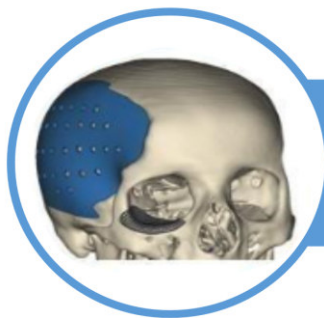




TRANSFORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA: DESAFIOS E PROPOSTAS PARA UMA FORMAÇÃO RESPONSIVA E INTEGRADA

Cirênio de Almeida Barbosa, Cibele Ennes Ferreira, Adélio José da Cunha, Carlos Augusto Aglio, Débora Helena da Cunha, Guilherme de Almeida Santos, José Carlos Vieira, Marlúcia Marques Fernandes, Ronald Soares dos Santos



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p1393-1420>

Artigo recebido em 15 de Junho e publicado em 25 de Julho de 2025

ARTIGO PUBLICADO

RESUMO

Objetivo: O estudo visa explorar os desafios e propor soluções para a transformação na residência médica, com foco em uma formação mais responsiva e integrada. O objetivo é analisar o equilíbrio entre conhecimento científico, raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades práticas, formação do caráter e profissionalismo na educação médica, considerando as mudanças ocorridas entre 2020 e 2024. **Métodos:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura e análise crítica de publicações nacionais e internacionais sobre ensino médico, especialmente no contexto da residência. Foram incluídos estudos que abordavam o desenvolvimento de raciocínio clínico, o ensino de habilidades e a aquisição de competências essenciais. Além disso, foram analisadas as diretrizes de programas de residência e suas implementações durante o período em estudo. **Resultados:** A análise revelou que, apesar dos avanços na educação médica, ainda existem lacunas significativas no equilíbrio entre os diferentes aspectos da formação do residente. O desenvolvimento do raciocínio clínico e a integração de habilidades práticas com conhecimento teórico foram identificados como áreas que necessitam de maior atenção. Além disso, o estudo destacou a importância da formação do caráter e do profissionalismo como componentes centrais na educação médica, que muitas vezes são subvalorizados. **Conclusão:** A transformação na residência médica exige uma abordagem integrada que considere não apenas o conhecimento científico, mas também o desenvolvimento de competências práticas e a formação do caráter dos residentes. Propostas incluem a implementação de currículos mais holísticos, que promovam o raciocínio clínico, as habilidades práticas e os valores éticos. Esses elementos são essenciais para formar médicos responsivos às necessidades da sociedade e preparados para os desafios da prática clínica contemporânea.

Palavras-chave: aprendizagem médica, ensino de habilidades médicas, residência médica, educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: The study aims to explore the challenges and propose solutions for the transformation of medical residency, focusing on more responsive and integrated training. The objective is to analyze the balance between scientific knowledge, clinical reasoning, development of practical skills, character formation and professionalism in medical education, considering the changes that occurred between 2020 and 2024. **Methods:** A narrative review of the literature and critical analysis of national and international publications on medical education, especially in the context of residency, were carried out. Studies that addressed the development of clinical reasoning, the teaching of skills and the acquisition of essential competencies were included. In addition, the guidelines of residency programs and their implementation during the study period were analyzed. **Results:** The analysis revealed that, despite advances in medical education, there are still significant gaps in the balance between the different aspects of resident training. The development of clinical reasoning and the integration of practical skills with theoretical knowledge were identified as areas that require greater attention. In addition, the study highlighted the importance of character formation and professionalism as central components in medical education, which are often undervalued. **Conclusion:** Transforming medical residency requires an integrated approach that considers not only scientific knowledge, but also the development of practical skills and the formation of the character of residents. Proposals include the implementation of more holistic curricula that promote clinical reasoning, practical skills and ethical values. These elements are essential to train physicians who are responsive to the needs of society and prepared for the challenges of contemporary clinical practice.

Keywords: medical learning, teaching medical skills, medical residency, health education.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam que a formação do profissional de saúde deve estar alinhada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social. Essas diretrizes visam a formação de profissionais-cidadãos engajados na luta pela vida, formados a partir de um perfil generalista, humanista, ético, crítico, reflexivo, com competência técnica e capacidade de atuar sobre os problemas de saúde mais prevalentes no país.

Paulo Freire destacou os processos de formação de docentes como um movimento que compreende o fazer e o pensar sobre o fazer, a reflexão consciente da prática. Sob essa perspectiva, a prática é contextualizada aos fatos reais, contribuindo para o desenvolvimento de competências e atributos que

servirão de âncora para a práxis profissional, viabilizando uma formação condizente com as DCN e com o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes e valores.

A inovação educativa que as novas orientações demandam não deve vir de fora, mas pelo caminho da reflexão sobre a própria prática e pelo trabalho colaborativo que a instituição/administração universitária deve desenvolver junto aos docentes. Isso exige que as mudanças na práxis educativa não existam em contextos solitários, mas sim por meio da construção coletiva de uma nova prática educativa.

Segundo McGee, existem muitas sutilezas no encontro entre um médico e seu paciente que os estudos clínicos não conseguem captar, e que nenhum teste ou manobra, por maior acurácia que tenham, conseguem suplantar. Como, então, ocorre o raciocínio que constroi as decisões clínicas e que leva aos comportamentos e atitudes? E mais, como se ensinam e aprendem essas competências e atributos durante a residência médica?

O propósito desta revisão é contribuir para qualificar ainda mais a discussão sobre a residência médica em nosso país, buscando sistematizar de forma crítica as contribuições da ciência da aprendizagem para a modalidade de residência médica.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica mediante consulta nas bases de dados PubMed (da National Library of Medicine), Scielo (Scientific Eletronic Library on Line) e Biblioteca Virtual da Saúde. Na pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: “aprendizagem médica”, “ensino de habilidades médicas”, “residência médica”, “educação em saúde”.

DISCUSSÃO

A aprendizagem é definida como a aquisição de conhecimentos, habilidades e compreensão. Até o século XX, conforme descrito por Teixeira, aprender significava "fixar um fato ou uma habilidade na memória ou no hábito" ⁽⁷⁾. Saviani destaca que a escola centrava-se na formação intelectual, onde o papel principal do professor era transmitir conhecimentos e o dos alunos, assimilá-los. Nesta concepção, aprender é um processo ativo, desenvolvido a partir da seleção de reações apropriadas que são então fixadas ^(7,8). No entanto, não se aprende apenas por absorção. O foco do ensino evoluiu da compreensão intelectual para a prática, do lógico para o psicológico, e dos conteúdos para os processos ⁽¹¹⁾. Educar transcende o simples treinamento, sendo descrito como um "processo de



transmissão, construção e reconstrução do conhecimento e da formação de cidadãos competentes e conscientes de seu papel na sociedade, capazes de atuar produtivamente e de forma comprometida em seus ambientes sociais e em suas atividades profissionais" ^(1,3).

No contexto do ensino de habilidades médicas, é imperativo coordenar diversas formas de conhecimento durante o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico e das atitudes profissionais,

superando a importância de habilidades ou tarefas mentais isoladas ⁽⁹⁾. A competência médica não é alcançada apenas através do conhecimento isolado e habilidades técnicas, mas pela capacidade de utilizar esses atributos em situações clínicas específicas ^(8,9). Além disso, para um desempenho eficaz na medicina, são necessárias competências técnicas, satisfação profissional, satisfação dos pacientes e uma atenção de qualidade, eficiente e custo-efetiva. Isso demanda comportamentos, atitudes, conhecimentos e princípios cientificamente comprovados, que devem ser desenvolvidos durante a residência médica.

A ciência da aprendizagem propõe uma abordagem ao currículo, ao processo de ensino-aprendizagem e à avaliação que difere significativamente das práticas tradicionais em nossas escolas. Compreender profundamente os processos de conhecimento, aprendizagem e ensino é essencial para desenvolver o potencial pessoal e profissional de cada indivíduo ^(3,4,10). Durante a residência médica, os residentes observam os preceptores como modelos não apenas de conhecimento e habilidades técnicas, mas também de comportamentos e atitudes. Este processo de aquisição de conhecimentos, habilidades e valores começa na graduação e continua na residência médica ^(1,2).

1- Funções do coordenador, preceptor e residente na residência médica

Para ser coordenador de um Programa de Residência Médica, é necessário cumprir uma série de requisitos que garantem a capacidade de liderar e gerenciar o programa de forma eficaz, proporcionando um ambiente de aprendizado de alta qualidade para os residentes.

O coordenador deve ser um médico com título de especialista na área correspondente ao programa de residência, possuindo uma sólida formação acadêmica e clínica. Além disso, é recomendável ter experiência significativa tanto na prática clínica quanto no ambiente acadêmico, incluindo ensino médico e supervisão de residentes. Deve estar em situação regular com o Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde o programa é oferecido.

É essencial que o coordenador demonstre habilidades de liderança e capacidade de gestão, incluindo planejamento curricular, avaliação de desempenho e resolução de conflitos. Ele deve estar comprometido com a educação médica continuada, mantendo-se atualizado em sua área de especialização e em práticas educacionais. Excelentes habilidades de comunicação são necessárias para interagir efetivamente com residentes, outros docentes e a administração da instituição. Por fim, o coordenador deve estar familiarizado e em



conformidade com todas as regulamentações locais e nacionais que governam os programas de residência médica.

A proposta de mudança e fundamentação dos programas de residência médica envolve a atualização dos currículos para refletir as necessidades contemporâneas da saúde pública e as expectativas dos pacientes. Essa atualização deve incluir mais conteúdo sobre gestão em saúde, tecnologias emergentes e interdisciplinaridade, garantindo que os residentes estejam preparados para enfrentar os desafios modernos da prática médica.

O papel social do coordenador de residência deve ser analisado profundamente, considerando seu impacto no desenvolvimento dos residentes. O coordenador não deve atuar apenas como supervisor acadêmico, mas também como mentor, auxiliando no desenvolvimento profissional e pessoal dos residentes. Ele deve incentivar uma prática médica ética e socialmente responsável, promovendo uma formação holística.

A subestimação da importância de trabalhar por transformações na pós-graduação precisa ser discutida. As mudanças na pós-graduação são essenciais para o avanço da medicina, exigindo inovação contínua nos programas para manter os padrões de qualidade e relevância profissional. Sem essas transformações, a formação médica pode ficar obsoleta e desconectada das demandas atuais do setor de saúde.

A organização dos serviços de residência e do sistema de saúde em geral deve ser examinada para identificar formas de otimizar a estrutura organizacional. Melhorias na eficiência, no acesso dos pacientes e na experiência de aprendizagem dos residentes são fundamentais. Isso inclui a revisão de processos administrativos e a implementação de práticas que facilitem a integração dos residentes ao ambiente de trabalho real.

Além disso, é crucial discutir as tendências atuais e futuras no mercado de trabalho para médicos. A saturação em certas especialidades, a demanda em áreas rurais ou menos servidas e a adaptação dos programas de residência para preparar melhor os médicos para essas realidades são pontos importantes. A formação médica deve estar alinhada com as necessidades do mercado de trabalho, garantindo que os novos médicos tenham oportunidades de emprego e possam atender às demandas da população.

Por fim, o conteúdo da formação dos médicos deve ser avaliado criticamente. É necessário propor ajustes que incorporem mais interações práticas, simulações e ensino baseado em competências, refletindo as habilidades realmente necessárias para a prática médica moderna. Dessa forma, os programas de residência estão mais alinhados com a realidade do exercício da medicina, formando profissionais mais competentes e preparados para os desafios do futuro.

Tabela 1: Funções do residente

Função do Residente	Descrição
Aprendizado e Desenvolvimento	Profissional



Participar ativamente de todas	as atividades educativas e clínicas, procurando maximizar seu aprendizado e desenvolvimento profissional.
Atendimento ao Paciente segurança e qualidade.	Prestar cuidados médicos sob supervisão, garantindo
Pesquisa	Envolver-se em projetos de pesquisa conforme as oportunidades disponíveis e os requisitos do programa.
Colaboração e Ética	Colaborar com outros profissionais de saúde e aderir aos princípios éticos médicos.

Tabela 2: Funções do coordenador de residência

Função do Coordenador	Descrição
Supervisão e Avaliação desempenho acadêmico e	Supervisionar o progresso dos residentes e avaliar seu clínico.
Desenvolvimento do Programa residência para refletir as	Desenvolver e atualizar o currículo do programa de necessidades contemporâneas e os padrões educacionais.
Mediação	Atuar como mediador entre os residentes e outros profissionais da instituição, incluindo a administração.
Cumprimento das Normativas regulamentações locais e	Garantir que o programa esteja em conformidade com as nacionais.

Tabela 3: Funções dos preceptores

Função do Preceptor	Descrição
Ensino Clínico	Prover instrução e supervisão direta durante as atividades clínicas dos residentes.
Avaliação de Competências para garantir seu	Avaliar as competências clínicas dos residentes regularmente progresso adequado.
Mentorização	Orientar os residentes em suas carreiras, oferecendo suporte e conselho profissional.
Modelagem de Papel comportamento ético e prática	Servir como modelo profissional em termos de médica.

Tabela 4: Funções da instituição responsável pelo programa de residência

Função da Instituição	Descrição
Infraestrutura e Recursos recursos de	Prover a infraestrutura necessária, incluindo instalações, aprendizado e suporte administrativo.
Cumprimento de Regulamentações	Assegurar que todos os aspectos do programa estejam em conformidade com

as normas e leis educacionais.

Promoção de Ambiente
Ético e de Aprendizagem

Promover um ambiente que favoreça o aprendizado ético e eficaz.

Avaliação e Melhoria Contínua

Avaliar continuamente o programa e implementar melhorias conforme necessário.

Essas tabelas resumem as principais responsabilidades associadas a cada papel dentro de um programa de residência médica, destacando a importância da colaboração e do compromisso com a excelência educacional e clínica.

2- Importância e etapas teóricas e práticas na residência médica

O programa de residência médica em cirurgia geral é rigorosamente estruturado para proporcionar uma formação abrangente aos residentes, combinando atividades teóricas e práticas. A carga horária teórica inclui seminários, conferências, aulas e revisões de literatura, fundamentais para fundamentar o conhecimento científico dos residentes. Essas atividades cobrem uma ampla gama de tópicos em cirurgia geral e especialidades associadas, preparando-os para as complexidades da prática.

A componente prática, mais intensiva, ocorre principalmente no ambiente hospitalar, com participação em cirurgias, rotinas de pré e pós-operatório, plantões e acompanhamento de pacientes internados. A prática supervisionada permite que os residentes desenvolvam habilidades cirúrgicas essenciais, gestão de casos clínicos e competências em procedimentos de emergência.

Durante a residência em Cirurgia Geral, os residentes passam por vários estágios especializados que são cruciais para sua formação abrangente e competente. No estágio de Anestesia, os residentes aprendem sobre a gestão perioperatória do paciente, controle da dor e técnicas anestésicas, elementos que impactam diretamente nos resultados cirúrgicos. O de trauma oferece experiência em situações de alta pressão onde decisões rápidas e eficazes são essenciais para salvar vidas, enfatizando a importância da cirurgia de emergência. Na oncologia, os residentes entendem o papel da cirurgia no tratamento de cânceres, incluindo biópsias, ressecções e procedimentos paliativos, permitindo uma abordagem integral ao tratamento oncológico. O de cirurgia de cabeça e pescoço abrange procedimentos em uma área complexa que exige um conhecimento detalhado da anatomia e técnicas cirúrgicas especializadas, preparando os residentes para intervenções desafiadoras. Na terapia intensiva, os residentes se concentram no manejo de pacientes críticos pós-operatórios, focando no suporte vital e nas decisões de cuidado crítico, aspectos essenciais para a recuperação e sobrevivência dos pacientes mais vulneráveis.

Tabela 5: Importância dos estágios

Área de Estágio	Importância
Anestesia	Essencial para gestão perioperatória e controle da dor
Trauma salvamento	Crítica para habilidades em emergências e cirurgias de
Oncologia paliativos	Crucial para o tratamento cirúrgico de cânceres e cuidados
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Importante para procedimentos especializados em uma área complexa
Terapia Intensiva cuidados intensivos	Vital para o manejo de pacientes críticos e decisões em

Cada um desses estágios desempenha um papel fundamental na formação de um cirurgião geral, fornecendo habilidades específicas e experiências indispensáveis para o exercício competente e eficaz da profissão médica.

Nos últimos cinco anos, os programas de residência médica em cirurgia geral têm atraído uma diversidade crescente de candidatos com variadas formações acadêmicas, experiências e motivações. Geralmente, esses candidatos possuem um histórico acadêmico sólido em medicina e podem ter participado de estágios, pesquisas ou trabalhos voluntários relacionados à cirurgia. A motivação para escolher cirurgia geral frequentemente está ligada ao desejo de enfrentar desafios complexos e de impactar diretamente a vida dos pacientes por meio de intervenções cirúrgicas. Demograficamente, os programas têm atraído um equilíbrio entre gêneros e uma crescente representação de minorias, refletindo esforços para aumentar a diversidade no campo médico.

Tabela 6: Demografia

Característica	Descrição
Formação Acadêmica notas altas e	Graduação completa em Medicina, geralmente com participação em atividades extracurriculares relacionadas à Medicina.
Experiência Clínica	Experiências como internatos em cirurgia ou participação em pesquisas clínicas e/ou publicações.
Motivação	Forte interesse em procedimentos cirúrgicos, capacidade de trabalho sob pressão, desejo de impacto direto no cuidado ao paciente.
Competências	Habilidades de comunicação e decisão, capacidade de trabalho em equipe, resiliência e adaptabilidade.
Demografia	Diversidade em termos de gênero, etnia e background cultural, com esforços contínuos para inclusão e representatividade.

Os candidatos ao programa de residência médica em cirurgia geral são caracterizados por sua competitividade e complexidade. Os programas buscam candidatos que demonstrem excelência acadêmica e técnica, empatia, liderança e um compromisso com o avanço da prática cirúrgica. O sucesso do programa é evidenciado pelas trajetórias profissionais dos egressos, que frequentemente seguem para subespecializações como cirurgia minimamente invasiva, oncologia cirúrgica ou transplante. Além disso, muitos contribuem para a pesquisa médica e a educação, publicando trabalhos em revistas de alto impacto e atuando como preceptores em programas de residência. Esse perfil reflete o compromisso do programa com uma formação abrangente, preparando os cirurgiões para enfrentar os desafios futuros da medicina.

Tabela 7: Trajetória profissional e reconhecimento

Característica	Descrição
Trajetória Profissional	A maioria atua em hospitais ou clínicas privadas, com alguns seguindo carreiras acadêmicas.
Subespecializações	Comum em áreas como cirurgia bariátrica, transplantes, cirurgia robótica e oncologia cirúrgica.
Contribuições Acadêmicas como educadores	Participação em publicações científicas, conferências e em programas de residência.
Reconhecimentos	Muitos recebem prêmios por excelência clínica ou contribuições para a pesquisa.
Impacto na Comunidade	Engajamento

3- Direitos e deveres dos residentes

A principal norma que rege a relação entre os médicos residentes e as Instituições é a Lei nº 6.932/1981, que estabelece as diretrizes para a organização e funcionamento dos programas de residência médica no Brasil. Esta lei é complementada por regulamentações do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), que definem padrões adicionais para o treinamento e bem-estar dos residentes. O trabalho do médico residente em uma Instituição que oferece programas de residência médica é fundamental para o funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Os residentes desempenham um papel crucial no atendimento aos pacientes enquanto recebem treinamento especializado.

3.1- Direitos

Os médicos residentes recebem uma bolsa-auxílio ajustada anualmente, sendo R\$4.106,09 mensais em 2022, e estão incluídos no Regime Geral da Previdência Social (RGPS), que lhes garante benefícios como aposentadoria, auxílio-doença e licença-maternidade. A carga horária é de até 60 horas semanais, incluindo plantões, e têm direito a 30 dias de férias anuais. Médicas residentes têm licença-maternidade de 120 dias, prorrogável por 60, e médicos residentes têm licença-paternidade de 5 dias. Há garantia de estabilidade no emprego e adaptação das atividades durante a gestação. Plantões devem respeitar a carga horária máxima, com descanso adequado, e as instituições devem assegurar o cumprimento dessas normas.

3.2- Deveres

Incluem manter a ética profissional, respeitando o sigilo médico e aderindo ao código de ética médica, e participando ativamente das atividades programadas, cumprindo a carga horária estabelecida. Caso haja necessidade de afastamento por motivos de saúde ou licenças, o residente deve completar a carga horária prevista, garantindo a aquisição das competências do programa. É essencial que os residentes mantenham registros médicos precisos e detalhados, trabalhem sob a supervisão de preceptores e busquem feedback constante para seu aperfeiçoamento profissional. Além disso, devem engajar-se nas atividades educacionais e clínicas programadas, respeitar a dignidade e os direitos dos pacientes, e seguir rigorosamente as normas éticas da profissão.

Tabela 8: Direitos dos médicos residentes

Direito	Descrição
Bolsa-Auxílio	Receber uma remuneração fixa mensal regulamentada.
Proteção Previdenciária auxílios.	Acesso aos benefícios do RGPS, incluindo aposentadoria e
Condições de Trabalho Adequadas	Contar com alojamento, alimentação e outras necessidades básicas durante os plantões.
Férias Remuneradas	Direito a um mês de férias por ano sem interrupções.

Ambiente de Respeito e Aprendizado Trabalhar em um ambiente que promova o
respeito mútuo e o crescimento
profissional.

Tabela 9: Deveres dos médicos residentes

Dever	Descrição
Cumprimento da Carga Horária	Executar a jornada de trabalho conforme estipulado,
incluindo plantões. Participação e Engajamento	Atuar ativamente nas atividades designadas, clínicas e educacionais.
Ética e Profissionalismo	Adherir ao código de ética médica e respeitar os direitos dos pacientes.
Manutenção de Registros	Documentar de maneira precisa todas as intervenções médicas.

Essas estruturas ajudam a garantir que o residente possa se desenvolver como profissional médico enquanto proporciona cuidados essenciais aos pacientes, dentro de um quadro regulatório que protege seus direitos e define claramente seus deveres.

4- Procedimentos cirúrgicos no primeiro, segundo e terceiro ano

O treinamento em cirurgia durante os anos de residência médica é progressivo e estruturado para desenvolver habilidades cirúrgicas essenciais em diferentes níveis de complexidade. (12) A divisão dos procedimentos cirúrgicos ao longo dos anos de residência visa garantir uma formação completa e abrangente, conforme orientações do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). (13) Embora as especificações possam variar ligeiramente de acordo com a Instituição e as atualizações das normativas.

4.1- Primeiro ano de residência

Durante o primeiro ano, os residentes focam em procedimentos mais básicos e no manejo de emergências cirúrgicas, que são cruciais para a formação de qualquer cirurgião. A ênfase

é dada à aquisição de habilidades fundamentais e ao entendimento da anatomia e fisiologia relevantes.

Tabela 10: Procedimentos do Primeiro Ano

Procedimento Cirúrgico	Descrição
Cirurgias de Pequeno Porte	Inclui biópsias, excisão de pequenos tumores, e suturas de feridas simples.
Assistência em Cirurgias Maiores e o fluxo dos	Participação como assistente para aprender a técnica procedimentos maiores.
Cuidado de Feridas	Manejo de feridas, incluindo curativos e drenagens.
Acesso Venoso Central	Técnica essencial para administração de medicamentos e coleta de exames.

4.2- Segundo ano de residência

No segundo ano, o residente começa a realizar procedimentos de maior complexidade sob supervisão, aprendendo técnicas mais avançadas e gerenciamento de casos mais complexos.

Tabela 11: Procedimentos do Segundo Ano

Procedimento Cirúrgico	Descrição
Laparotomias Exploratórias de condições	Abertura do abdômen para investigação e tratamento diversas.
Cirurgias de Urgência	Procedimentos emergenciais como apendicectomias e reparos de hérnias estranguladas.
Cirurgias Oncológicas Básicas	Ressecções de tumores acessíveis com princípios oncológicos básicos. Introdução à Laparoscopia
	Aprendizado inicial em cirurgias minimamente invasivas.

4.3- Terceiro ano de residência

No terceiro e último ano, o residente é exposto a procedimentos altamente complexos e participa ativamente em cirurgias especializadas, preparando-se para a prática autônoma.

Tabela 12: Procedimentos do Terceiro Ano

Procedimento Cirúrgico	Descrição
Cirurgias Hepatobiliares	Procedimentos no fígado e nas vias biliares.
Cirurgias do Trato Gastrointestinal	Intervenções avançadas no estômago, intestinos e outros órgãos associados.
Cirurgias Vasculares	Procedimentos em vasos maiores, como artérias e veias.
Gestão de Trauma	Tratamento cirúrgico de traumas complexos.

Tabela 13: Orientação sobre férias para residentes de cirurgia geral

Ano de Residência	Direito de Férias	Observações
Primeiro Ano	30 dias consecutivos	Não fracionável; deve ser usufruído continuamente
Segundo Ano	30 dias consecutivos	Idem ao primeiro ano
Terceiro Ano	30 dias consecutivos	Idem aos anos anteriores

Atualmente, a bolsa-auxílio para os médicos residentes em programas de residência médica no Brasil é de R\$4.106,09. Este valor foi estabelecido a partir de 1º de janeiro de 2022, após um reajuste de 23,29% e tem sido mantido desde então.

5- Requisitos éticos para residentes de cirurgia

Os requisitos éticos que um residente de cirurgia deve obedecer são fundamentais para garantir a segurança dos pacientes e a integridade profissional.

Os residentes médicos, como parte de seu treinamento em Instituições de ensino, são geralmente dedicados e diligentes. ⁽⁵⁾ No entanto, erros podem ocorrer durante o processo de aprendizado. Essas falhas são vistas como oportunidades para crescimento e aperfeiçoamento. As Instituições de residência médica lidam com essas situações através de feedback construtivo, sessões de mentoring e programas de suporte, assegurando que os residentes aprendam com os erros e aprimorem suas habilidades profissionais.

Erros comuns incluem falhas de comunicação com colegas, preceptores ou pacientes, que podem levar a mal-entendidos ou erros de tratamento; erros clínicos, como diagnósticos incorretos, prescrições inadequadas ou falhas em seguir protocolos estabelecidos; e desrespeito à ética médica, como violação da privacidade do paciente ou falha em obter consentimento informado. ⁽¹⁶⁾ Além disso, a negligência no aprendizado, a falta de profissionalismo e o desrespeito às normas institucionais são preocupações significativas.

A incapacidade de gerenciar o tempo, resultando em atrasos ou falta de preparação, e a sobrecarga e exaustão, que podem levar ao burnout, também são problemas frequentes. As instituições de residência médica têm como objetivo abordar e corrigir esses erros, promovendo um ambiente de aprendizado contínuo e desenvolvimento profissional.

Tabela 14: Requisitos éticos para residentes de cirurgia

Requisito Ético	Descrição Detalhada
Confidencialidade	Manter a privacidade das informações do paciente, compartilhando-as apenas com profissionais autorizados.
Consentimento Informado	Assegurar que o paciente ou seu representante legal compreenda e concorde com os procedimentos propostos.
Respeito à Autonomia do Paciente	Honrar as decisões do paciente sobre seu próprio tratamento, incluindo o direito de recusar tratamento.
Não Maleficência	Abster-se de causar dano ao paciente. Inclui evitar procedimentos desnecessários ou excessivamente arriscados.
Beneficência	Agir no melhor interesse do paciente, promovendo seu bem-estar e alívio do sofrimento.
Justiça	Tratar todos os pacientes de maneira justa e equitativa, independentemente de suas características pessoais ou sociais.
Honestidade e Integridade	Ser honesto em todas as comunicações e manter a



integridade pessoal e profissional. Competência Profissional continuamente suas habilidades e conhecimentos médicos.	Manter e melhorar Participar ativamente das oportunidades de aprendizado.
Responsabilidade erros, e aprender com	Assumir responsabilidade por suas ações e decisões, incluindo eles.
Colaboração e Respeito para fornecer cuidados	Colaborar respeitosamente com outros profissionais de saúde otimizados ao paciente.
Advocacia do Paciente	Defender os interesses dos pacientes, especialmente em situações de vulnerabilidade.

6- Normativas e a legislação atual da Residência Médica no Brasil

A legislação sobre residência médica no Brasil entre 2020 e 2024 inclui importantes regulamentações emitidas pela CNRM e outras entidades governamentais. O Decreto Nº 12.062, de 14 de junho de 2024, atualiza e consolida regulamentos anteriores, focando na supervisão e avaliação das instituições que oferecem programas de residência médica, visando melhorar a qualidade e a organização dos programas. A Resolução CNRM Nº 1, de 19 de março de 2024, estabelece diretrizes específicas para áreas cirúrgicas básicas e cirurgia geral, estipulando que apenas médicos que concluíram uma especialidade em um programa credenciado pela CNRM podem concorrer a programas com pré-requisitos.⁽¹²⁾ As provas e processos seletivos foram padronizados, incluindo conteúdos de saúde mental e medicina de urgência.

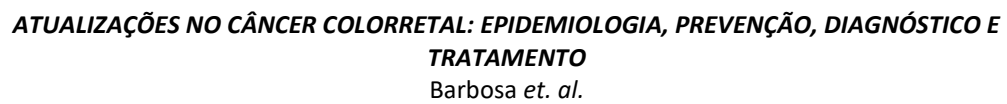
A Comissão de Residência Médica (COREME) é essencial na gestão dos programas de residência médica nas instituições de saúde, assegurando a qualidade da formação médica oferecida em conformidade com as normativas do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). É responsável por supervisionar a execução dos programas de residência médica, avaliar o desempenho dos residentes e preceptores, e assegurar o cumprimento das diretrizes curriculares nacionais.⁽¹⁵⁾ Composta por membros do corpo docente, preceptores dos programas de residência e representantes dos residentes, a COREME interage com várias entidades para garantir a eficiência dos programas de residência.

A Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) coordena e supervisiona as atividades das COREMEs a nível estadual. A instituição responsável pelo programa de residência médica fornece a infraestrutura e recursos necessários, trabalhando em conjunto com a COREME para alinhar objetivos educacionais com os recursos disponíveis.⁽⁶⁾ O Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) define as normas e diretrizes gerais para todos os programas de residência no Brasil, com a COREME garantindo a conformidade com essas diretrizes.

Essas normativas e a atuação da COREME visam aprimorar a formação médica, garantindo que os programas de residência médica sejam de alta qualidade e que os médicos formados estejam bem preparados para atender às necessidades da população.

Tabela 15: Funções da COREME

Função	Descrição
Supervisão dos Programas de	Monitora a implementação e qualidade do ensino nos residência.
Avaliação	Avalia o desempenho dos residentes e dos preceptores.
Cumpriment o das Diretrizes	Assegura que o programa esteja em conformidade com as diretrizes do CNRM.



Membro	Função
Membros do Corpo Docente	Fornecem expertise acadêmica e clínica.
Preceptores	Supervisionam diretamente o treinamento
prático dos residentes. Representantes dos Residentes dos residentes para a comissão.	Trazem perspectivas

Entidade	Relação
----------	---------

CEREM	Coordenação e supervisão a nível estadual.
Instituição Responsável	Provisão de recursos e infraestrutura.
CNRM	Adesão às normas e diretrizes nacionais.

Essas tabelas e a descrição fornecem um panorama claro das responsabilidades e da estrutura operacional da COREME dentro dos programas de residência médica, evidenciando seu papel vital na manutenção da qualidade e na governança desses programas.

CONCLUSÃO

Na nova ciência da aprendizagem, aprender significa agir de maneira diferente. Encarar a formação profissional durante a residência médica como um processo educacional e considerá-la algo mais que um treinamento. Este processo se baseia no desenvolvimento coordenado de diversas formas de conhecimentos e habilidades, além da aquisição de atributos técnicos e relacionais. Para que essa formação profissional tenha sucesso, a aprendizagem deve ser significativa e com objetivos bem explicitados.

Durante a residência, é crucial que o residente adquira habilidades para aprimorar seu raciocínio clínico, utilizando mecanismos analíticos e não analíticos. A integração de competências informativas e a capacidade de desempenhar tarefas complexas são essenciais para a prática médica. Além disso, a ênfase na metacognição durante a aprendizagem permite que o residente adquira gradualmente autonomia técnica e relacional, até que não precise mais da supervisão do preceptor.

O desenvolvimento de competências médicas específicas, habilidades clínicas e identidade profissional, fundamentado nos princípios da nova ciência da aprendizagem e nas pesquisas em educação médica, encontra na residência um ambiente propício para seu crescimento qualitativo. Acreditamos que, seguindo esse caminho, estaremos construindo uma medicina melhor, mais eficaz e humana.

Homenagem

“Em homenagem ao Professor Alcino Lázaro da Silva: Que a transformação na residência médica siga sua visão, enfrentando desafios com coragem e propondo soluções inovadoras para uma formação integrada e comprometida com a excelência e a humanidade.”

Gostaria de expressar minha sincera gratidão à Sra. Elisângela Ermelinda Geralda Viana pelo seu excepcional empenho e qualidade na formatação e pesquisa de trabalhos científicos. Seu trabalho meticuloso e dedicação são verdadeiramente inspiradores.

REFERÊNCIAS



1. Branch WT, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G et al. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA*. 2001;286:1067-1074.
2. Teunissen PW, Boor K, Scherpbier AJA, Van der Vleuten CPM, Van Diemen-Steen Voorde JAAM, Van Luijk SJ, et al. Attending doctors' perspectives on how residents learn. *Med Educ*. 2007;41:1050-1058.
3. Lipkin M. Foreword. In: Coulehan JL, Block MR. *The Medical Interview: mastering skills for clinical practice*. Philadelphia: F.A.Davis; 2006. p.ix-xi.
4. Ark KT, Brooks LR, Eva KW. The benefits of flexibility the pedagogical value of instructions to adopt multifaceted diagnostic reasoning strategies. *Med Educ*. 2007;41:281-287.
5. Hafferty F W. Professionalism: the Next Wave. *N Engl J Med*. 2006; 355(20):2151-2152.
6. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
7. Teixeira A. *Pequena introdução à filosofia da educação: a escola progressiva ou a transformação da escola*. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
8. Saviani D. As concepções pedagógicas na história da educação brasileira. In: Lombardi JC, Saviani D, Nascimento MIM. *Navegando pela História da Educação Brasileira*. [CD-ROM online]. Campinas: UNICAMP/HISTEDBR; 2006. [acesso em: 10 dez. 2007]. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_036.html.



9. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, (Eds.). How people learn: brain, mind, and school. Expanded Edition. Washington , DC: Nacional Academies Press; 2000. Sérgio Henrique de Oliveira Botti & Sergio Rego. O ensino e a aprendizagem na Residência 139 REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 34 (1) : 132 – 140 ; 2010
10. Custers EJ, Regehr G, Norman GR. Mental representations of medical diagnostic knowledge: a review. Acad Med. 1996;71(10):S55-61.
11. Huddle TS, Heudebert GR. Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence. Acad Med. 2007;82:536–541.
12. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(5):415-21.
13. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília; 2001.
14. Blanchard M, Muzás MD. Propuestas metodologicas para profesores reflexivos: como trabajar com la diversidad del aula. 2a ed. Madrid: Narcea Ediciones; 2007.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 40a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
16. McGee S. Evidence based physical diagnosis. St Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2007