



REVISTA OWL (OWL Journal)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

MÉTODOS DE ENSINO NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA: INTEGRAÇÃO DE TEORIA E PRÁTICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

TEACHING METHODS IN UNDERGRADUATE MEDICINE COURSES: INTEGRATION OF THEORY AND PRACTICE IN MEDICAL EDUCATION

DOI: 10.5281/zenodo.16777399



Cirênio de Almeida Barbosa¹

Ronald Soares dos Santos²

Lucas Martins dos Santos Tannús³

Resumo

O objetivo da formação em Medicina é capacitar médicos para atuar com competência técnica e ética em diversas áreas da saúde. O método de ensino envolve uma combinação de fases teóricas (pré-clínico), práticas supervisionadas (clínico e internato) e especialização (residência médica), com enfoque em habilidades clínicas e desenvolvimento de competências interpessoais. O resultado desse processo é a preparação de profissionais aptos a lidar com demandas complexas da saúde pública e privada, com destaque para a autonomia no atendimento médico. Conclui-se que a integração entre teoria, prática e humanização forma médicos capacitados e adaptáveis às exigências do mercado de trabalho e às necessidades da sociedade.

Palavras-chave: Formação médica, Residência médica, Prática clínica, Regulamentação CNRM

Abstract

The objective of medical education is to prepare doctors to work with technical and ethical competence in various areas of health. The teaching method involves a combination of theoretical phases (pre-clinical), supervised practices (clinical and internship) and specialization (medical residency), with a focus on clinical skills and the development of interpersonal skills. The result of this process is the preparation of professionals capable of dealing with complex demands in public and

1 Universidade Federal de Ouro Preto.

2 Universidade Federal de Ouro Preto.

3 Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

private health, with an emphasis on autonomy in medical care. It is concluded that the integration of theory, practice and humanization produces doctors who are capable and adaptable to the demands of the job market and the needs of society.

Keywords: Medical training, Medical residency, Clinical practice, CNRM Regulation

Introdução

Nos primeiros anos, o foco está no ensino teórico das ciências básicas, como anatomia e fisiologia. Nos anos intermediários, os estudantes começam a aplicar o conhecimento adquirido em cenários clínicos e, nos últimos anos, durante o internato, há um foco prático maior, com atendimento direto aos pacientes sob supervisão.

Após a graduação, os médicos podem optar por uma residência médica, que é uma especialização prática supervisionada em uma área específica, regulamentada por leis como a Lei da Residência Médica (Lei nº 6.932/1981) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Durante a residência, os médicos são orientados por preceptores e coordenadores, que asseguram a qualidade do ensino e supervisão das atividades práticas.

Além do aprendizado técnico, o processo de formação médica enfatiza habilidades como comunicação, empatia, trabalho em equipe e ética. Os residentes têm uma carga horária intensa, e as especialidades médicas têm diferentes durações e exigências. Ao final, os médicos têm diversas opções de atuação no setor público ou privado, podendo também seguir carreiras acadêmicas ou de pesquisa.

Método

Os dados foram obtidos de forma independente pelos autores por meio de uma busca abrangente e não sistemática nas bases eletrônicas de dados PubMed e SciELO, sobre o processo de formação médica, com ênfase nas diferentes etapas que compõem a graduação e a residência médica. Os descritores utilizados foram *Medical training*, *Medical residency*, *Clinical practice*, *CNRM Regulation*.





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Foram analisados documentos legislativos, como a Lei nº 6.932/1981, e diretrizes estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), além de artigos científicos e relatórios institucionais.

Discussão e resultado

O processo de ensino para a Graduação em Medicina é estruturado de forma a formar médicos qualificados e capacitados para atuar em diversas áreas da saúde. Ele envolve uma combinação de ensino teórico, prático e de habilidades clínicas.

1. Pré-clínico (primeiros anos)

Geralmente, os dois primeiros anos: Nesta fase, o ensino é principalmente teórico e abrange as ciências básicas necessárias para a formação médica. As disciplinas principais são: anatomia fisiologia, bioquímica, farmacologia, microbiologia, patologia, imunologia ^(1,7). Aulas expositivas, laboratórios, dissecações, estudo de modelos anatômicos, além de introdução a conceitos básicos de diagnóstico e tratamento.

1.2. Clínico (anos intermediários)

No terceiro ao quarto ano: Nesta etapa, os alunos começam a aplicar o conhecimento adquirido em cenários clínicos, aprofundando-se no diagnóstico, manejo de doenças e tratamento dos pacientes. As disciplinas principais são: semiologia médica (exame físico e história clínica), clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria ^(4,5,6). O método de ensino e estudo de casos clínicos, participação em ambulatórios, simulações de pacientes e interação com médicos e pacientes sob supervisão, além da introdução ao raciocínio clínico.

1.3. Internato (últimos anos)

O internato é a fase prática e imersiva do curso, em que o aluno atua diretamente com os pacientes sob supervisão de médicos. Aqui, o foco está na integração dos conhecimentos adquiridos com a prática clínica real. As áreas de atuação são: cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, urgência e emergência, saúde coletiva e medicina de família. A participação em plantões, cirurgias, atendimentos de urgência, consultas em ambulatórios e acompanhamento





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

de pacientes em diferentes especialidades. Os estudantes têm mais autonomia, mas ainda sob a supervisão de profissionais ^(4,5).

1.4. Avaliações

As avaliações e testes escritos, exames práticos (como o OSCE - *Objective Structured Clinical Examination*), e avaliações por meio de estágios clínicos. Os trabalhos de conclusão de curso (TCC) em muitas instituições, os alunos precisam desenvolver um TCC, que pode ser uma revisão bibliográfica, estudo de caso ou pesquisa original. Ao final do curso, os alunos são avaliados nas suas competências clínicas, habilidades interpessoais, ética médica, e capacidade de tomar decisões com base em evidências científicas.

1.5. Desenvolvimento de habilidades

Além do conhecimento técnico, o processo de ensino médico também se concentra no desenvolvimento de habilidades de comunicação, empatia, trabalho em equipe e ética. Há um foco crescente em metodologias ativas de ensino, como: PBL (*Problem-Based Learning*), aprendizado baseado em problemas, onde os alunos trabalham em grupo para resolver problemas clínicos ^(4,5,6).

1.6. Residência médica

Após a graduação, os estudantes podem se inscrever para a residência médica, que é a especialização em uma área específica da medicina como cardiologia, cirurgia, pediatria, entre outras. A residência oferece treinamento prático intensivo por 2 a 5 anos, dependendo da especialidade.

1.7. Desafios

O ensino de Medicina enfrenta diversos desafios, como a necessidade de integrar o avanço constante da tecnologia e das práticas médicas, a formação de médicos capacitados para lidar com as demandas sociais e o sistema público de saúde, a humanização do atendimento médico e o equilíbrio entre tecnologia e empatia. Esse processo visa formar médicos tecnicamente competentes, éticos e preparados para lidar com as diversas realidades do sistema de saúde. A residência médica no Brasil é regulamentada por um conjunto de leis e normas que estabelecem diretrizes para o treinamento e a qualificação dos profissionais médicos em





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

diversas especialidades ^(6,7). Essas regulamentações são essenciais para garantir a qualidade do ensino e da prática médica, assim como os direitos e deveres dos residentes e das instituições de ensino.

2. Legislação e Normas sobre a Residência Médica

A Residência Médica no Brasil é regulamentada pela Lei nº 6.932/1981 e supervisionada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Essas normas garantem a qualidade do ensino prático e o credenciamento dos programas, assegurando que os residentes recebam treinamento supervisionado e bolsa-auxílio, além de estabelecerem critérios para carga horária e condições de trabalho ^(1,2,3).

2.1. Lei nº 6.932/1981 (Lei da Residência Médica)

É a principal lei que regulamenta a Residência Médica no Brasil definindo-a como um sistema de treinamento prático supervisionado para médicos. Ela estabelece as regras para ingresso, condições de trabalho, remuneração e direitos dos residentes, incluindo uma bolsa paga pelo Ministério da Saúde ou instituições credenciadas e 30 dias de férias anuais. A duração mínima da residência é de dois anos, podendo variar conforme a especialidade, e todos os programas devem ser credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ^(1,2,3).

2.2. Decreto nº 80.281/1977 (Criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM)

Criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão responsável por supervisionar e regulamentar os programas de Residência Médica no país. A CNRM estabelece os critérios para o credenciamento de programas, supervisão das atividades e definição das normas de funcionamento dos programas de Residência Médica e também é responsável por garantir a qualidade dos programas e promover melhorias no treinamento médico ^(1,2,3).

2.3. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009

Trata do Plano Nacional de Expansão da Residência Médica, promovido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, com o objetivo de aumentar o número de vagas, especialmente em





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

áreas prioritárias para o SUS. A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) regulamenta os gastos públicos, incluindo o financiamento das bolsas de residência, o que pode afetar a oferta de vagas. A Portaria Conjunta nº 3/2016 estabelece o Regimento Interno da CNRM, definindo suas competências e normas para os programas de residência médica^(1,2,3).

3. Instruções e responsabilidades do coordenador dos programas de residência médica

O coordenador é responsável por supervisionar as atividades acadêmicas e práticas, garantindo conformidade com as normas da CNRM. Ele deve assegurar a qualidade do ensino, planejar o cronograma do programa e acompanhar o desempenho dos residentes. Além disso, atua como elo entre o programa e a administração da instituição, assegurando os recursos necessários para o bom funcionamento⁽⁷⁾.

3.1. Supervisão do programa de residência

É responsável por supervisionar todas as atividades acadêmicas e práticas do programa de residência, assegurando que estejam em conformidade com as normas e diretrizes da CNRM. Deve garantir que o conteúdo teórico e prático seja devidamente distribuído e oferecido aos residentes, promovendo uma formação abrangente e completa. Organiza a carga horária dos residentes, distribuindo as atividades de maneira equilibrada entre prática, plantões e aulas teóricas.

3.2. Garantir a qualidade do ensino

Deve assegurar a qualidade do ensino oferecido, tanto na parte teórica quanto na prática, monitorando o desempenho dos preceptores e a adequação das atividades aos objetivos do programa, promovendo a atualização dos preceptores e organizando atividades científicas, como seminários, simpósios e discussões de casos.

3.3. Avaliação e acompanhamento dos residentes

Deve coordenar as avaliações periódicas dos residentes, que podem incluir provas teóricas, avaliações práticas e *feedback* de preceptores. Em caso de baixo desempenho ou problemas de conduta, o coordenador deve orientar o residente e, se necessário, tomar medidas corretivas, como a elaboração de planos de melhoria.





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

3.4. Articulação com a instituição

Atua como o elo de ligação entre o programa de residência médica e a administração do hospital ou instituição de ensino, garantindo que as necessidades do programa e dos residentes sejam atendidas. Ele deve garantir que a infraestrutura, os recursos e o suporte administrativo estejam disponíveis para o bom funcionamento do programa.

3.5. Planejamento do programa

O coordenador deve planejar o cronograma do programa de residência, incluindo rodízios e atividades, seguindo as normas da CNRM e garantindo a certificação. Além de supervisionar o programa, ele oferece suporte aos residentes, promovendo um ambiente de aprendizado saudável, orientando sobre a carreira médica e auxiliando com problemas pessoais ou acadêmicos^(3,5).

3.6. Garantir conformidade com a carga horária e direitos dos residentes

Garantir que os residentes cumpram a carga horária estabelecida pela CNRM (60 horas semanais, incluindo plantões), sem sobrecarga ou abusos de horas extras. É responsável por garantir que os residentes tenham seus direitos respeitados, como descanso semanal, férias de 30 dias anuais e acesso a licenças médicas, licença-maternidade e licença-paternidade.

3.7. Relatórios e avaliação do programa

O coordenador deve elaborar relatórios periódicos sobre o andamento do programa, a formação dos residentes e o desempenho geral. Esses relatórios são enviados à Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) ou à CNRM para avaliação e supervisão.

3.8. Garantir a humanização do ensino

Além de focar na excelência técnica, o coordenador deve promover uma abordagem humanizada na formação dos residentes, estimulando a empatia, a comunicação e o cuidado integral ao paciente. Deve incluir temas transversais como ética médica, bioética, trabalho em equipe e saúde pública nas atividades do programa.

3.9. Gestão de conflitos e ética





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Mediar conflitos entre residentes e preceptores, ou entre os próprios residentes, promovendo um ambiente de respeito e cooperação, garantir que os princípios éticos e de conduta profissional sejam rigorosamente seguidos por todos os envolvidos no programa.

3.10. Inovação e atualização

Deve incentivar a constante atualização do currículo do programa de residência, alinhando-o com as inovações científicas e tecnológicas da área médica. Também deve promover o uso de novas metodologias de ensino, como simulações, aprendizado baseado em problemas (PBL) e a incorporação de novas tecnologias na prática médica.

4. Funções e responsabilidades dos preceptores

Os preceptores são médicos responsáveis por orientar, supervisionar e ensinar os residentes durante o programa de residência médica. Eles desempenham um papel crucial na formação prática dos médicos em especialização, proporcionando um ambiente de aprendizado e garantindo que os residentes adquiram as habilidades e conhecimentos necessários para atuar de forma independente. O preceptor não apenas transmite conhecimento técnico, mas também serve como um exemplo ético e profissional ⁽⁷⁾.

4.1. Supervisão dos residentes

Os preceptores são responsáveis por supervisionar as atividades clínicas e cirúrgicas dos residentes, garantindo que as práticas sejam realizadas de maneira segura e eficaz. Eles monitoram de perto as intervenções realizadas pelos residentes, fornecendo *feedback* imediato para melhorar suas habilidades e técnicas.

4.2. Ensino prático

É o principal responsável pelo ensino prático no ambiente hospitalar ou ambulatorial. Ele acompanha o residente em atendimentos, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e manejo de pacientes. Ele demonstra técnicas, explica raciocínios clínicos e orienta os residentes no diagnóstico e tratamento de diversas patologias.

4.3. Desenvolvimento de habilidades clínicas

Ajudar os residentes a desenvolver habilidades essenciais, como exame físico, interpretação de exames, condução de tratamentos, tomada de decisões clínicas e gerenciamento de casos





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

complexos, promovendo o raciocínio clínico, incentivando o residente a pensar criticamente e tomar decisões baseadas em evidências.

4.4. Avaliação dos residentes

Avaliar e acompanhar continuamente o desempenho dos residentes, tanto em suas habilidades práticas quanto em seu conhecimento teórico. As avaliações podem incluir *feedback* diário, relatórios formais, testes teóricos ou avaliações baseadas em observação direta durante os procedimentos clínicos. São responsáveis por identificar áreas em que o residente precisa melhorar e sugerir estratégias de aprimoramento.

4.5. Orientação e mentoria

Além da supervisão técnica, os preceptores desempenham um papel importante como mentores, orientando os residentes em suas trajetórias de carreira e em aspectos éticos e comportamentais da medicina. Eles ajudam a orientar os residentes no desenvolvimento de suas especialidades, além de oferecer conselhos sobre como lidar com desafios pessoais e profissionais.

4.6. Garantia de ética e conduta profissional

Devem garantir que os residentes sigam rigorosamente o código de ética médica e as normas institucionais, tanto no atendimento ao paciente quanto nas interações profissionais. Eles ensinam a importância de uma prática médica humanizada, focada no bem-estar do paciente e na construção de uma relação de confiança com ele.

4.7. Desenvolvimento pessoal e profissional

Ajudam os residentes a desenvolver suas capacidades pessoais, como habilidades de comunicação, trabalho em equipe e liderança. Eles promovem a autorreflexão, incentivando os residentes a analisarem seu próprio desempenho e a buscarem aprimoramento constante.

4.8. Participação em atividades acadêmicas

Os preceptores participam ativamente de atividades acadêmicas, como discussões de casos, aulas teóricas, seminários, reuniões clínicas e revisões de literatura, contribuindo para a educação teórica dos residentes. Eles também podem orientar trabalhos de conclusão de curso ou participar de projetos de pesquisa com os residentes.





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

4.9. Estimular o raciocínio clínico baseado em evidências

Um preceptor eficaz incentiva os residentes a utilizarem a medicina baseada em evidências ao tomarem decisões clínicas. Isso envolve a leitura crítica de artigos científicos, a discussão sobre novos tratamentos e o uso de protocolos clínicos atualizados. Ele promove a discussão de artigos científicos e estimula o aprendizado contínuo.

4.10. Promover um ambiente de aprendizado seguro

Devem criar um ambiente onde os residentes se sintam confortáveis para fazer perguntas, aprender com seus erros e desenvolver suas habilidades sem medo de julgamento. O foco é sempre o aprendizado e a melhoria contínua, proporcionando suporte emocional e técnico.

5. Qualidades esperadas de um preceptor

Deve possuir competência técnica, comunicação clara, paciência e empatia, além de ser um exemplo ético e profissional. Ele deve adaptar seu estilo de ensino às necessidades individuais dos residentes, promovendo um ambiente de aprendizado seguro.

5.1. Competência técnica e científica com comunicação clara

O preceptor deve ser um médico com vasta experiência na área de atuação e ter conhecimento atualizado das melhores práticas e inovações no campo da medicina. A capacidade de se comunicar de forma eficaz é essencial. O preceptor deve ser claro em suas orientações, explicações e *feedbacks* para garantir que os residentes compreendam plenamente as instruções e consigam aplicá-las na prática^(4,5).

5.2. Paciência e empatia, exemplo ético e profissional

O aprendizado pode ser desafiador para os residentes, especialmente em situações clínicas complexas. O preceptor deve ser paciente e entender as dificuldades do residente, oferecendo suporte e encorajamento. Deve ser um exemplo de conduta ética e profissional, demonstrando o comportamento esperado de um médico tanto no trato com os pacientes quanto nas interações com outros profissionais de saúde^(1,7).

5.3. Flexibilidade e adaptabilidade

Cada residente tem uma curva de aprendizado diferente. Um bom preceptor é capaz de adaptar seu estilo de ensino às necessidades individuais de cada residente.

6. Relação com os coordenadores dos programas de residência





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Os preceptores colaboram com o coordenador do programa de residência médica, fornecendo *feedback* sobre o progresso dos residentes e participando de avaliações e ajustes do currículo. A COREME supervisiona e organiza os programas de residência nas instituições, enquanto a CEREM coordena e regula os programas a nível estadual, ambos com funções distintas, mas complementares na formação de médicos especialistas.

6.1. COREME (Comissão de Residência Médica)

É responsável por supervisionar e garantir a qualidade dos programas de residência médica em instituições de ensino ou hospitais. Ela assegura que os programas estejam de acordo com as normas da CNRM, organiza o processo seletivo para residentes, acompanha o desempenho dos residentes e preceptores, trata de questões administrativas, media conflitos e elabora relatórios anuais para a CNRM. Formada por membros do corpo docente, preceptores e representantes dos residentes, a COREME é essencial para o funcionamento adequado e a qualidade da formação dos residentes ^(1,2,3).

6.2. CEREM (Comissão Estadual de Residência Médica)

É um órgão estadual vinculado à CNRM, responsável por coordenar, supervisionar e regulamentar os programas de residência médica no estado. Suas funções incluem apoiar as COREME das instituições locais, promover a expansão dos programas conforme as necessidades de saúde da população, realizar visitas de avaliação, acompanhar a distribuição de vagas, garantir a alocação de recursos e enviar relatórios à CNRM. A CEREM é composta por representantes de instituições de ensino, conselhos de medicina, preceptores e, em alguns casos, representantes dos residentes, atuando como intermediária entre a CNRM e as COREME estaduais^(1,2,3).

6.3. CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica)

Tanto a COREME quanto a CEREM estão subordinadas à CNRM, que é o órgão nacional responsável pela normatização e supervisão dos programas de residência médica no Brasil. A CNRM define as diretrizes nacionais, avalia os programas e faz o credenciamento e descredenciamento das instituições que oferecem residência médica.

7. Papel da secretaria da COREME

É responsável por apoiar as atividades administrativas e organizacionais da comissão dentro da instituição que oferece programas de residência médica. Organiza e coordena as atividades administrativas como reuniões, agendas e comunicados. Elabora atas de reuniões e mantém registros de discussões e decisões tomadas pela comissão. Faz o controle de





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

documentos e relatórios relacionados ao programa de residência médica^(1,2,3). É responsável por manter atualizados os arquivos dos residentes, incluindo informações sobre desempenho, avaliações, rotinas e escalas de plantões.

Garante que a documentação necessária para o credenciamento dos programas e para os processos de avaliação seja devidamente arquivada e acessível para auditorias ou verificações.

7.1. Coordenação da comunicação

Facilita a comunicação entre a COREME, os residentes, preceptores e coordenadores de programas, repassando informações importantes e organizando eventos ou encontros. Garante que os residentes recebam informações sobre mudanças nos programas, calendário de atividades, avaliações e outros comunicados relevantes.

7.2. Suporte à seleção de residentes

Auxilia na organização do processo seletivo para ingresso nos programas de residência, coordenando a logística de inscrições, provas e divulgação de resultados, acompanhar as etapas de entrevistas e alocação de vagas.

7.3. Organização de reuniões

Organiza e convoca as reuniões assegurando que todos os membros tenham acesso à pauta e outros documentos relevantes. Gera e distribui as atas das reuniões para todos os membros da comissão. Oferece suporte direto aos coordenadores de programas de residência, ajudando na preparação de relatórios e na gestão dos rodízios dos residentes.

8. Papel da secretária da CEREM

Auxilia na organização e execução das atividades da CEREM, que supervisiona todos os programas de residência médica em um estado. Organiza as atividades administrativas da CEREM, como reuniões, convocação de membros e preparação de pautas. Redige atas e relatórios das reuniões da comissão e mantém a documentação oficial organizada e acessível^(1,2,3).

8.1. Coordenação de processos de avaliação





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Facilita o processo de avaliação dos programas de residência médica no estado, ajudando a comissão a organizar visitas de supervisão às instituições. Mantém registros atualizados sobre as avaliações e credenciamentos das instituições e programas.

8.2. Gestão de informações e documentos

Gerencia a documentação necessária para o funcionamento da CEREM, incluindo relatórios de instituições, resultados de auditorias e outras informações relevantes. Assegura que os relatórios e documentos da CEREM sejam enviados à CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica) conforme exigido.

8.3. Intermediação de comunicação

Atua como ponto de contato entre a CEREM e as COREMEs das instituições de saúde, garantindo uma comunicação fluida e rápida. Facilita a comunicação entre a CEREM, as instituições de ensino, os coordenadores dos programas e os residentes. Planeja e organiza as reuniões da CEREM, garantindo que todos os membros da comissão e representantes das instituições estejam informados e preparados. Auxilia na logística de eventos relacionados à residência médica, como seminários e *workshops* organizados pela CEREM^(1,2,3). Na organização e execução de iniciativas para expandir os programas de residência médica no estado, ajudando a mapear as necessidades regionais e facilitando a criação de novos programas.

9. Importância da função de secretária

A secretária da COREME e CEREM é essencial para o funcionamento eficiente das comissões, garantindo a execução de decisões e conformidade com as regulamentações. Ela facilita a comunicação e logística entre residentes, preceptores, coordenadores e órgãos de supervisão. A residência médica, etapa crucial na formação de especialistas, ocorre em ambientes variados, como hospitais e oficinas práticas, desenvolvendo competências técnicas e clínicas.

9.1. O hospital na residência médica

É o principal local de atuação dos residentes, oferecendo um ambiente prático para desenvolver habilidades médicas. Nas enfermarias, acompanham pacientes internados,





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

realizando diagnósticos e tratamentos. Nos ambulatórios, realizam consultas eletivas e de seguimento, aprimorando habilidades clínicas. Nos centros cirúrgicos, praticam técnicas operatórias sob supervisão, enquanto nas UTIs aprendem a lidar com pacientes críticos. No pronto-socorro, são treinados para agir em urgências, tomar decisões rápidas e realizar diagnósticos diferenciais. Os residentes também participam da interpretação de exames laboratoriais e de imagem, contribuindo para o diagnóstico dos pacientes.

9.2. Oficinas práticas na residência médica

Os ambientes de aprendizado para residentes são focados no desenvolvimento de habilidades clínicas e cirúrgicas essenciais., utilizando tecnologia de simulação realística e manequins avançados, as oficinas permitem praticar procedimentos como punção venosa, intubação, suturas e cirurgias complexas em um ambiente seguro. Também há treinamentos em emergências médicas, UTI, pronto-socorro, além de oficinas para melhorar habilidades de comunicação em situações sensíveis, como dar más notícias. Algumas oficinas são voltadas a técnicas específicas, como laparoscopia, endoscopia e emergências obstétricas.

9.3. Campos de atuação na residência médica

Variam conforme a especialidade, proporcionando experiência prática em diferentes cenários clínicos e epidemiológicos. Na cirurgia geral, incluem ambulatórios, emergências e cirurgias de pequeno a grande porte. Na pediatria, o foco é o atendimento em enfermarias, UTIs e pronto-atendimentos. ginecologia e obstetrícia abrangem partos, cirurgias e emergências obstétricas. A psiquiatria envolve centros de saúde mental e serviços de emergência. Em medicina intensiva, os residentes atuam em UTIs com pacientes críticos. Há também formação em saúde pública e atenção primária, promovendo saúde e prevenção na comunidade ⁽⁶⁾.

10. Mudanças legislativas

Recentes mudanças legislativas ampliaram o tempo de treinamento em algumas especialidades médicas para melhorar a capacitação. Essas alterações visam adaptar a formação às crescentes demandas e complexidade do atendimento médico.

10.1. Clínica médica





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

A ampliação para três anos se deve à necessidade de uma formação mais completa, que permita ao residente adquirir uma base mais sólida em diagnóstico, manejo clínico e acompanhamento de pacientes com doenças complexas e crônicas. A maior demanda por uma abordagem mais holística e o aumento de doenças crônicas no Brasil motivaram a mudança.

10.2. Cirurgia geral

Passou a ter três anos de treinamento para permitir maior aprofundamento nas técnicas cirúrgicas e no manejo perioperatório de pacientes. Essa extensão possibilita ao residente adquirir mais experiência prática em ambientes de alta complexidade e maior capacitação antes de ingressar em subespecialidades cirúrgicas.

10.3. Medicina de família e comunidade

Com a crescente demanda por médicos de atenção primária e a necessidade de uma formação que aborde amplamente a medicina preventiva, a promoção da saúde e o cuidado continuado, o tempo de formação foi ampliado. Isso permite aos residentes mais tempo para se familiarizarem com a atuação em diferentes contextos comunitários e sistemas de saúde pública^(1,2,3).

10.4. Pediatria

O aumento no tempo de formação permite que os residentes em pediatria adquiram mais experiência em várias áreas de atuação, como neonatologia, cuidados intensivos pediátricos e atendimento ambulatorial, o que é crucial dado o crescimento da complexidade dos atendimentos pediátricos.

10.5. Ginecologia e Obstetrícia

A duração atual é de 3 anos, não houve mudança recente, mas há discussões sobre a possibilidade de aumento para 4 anos. Embora a duração atual permaneça de 3 anos, há discussões sobre a possível ampliação para 4 anos devido à crescente necessidade de formação especializada em áreas como medicina fetal, reprodução assistida, oncologia ginecológica e cirurgia minimamente invasiva.

10.6. Anestesiologia





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

O tempo de treinamento foi ampliado para três anos com o objetivo de melhorar a capacitação dos anestesiológicos, especialmente em áreas de anestesia para pacientes críticos, manejo da dor e cuidados perioperatórios complexos, bem como em tecnologias avançadas em anestesia.

10.7. Psiquiatria

Teve sua duração ampliada para 4 anos em razão da crescente complexidade no tratamento de transtornos mentais e do desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, como a psiquiatria forense, psiquiatria da infância e adolescência, além de avanços em tratamentos psicoterapêuticos e psicofarmacológicos.

10.8. Radiologia e diagnóstico por imagem

Apesar da manutenção dos 3 anos para a formação básica, tem havido uma crescente necessidade de subespecialização em áreas como neurorradiologia, radiologia cardiovascular e radiologia intervencionista, levando a programas de subespecialização de 1 a 2 anos adicionais.

10.9. Ortopedia e Traumatologia

Mantém 3 anos de residência, mas a demanda por áreas como cirurgia da coluna, ortopedia pediátrica e artroscopia pode levar a mais subespecializações, estendendo o período de formação em algumas áreas.

10.10. Cardiologia

A extensão para 3 anos visa proporcionar um treinamento mais completo, com ênfase em áreas como cardiologia intervencionista, insuficiência cardíaca, arritmias e cardiologia pediátrica, além de possibilitar mais tempo para o treinamento em tecnologias avançadas e técnicas de imagem cardiovascular.

10.11. Medicina Intensiva

Teve sua duração ampliada para 3 anos para atender à crescente complexidade do manejo de pacientes críticos e à necessidade de maior capacitação em tecnologias de suporte à vida, monitoramento avançado e cuidados intensivos multidisciplinares.

10.12. Dermatologia





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

A dermatologia permanece com 3 anos de treinamento, mas há uma tendência crescente para subespecializações em áreas como dermatologia cirúrgica, dermatopatologia e estética, o que pode estender o tempo de formação para alguns residentes.

10.13. Oftalmologia

A ampliação para 3 anos visa garantir que os residentes recebam treinamento mais completo em cirurgias oftalmológicas, tratamentos clínicos e em novas tecnologias de diagnóstico, como tomografia de coerência óptica (OCT) e procedimentos a laser^(4,6).

11. Graduação sem o título de residência

A residência médica é considerada uma etapa fundamental na formação de um médico especialista. Embora seja possível exercer a medicina sem concluir uma residência, a ausência desse treinamento especializado pode resultar em várias perdas de qualidade profissional. A residência oferece aos médicos uma experiência prática intensiva e supervisionada, que é difícil de obter apenas com a graduação em medicina. Aqui estão as principais perdas e impactos para o médico que opta por não fazer residência:

11.1. Falta de experiência prática supervisionada

A residência médica proporciona um ambiente controlado onde o médico tem a oportunidade de aplicar o conhecimento teórico em cenários clínicos reais, sob a supervisão de preceptores experientes. Sem essa etapa, o médico recém-formado pode carecer de experiência prática adequada, o que pode comprometer sua capacidade de tomar decisões rápidas e eficazes em situações complexas ou críticas. O aprendizado por meio da prática em situações de alta pressão, como emergências, cirurgias ou manejo de pacientes graves, é limitado sem a residência. Isso pode resultar em uma atuação menos confiante e segura no início da carreira^(6,7).

11.2. Menor profundidade de conhecimento em áreas específicas

É o momento em que o médico se aprofunda em uma área específica da medicina, seja clínica, cirúrgica ou outra especialidade. Sem a residência, o médico não desenvolve o conhecimento aprofundado necessário para atuar como especialista, o que pode limitar suas opções de carreira. A falta de especialização pode levar o médico a atuar de forma mais





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

generalista, sem acesso às técnicas e protocolos avançados de tratamento que os especialistas adquirem durante a residência. Isso pode resultar em uma prática médica mais limitada, especialmente em áreas de alta complexidade.

11.3. Dificuldade no diagnóstico e manejo de casos complexos

Durante a residência, os médicos são expostos a uma variedade de casos complexos que exigem raciocínio clínico avançado, análise detalhada e manejo criterioso. Sem essa exposição, o médico pode ter dificuldade em diagnosticar e tratar casos mais desafiadores de forma eficaz. A falta de experiência em lidar com condições complexas e raras pode levar a diagnósticos imprecisos ou ao manejo inadequado de doenças, resultando em tratamento subótimo para os pacientes.

11.4. Menor credibilidade no mercado de trabalho

Médicos sem residência enfrentam dificuldades para competir no mercado de trabalho, especialmente em vagas que exigem especialização. A residência atesta qualificação e aumenta a atratividade para empregadores e pacientes. Sem essa credencial, as oportunidades em instituições renomadas são limitadas, e estabelecer uma prática privada de sucesso pode ser mais desafiador.

11.5. Baixa capacitação em procedimentos cirúrgicos e técnicas avançadas

A residência, especialmente em áreas cirúrgicas, oferece um treinamento prático intensivo em procedimentos que são essenciais para o exercício seguro da profissão. Sem esse treinamento, o médico pode não ter a habilidade necessária para realizar procedimentos cirúrgicos ou técnicas minimamente invasivas de forma adequada^(6,7). A incapacidade de realizar procedimentos avançados limita o escopo de atuação do médico, que pode depender de referências a outros especialistas para esses procedimentos. Isso pode reduzir sua autonomia e capacidade de tratamento integral do paciente.

11.6. Menor capacidade de gestão em situações de emergência

Expõe os médicos a situações de emergência onde a tomada de decisões rápidas e eficazes é crucial. Sem essa experiência, o médico pode não estar completamente preparado para gerenciar crises em ambientes de alta pressão, como emergências hospitalares ou centros de





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

trauma. A in experiência em situações de urgência pode comprometer a qualidade do atendimento em emergências, resultando em maior risco para o paciente. A incapacidade de atuar com segurança em situações críticas afeta diretamente o cuidado prestado.

11.7. Limitações no avanço de carreira

É um pré-requisito para o acesso a cargos de maior responsabilidade, como posições de liderança em instituições de saúde, ensino médico, e pesquisa. Sem a residência, o médico pode ficar restrito a funções de menor complexidade e responsabilidade. A falta de especialização pode impedir o médico de acessar oportunidades de crescimento profissional, como se tornar chefe de uma equipe médica, professor universitário ou pesquisador em áreas avançadas da medicina.

11.8. Menor rede de contatos e oportunidades acadêmicas

A residência médica não só proporciona aprendizado técnico, mas também permite que o médico desenvolva uma rede de contatos profissionais, incluindo preceptores, colegas residentes e outros profissionais da saúde. Sem essa rede, o médico pode ter menos oportunidades de desenvolvimento profissional e acadêmico. A ausência de uma rede profissional sólida pode limitar o acesso a oportunidades de pesquisa, publicações acadêmicas, convites para congressos médicos e eventos científicos, além de restringir parcerias profissionais que poderiam impulsionar a carreira.

11.9. Dificuldade em acompanhar o avanço tecnológico

Durante a residência, os médicos têm acesso a novas tecnologias, procedimentos modernos e equipamentos avançados. Sem a residência, o médico pode ter menos oportunidades de se familiarizar com as inovações tecnológicas na área médica. A falta de exposição às novas tecnologias pode limitar a capacidade do médico de oferecer o melhor tratamento disponível aos pacientes, colocando-o em desvantagem competitiva em um mercado de trabalho cada vez mais tecnológico.

11.10. Menor preparação para ensino e pesquisa

Oferece oportunidades para o desenvolvimento de habilidades acadêmicas, como ensino e pesquisa, que são essenciais para quem deseja seguir uma carreira acadêmica ou científica.





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Sem a residência, o médico pode não adquirir a experiência necessária para atuar como professor ou pesquisador. A ausência de residência dificulta a inserção em programas de mestrado, doutorado e outras atividades acadêmicas que exigem uma base sólida de especialização e prática clínica. Isso pode limitar o médico a uma carreira puramente assistencial, sem possibilidade de contribuir para o avanço do conhecimento na medicina.

12. Exercício no setor público e setor privado

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande empregador de médicos especialistas no Brasil, oferecendo diversas oportunidades em hospitais, UPAs, unidades de saúde da família e centros de especialidades. Após a residência, os médicos podem ingressar no serviço público por meio de concursos, que proporcionam estabilidade, bons salários e a chance de trabalhar em áreas com escassez de especialistas^(4,5,6). Além disso, há incentivos para a interiorização da medicina, com oportunidades em regiões carentes, como o Norte, Nordeste, Centro-Oeste e cidades do interior.

O setor privado no Brasil oferece diversas oportunidades para médicos especialistas em hospitais particulares, clínicas e consultórios. Para os egressos de residência, o setor pode ser atraente devido à flexibilidade e potencial de ganhos elevados, dependendo da especialidade e localização. Grandes redes hospitalares, como o Hospital Sírio-Libanês e o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, oferecem vagas nas áreas de alta complexidade, como oncologia, cardiologia, neurologia e cirurgia. Os médicos que abrem seus próprios consultórios encontram boas perspectivas, especialmente em grandes cidades e regiões com escassez de especialistas, enquanto a telemedicina expande o alcance para atendimento remoto.

12.1. Perspectivas por localização geográfica

O trabalho para médicos especialistas varia conforme a localização. Grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro e Brasília, oferecem maior demanda, mas também maior concorrência. Já regiões do interior e áreas remotas, especialmente no Norte e Nordeste, têm alta demanda e menos concorrência, além de oferecer incentivos como salários mais altos e estabilidade para atrair profissionais.

12.2. Novas áreas de atuação





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Com o avanço da tecnologia e novas necessidades na saúde, áreas como telemedicina, especialmente em psiquiatria, clínica médica e dermatologia, ganharam destaque, impulsionadas pela pandemia de Covid-19. Há também um crescimento na demanda por procedimentos minimamente invasivos e tratamentos estéticos, além de oportunidades para médicos se especializarem em gestão hospitalar e administração de serviços de saúde, abrindo novas carreiras no setor.

12.3. Internacionalização e oportunidades no exterior

Médicos brasileiros formados em residência encontram boas oportunidades no exterior, especialmente em países com escassez de profissionais, como Portugal, Canadá, Austrália e partes dos EUA. No entanto, é necessário validar o diploma, um processo que pode ser complexo e variar por especialidade. Alguns optam por fazer parte ou toda a residência fora do Brasil, o que facilita o acesso a oportunidades em instituições internacionais de prestígio.

13. Perspectivas acadêmicas para o egresso de residência

O egresso de residência médica que deseja seguir uma carreira acadêmica e se tornar um pesquisador encontra um campo repleto de oportunidades, mas também desafiador e exigente. A residência oferece uma base sólida de conhecimento prático e teórico, mas a transição para o mundo acadêmico e da pesquisa requer um conjunto adicional de habilidades, planejamento e compromisso com o desenvolvimento científico. Após a conclusão muitos médicos optam por ingressar na carreira acadêmica, seja como professores em faculdades de medicina, orientadores em programas de residência, ou pesquisadores em áreas específicas da medicina.

13.1. Carreira como docente

Os médicos que seguem a carreira acadêmica podem atuar como professores universitários em instituições públicas e privadas, combinando sua experiência clínica com o ensino. Eles lecionam tanto disciplinas teóricas quanto práticas e também participam na formação de residentes como preceptores. Além de transmitir conhecimentos técnicos, os docentes são responsáveis por ensinar valores éticos e profissionais essenciais para a prática médica, influenciando diretamente a formação de novas gerações de médicos^(4,6).





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

13.2. Orientador de programas de residência

Os médicos egressos de residência que se interessam por educação médica podem atuar como orientadores ou coordenadores de programas de residência médica, desempenhando o papel de mentores para novos residentes. Nessa função, eles supervisionam o progresso dos residentes, avaliam suas habilidades e os orientam em desafios clínicos, equilibrando prática clínica com ensino. Além disso, os orientadores têm a oportunidade de contribuir para a melhoria contínua dos currículos e processos de ensino, ajustando os programas de acordo com os avanços da medicina.

14. O Egresso de residência como futuro pesquisador

A transição de médico clínico para pesquisador é uma escolha que muitos egressos de residência fazem, motivados pelo desejo de contribuir para o avanço científico e melhorar os tratamentos disponíveis para diversas condições médicas. A pesquisa é essencial para o desenvolvimento de novas terapias, tecnologias e abordagens preventivas na medicina.

14.1. Início na pesquisa: mestrado e doutorado

O mestrado é a primeira etapa formal, onde o médico aprende metodologia científica e desenvolve um projeto de pesquisa, podendo atuar como professor e publicar artigos científicos. O doutorado é o grau mais avançado, permitindo que o médico realize pesquisas originais, lidere projetos, oriente outros pesquisadores e atue em universidades e centros de pesquisa internacionais. Ambos os programas são essenciais para o desenvolvimento de habilidades científicas^(6,7).

14.2. Centros de pesquisa e instituições acadêmicas no Brasil e exterior

No Brasil, instituições como Fiocruz e Instituto Butantan oferecem grandes oportunidades de pesquisa, especialmente em saúde pública e vacinas. Universidades como USP, UFMG e Unicamp também possuem programas robustos de pós-graduação para médicos pesquisadores. Internacionalmente, parcerias com instituições de prestígio, como Harvard, Oxford e Johns Hopkins, ampliam as possibilidades de colaboração. Embora a carreira de pesquisador tenha desafios, como financiamento e alta competitividade, ela oferece prestígio acadêmico e a chance de contribuir para o avanço médico global^(6,7).





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

Conclusão

A formação médica no Brasil é estruturada de forma a garantir uma combinação sólida de conhecimento teórico, prática supervisionada e especialização em diversas áreas, com foco no desenvolvimento técnico e humano.

A residência médica desempenha um papel crucial na capacitação dos médicos, preparando-os para enfrentar desafios complexos da prática clínica e se adaptarem às exigências do mercado de trabalho. Além disso, os egressos de residência encontram boas oportunidades em setores público e privado, e podem seguir carreiras acadêmicas ou de pesquisa.

A contínua atualização de práticas e regulamentações, aliada à integração de novas tecnologias, é fundamental para a formação de profissionais qualificados, éticos e adaptáveis às demandas sociais e tecnológicas do século XXI.

Agradecimento

Expressamos nossa profunda gratidão à Sra. Elisangela Ermelinda Geralda Viana pelo apoio imprescindível na realização deste trabalho. Sua contribuição foi essencial para o desenvolvimento deste estudo, e sou grato por sua dedicação, generosidade e disposição em compartilhar seu conhecimento.

Referências

1. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2024.
2. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Cria a Comissão Nacional de Residência Médica e estabelece diretrizes para a residência médica no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1977.





REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634

3. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Plano Nacional de Expansão da Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.
4. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Médica (Portaria Conjunta nº 3, de 16 de março de 2016). Brasília: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2024.
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Residência Médica no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 20 out. 2024.
6. Ministério da Educação (MEC). Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Diretrizes Nacionais para a Residência Médica. Brasília: MEC, 2020. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2024.
7. Fiocruz. A importância da pesquisa científica na formação médica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruz.br>. Acesso em: 20 out. 2024.
8. Behrens MA. O paradigma emergente e a prática pedagógica. 5a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

Recebido em: 14/06/2025

Aprovado em: 28/07/2025

Publicado em: 08/08/2025

