more specialists aiming their permanence on the region. However, there isn't consolidated informations about the allocation of these professionals as of yet. This transversal study cross data from the UFPE about their postgraduates with data from the National Registry of Health Establishments (CNES) on the location of these workers, in addition to their presence in the public sector and on the practice of their specialties. There were found 100 professionals of five programs, graduated between 2017 and 2025, with 67,7% mostly present on the interior; 87,7% on the public sector and 84,4% in their respective specialties. There are significant differences in the values among the programs, with individually apliable hypothesis on each specialty's reality and the local regional context, such as employability conditions and oportunities to subespecialize.

Keywords: physicians distribution; public health policies; equity in access to health services; medical residency

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Definição da presença de maioria da carga horária dos egressos de programa de residência do NCV/UFPE no interior, no setor público e na especialidade de formação.....	27
Gráfico 1 – Distribuição por especialidades da presença de profissionais com 50% ou mais da carga horária no interior de Pernambuco pelo CNES.....	32
Gráfico 2 – Distribuição por especialidades da presença de profissionais com 50% ou mais da carga horária no setor público pelo CNES.....	33
Gráfico 3 – Distribuição por especialidades da presença de profissionais com 50% ou mais de carga horária em CBOs compatíveis com a especialidade pelo CNES.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de egressos de programas de residência médica do NCV/UFPE, por ano e por especialidade.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIASÕES

APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
COREME	Comissão de Residência Médica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDCI	Índice de Distribuição de Médicos Capital/Interior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NCV/UFPE	Núcleo de Ciências da Vida na Universidade Federal de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	O DIREITO A SAÚDE, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO EM NÍVEIS.....	18
2.2	A DIFICULDADE NO PROVIMENTO E ACESSO A MÉDICOS.....	20
2.3	MOTIVOS PARA A ESCASSEZ DE MÉDICOS E OS DESAFIOS PARA SUA SUPERAÇÃO.....	22
3	OBJETIVOS.....	24
3.1	OBJETIVO GERAL.....	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
5	RESULTADOS.....	27
6	DISCUSSÃO.....	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A disparidade do quantitativo de médicos entre a capital e o interior das unidades federativas do país é um problema recorrente no acesso da população aos serviços de saúde, sendo esta continuadamente forçada a se deslocar a centros de referência geograficamente distantes e determinando maiores barreiras a depender das condições estruturais, financeiras e clínicas da população no que se relaciona a este deslocamento. Na realidade administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), é gerado um processo de iniquidade e ineficiência, com o aumento das filas de espera e sobrecarga assistencial de grandes centros (OLIVEIRA, 2017).

Para além da quantidade absoluta de profissionais, existem também diferenças marcantes na distribuição de médicos especialistas, sendo estes essenciais na estruturação e nas atividades de todos os níveis de atenção à saúde e das diversas redes de atenção à saúde. Esse processo inicia-se desde a Atenção Primária, onde os especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) aumentam consideravelmente a resolutividade e qualidade do serviço de saúde com consequente redução da sobrecarga sobre o mesmo (JANTCH et. al., 2022). Na Atenção Secundária e Terciária, a maioria dos serviços dependem diretamente da presença de especialistas focais das mais diversas áreas do conhecimento, sem os quais a implantação desses níveis de atenção não é sequer possível (STOCCO; MUNDIM; ARAÚJO; COSTA, 2024).

A menor oferta ou até mesmo a falta de profissionais especializados podem determinar atrasos diagnósticos e terapêuticos, chegando a dificultar ou impossibilitar o acesso ao cuidado dentro das necessidades de saúde da população. Pessoas com doenças crônicas que requerem acompanhamento recorrente ou em situações de urgência que necessitem de avaliação em tempo hábil são exemplos de populações diretamente impactadas.

Um estudo de 2023, por exemplo, avaliou a evolução demográfica de neurologistas de 2010 a 2020; constatando que apesar de ocorrer um aumento na quantidade absoluta de profissionais, a diferença regional permanece marcante, em

particular nas regiões Norte e Nordeste, muito abaixo da média nacional de especialistas por 100 mil habitantes (SANTOS-LOBATO et. al., 2023).

Situações semelhantes são demonstradas no estudo Demografia Médica 2025, com grandes discrepâncias na distribuição nacional de especialistas mesmo nas áreas básicas da medicina. Na Ginecologia e Obstetrícia, por exemplo, dezoito unidades da federação estão abaixo da média nacional de especialistas por 100.000 mulheres. Na Clínica Médica, dezenove unidades abaixo da média por 100.000 habitantes. Na Medicina de Família e Comunidade, quatorze.

O contexto da desigualdade ganha uma nova profundidade quando se avalia a discrepância entre a capital e o interior dos estados. Por exemplo, 60,7% dos especialistas em Clínica Médica estão nas capitais. Na MFC, dos 15.542 especialistas, 49,8% estão nas capitais com apenas 18,1% em cidades com menos de 300.000 habitantes.

Segundo dados do mesmo estudo, o estado de Pernambuco apresenta um total de 23.030 médicos, sendo 15.430 destes registrados na capital, Recife. A capital concentra a grande maioria dos registros de médicos generalistas (66,9%) e especialistas (73,5%) enquanto sua população representa cerca de 15,5% da população do estado. Os 7600 profissionais registrados nos demais municípios compõem uma razão de 0,96 médicos por 1000 habitantes, muito aquém da média nacional de 2,98 e da média da região Nordeste de 2,21 médicos por 1000 habitantes.

No estudo Demografia Médica 2025 também é apresentada a atualização do Índice de Distribuição de Médicos Capital/Interior (IDCI), definido como “a razão de registros médicos por 1.000 habitantes na capital, dividida pela razão fora das capitais para as mesmas unidades da Federação”. Essa métrica refina a avaliação da discrepância da distribuição de profissionais levando em consideração a quantidade dos mesmos em relação à população tanto da capital quanto do interior. A região Nordeste e Norte registram as maiores desigualdades do país, com o estado de Pernambuco apresentando um IDCI de 10,17; acima da média regional de 7,32 e sendo a sexta unidade federativa mais desigual.

Para além da distribuição total de médicos, essa desigualdade também é profunda no que diz respeito aos especialistas na realidade pernambucana. Dos 12.947 especialistas, 73,5% estão registrados na capital (SCHEFFER, 2025).

Este cenário determina um desafio importante para a efetivação da proposta de integralidade preconizada pelos princípios do SUS. Para além do evidente prejuízo individual aos habitantes em áreas com escassez, esta situação também se torna um problema de ordem estratégica para o sistema, podendo gerar de forma cumulativa demandas de maior complexidade clínica e custo social e financeiro.

Contudo, os dados apresentam uma limitação importante para uma análise mais próxima a realidade, considerando que o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco apresenta a possibilidade de registro em diversas delegacias regionais ao longo do interior do estado e um único registro é o suficiente para a atuação do profissional em todo o território estadual. O estudo demográfico esclarece que não leva em consideração as migrações dos médicos e o local onde exercem a prática, apenas os registros.

Nos últimos anos, políticas públicas foram estruturadas e executadas buscando mitigar a falta de profissionais médicos no país e sua distribuição no território nacional, tanto de generalistas quanto de especialistas. O primeiro passo na histórica recente dado nesse sentido foi a Lei nº 12.871 de 2013, que além de iniciar o Programa Mais Médicos para provimento de profissionais também deu providências quanto ao formato da expansão da formação médica. Foi iniciado, então, um movimento de abertura de escolas médicas em todo o país pelas iniciativas pública e privada, culminando diretamente na instalação do Núcleo de Ciências da Vida na Universidade Federal de Pernambuco em Caruaru (NCV/UFPE), oferecendo a graduação em Medicina e instaurando uma Comissão de Residência Médica (COREME).

Ao longo dos anos de atuação desta COREME, foram expandidas a quantidade de programas de residência e de vagas ofertadas, chegando atualmente a um total de 31 vagas por ano; distribuídas em Medicina de Família e Comunidade (10 vagas), Clínica Médica (4 vagas), Pediatria (4 vagas), Psiquiatria (3 vagas),

Ginecologia e Obstetrícia (6 vagas), Neonatologia (2 vagas) Saúde da População dos Campos, Florestas e Águas (2 vagas).

Seguindo princípios da aplicação de políticas públicas, é preciso verificar a efetividade das medidas tomadas para alcançar os objetivos propostos a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2018). No caso em questão, avalia-se o objetivo institucional da Universidade Federal de Pernambuco em formar especialistas no interior do estado, por meio dos programas de residência médica do campus da instituição na cidade de Caruaru. Dentro desse contexto, esse estudo almeja obter um panorama inicial da presença desses egressos em serviços de saúde no interior, contribuindo para o fortalecimento do SUS e para o processo de superação dos desafios na fixação desses profissionais dentro do interior do estado de Pernambuco.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O DIREITO A SAÚDE, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO EM NÍVEIS

A Constituição Federal de 1988 define em seu artigo 192 que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas que visem [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços”. Esse artigo pode também ser interpretado como expressão de um longo processo social e histórico ao longo do século XX no Brasil, que reconhece as fragilidades no cuidado à saúde da periferia econômica, geográfica e social do país; culminando com a reforma sanitária brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Até esse ponto da história nacional, a atuação pública dentro do contexto da saúde era focada em um sentido restrito a ações coletivas, esporádicas e higienistas, deixando a assistência individual à saúde ao cargo do cidadão ou financiado por instituições aos quais trabalhadores formais eram vinculados, a exemplo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Tal contexto não contemplava a maior parte da população que, em caso de ausência de recursos, de trabalho formal ou de condições produtivas, dependia exclusivamente da filantropia confessional ou secular.

A partir da nova Constituição Federal é trazida para a esfera pública a responsabilidade sobre o provimento de ações assistenciais em saúde para toda a população brasileira; essa regulamentação é firmada com as Leis 8080/90 e 8142/90, comumente conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Essas leis definem os princípios ideológicos e organizacionais para alcançar os objetivos estipulados para o sistema; dentre esses princípios, a equidade, reconhecendo a necessidade de priorizar a oferta dos serviços de saúde para territórios e populações com escassez histórica de acesso. Também desde as leis orgânicas é definida a necessidade da estruturação das redes de saúde de forma hierárquica, conforme os níveis de complexidade e densidade tecnológica para garantir outro dos princípios: a integralidade no cuidado à saúde.

Outro movimento contemporâneo e relacionado a reforma sanitária brasileira e aos fundamentos teóricos para o SUS foi a ênfase na necessidade de descentralizar a atenção à saúde do ambiente hospitalar e trazer serviços de saúde para próximo a população e considerando seu contexto social. Exemplificados pelas

Declarações de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986), esse movimento global traz a atenção primária como meio para estruturar a base de sistemas de saúde que possam abranger a totalidade da população.

Ao longo da década de 90, foram desenvolvidos e progressivamente implantados os Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 e o Programa de Saúde da Família em 1994, mapeando as necessidades de saúde dos territórios e intervindo de forma direta e permanente na assistência, não apenas focado em epidemias ou em ações preventivas. Contudo, apenas em 1997 pela portaria nº 1886/GM são consolidadas as responsabilidades dos entes federativos na consolidação e operacionalização da atenção básica. (LIMA; GERSCHMAN; EDLER; SUÁRES, 2005)

Em 2006, o Pacto pela Saúde e a primeira Política Nacional de Atenção Básica reforçam a importância da Estratégia de Saúde da Família (a atual nomenclatura do programa) como ordenadora da rede de saúde e incorpora oficialmente atributos como a orientação familiar e comunitária no arcabouço teórico e organizacional da APS. Nesse contexto, a convergência entre os objetivos estabelecidos para a atenção básica e as competências do especialista em Medicina de Família e Comunidade tornam a presença desse profissional extremamente valiosa para o sistema.

Na atenção secundária e terciária, o SUS também foi confrontado com a necessidade de ordenar os serviços de saúde preexistentes que anexou e os que expandiu. Retomando a hierarquização e regionalização como diretrizes organizativas do sistema, a legislação também evoluiu ao longo dos anos para estabelecer as relações entre governos federal, estadual e municipal na administração dos serviços. Também em 2006, o Pacto pela Saúde estabelece a necessidade de articulação territorial e assistencial para o cumprimento dos objetivos do SUS; trazendo conceitos como as Redes de Atenção à Saúde, contemplando a integração dos três níveis de atenção nas necessidades sanitárias e as Regiões de Saúde, trazendo esses níveis para as realidades geográficas locais. As regiões de saúde são definidas como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo” que “devem organizar a rede de ações e serviços de

saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, eqüidade e integralidade do cuidado" (BRASIL, 2006).

2.2 A DIFICULDADE NO PROVIMENTO E ACESSO A MÉDICOS

Desde a sua idealização e base legal, o SUS traz para a discussão as vulnerabilidades que comprometem a qualidade da assistência e a consequente repercussão na saúde da população. O planejamento estratégico na gestão do sistema e a formulação das novas leis e portarias ao longo dos anos também seguem esse racional, buscando se adequar a realidade social e sanitária do país e considerando o aumento expressivo da quantidade de cidadãos.

O primeiro e talvez maior ponto crítico a ser trabalhado é o nível de cobertura pela atenção básica ao longo do território nacional, especialmente a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Desde a criação do SUS e os avanços para ampliação do seu alcance, a falta de acesso à atenção básica foi uma grande dificuldade ao longo de diversas gestões em todos os entes federativos. Ao fim de 2013, ano de início do Programa Mais Médicos para provimento de profissionais e expansão das equipes, a cobertura estimada pelos dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde era de 70,58% para equipes de Atenção Básica e 57,45% para equipes da Estratégia de Saúde da Família. Dez anos depois, em 2023, os relatórios do Ministério da Saúde indicam uma cobertura de 79,73% no país (BRASIL, 2025).

Contudo, alguns problemas inerentes ao modelo de provimento de médicos no caso da atenção básica permanecem, mesmo após as mudanças propostas em 2019 com a substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil e em 2023 com a nova formulação do primeiro programa. Dentre eles, podem ser citados a alta rotatividade dos profissionais devido à ausência de uma estrutura de progressão de carreira e o vínculo de bolsista ao invés de uma relação trabalhista. Embora a nova legislação do programa tente mitigar essa situação com bônus por tempo de permanência, ainda persiste a dificuldade de fixação e suas consequências quanto a vulnerabilidade das populações remotas à ausência de profissionais (OLIVEIRA, 2017; OLIVEIRA, 2024).

Para a realidade da atenção primária, um recorte essencial a ser realizado é também a valorização da presença do especialista em Medicina de Família e Comunidade dentro da rede. Atualmente, o especialista tem apenas uma maior pontuação na inscrição dos programas de provimento e somente alguns municípios priorizam a contratação de especialistas. Para fins práticos, o especialista ocupa o mesmo espaço que um generalista na APS, mesmo que tenha um maior índice de resolutividade e menor taxa de encaminhamentos (REBOLHO, 2021).

Na atenção secundária e terciária, o acesso também é um desafio para a população dentro do contexto das regiões de saúde. Apesar de preconizarem requisitos em autossuficiência para seu estabelecimento, essas regiões podem não possuir a totalidade dos serviços de saúde necessários ou abranger um território muito extenso, também forçando o deslocamento de forma desfavorável para os usuários. As causas para isso permeiam motivos estruturais (a existência de hospitais, a presença de equipamentos de alto custo) mas também falta de recursos humanos para o funcionamento efetivo de ambulatórios, CAPS, enfermarias e outros pontos de atenção à saúde. (STOCCO; MUNDIM; ARAÚJO; COSTA, 2024)

Dessa forma, a escassez ou ausência de médicos especialistas dificulta a implementação plena das redes de atenção à saúde nos contextos locais e diminui a resolutividade das regiões de saúde. É importante reiterar a consequência prática da sobrecarga de grandes centros (como hospitais de referência ou ambulatórios especializados) e do aumento de filas, atrasos e gastos. (OLIVEIRA, 2017; STRALEN, 2017).

No ano de 2025, houve um aumento da presença da União no provimento de especialistas na atenção secundária e terciária por meio da Medida Provisória nº 1.301/2025 que institui o Programa Agora Tem Especialistas com o objetivo de diminuir o tempo de espera para serviços da atenção especializada e ampliar a oferta de leitos hospitalares. Existem medidas previstas para fornecimento de cursos de aprimoramento e bolsa-formação para profissionais atuando em regiões com maior desassistência e filas mais longas. Contudo, ainda inexistem no momento maiores informações sobre as medidas tomadas para presença permanente desses profissionais a médio e longo prazo.

2.3 MOTIVOS PARA A ESCASSEZ DE MÉDICOS E OS DESAFIOS PARA SUA SUPERAÇÃO

O desequilíbrio entre a oferta e a demanda de profissionais médicos é um problema enfrentado por diversos países no mundo e os fatores que influenciam essa relação são temas de diversos estudos ao longo dos anos, particularmente em países com sistemas públicos e universais.

A escassez absoluta dos profissionais e sua distribuição ao longo do território são aspectos quantitativos necessários para uma análise inicial. Contudo, também são necessárias a investigação e avaliação dos fatores qualitativos do problema, especialmente para a formulação de medidas efetivas para sua resolução. Nesse contexto, discorre-se sobre as circunstâncias subjetivas que influenciam o deslocamento e fixação de médicos no território nacional, não apenas para sua formação, mas para sua presença a longo prazo fornecendo uma oferta constante dos serviços (OLIVEIRA, 2017).

Um estudo de 2019 a relação entre a oferta de vagas de residência médica e a demanda por especialistas levantou também uma ligação importante com o mercado de trabalho para definir a ocupação das vagas e a permanência dos profissionais no setor público. Foi destacado que especialidades com grande demanda reprimida como Endocrinologia, Neurologia e Cirurgia Vascular têm a maior parte de seus profissionais trabalhando majoritariamente no setor privado. No contexto da Medicina de Família e Comunidade, também foi destacado a presença de grande quantidade de vagas ociosas para residência médica nos anos do estudo, apesar da tendência à redução dessa proporção (SILVA; MELO; TEIXEIRA, 2019).

Outro estudo descritivo e exploratório realizou uma análise de fatores sociodemográficos levando em consideração a escassez de médicos e a vulnerabilidade em municípios das cinco regiões do Brasil para definir um campo de estudo para investigar as causas dessa dificuldade de fixação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas trazendo a percepção desses profissionais sobre diversos tópicos que os influenciaram para uma maior ou menor permanência em determinados territórios.

Nesse estudo foi destacado o salário e a regularidade de pagamento como um dos principais atrativos para o deslocamento para cidades mais remotas e com menos comodidades estruturais (como opções de lazer). Porém, apenas a remuneração não representou grande importância para a fixação a longo prazo e foi levantada a possibilidade de maior rotatividade de profissionais, acompanhando melhores propostas financeiras.

As condições de trabalho foram exemplificadas no estudo tanto pela situação estrutural dos serviços de saúde quanto pelo dimensionamento da demanda e pela organização da mesma pela gestão. Muitos médicos demonstraram receio em manter-se a médio e longo prazo em cidades com déficits de infraestrutura e/ou cobranças por produção com comprometimento da qualidade dos atendimentos. Também foram citadas a estrutura da rede de saúde (a presença de especialistas ou de hospitais de referência próximos) como um fator importante nas avaliações.

Fatores locais como oferta de serviços e lazer, oportunidades de emprego para os demais familiares, presença de escolas de alta qualidade e infraestrutura de transporte também foram indicadas como grandes influências na decisão do profissional em ir para um município ou estender sua permanência.

Notavelmente, o vínculo trabalhista foi um fator que teve respostas muito heterogêneas; o interesse em realizar residência médica ou de continuar a formação profissional trouxe uma maior rotatividade nos municípios remotos estudados e fez com que os médicos tivessem maior interesse em vínculos mais flexíveis. Entretanto, profissionais com maior tempo de profissão ou que já trabalham como especialistas valorizaram mais a estabilidade do vínculo estatutário (STRALEN, 2017).

Considerando as intensas diferenças presentes tanto entre as regiões propriamente ditas quanto nas relações capital-interior ao longo do país, existe uma inerente dificuldade metodológica em realizar uma análise que contemple as realidades profissionais e estruturais presentes. Contudo, uma avaliação mais restrita a territórios específicos e considerando as especificidades locais podem ser uma rica ferramenta na formulação de políticas de promoção à fixação de médicos com maior efetividade e longevidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a presença de médicos especialistas egressos de programas de residência médica do NCV-UFPE no interior do estado de Pernambuco

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apurar a permanência de médicos egressos de programas de residência médica do NCV-UFPE nas suas especialidades de formação
- Averiguar a atuação de médicos especialistas egressos de programas de residência médica do NCV-UFPE no Sistema Único de Saúde
- Contextualizar a realidade e os desafios enfrentados na fixação de médicos especialistas no interior pernambucano

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal, tendo sido realizada uma consulta à base de dados pública da biblioteca do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco para obter um levantamento nominal dos concludentes dos programas de residência médica vinculados à COREME do NCV/UFPE. Obteve-se a relação dos nomes completos dos profissionais, nome do programa concluído e o ano de conclusão.

Utilizando a relação nominal dos concludentes, foi realizada uma consulta à base de dados pública do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente ao mês da coleta de dados, setembro de 2025, para obter três informações relativas aos objetivos do estudo: (1) se os especialistas têm 50% ou mais de carga horária em instituições de saúde no interior do estado de Pernambuco; (2) se os especialistas têm 50% ou mais de carga horária em instituições de saúde públicas ou vinculadas ao SUS; (3) se os especialistas têm 50% ou mais de carga horária dentro da especialidade na qual concluirão a residência médica. Cada uma das três informações foi qualificada como uma resposta de “SIM” ou “NÃO”, baseada na análise das informações obtidas. Para os profissionais que não apresentaram nenhum registro no CNES referentes ao mês da consulta, foi adotado o valor de “INDETERMINADO” para os fins do estudo.

O estudo adotou o valor mínimo de 50% de carga horária para classificar os especialistas considerando a diversidade de vínculos e locais de trabalho comuns ao exercício profissional médico.

Para considerar um município como pertencente ao interior neste estudo, utilizou-se a divisão regional de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando todos os municípios pernambucanos fora da Região Geográfica Imediata do Recife (composta por Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Igarassu, Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Araçoiaba, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Moreno, Itapissuma e Recife) como interior (IBGE, 2017).

Profissionais com atuação em outros estados, mesmo em municípios que não pertençam às regiões metropolitanas ou regiões geográficas imediatas das capitais,

foram qualificados como NÃO, considerando o objetivo do estudo em avaliar a fixação de especialistas no interior do estado de Pernambuco.

Para considerar a qualificação da carga horária como pertencente à especialidade médica do programa de residência concluído, foi analisado se a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) é condizente com o programa. Aceitaram-se para fins de qualificação os CBOs das especialidades pré-requisitos dos programas concluídos em conformidade com a Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2006).

Para considerar um estabelecimento de saúde como do setor público, foi considerada a informação apresentada no CNES referente a presença do mesmo na rede SUS.

5 RESULTADOS

Figura 1. Definição da presença de maioria da carga horária dos egressos de programa de residência do NCV/UFPE no interior, no setor público e na especialidade de formação

Nome	Programa	Ano de conclusão	Maior CH no interior?	Maior CH na especialidade?	Maior CH no setor público?
GEORGIA ALVES PEREIRA	CLÍNICA MÉDICA	2017	SIM	SIM	SIM
KAIQUE FERREIRA COSTA DE ALMEIDA	CLÍNICA MÉDICA	2017	NÃO	SIM	NÃO
LARISSA MONIQUE LIMA VASCONCELOS	CLÍNICA MÉDICA	2017	SIM	SIM	SIM
LARISSA SANTOS MAIA FERREIRA	CLÍNICA MÉDICA	2017	NÃO	SIM	SIM
LUCIANO DE LIMA UCHÔA	CLÍNICA MÉDICA	2017	SIM	SIM	SIM
EMMANUELY KARLA OLIVEIRA DUARTE	CLÍNICA MÉDICA	2018	NÃO	SIM	NÃO
JOSE IGOR DE BARROS SILVA	CLÍNICA MÉDICA	2018	SIM	SIM	NÃO
PRISCILA GEORGETE CAMELO DE VALOIS CORREIA	CLÍNICA MÉDICA	2018	NÃO	SIM	SIM
ANA MARIA PERPEDIGNA DE AZEVEDO SIQUEIRA	CLÍNICA MÉDICA	2019	SIM	SIM	SIM
ÍTALO GONÇALVES MONTEIRO DOS SANTOS	CLÍNICA MÉDICA	2019	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
MARIA MIRELLY COSTA	CLÍNICA MÉDICA	2019	SIM	SIM	SIM
SANDRO INÁCIO DO CARMO	CLÍNICA MÉDICA	2019	SIM	SIM	SIM
ANNA MIRELLA DE HOLANDA RIBAS	CLÍNICA MÉDICA	2020	NÃO	SIM	NÃO
JOSÉ WINALAN DE OLIVEIRA	CLÍNICA MÉDICA	2020	SIM	SIM	SIM
JULIANA GONÇALVES LORETO DA MOTA	CLÍNICA MÉDICA	2020	SIM	SIM	SIM
LIVIA VILELA DE CARVALHO	CLÍNICA MÉDICA	2020	SIM	NÃO	SIM
AMANDA VALÉRIO GALINDO	CLÍNICA MÉDICA	2021	SIM	SIM	SIM
BRENO ALEXANDRE DE MELO E SILVA	CLÍNICA MÉDICA	2021	SIM	NÃO	SIM
TARCILLO MACHADO DA SILVA	CLÍNICA MÉDICA	2021	NÃO	SIM	SIM
TAYNAN LEITE BARROS	CLÍNICA MÉDICA	2021	NÃO	NÃO	SIM

FERNANDA DANIELLE SOUZA RIBEIRO	CLÍNICA MÉDICA	2022	SIM	SIM	SIM
GABRIELA GOMES PEREIRA	CLÍNICA MÉDICA	2022	SIM	SIM	SIM
ROSANA SILVA BATISTA DE ARAUJO	CLÍNICA MÉDICA	2022	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
TIAGO MOURA DE FREITAS	CLÍNICA MÉDICA	2022	NÃO	SIM	SIM
ISABEL CARVALHO MONTEIRO	CLÍNICA MÉDICA	2023	SIM	NÃO	SIM
THALES DE SOUSA FERREIRA DA SILVA	CLÍNICA MÉDICA	2023	NÃO	SIM	SIM
ALEXANDRE DOS SANTOS PEDROZA	CLÍNICA MÉDICA	2024	SIM	SIM	SIM
JONAS DE MOURA OLIVEIRA	CLÍNICA MÉDICA	2024	SIM	SIM	SIM
LARISSA MENDES BEZERRA	CLÍNICA MÉDICA	2024	SIM	SIM	SIM
MARIA KAROLLINA SILVA DE BRITO	CLÍNICA MÉDICA	2024	SIM	SIM	SIM
BRUNO TENÓRIO ROCHA	CLÍNICA MÉDICA	2025	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
LETÍCIA GABRIELA SANTOS SOARES DE SANTANA	CLÍNICA MÉDICA	2025	SIM	SIM	SIM
THAYSA MONTEIRO SOBREIRA	CLÍNICA MÉDICA	2025	SIM	SIM	SIM
WAGNER NEVES FERNANDES	CLÍNICA MÉDICA	2025	NÃO	SIM	SIM
JESANA ALVES DE LYRA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2018	SIM	SIM	SIM
FERNANDA BEZERRA PAES IZIDORO	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2020	SIM	SIM	SIM
PARCELINO MENEZES PEREIRA JÚNIOR	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2020	SIM	SIM	SIM
VALDIR MARTINS DA SILVA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2020	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
MARIA ISABEL SAMPAIO LEITE	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2022	SIM	SIM	SIM
FABINI GUILHERME DINIZ MELO	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2024	SIM	SIM	SIM
ISABELLY LUANA GOMES DA SILVA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2024	SIM	SIM	SIM
MIRLA MAYARA DE ALMEIDA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2024	SIM	SIM	SIM
ERILLAINY ROBERTA SOARES SILVA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2025	SIM	SIM	SIM
PALOMA LOPES DE MELO	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2025	SIM	SIM	SIM

PAULO HEINRICH SOARES BOMTEMPO	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	2025	SIM	SIM	SIM
AUGUSTO CEZAR DAL CHIAVON	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2017	SIM	SIM	SIM
CARLOS HENRIQUE ALMEIDA LEONEL	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2017	SIM	SIM	NÃO
CLAUDIA CRISTINA VELOSO DA SILVA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2017	SIM	SIM	SIM
ELIAS BESERRA BONIFÁCIO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2017	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
JOANNA GABRIELLA ARLEGO ATHAYDE CAVALCANTI	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2018	NÃO	NÃO	SIM
LÍVIA VILELA DE CARVALHO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2018	SIM	SIM	SIM
VANNÚCIA JORDANA DE CARVALHO OLIVEIRA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2018	SIM	SIM	SIM
JOELSON SANTOS SILVA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2019	SIM	SIM	SIM
RENATA MARIA ASSIS	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2019	NÃO	NÃO	SIM
ALEXANDRE PARENTE PINHEIRO BANDEIRA DE GODOY	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2021	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
LUCAS HENRIQUE MACIEL MARANHÃO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2021	NÃO	SIM	NÃO
BRUNA PESSOA DE MELO PEREIRA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2022	NÃO	SIM	SIM
BRUNO GOMES DANTAS GURGEL	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2022	NÃO	SIM	NÃO
HENRIQUE BARBOSA BARROS JÚNIOR	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2022	SIM	NÃO	SIM
ANA BEATRIZ DA COSTA ALVES	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2023	NÃO	NÃO	SIM
JÚLIA CARVALHO TRINDADE DE SÁ BARRETO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2023	NÃO	SIM	SIM
VINICIUS ALMEIDA FERREIRA DE SOUZA LUCENA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2023	SIM	SIM	SIM
ADINE BATISTA DE LIMA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	SIM	SIM
ADSON FARIA FERRAZ	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	SIM	SIM
ANA CAMILA OLIVEIRA FIGUEIREDO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	NÃO	SIM	SIM
LUCAS CORDEIRO ANDRADE REGO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	SIM	NÃO
MAYARA PEREIRA DE ARAUJO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	NÃO	SIM
RHAYSSA LORENA SILVA BRAZÃO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	SIM	SIM

RIVALDO JÚNIOR DA SILVA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	SIM	SIM
SIMONE CRISTINA DE HOLANDA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2024	SIM	SIM	SIM
CAROLINE BEZERRA TRAJANO DOS SANTOS	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2025	SIM	NÃO	SIM
GLEYCE ALMEIDA DA SILVA	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2025	SIM	SIM	SIM
MARIA EDUARDA BERNARDINO MARTINS MELO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2025	NÃO	NÃO	SIM
NELSON ANTONIO DA SILVA NETO SEGUNDO	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2025	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
HELLYSSON PHYLLIPE FIRMINO CAVALCANTI	PEDIATRIA	2021	SIM	SIM	SIM
RAVELLY RAICE MACEDO LEAL	PEDIATRIA	2021	SIM	SIM	SIM
MARINA MOTA BASTOS	PEDIATRIA	2022	NÃO	SIM	SIM
TATIANE MARIA DE MIRANDA DUARTE	PEDIATRIA	2022	NÃO	SIM	SIM
JOBSON FERREIRA	PEDIATRIA	2023	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
BÁRBARA FERREIRA MARINHO	PEDIATRIA	2024	NÃO	SIM	SIM
DANIELLY MARIA CARVALHO BEZERRA DE LIMA	PEDIATRIA	2024	SIM	SIM	SIM
ANA MARÍLIA GONÇALVES PEREIRA	PEDIATRIA	2025	SIM	NÃO	SIM
JEFERSON CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA	PEDIATRIA	2025	SIM	SIM	SIM
VIVALDO FERREIRA DOS SANTOS JUNIOR	PSIQUIATRIA	2018	NÃO	SIM	SIM
ANA REGINA DE BULHOES ROCHA	PSIQUIATRIA	2019	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
EDUARDO RIBEIRO PESSOA CAVALCANTI	PSIQUIATRIA	2019	INDETERMINADO	INDETERMINADO	INDETERMINADO
FRANCISCO DANNILO DE CARVALHO ISIDORO	PSIQUIATRIA	2019	SIM	SIM	NÃO
JÚLIO CÉSAR MARQUES GOUVEIA DE MELO	PSIQUIATRIA	2020	NÃO	NÃO	SIM
RODRIGO MARTINS BELTRAO	PSIQUIATRIA	2020	SIM	SIM	SIM
BRUNA RAFAELA EVANGELISTA DE LIMA	PSIQUIATRIA	2021	NÃO	SIM	SIM
STHEFFANY GOMES LIMA	PSIQUIATRIA	2021	NÃO	SIM	SIM
TUNAI GALVÃO PONTES	PSIQUIATRIA	2021	SIM	SIM	NÃO

LUDYMILA GOMES DE OLIVEIRA	PSIQUIATRIA	2022	NÃO	SIM	SIM
JOANE DE ANDRADE DIAS	PSIQUIATRIA	2023	SIM	SIM	SIM
MARIA DA CONCEIÇÃO BARACHO DE MELÔ	PSIQUIATRIA	2023	NÃO	NÃO	SIM
TIAGO RODRIGUES BENTO DA SILVA	PSIQUIATRIA	2023	SIM	SIM	SIM
MARIANA MATTOS BEZERRA BRANDÃO	PSIQUIATRIA	2024	SIM	SIM	NÃO
PATRICK ARNON CAVALCANTE DE SOUZA GERMINO	PSIQUIATRIA	2024	NÃO	SIM	SIM
RENAN MEDEIROS COSTA	PSIQUIATRIA	2024	SIM	SIM	SIM
CHARLES ELAN SANTOS BARBOSA LIMA	PSIQUIATRIA	2025	SIM	SIM	SIM

Fonte: o autor (2025).

Foram levantados dados de cem concluintes dos programas de residência médica do NCV/UFPE desde a primeira turma de concluintes em 2017 até a turma mais recente em 2025. Dos cem, dez dos concluintes listados na base de dados da instituição não apresentavam nenhum registro no CNES. A avaliação dos dados relativos aos objetivos do estudo foi realizada tendo como referência os noventa profissionais restantes, incluindo as porcentagens apresentadas.

No total, o NCV/UFPE formou 9 especialistas em 2017, 8 em 2018, 9 em 2019, 9 em 2020, 11 em 2021, 11 em 2022, 9 em 2023, 20 em 2024 e 14 em 2025.

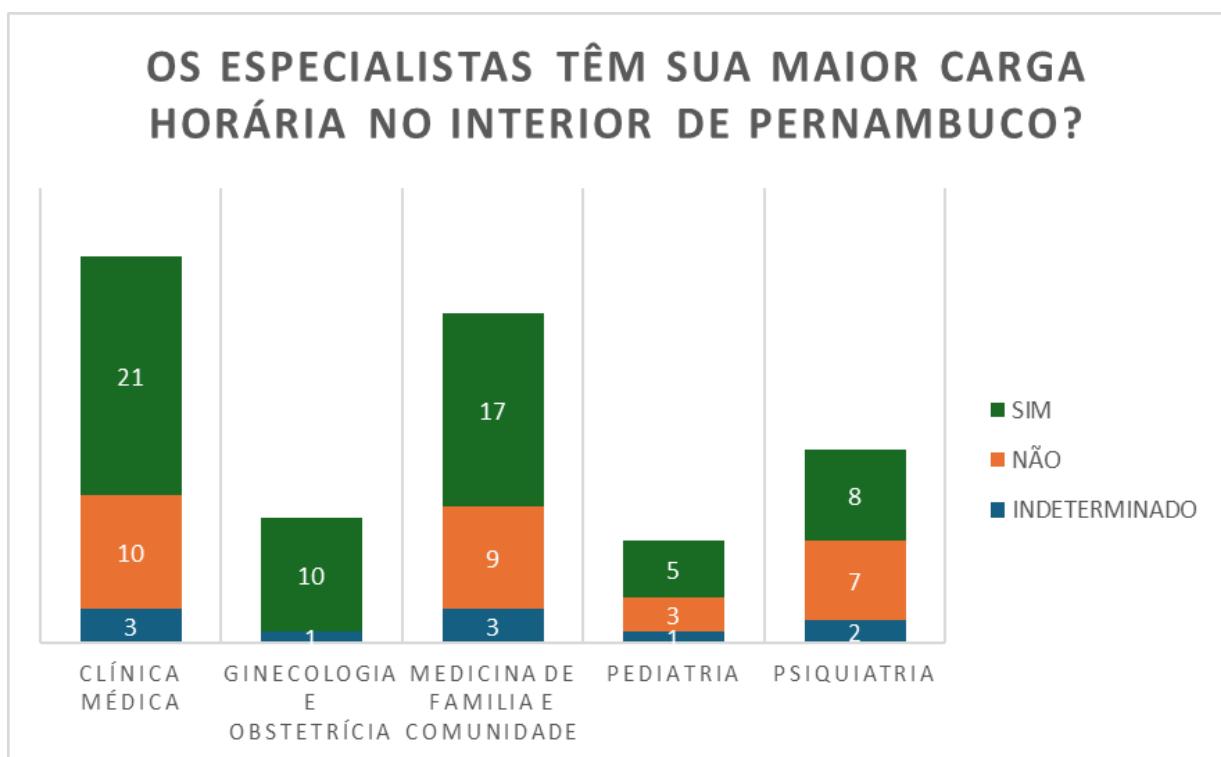
Tabela 1. Quantidade de egressos de programas de residência médica do NCV/UFPE, por ano e por especialidade

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
CLÍNICA MÉDICA	5	3	4	4	4	4	2	4	4	34
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		1		3		1		3	3	11
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	4	3	2		2	3	3	8	4	29
PEDIATRIA					2	2	1	2	2	9
PSIQUIATRIA		1	3	2	3	1	3	3	1	17
Total	9	8	9	9	11	11	9	20	14	100

Fonte: o autor (2025)

No que se refere à primeira pergunta realizada pelo estudo “Os especialistas têm sua maior carga horária no interior de Pernambuco?”, foi observado que 61 (67,7%) dos concluintes tiveram resposta SIM e 29 (32,2%) com resposta NÃO. Dividindo os egressos por especialidades, a Clínica Médica totalizou 31 profissionais, com 21 SIM e 10 NÃO. A Ginecologia e Obstetrícia, com 10 profissionais, teve todas as respostas SIM. A Medicina de Família e Comunidade apresentou um total de 26 profissionais, sendo 17 SIM e 9 NÃO. A Pediatria, com 8 no total, apresentou 5 SIM e 3 NÃO. A Psiquiatria, com 15 profissionais no total, apresentou 8 respostas SIM e 7 NÃO.

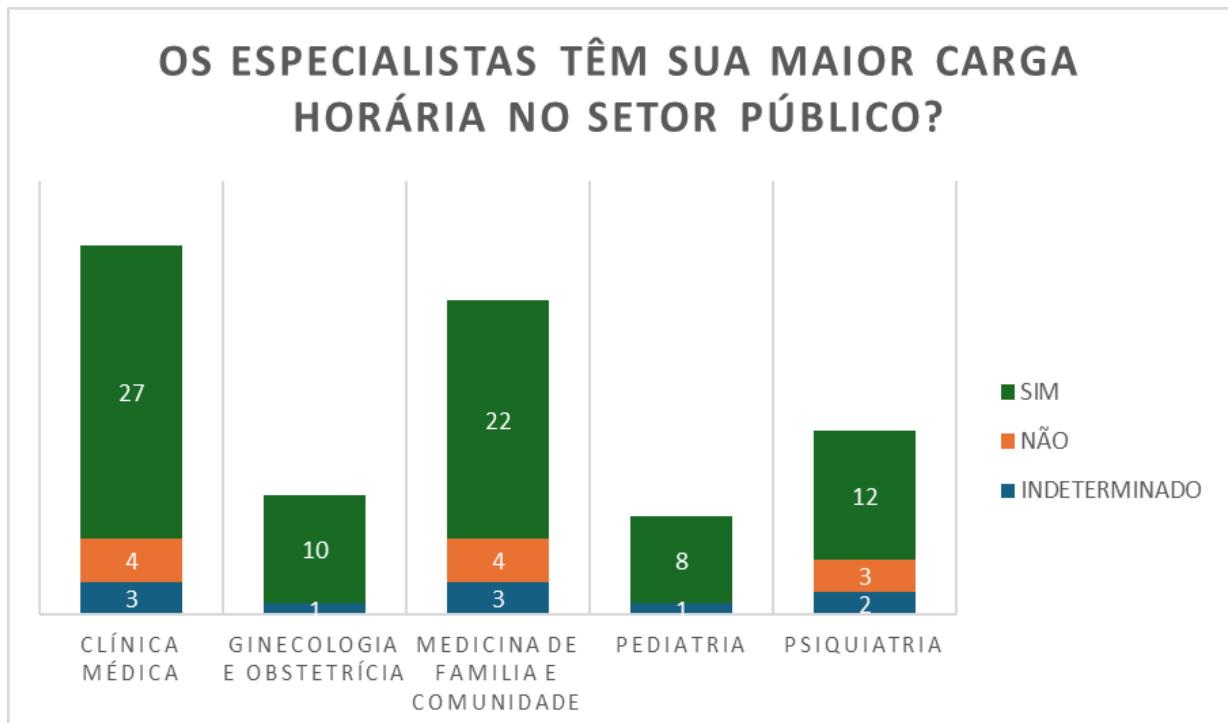
Gráfico 1. Distribuição por especialidades da presença de profissionais com 50% ou mais da carga horária no interior de Pernambuco pelo CNES.



Fonte: o autor (2025).

Na segunda pergunta, “Os especialistas têm sua maior carga horária no setor público?”, houve 79 (87,7%) respostas SIM e 11 (12,2%) NÃO. Na divisão por especialidades, a Clínica Médica apresentou 27 respostas SIM e 4 NÃO. A Ginecologia e Obstetrícia apresentou todas as 10 respostas como SIM. A Medicina de Família e Comunidade apresentou 22 respostas SIM e 4 NÃO. Já a Pediatria apresentou todas as suas 8 respostas como SIM. A Psiquiatria apresentou 12 respostas SIM e 3 NÃO.

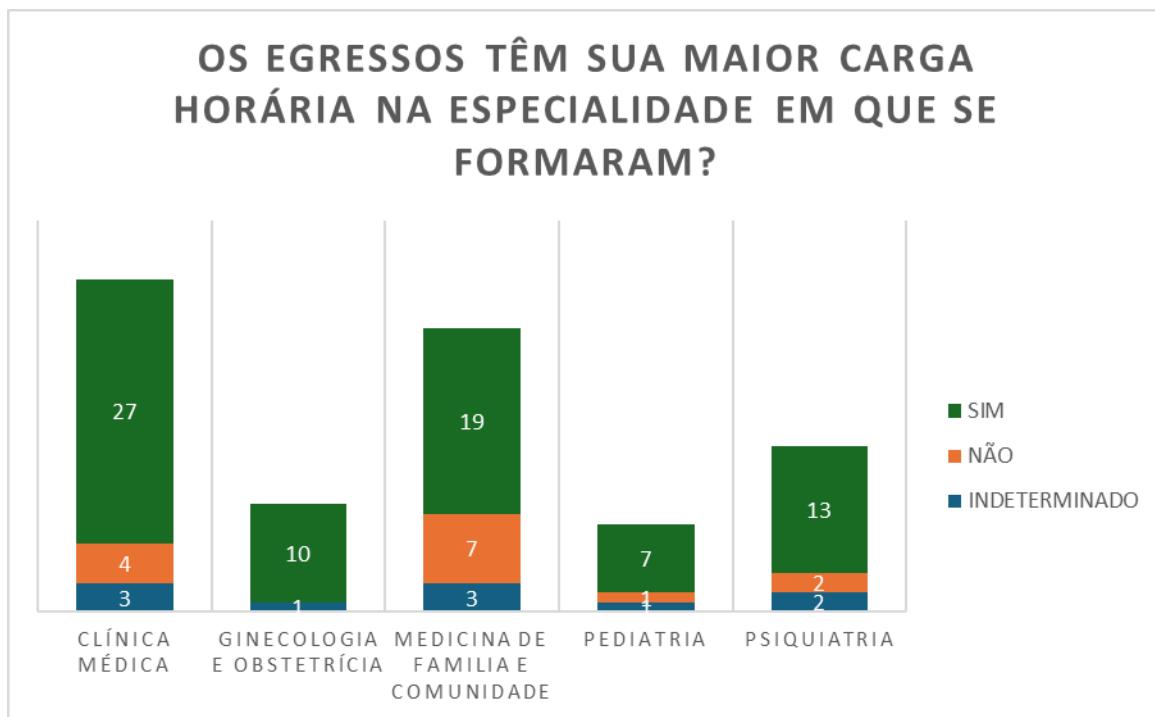
Gráfico 2. Distribuição por especialidades da presença de profissionais com 50% ou mais da carga horária no setor público pelo CNES.



Fonte: o autor (2025).

Na terceira e última pergunta realizada pelo estudo, “Os especialistas têm sua maior carga horária na especialidade em que se formaram?”, houve 76 (84,4%) de respostas SIM e 14 (15,5%) de respostas NÃO. Na avaliação por especialidades, a Clínica Médica apresentou 27 respostas SIM e 4 NÃO. A Ginecologia e Obstetrícia apresentou 10 respostas SIM. A Medicina de Família e Comunidade teve 19 respostas SIM e 7 NÃO. A Pediatria apresentou 7 respostas SIM e 1 NÃO. Já a Psiquiatria apresentou 13 respostas SIM e 2 NÃO.

Gráfico 3. Distribuição por especialidades da presença de profissionais com 50% ou mais de carga horária em CBOs compatíveis com a especialidade pelo CNES.



Fonte: o autor (2025).

6 DISCUSSÃO

A dificuldade de identificar corretamente a distribuição de médicos no território é recorrente nas esferas estadual e federal, sendo um desafio para a elaboração de políticas públicas eficientes em mitigar a desigualdade de oferta e de acesso à saúde. O contínuo desenvolvimento de formas de análise demográfica é necessária na elaboração de políticas baseadas em evidências com maiores probabilidades de alcançarem seus objetivos propostos (BRASIL, 2018).

Atualmente, a base de dados mais utilizada na avaliação da distribuição de médicos é o estudo Demografia Médica conduzido em parceria com o Conselho Federal de Medicina e os registros dos profissionais. Contudo, sua metodologia é aplicada de forma homogênea ao longo de todo o território nacional e leva em consideração principalmente fontes burocráticas de difícil atualização e que podem não corresponder às realidades locais. O registro em um único município do profissional médico que pode transitar de região diversas vezes, por exemplo, é um dos fatores de inverossimilhança. Essa situação é a mesma para os profissionais generalistas e especialistas.

Mesmo com a necessidade de mais estudos direcionados a nível local junto a dificuldade da análise estrutural com as informações existentes, o quadro posto pela distribuição territorial de médicos especialistas e as suas consequências são evidentes tanto nacionalmente quanto na realidade pernambucana.

Nesse contexto, a oferta de espaços formativos de pós-graduação no interior do estado é outro fator de perpetuação do problema. No caso da residência médica como modelo de formação de especialistas, das 984 vagas oferecidas pelos editais da Secretaria Estadual de Saúde em 2025, os maiores em quantidade no território do estado, apenas 123 delas são em municípios fora da região geográfica imediata do Recife (PERNAMBUCO, 2024).

Não se sabe ao certo como o aumento da quantidade absoluta de médicos vai influenciar na redistribuição da concentração dos profissionais devido a saturação da ocupação de postos de trabalho e aumento da competitividade. São necessários maiores estudos a nível nacional e local para pesar essa influência no balanço da distribuição. Também podem ocorrer diferenças regionais e até mesmo

diferenças por especialidade no que os profissionais definem como prioridades no momento da escolha de local de trabalho a longo prazo.

Mesmo assim, esse panorama reforça a posição estratégica de vagas de residência no interior para a redução da desigualdade de oferta de especialistas a partir da promoção de condições de formação e de trabalho como forma de fixação desses profissionais, apesar deste ser apenas um dos fatores envolvidos.

Para a realidade da IV Microrregião de Saúde, com sede em Caruaru, os dados apresentados trazem otimismo quanto ao aumento da presença de médicos especialistas, considerando as necessidades da população de quase 1,4 milhão nos 32 municípios que compõem a região (PERNAMBUCO, 2023). Um destaque deve ser feito à Ginecologia e Obstetrícia, com a totalidade dos seus profissionais presentes no interior, no setor público e trabalhando majoritariamente como especialistas.

No entanto, ainda existe uma grande porcentagem de profissionais com a maior parte das cargas horárias fora do interior de Pernambuco, chegando a cerca de metade dos psiquiatras e um terço dos clínicos e médicos de família e comunidade. As razões para cada situação necessitam de estudos mais aprofundados e individualizados no contexto de cada especialidade.

Mesmo assim, algumas hipóteses podem ser levantadas levando em consideração motivos já estudados para a presença (ou ausência) de médicos num território. Pelos dados da Demografia Médica, 25,4% dos pediatras e 90,43% dos clínicos possuem um segundo registro de especialidade, com a grande maioria sendo uma subespecialização da sua área básica. (SCHEFFER, 2025).

Nesse sentido, é razoável argumentar que o local que fornece percursos completos de formação (graduação, especialização e subespecialização) junto às condições de atuação profissional terá mais chances de fixar especialistas. Aplicando esse raciocínio para a região de Caruaru, existiria então uma vulnerabilidade considerando que, além das duas vagas de neonatologia recentemente abertas pelo NCV/UFPE, não há outra subespecialidade pediátrica oferecida na área próxima. No caso da Clínica Médica, com a maior quantidade de subespecializações, existe oferta de vagas apenas em cardiologia (5 ao ano) e

nefrologia (2 ao ano) pelo Hospital Mestre Vitalino. Áreas com pré-requisito como Endocrinologia, Geriatria, Oncologia e Pneumologia são oferecidas exclusivamente no Recife.

Analizando os números da Psiquiatria, também podem ser levantadas algumas hipóteses quanto aos resultados obtidos. Pernambuco atualmente conta com 370 psiquiatras, chegando a uma razão de 0,03 por 1000 habitantes em comparação à média nacional de 0,07 por 1000 habitantes. É possível que os fatores de atração da capital se expressem mais profundamente visto que existe um déficit quantitativo em todo o estado.

No caso da Medicina de Família e Comunidade, é importante retomar a problemática da ocupação concomitante da vaga de trabalho mais comum (a de médico da estratégia de saúde da família) por generalistas e especialistas. A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 aponta uma preferência pelo segundo, mas a aplicação desse direcionamento é deixada a cargo das gerências responsáveis pelos concursos e contratações (BRASIL, 2017). Em Caruaru, por exemplo, o último concurso em 2024 não teve a especialidade como um pré-requisito, mesmo sendo uma cidade de médio porte, sede de uma gerência regional de saúde e com maiores condições financeiras e infraestruturais do que os municípios vizinhos.

Apesar de ser uma das especialidades com maior crescimento do país, é necessário ressaltar que a quantidade de médicos de família e comunidade ainda não é o suficiente para suprir as vagas nas equipes de saúde da família; sendo essa demanda ainda atendida pelos médicos generalistas. Ainda assim, mesmo considerando as duas classes, a APS tem um problema crônico de fixação de profissionais, com dados de 2022 a 2024 demonstrando uma rotatividade de 31% (IBRE; FGV, 2024). Sem uma política direcionada à valorização do especialista a médio e longo prazo, a MFC corre o risco de ser uma área com ainda maior dificuldade para manter profissionais visto que sua demanda também está presente em áreas remotas, com menor infraestrutura e consequentemente menos atrativas. A questão da valorização do MFC é uma das hipóteses levantadas nos últimos anos para uma menor taxa da permanência de médicos na assistência direta e própria especialidade em comparação a outras áreas, tendência esta também observada nesse estudo (MACHADO; MAGALHÃES; LÚCIO, 2023; LONG, 2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concentração de recursos e do foco político e institucional nos grandes centros populacionais do país é uma das causas de iniquidades históricas em vários aspectos da sociedade brasileira, expressando-se também no campo da saúde e da sua administração. A garantia do direito à saúde passa pelas tentativas de mitigar essas desigualdades e de redirecionar uma maior parcela da atenção governamental ao interior. No contexto do Sistema Único de Saúde, isso se mostra não apenas em um aspecto assistencial ou estrutural, mas envolvido em complexos fatores de formação e de fixação da força de trabalho. Nisto a Educação é um componente estratégico.

A característica diversidade brasileira é também composta por uma diversidade econômica e social ao longo do território nacional; com cada região, estado ou divisões administrativas com desafios e potencialidades únicas que necessitam ser devidamente analisadas e apreciadas na formulação de soluções eficazes e perenes para cada contexto encontrado.

Apesar da distribuição heterogênea de médicos ser um problema reconhecido a anos e suas consequências serem bem evidenciados; ainda existe uma escassez de estudos regionalizados, com o interior pernambucano não sendo uma exceção. Contudo, a produção científica sobre o assunto já apresenta caminhos para a avaliação dessas realidades locais; mesmo estudos metodologicamente simples podem fornecer informações importantes para um diagnóstico mais preciso da conjuntura e apresentar indicativos mais sólidos para políticas públicas.

Para além dos objetivos propostos para este estudo, existe também a esperança de que o mesmo contribua no esforço de conhecer as especificidades da realidade do agreste pernambucano (e sua parte correspondente na totalidade do interior do estado) e na construção de um sistema de saúde mais equitativo para a população da região.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post**. Brasília, 2018. v. 2.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Cobertura da Atenção Básica (2007 - 2020)** In: e-Gestor Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2025. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/ab>. Acesso em: 15 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006.
- FGV – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, IBRE – INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA. **Relatório de Resultados de Estudo Setorial: Indicadores de Atenção Primária à Saúde FGV/Umane – Aspectos Metodológicos e Análise dos Primeiros Resultados para o Brasil**. Rio de Janeiro, 2024. Nº 6814, versão 2.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias: 2017** / IBGE, Coordenação de Geografia - Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- JANTSCH A.G., et. al. **Residency training in family medicine and its impact on coordination and continuity of care: an analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro**. BMJ Open. 2022.
- LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F. C., and SUÁREZ, J. M., eds. **O Sistema Único de Saúde em perspectiva histórica**. In: Saúde e democracia: história e

perspectivas do SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 25-150. ISBN 978-85-7541-367-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413678>. Acesso em: 16 set. 2025.

LONG L. et al. **Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research.** BMJ Open 2020;10(5):e029846. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029846>. Acesso em: 03 out. 2025.

MACHADO J.P., MAGALHÃES C.L., LÚCIO D.S. **Fatores que atraem, fixam, frustram ou afastam médicos de família da atenção primária de Florianópolis.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3887. Disponível em [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3887](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3887). Acesso em: 01 out. 2025.

OLIVEIRA, A. P. C. et al. **Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 2017, v. 22, n. 4.

OLIVEIRA, J. P. A. et al. **Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 22, p. e02635249, 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. IV Gerência Regional de Saúde. **Mapa de Saúde da IV Região de Saúde de Pernambuco.** Caruaru, 2023. Disponível em: <https://esppe.saude.pe.gov.br/mod/folder/view.php?id=28486>. Acesso em 02 out. 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O ANO DE 2025.** Recife: Instituto de Apoio a Universidade de Pernambuco, 2024. Disponível em: http://www.upenet.com.br/concursos/25_RED_MED/Edital%20e%20Anexos/EDITAL%202025%20-%20RESIDENCIA%20MEDICA.pdf. Acesso em 11 set. 2025.

REBOLHO, R. C. et al. **Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 4, p. 1265–1274, abr. 2021.

SANTOS-LOBATO, B. L. et al. **There is no shortage, but inequality: demographic evolution of neurologists in Brazil (2010–2020)**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 81, n. 2, p. 134–145, 2023.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. ISBN 978-65-5993-754-7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf. Acesso em 09 set. 2025.

SILVA, L. O.; MELO, I. B.; TEIXEIRA, L. DE A. S. **Interface entre Oferta de Vagas de Residência Médica, Demanda por Médicos Especialistas e Mercado de Trabalho**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 1, p. 119–126, 2019.

STOCCO, G. R.; MUNDIM, D. F. V. S.; ARAÚJO, F. F. de; COSTA, F. B. M. **Administração da Saúde Pública do Brasil sob a perspectiva da Teoria da Burocracia: deficiência de médicos especializados e disparidade regionais na acessibilidade**. Journal of Research in Medicine and Health, [S. l.], v. 2, 2024. DOI: 10.5283/jormed.v2.456. Disponível em: <https://bio10publicacao.com.br/jormed/article/view/456>. Acesso em: 17 set. 2025.

STRALEN, A. C. S. V. et al. **Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 1, p. 147–172, jan. 2017.