

Residência médica entre práticas e políticas educacionais: o papel do grupo de trabalho da Abem

Medical residency between practice and educational policy: the role of Abem's working group

André Ferreira de Abreu Junior ¹		andref.abreujr@gmail.com
Djerlly Marques Araújo da Silva ²		djerlly.marques@gmail.com
Douglas Vinícius Reis Pereira ³		douglas.vinicius.bh@outlook.com
Iago Ribeiro da Costa ⁴		iagoll.ribeiro.costa@gmail.com
Luiza Gomes Dantas Gurgel ²		luiza-gurgel@hotmail.com
Matheus Gama Santos ⁵		med.matheusgama@gmail.com
Vinicius Santos Rodrigues ⁶		viniciushp95@gmail.com

RESUMO

Introdução: A residência médica (RM) no Brasil é reconhecida como forma preferencial na formação de especialistas. Apesar de sua relevância, ainda há pouca pesquisa sobre o tema no universo da produção acerca da educação médica. Diante dos desafios atuais, a Abem criou em 2024 um grupo de trabalho (GT) de RM que desenvolveu o I Fórum de Residência Médica.

Relato de experiência: O Fórum de Residência Médica, realizado durante o 63º Cobem, reuniu participantes em grupos temáticos para construir imagens-objetivo sobre eixos estruturantes da RM, como acesso, saúde mental, avaliação e governança, consolidando propostas validadas coletivamente.

Discussão: Destacaram-se desafios como a distribuição desigual de vagas, o adoecimento de residentes, a avaliação dos programas e o fortalecimento da CNRM. Políticas como o Pró-Residência, o Enare e o Programa Mais Médicos contribuíram parcialmente para ampliar o acesso.

Conclusão: Apesar dos avanços nas políticas públicas para a RM, persistem desafios estruturais. A criação de um Sistema Nacional de Residências em Saúde é proposta como estratégia para fortalecer a formação de especialistas no SUS. Nesse contexto, o GT da Abem se consolida como espaço essencial de reflexão, produção científica e apoio à formulação de políticas públicas.

Palavras-chave: Internato e Residência; Educação Médica; Associações Profissionais; Advocacia em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency in Brazil is recognized as the preferred pathway for specialist training. Despite its relevance, research on the topic remains limited within the broader field of medical education. In response to current challenges, ABEM established a Medical Residency Working Group in 2024, which led to the development of the Association's First Medical Residency Forum.

Experience Report: Held during the 63rd COBEM, the Medical Residency Forum brought together participants in thematic groups to build objective-images around key pillars of residency training, such as access, mental health, evaluation, and governance, resulting in collectively validated proposals.

Discussion: Key challenges identified included unequal distribution of residency slots, resident burnout, program evaluation, and the strengthening of the CNRM. Policies like Pró-Residência, ENARE, and the Mais Médicos Program contributed partially to expanding access.

Conclusion: Despite progress in public policies for medical residency, structural challenges remain. The creation of a National System of Health Residencies is proposed as a strategy to enhance specialist training for the SUS. In this context, ABEM's working group stands as a vital space for reflection, scientific production, and support in shaping public policies.

Keywords: Internship and Residency; Education, Medical; Societies; Health Advocacy.

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Secretaria de Saúde do Recife, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁵ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.

⁶ Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Jorge Guedes.

Recebido em 10/10/25; Aceito em 02/04/26.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) tem sua origem nos Estados Unidos, no fim do século XIX, para treinamento de cirurgiões. No Brasil, é inaugurada na década de 1940, em serviços no Rio de Janeiro e em São Paulo. Contudo, seu processo organizativo a partir do Estado se dá apenas em 1977, quando então é criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)¹.

Em 1981, é promulgada a Lei nº 6.932, considerada a mais importante para a RM no país². Essa lei afirma o caráter de pós-graduação, caracterizando-a como treinamento em serviço, e cria a exclusividade de credenciamento desse modelo para a CNRM³.

Desde o decreto de criação da CNRM, as decisões no âmbito da comissão e que repercutem sobre toda a RM do país são tomadas por um colegiado composto por setores do governo e entidades médicas. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) integra a composição da CNRM desde sua criação em 1977^{4,5}.

Reconhecida como referência na formação de especialistas, a RM consolidou-se como um modelo de excelência (padrão ouro) na pós-graduação em saúde⁶. Apesar de sua ampla adoção e valorização, ainda são limitadas as investigações sistemáticas que avaliem com rigor a qualidade dessa modalidade e os efeitos da diversidade organizacional entre os diferentes programas de residência médica (PRM).

A título de exemplificação da nossa escassa produção científica sobre RM, a Revista Brasileira de Educação Médica (Rbem), principal periódico do Brasil sobre educação médica e existente desde 1978, possui desde sua criação 112 artigos relacionados diretamente à residência. Isso significa 4,61% das 2.429 publicações entre 1978 e 2025, dados esses levantados a partir dos títulos das publicações na Rbem disponíveis na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Vale ressaltar ainda que 81,25% das publicações na Rbem sobre residência se concentram nos últimos 15 anos.

Faz parecer, então, que a RM merece espaço para ampliação de reflexões científicas e políticas, sobretudo com a tendência de mudança na graduação em Medicina no Brasil, o que é caracterizado por abertura ampla de escolas médicas⁷, mudança do perfil de estudantes que acessam o ensino superior⁸, endividamento estudantil⁹ e ampliação das pós-graduações lato sensu não residência¹⁰.

A formação de médicos especialistas no Brasil apresenta gargalos e distribuição iníqua, justificada inclusive por políticas públicas específicas como a recente criação do Programa Agora tem Especialistas¹¹. Existe ainda uma tendência apontada no último estudo da Demografia médica que demonstra certa convergência entre diversos setores (governo, entidades médicas e especialistas em educação médica) de que a RM

é a principal e mais adequada estratégia para formação de especialistas. Contudo, ela ainda enfrenta problemas históricos, como excessivas cargas horárias, baixa remuneração e discrepância entre o número de egressos dos cursos de Medicina (que tem aumentado) e de vagas para ingresso na RM, que não seguem a mesma proporção¹⁰.

Dessa realidade, surge a necessidade de ampliar dentro da Abem a agenda da RM, e, por isso, a partir de oficinas e encontros realizados entre 2022 e 2023, cria-se um grupo de trabalho (GT) de RM da Abem, com o objetivo de ampliar a visibilidade e produção político-científica na entidade sobre temática tão cara à educação médica. O GT de RM é oficializado em 2024 e, desde então, tem produzido reflexões, contribuições, posicionamentos e diretrizes para a RM brasileira.

No Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem) de 2025, é realizado então o I Fórum de Residência Médica da Abem, com a intenção de produzir sínteses sobre os grandes eixos da RM. O objetivo deste trabalho é relatar a construção e o produto final desse fórum.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O GT de RM da Abem é composto de educadores, educandos e gestores que possuem vínculo associativo com a entidade e apresentam desejo pela discussão do tema. A estrutura organizativa dos GT na Abem é algo novo, tendo sido regulamentada a partir de março de 2023 pelo regimento geral da entidade. Passa a ser oficializada, então, a possibilidade de composição de grupos temáticos para o aprofundamento e a produção de estudo sobre as temáticas ou os eixos específicos da educação médica¹².

A organização do grupo de trabalho e suas ações

A iniciativa para a ampliação das reflexões sobre RM na Abem nesse período mais recente teve como marco inicial a oficina “Residências médicas no Brasil: construindo um diagnóstico inicial e entendendo o papel da Abem”, realizada em 2022, no Cobem de Foz de Iguaçu. Nesse encontro, os objetivos eram elencar desafios centrais e estruturantes das RM e levantar estratégias de atuação para a Abem. Em uma etapa inicial, foi construída uma nuvem de palavras a partir da seguinte pergunta: “Quais são os principais desafios que precisamos enfrentar para construir uma residência médica de qualidade e socialmente referenciada no Brasil?” (Figura 1).

Essa nuvem norteou o desenvolvimento da oficina, em que se destacaram os seguintes aspectos: acesso, quantidade e distribuição de vagas de RM, regulação do exercício profissional da medicina, formação de preceptores, currículo e avaliação. Da oficina emergiu um conjunto de ações, como a constituição do GT e seu fortalecimento.

3

Essa estratégia do fórum, embora privilegie consensos como estratégia de medicação e equilíbrio de vozes nos grupos, depara-se com limites importantes, como o desafio da representatividade de uma relatoria única, a possibilidade de o consenso invisibilizar prováveis divergências oportunas para o processo de discussão, o tempo limitado para negociação, o limite do número de participantes e a desproporção entre categorias. Cabe ainda ressaltar que, por se tratar de um espaço aberto – nesse caso, a adesão a um evento amplo de discussão de educação médica não exigia inscrição prévia –, há um possível viés na representatividade do grupo, favorecendo participantes engajados na temática ou já alinhados a essa agenda de discussão da residência.

Produto final dos pequenos grupos validados pelo fórum

O trabalho em pequenos grupos permitiu uma discussão mais aprofundada dos eixos e a estruturação das ideias a partir de relatórios para que fossem validadas ao fim com todos os participantes do fórum. A seguir, apresenta-se o conjunto final de imagens-objetivo construídas no I Fórum de Residência Médica.

Eixo 1

Acesso à residência e permanência nela (universalização, fixação de especialistas e terminalidade do curso de medicina)

É necessário caminhar para um modelo em que o acesso à residência é universal, justo e conectado às reais necessidades do país. Todo egresso do curso de Medicina deve encontrar uma vaga de residência garantida, em um modelo que reconhece a residência como etapa essencial da formação médica – e não como algo restrito e opcional.

Dessa maneira, o número de vagas precisa acompanhar o número de formandos, com distribuição estratégica e equitativa, mediada por políticas públicas que articulam as demandas locais com a oferta de vagas. O Exame Nacional de Residência (Enare) pode se consolidar como um programa de seleção nacional único, promovendo equidade e transparência, com critérios claros e democráticos para ingresso e alocação.

A RM precisa se tornar parte de um plano de carreira estruturado, com políticas de permanência que incluam incentivos financeiros, complementação da bolsa conforme o território e a especialidade, além de melhores condições de trabalho. O residente deve ser estimulado a atuar em regiões com menor infraestrutura por meio de estratégias de fixação que vão além da obrigação – com suporte, reconhecimento e perspectiva de crescimento na carreira.

As escolas médicas devem assumir papel ativo na gestão das vagas, integrando seus processos avaliativos ao modelo de ingresso e promovendo maior justiça social, com ações afirmativas. Deve haver maior integração e diálogo, via CNRM, de gestores nacionais, estaduais e municipais, de modo a fortalecer a formação em rede.

Nesse horizonte, o acesso à RM deixa de ser um funil excludente e se transforma em uma ponte sólida entre formação e atuação, cabendo um papel mais intenso do Estado por meio de seus órgãos colegiados e atuação de todos os entes federados na regulação do acesso.

Eixo 2

Saúde mental na residência médica

Um futuro em que os PRM reconheçam e valorizem a saúde mental como um pilar essencial da formação profissional. Os residentes devem ser acolhidos desde o primeiro dia, com suporte para adaptação geográfica, emocional e financeira – incluindo acesso facilitado à assistência e permanência, como o auxílio-moradia e transporte.

Sendo assim, a residência precisa se estruturar de maneira a fortalecer o papel do residente na gestão do programa, com canais abertos e seguros para escuta e denúncia, enfrentando com firmeza as opressões estruturais como racismo, LGBTQIAPN+fobia, assédio moral e sexual. Os fluxos institucionais devem ser claros, acessíveis e respaldados por manuais que orientem condutas e garantam proteção.

A carga horária dos programas precisa ser compatível com a vida: permitir conciliar trabalho, estudo e vida pessoal – inclusive maternidade, cuidados familiares e descanso. A bolsa de residência precisa ser revista e ajustada à realidade do mercado de trabalho médico, evitando que a residência se torne um fardo financeiro.

A saúde mental deve ser promovida por meio de linhas de cuidado específicas, grupos de acolhimento e acompanhamento individualizado. Os programas precisam realizar avaliações e perfis de ingresso dos residentes rotineiramente. Os preceptores precisam de valorização com incentivos e formação continuada, preparando-os para exercer com responsabilidade e empatia seu papel educador.

Por fim, as Comissões Estaduais de Residência Médica (Cerem) devem ser fortalecidas e as reflexões sobre saúde mental do residente precisam ser institucionalizadas nos órgãos regulatórios e de acompanhamento, garantindo adequação dos programas a um cenário que possa valorizar o cuidado do residente.

Eixo 3**Avaliação dos residentes e dos programas de residência médica**

A RM precisa valorizar a avaliação como instrumento de cuidado e aprimoramento – e não como punição ou exclusão. Um modelo em que residentes, preceptores e programas sejam avaliados de forma contínua, transparente, com critérios construídos coletivamente e alinhados às práticas reais do serviço. Cada RM deve possuir um plano de avaliação estruturado que contemple:

- Autoavaliação dos programas, com escuta ativa dos residentes, preceptores, gestores e usuários do SUS.
- Critérios claros e públicos que consideram não apenas o desempenho técnico, mas também aspectos éticos, relacionais e pedagógicos realizados de maneira oportuna e permanente.
- Instrumentos diversificados, como portfólios reflexivos, avaliações formativas, feedbacks estruturados, indicadores de qualidade assistencial, entre outros.

O Teste de Progresso pode se consolidar como ferramenta nacional de acompanhamento longitudinal da formação, permitindo que residentes, programas e gestores compreendam o desenvolvimento do conhecimento ao longo do tempo. Ele deve ser construído com base em práticas confiáveis, com a participação das sociedades científicas e dos próprios residentes.

As autoavaliações precisam contemplar critérios gerais para todos os programas, como: infraestrutura, contratualização com cenário de prática, planejamento pedagógico, avaliação, suporte ao residente e preceptor, política para desenvolvimento e carreira de preceptores, controle social e cumprimento das normas e diretrizes da CNRM, além de critérios específicos para cada especialidade e campo de prática.

A avaliação precisa deixar de ser um mecanismo de controle vertical e se transformar em um processo horizontal, ético e transformador – capaz de fortalecer a formação na residência e proteger os profissionais e usuários.

Eixo 4**Fortalecimento de órgãos e mecanismos de controle da residência**

Propomos um sistema de RM no Brasil que seja coordenado por órgãos fortalecidos, articulados e comprometidos com a qualidade da formação, a equidade no acesso e a escuta ativa dos diversos agentes envolvidos. Um modelo em que a CNRM, as Cerem e os PRM atuem com autonomia, representatividade e capacidade técnica para

garantir que cada programa de residência funcione com compromisso social.

Nesse cenário, os órgãos reguladores são capazes de enxergar a diversidade dos programas e das realidades locais, protegendo-os dos interesses corporativos e assegurando que a formação na residência esteja voltada para as necessidades do SUS. As políticas públicas devem ser construídas com base em indicadores sociais, respeitando os territórios e promovendo estratégias de provimento que incentivem a atuação de especialistas em regiões historicamente desassistidas.

A matriz de competências é reformulada com base em práticas efetivas, dialogando com as realidades dos serviços, para além das sociedades de especialidade. A formação precisa ser contínua, com instrumentos avaliativos confiáveis e participativos – como o Teste de Progresso – que acompanham o desenvolvimento desde o início do programa e permitem ajustes pedagógicos ao longo do percurso.

A organização da RM deve deixar de ser fragmentada e passar a ser integrada, transparente e voltada para o fortalecimento do SUS. Os mecanismos de controle se tornam instrumentos de cuidado e não de punição, promovendo a escuta das comunidades, a valorização dos profissionais e a construção de projetos pedagógicos comprometidos com o sistema de saúde.

DISCUSSÃO

A organização de um Fórum de Residência nasce a partir da ideia de “primeiros passos”, ou seja, um espaço inicial de proposição de contribuições às discussões da RM que tem o caráter provisório e precisa ser sempre revisitado no processo de reflexão acerca das políticas públicas.

Entre as imagens-objetivo apontadas pelo Fórum de Residência, alguns aspectos necessitam de especial atenção, destacando-se a discussão do acesso à RM no país, bem como sua distribuição de vagas e universalização. É importante situar que, ao longo das últimas décadas, foram criadas estratégias na perspectiva de interferir na distribuição iníqua das vagas de RM pelo Brasil.

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) foi e continua sendo um instrumento nesse sentido. Há indicativos de que tem cumprido esse papel, ainda que se mantenha forte concentração de especialistas nas regiões Sul e Sudeste. Embora importante, seus efeitos são considerados de baixa magnitude dadas as condições estruturantes de múltiplas causas sobre as quais o Pró-Residência não consegue atuar, como a própria concentração de oferta de serviços de saúde e unidades hospitalares de maior porte nas regiões Sul e Sudeste, e a descentralização da seleção para residência, que

começa a ser atenuada pela existência do Enare como prova nacional de seleção^{14,15}.

Nessa perspectiva, o Enare também precisa ganhar destaque como uma política de indução à descentralização e ocupação de vagas ociosas. O exame possibilitou redução de custo em inscrições para a realização de processo seletivo e oportunidade em selecionar vagas em PRM distantes do lugar de origem do concorrente. Em 2025, contou com oferta de 6.894 vagas de RM em 1.806 PRM¹⁶.

Outra política pública de grande impacto sobre a RM foi o Programa Mais Médicos. O programa previa, inicialmente, a obrigatoriedade da residência em medicina de família e comunidade (MFC) como pré-requisito para grande parte dos PRM e a instituição de avaliação específica anual na residência, e apontava o caminho de universalização das vagas¹⁷. Apesar de bastante desidratado ao longo dos anos, a ponto de perder boa parte dos elementos mais estruturantes, também teve resultado em ampliação de vagas em regiões vulneráveis e prioritárias, permanecendo desafios para maior expansão e ocupação delas¹⁷⁻¹⁹.

Parece, portanto, que as políticas públicas foram capazes de atenuar, ainda que de forma limitada, a distribuição da RM no país e garantir o acesso universal. Em estudo disponibilizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) do Rio de Janeiro, entre as possíveis correlações de distribuição de médicos no estado, quando se compararam população, PIB per capita, leitos disponíveis e cobertura da saúde suplementar, foi observado que quanto maior a cobertura de planos e seguros de saúde, maior a disponibilidade de médicos²⁰.

O histórico de autorregulação da medicina somado ao fato de o Estado não desempenhar um papel de planejamento, controle e regulação da profissão pode diminuir a disponibilidade de profissionais para o SUS, bem como afetar a expansão e distribuição de vagas da residência, agindo assim como uma limitação estrutural. A profissão médica desempenha papel relevante na definição de como processos regulatórios acontecem e disputam esse papel com o Estado, não sendo realidade exclusiva do Brasil. Parte da corporação médica não responde adequadamente ao contexto sociocultural amplo, tendendo a agir apenas quando há interferência do Estado^{21,22}.

Outro aspecto a se destacar e que ecoou nas discussões do Fórum de Residência se relaciona com o processo de esgotamento e adoecimento dos médicos residentes. A preocupação com a saúde mental decorre de evidências de um modelo de formação que tem demonstrado incorrer em altos índices de ansiedade, depressão, burnout, entre outros²³⁻²⁶.

Existem fatores de adoecimento relacionados a características pessoais, do processo formativo e do cenário

de prática, sendo mulheres e pessoas negras mais acometidas. Baixo suporte pedagógico, alta carga horária, privação de sono, condições de trabalho precarizadas estão entre alguns dos desencadeantes²⁷. A saúde mental do residente precisa ser refletida à luz da proteção do profissional que está inserido em um processo de aprendizado, mas também refletir a segurança do paciente. Profissionais adoecidos apresentam maior propensão a cometer falhas, a exemplo do emblemático caso de Libby Zion, ocorrido nos Estados Unidos, que gerou amplas reformas no processo de formação por RM²⁸. Portanto, é imprescindível construir estratégias de suporte psicológico e pedagógico, avançar em uma agenda nacional de redução das cargas horárias e valorização financeira, além de investir na qualificação da supervisão e preceptoria.

A avaliação de residentes e da RM precisa refletir, inclusive, esses aspectos relacionados ao cuidado e aprimoramento dos programas e profissionais. Em 2023, a CNRM tornou pública uma resolução acerca da avaliação de médicos residentes. Essa resolução aponta para avaliações sistemáticas formativas e somativas, a partir de domínios cognitivos, de habilidades e atitudes, com feedback estruturado, além de incentivar outras estratégias avaliativas, como o Teste de Progresso e o uso de entrustable professional activities para atestar progressão de níveis²⁹.

Alcançar as metas avaliativas estabelecidas nessa resolução, contudo, não é algo simples de se cumprir. Os PRM precisam ser acompanhados de maneira que tais metas sejam implementadas. As sociedades de especialidade nesse sentido podem ser entidades que auxiliem e fortaleçam a qualidade dos PRM³⁰. Para tanto, devem ser orientadas por diretrizes gerais da CNRM alinhadas às necessidades de combate a iniquidades, como já mencionado, e de uma avaliação que tem o cuidado do binômio residente-paciente no centro do processo.

Por fim, os PRM precisam ser avaliados a partir de características comuns a todos os programas e de características específicas de cada especialidade. Infraestrutura, contratualização de cenários, planejamento pedagógico, estratégias de avaliação, controle social, suporte ao residente e preceptor, e políticas de desenvolvimento e carreira para preceptores foram os aspectos apontados pelos participantes do fórum como pontos centrais de uma avaliação de PRM.

A constituição da CNRM foi uma etapa fundamental na regulamentação dos programas de residência e trouxe avanços históricos, mas ainda há lacunas nesse processo. É imprescindível fortalecer o funcionamento pleno da CNRM e das Cerem, de modo a permitir o acompanhamento e a avaliação dos PRM de maneira constante. Ainda há frágil regulamentação do papel dos estados e municípios na organização da RM³¹.

O fortalecimento da infraestrutura orçamentária, técnica e política da CNRM também foi discutido no fórum. Sem capacidade de se projetar para os estados e municípios e manter diálogo forte com os PRM, haverá maiores dificuldades de que resoluções, avaliações e processos de qualidade sejam implementados e acompanhados.

As proposições trazidas pelo fórum como discussão inicial ainda se mantêm no campo conceitual, e haverá necessidade de avanços em refletir mecanismos operacionais claros e estratégias de governança para a efetivação de ações que precisaram ser ordenadas em comum acordo entre os entes federativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas reflexões realizadas no Fórum de Residência, foi possível identificar avanços em termos de políticas públicas para a RM nos últimos anos. Parte importante dos desafios se mantém, observados pelas próprias experiências dos atores que constituíram a atividade. Para enfrentá-los, será necessário apresentar formulações e acumular discussões e reflexões ainda mais profundas sobre o papel do Estado e das organizações dos serviços para a consolidação da residência.

Um dos caminhos identificados, que necessita de melhor avaliação e estudo para validação e arranjo efetivos, seria a constituição de um Sistema Nacional de Residências em Saúde, na perspectiva de avançar em conquistas de qualidade e formação de especialistas.

As contribuições realizadas nesse fórum precisam ainda ser discutidas à luz da PNRS que até o momento de submissão deste artigo ainda não haviam sido publicadas, após longa etapa de construção e consulta pública.

Como relato de experiência, este estudo apresenta limitações inerentes ao próprio formato. Por se tratar de uma descrição de vivências e processos, ele privilegia o caráter narrativo em detrimento de análises sistemáticas, o que reduz a possibilidade de generalização dos resultados para outros contextos. Além disso, as conclusões dependem fortemente da percepção dos participantes envolvidos, o que pode introduzir vieses e limitar a diversidade de perspectivas. Por fim, as contribuições têm caráter provisório, funcionando como “primeiros passos” que precisam ser revisitados e ampliados em novos espaços de reflexão e pesquisa, o que reforça a natureza exploratória e não conclusiva do estudo.

Por isso, o GT de RM da Abem se torna um espaço fundamental para seguir refletindo, acumulando consensos e caminhos, além de produzir cientificamente sobre a RM de maneira a oferecer ao Estado brasileiro possibilidades, subsidiando a construção de políticas para a RM alinhadas às necessidades do SUS.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

André Ferreira de Abreu Jr.: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição. Djerlly Marques Araújo: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição. Douglas Vinícius Reis: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição. Luiza Gomes Dantas: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição. Iago Ribeiro: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição. Vinícius Santos: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição. Matheus Gama: Conceituação; Investigação; Metodologia; Administração de projeto; Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

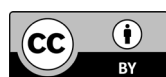
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

REFERÊNCIAS

1. Sousa EG. A residência médica no Brasil. 1985;2(9):112-4.
2. Sponholz TCH, Sartori MT, Marques APS, Albuquerque GSCD, Silva MJDS, Perna PDO. Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. Trabalho, Educação e Saúde. 2016;14(supl 1):67-87. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025>.
3. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Brasília; 1981 [acesso em 8 out. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm
4. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Brasília; 1977 [acesso em 24 nov. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm.
5. Brasil. Decreto nº 11.999, de 17 de abril de 2024. Brasília; 2024 [acesso em 28 set. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11999.htm.
6. Pessoa JH de L, Constantino CF. O médico residente como força de trabalho. 2002;6(1):821-5.
7. Santos Júnior CJD, Misael JR, Trindade Filho EM, Wyszomirska RMDAF, Santos AAD, Costa PJMDS. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?” Rev Bras Educ Med. 2021;45(2):e058. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200523>.
8. FigueiredoAMD, LimaKCD, MassudaA, AzevedoGDD. Policies for expanding access to higher education and changing the profile of medical graduates in Brazil: a cross-sectional study. Cien Saude Colet. 2022;27(9):3751-62. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07092022en>.

9. Leal EA, Pinheiro LIF, Ferraz MIF. Do diploma à inadimplência: um estudo sobre o endividamento dos beneficiários do financiamento estudantil. *Educação*. 2023. doi: <https://doi.org/10.5902/1984644466208>.
10. Brasil M da S. Demografia e mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. v. 1.
11. Brasil. Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025. Brasília; 2025 [acesso em 8 out. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Mpv/mpv1301.htm.
12. Associação Brasileira de Educação Médica. Regimento geral da Associação Brasileira de Educação Médica. Brasília: Abem; 2023 [acesso em 8 out. 2025]. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Regimento-Geral-Abem_2023.pdf.
13. Teixeira C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba; 2010.
14. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Relatório de Avaliação. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (Pró-Residência Médica). Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento; 2021.
15. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(1):72-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>.
16. Ministério da Educação, Fundação Getulio Vargas. Mapa de vagas – Enare 2025 [acesso em 3 out 2025]. Disponível em: <https://fgv-enare.web.app/mapa-de-vagas>.
17. Storti MMT, Oliveira FPD, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface – Comun Saúde Educ*. 2017;21(supl 1):1301-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>.
18. Oliveira FPD, Araújo CDA, Torres OM, Figueiredo AMD, Souza PA, Oliveira FAD, et al. The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine. *Interface – Comun Saúde Educ*. 2019;23(supl 1):e180008. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.180008>.
19. PEREIRA, DVR. A contribuição das políticas indutoras na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade: um estudo sobre as residências médicas [dissertação]. Paraná: Universidade Federal da Integração Latino Americana; 2023.
20. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Boletim Observatório SUS; 2022. Edição 05.
21. Chamberlain JM. The sociology of medical regulation: an introduction. Springer; 2012.
22. Irvine D. The doctors' tale – professionalism and public trust. Boca Raton: CRC Press; 2003.
23. Esquivel DA, Nogueira-Martins LA, Yazigi L. Seria a residência médica emocionalmente prejudicial? Um estudo sobre burnout e características de personalidade de residentes do primeiro ano de ortopedia. *Psico-USF*. 2009;14(3):261-74. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300003>.
24. Asaiag PE, Perotta B, Martins MDA, Tempski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(3):422-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>.
25. Nascimento R, Jesus KAD, Garcia ORZ. Síndrome de burnout em residentes de ginecologia e obstetrícia de uma maternidade-escola. *Rev Bras Educ Med*. 2024;48(2):e042. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2021-0510>.
26. Silva GCCD, Koch HA, Sousa EGD, Gasparetto E, Buys RC. Ansiedade e depressão em residentes em Radiologia e diagnóstico por imagem. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(2):199-206. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200003>.
27. Lourenzo MAR de. Saúde mental do médico durante a residência: revisão integrativa [trabalho de conclusão de residência]. João Pessoa: Faculdade de Medicina Nova Esperança; 2025.
28. Rosenbaum L, Lamas D. Residents' duty hours – toward an empirical narrative. *N Engl J Med*. 2012;367(21):2044-9. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMs1210160>.
29. Brasil. Resolução MS/SESu/CNRM nº 4, de 1º de novembro de 2023. Brasília; 2023 [acesso em 26 set. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/pdf/RESOLUON-4DE1DENOVEMBRODE2023RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE-2023DOUImprensaNacional.pdf>.
30. Pereira Júnior GA, Colleoni Neto R, Giampani Júnior J, Guedes JC, Fujita RR, Mendes Júnior AF, et al. Contexto atual e avaliação dos programas de residência médica: experiência de seis Sociedades Médicas Brasileiras. *Rev Colégio Bras Cir*. 2024;51:e20243861. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243861>.
31. Vaccarezza CE de S. Regulamentação da residência médica no Brasil: uma análise documental da legislação vigente [dissertação]. São Paulo: Santa Casa de São Paulo; 2022.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.