

CAPÍTULO 6.1

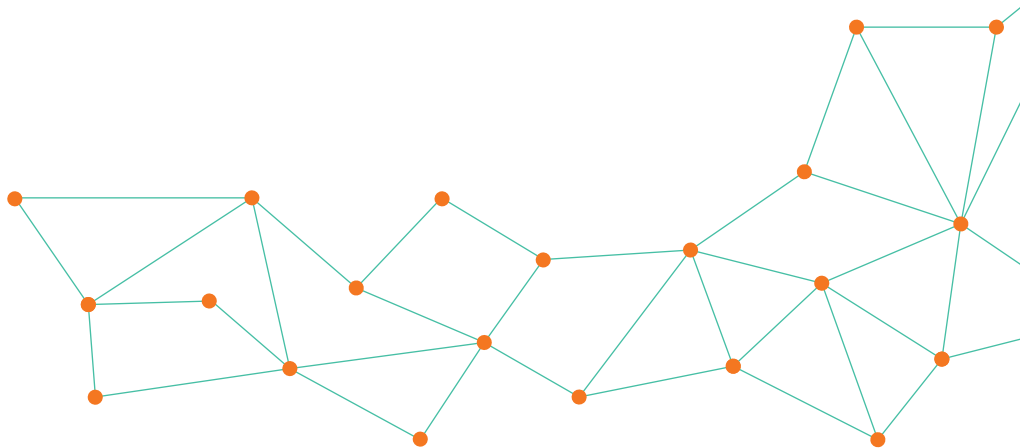


# O ensino de Clínica Médica na graduação e residência médica



**Juliana Annete Damasceno**  
Médica Hematologista  
Centro Universitário de Volta  
Redonda (UniFOA)

**René Scalet dos Santos Neto**  
Médico Nefrologista  
Docente de Clínica Médica  
Faculdades Pequeno Príncipe/PR



## 1. INTRODUÇÃO

A educação médica brasileira tem se modificado ao longo do tempo para que os médicos formados tenham as competências necessárias para a atuação no sistema público de saúde, dentro de um enfoque biopsicossocial. Atualmente, o perfil do egresso, definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para o curso de Medicina, é a formação de um profissional humanista, ético e reflexivo. Para atender a essa necessidade de formação, os cursos de graduação têm adotado gradativamente adaptações curriculares e novas metodologias de ensino-aprendizagem.

Os currículos centrados em disciplinas de cunho hospitalocêntrico, focados no processo patológico, têm cedido espaço a currículos que priorizam o processo de ensino-aprendizagem com maior autono-

mia e participação ativa dos estudantes. De qualquer forma, a compreensão desse processo de formação ainda é um grande desafio, pois vai além do aspecto pedagógico e inclui também o desejo de uma formação mais humanizada dos profissionais médicos (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

## 2. MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA

Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), promovendo mudanças na organização dos serviços de saúde e consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso à saúde pela população implicou diretamente a formação dos médicos, de modo que era preciso que esse profissional tivesse, já na sua graduação, um olhar voltado para a realidade social (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Nesse sentido, a necessidade de mudança no perfil do egresso de Medicina levou a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a se posicionar:

[...] os médicos devem ser preparados para promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar o deficiente, de maneira ética e amorosa, dentro da sua área de competência. Não se trata de um somatório de disciplinas, mas de uma formação transdisciplinar, a qual lhes dará condições de agir em equipes de caráter multidisciplinar e multiprofissional, em estudos e soluções dos problemas de saúde.

(LAMPERT, 2009).

A inadequação do paradigma tradicional de atuação médica, desenvolvido ao longo deste século, motivou a proposição de um modelo alternativo, voltado mais à promoção da saúde do que à cura das doenças (TRONCON, 1999). De fato, nos últimos anos, a tendência é que a maior parte das ações seja desenvolvida na própria comunidade e não no hospital, favorecendo uma prática médica menos especializada, mais abrangente e humanizada, focada na pessoa e no seu meio de inserção familiar, na prevenção das doenças e na promoção da saúde (TRONCON, 1999).

Partindo da definição mais generalista do médico a ser formado, o próximo passo é definir as habilidades e competências mínimas que esse profissional deve possuir. Algumas mudanças de paradigmas foram sendo introduzidas na prática médica e têm sido, cada vez mais, incorporadas ao ensino de graduação em Medicina. As mudanças são:

- 1) Treinamento em ambulatório clínico e unidades básicas de saúde, e não apenas em enfermarias, serviços de emergência e unidades de terapia intensiva;
- 2) Importância de avaliar judiciosamente, nas decisões clínicas, os custos dos exames complementares, de internações hospitalares e de tratamentos propostos;
- 3) Participação e protagonismo do paciente nas decisões que são tomadas a seu respeito;

- 4) Importância de interação e discussão clínica com uma equipe multiprofissional e não apenas com profissionais médicos;
- 5) Papel do médico na manutenção da saúde, na prevenção primária e secundária e não apenas no diagnóstico e tratamento das doenças estabelecidas;
- 6) Incorporação dos conhecimentos de epidemiologia na prática clínica;
- 7) Reconhecimento da importância dos aspectos psicológicos, sociais e culturais nas doenças e nos pacientes (KIRA; MARTINS, 1996).

A escolha da especialidade, que define a carreira profissional de um médico, tem sido objeto de estudo, chamando a atenção o fato de ser feita muito precocemente, ainda no início do curso. O estilo de vida, a recompensa financeira, o desejo de prestígio social e o efeito de mentores são alguns dos fatores levados em consideração e que podem ter modificado esse cenário suficientemente para tornar as características psicológicas um fator menos importante na escolha de uma especialidade. Fatores relacionados ao estilo de vida, tais como horas de trabalho, tempo livre para atividades e frequência de plantões noturnos, têm sido apontados como importantes na escolha da especialidade (DORSEY; JARJOURA; RUTECKI, 2003).

Os egressos atuais da graduação são fundamentalmente diferentes de seus professores e mentores. Eles valorizam um equilíbrio controlável entre vida pessoal e profissional, sacrificam salários e progressão na carreira por tempo com as famílias (embora a renda seja uma consideração devido ao endividamento excessivo pelo crédito estudantil), fazem parte de casais de dupla carreira, definem o sucesso dentro do contexto da vida pessoal em vez de realização profissional, caracterizam o profissionalismo de forma diferente e estão menos interessados em desenvolver relacionamentos de longo prazo com os pacientes (PARKER *et al.*, 2011).

### 3. ENSINO DE SEMIOLOGIA CLÍNICA

Para se estabelecer um programa de ensino de técnicas de diagnóstico clínico, é fundamental analisar as estratégias que um médico usa para fazer o diagnóstico. Importante contribuição foi dada por Sackett *et al.* (1991) ao sistematizarem definições

e descrições de quatro estratégias possíveis para o diagnóstico clínico:

- 1) *Reconhecimento de padrões*: a experiência prévia e os sentidos, principalmente a visão, mas também a audição, ou mesmo o olfato, são usados para a realização do diagnóstico.
- 2) *Árvore de decisões*: constitui-se em um conjunto de decisões que devem ser tomadas, dependendo da resposta a uma questão anterior. Essa estratégia tem grande utilidade em algumas situações, como triagem por não médicos ou protocolos de investigação. No entanto, habitualmente, os médicos não fazem o seu raciocínio clínico por meio dela.
- 3) *História e exame físico completos*: trata-se da forma tradicional de ensino de semiologia clínica. O aluno de Medicina, independentemente da queixa do paciente, faz a história clínica e o exame físico de forma mais completa possível, para depois levantar as hipóteses diagnósticas e propor investigação laboratorial e conduta.
- 4) *Estratégia baseada no raciocínio hipotético-dedutivo*: trata-se de um processo dinâmico, em que, mesmo inconscientemente, o médico, desde o início, está formulando hipóteses. Desde o instante em que o paciente entra na sala, o médico está formulando hipóteses diagnósticas e tentando confirmá-las ou excluí-las, pelo aspecto do paciente, pela sua fala e, depois, por meio da história clínica e do exame físico.

A adequada execução da história clínica, do exame físico e dos exames laboratoriais no diagnóstico (inicialmente sintomático) e a conduta recebem grande destaque no ensino da clínica médica. A história clínica e o exame físico adequadamente realizados são capazes de levar o médico ao diagnóstico etiológico, ou próximo dele, na grande maioria dos casos (KIRA; MARTINS, 1996).

É evidente que, em pacientes mais graves, com múltiplas comorbidades, os exames complementares tornam-se cada vez mais necessários e decisivos. No entanto, mesmo nessas situações, a solicitação e a interpretação dos exames devem ser baseadas nos dados clínicos. Dessa forma, não seria exagero afirmar que o reconhecimento de padrões, a história clínica e o exame físico, em conjunto, são uma arma poderosa de que o médico dispõe para o diagnóstico e, muitas vezes, para o tratamento (KIRA; MARTINS, 1996).

Assim, o aprimoramento das técnicas de realizar uma boa história clínica e um exame físico adequado deve ser incentivado constantemente. O ambulatório é um bom cenário para o exercício da coleta da história clínica, pois apresenta pacientes com problemas menos complexos, permitindo que o raciocínio hipotético-dedutivo possa ser exercitado pelos alunos, desde o início de sua formação. A enfermaria, por sua vez, é um local privilegiado para o ensino de técnicas de exame físico, reconhecimento de padrões e demonstração de situações em que o referido procedimento é alterado (KIRA; MARTINS, 1996).

Em países como o Brasil, é possível o contato direto do estudante com o paciente. Esse fato é de grande valia para o aprendizado clínico, no entanto pode ser complementado com equipamentos e dispositivos que permitam simulações realísticas, bastante vantajosas em muitos casos, como nos sistemas de simulação de ausculta cardíaca, em que os sons cardíacos podem ser ouvidos várias vezes pelos estudantes, até que haja memorização de todas as suas características e filigranas (KIRA; MARTINS, 1996).

#### 4. O INTERNATO MÉDICO

O internato médico é um período obrigatório de ensino-aprendizagem, com atividades eminentemente práticas, em que o estudante deve receber treinamento intensivo e contínuo, sob supervisão de preceptores, docentes ou não docentes, em instituições de saúde vinculadas ou não à escola médica (ZANOLLI *et al.*, 2014).

Os preceptores devem ter formação e/ou experiência profissional na área de conhecimento e receber um programa de educação permanente, incluindo metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação. Em caso de utilização de residentes no processo de ensino-aprendizagem dos internos, eles deverão também ser capacitados e submetidos à educação permanente (ZANOLLI *et al.*, 2014).

A carga horária mínima do internato médico é de 35% da carga total do curso e deve, obrigatoriamente, incluir aspectos essenciais nas cinco grandes áreas da medicina: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, saúde coletiva e ginecologia/obstetrícia; na maioria das escolas médicas, os estudantes fazem rodízios em cada uma dessas áreas. De acordo com as DCN, até 25% da carga horária do internato pode ser realizada fora da instituição

de origem. As DCN determinam que o internato médico tenha dois anos de duração, um máximo de 40 horas semanais e férias de 30 dias por ano (ZANOLLI *et al.*, 2014).

Apesar de ser eminentemente prático, o internato médico também oferece atividades teóricas no formato de discussão de casos clínicos, clube de revistas, sessões clínicas e anatomoclínicas, grupos de discussão, ciclos pedagógicos, *Team Based Learning* (TBL), atividades em laboratórios e bancos de sangue, atividades com os Conselhos Regionais de Medicina, entre outros. A grande maioria das escolas médicas também oferece opções de atividades

extracurriculares, como ligas acadêmicas, plantões remunerados e acompanhamento de docentes fora da escola médica (ZANOLLI *et al.*, 2014).

É comum que, ao final de cada uma das etapas/rodízios, seja feita uma avaliação, que pode ser na forma de prova cognitiva; avaliação prática de habilidades por observação real ao final de cada etapa; avaliação prática de habilidades por Exame Clínico Objetivo Estruturado (*Objective Structured Clinical Examination* – OSCE), entre outras ferramentas de avaliação disponíveis.

As competências essenciais a serem desenvolvidas no internato estão resumidas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Competências gerais.

Capacidade para realizar a anamnese adequadamente e os exames físicos geral e específico, e formular hipóteses diagnósticas adequadas.	Solicitar e interpretar exames complementares de acordo com as hipóteses diagnósticas, avaliando custo-benefício, tecnologias de saúde e evidências científicas.	Prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar os agravos da saúde física e mental nas enfermidades mais prevalentes e relevantes, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural, respeitando o princípio da integralidade nos âmbitos regional e nacional.
Acolher o paciente com empatia.	Comunicar adequadamente a má notícia	Manter a educação permanente.
Fazer registros (prontuários, receitas e documentos) de modo completo, ético e legível.	Conhecer e utilizar de forma adequada o sistema de referência e contrarreferência.	Atuar de forma adequada em situações de estresse no ambiente de trabalho.
Orientar o paciente, seus familiares e a equipe de saúde.	Interpretar os indicadores de saúde e dados epidemiológicos.	Realizar prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.
Conhecer os processos de doação de órgãos.	Atender pacientes com transtornos mentais.	Promover e preservar a qualidade de vida do estudante.
Utilizar tecnologias de informação e comunicação na área médica.	Conhecer os aspectos éticos e bioéticos, adotando-os em sua postura profissional.	Conhecer a organização do sistema de saúde por meios de suas portarias e normas operacionais.
Desenvolver uma boa relação médico-paciente, respeitando e reconhecendo o ambiente sociocultural em que está inserido.	Conhecer os recursos físicos, humanos e tecnológicos de seu local de atuação profissional, considerando a inserção do serviço no SUS.	Promover boa relação médico-paciente, respeitando e reconhecendo o ambiente sociocultural em que está inserido em sua singularidade.

Fonte: Zanolli *et al.* (2014).

Especificamente sobre o ensino da clínica médica, espera-se que o interno desenvolva a capacidade de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos de forma singular, o que inclui conhecimentos, habilidades e atitudes perante a situação de emergência – capacitação em suporte básico e avançado de vida, pacientes com doença crônica e cuidados paliativos.

## 5. BUSCA DO CONHECIMENTO DE FORMA AUTÔNOMA

Uma das competências mais importantes a serem adquiridas pelo estudante de Medicina e pelo médico é a capacidade de buscar o conhecimento de forma autônoma, sendo capaz de se atualizar continuamente e analisar, de forma crítica, a informação obtida (KIRA; MARTINS, 1996).

Nos últimos anos, os currículos integrados e as metodologias ativas mostraram-se como alternativa aos currículos tradicionais, visando atender às expectativas das políticas públicas de saúde nacionais e internacionais (GOMES; REGO, 2011).

No intuito de mobilizar estudantes para a participação ativa no processo de ensino-aprendizagem, em que o professor é visto como mediador, os cursos de graduação passaram a adotar metodologias ativas. Há uma tendência, cada vez maior, de diminuição das propostas curriculares disciplinares. Em contrapartida, existe uma crescente implantação de currículos integrados com proposições de metodologias ativas. As metodologias ativas se baseiam em diferentes formas de desenvolvimento do processo de aprendizagem, fazendo com que os estudantes participem utilizando experiências reais ou simuladas, visando criar condições para solucionar os desafios advindos das atividades essenciais da prática médica em diferentes contextos (BERBEL, 2011).

São exemplos de modalidades compreendidas nas metodologias ativas:

- 1) Estudo de caso clínico;
- 2) Aprendizagem Baseada em Projetos;
- 3) Pesquisa científica;
- 4) Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez;
- 5) Aprendizagem Baseada em Problemas.

O ensino na graduação em saúde, particularmente na Medicina, vem sofrendo grandes transformações nas últimas décadas. A concepção mais

atual trata a educação permanente em saúde (EPS) como educação ao longo da vida, por meio de ressignificação do desenvolvimento pessoal e interpessoal contínuo, concebendo o aprendizado no trabalho, que vai além da dimensão técnica (TAROCO; TSUJU; HIGA, 2017). Dessa forma, a EPS discute o autoaprimoramento contínuo na busca de competência pessoal, profissional e pessoal (TAROCO; TSUJU; HIGA, 2017).

Nas metodologias ativas, a estrutura física de salas de aula, laboratórios e espaços de convívio devem atender à necessidade de integração que o modelo pedagógico exige. Diante disso, fica claro que a implantação desse modelo curricular não se dá de forma abrupta e sem planejamento das instituições de ensino superior. Uma das principais características de um bom médico é a sua capacidade de atualização permanente. Formar médicos com essa habilidade deve ser um dos objetivos centrais do ensino médico, devendo as instituições de ensino desenvolverem estratégias específicas para esse fim (BERBEL, 2011).

Passaram-se 20 anos desde o início da implantação das mudanças curriculares e metodologias ativas nas escolas médicas brasileiras, sendo necessário avaliar os resultados destas nos profissionais formados. Gomes e Rego (2011) analisaram uma série de trabalhos científicos acerca da implantação do *Problem-Based Learning* (PBL) nas escolas médicas brasileiras, não demonstrando melhorias na formação clínica, nas habilidades de comunicação, no desempenho e nas colocações de carreira dos médicos formados em instituições que adotam o PBL em comparação às metodologias de ensino convencionais. No entanto, pode-se perceber um aumento da participação e dedicação destes na atenção básica à saúde (GOMES; REGO, 2011). Também foi notória a melhoria da relação médico-paciente, muito provavelmente decorrente da convivência precoce dos acadêmicos em ambientes de atenção primária. No que se diz respeito à escolha da especialidade, não foi observado aumento de demanda em relação às carreiras generalistas ou de medicina da família, evidenciando que, apesar do estreitamento dos laços entre médico e paciente, as especialidades médicas continuam tendo a preferência dos formandos (COSTA *et al.*, 2014; PEIXOTO; RIBEIRO; AMARAL, 2011; TAROCO; TSUJU; HIGA, 2017).

No Brasil, a conclusão do curso de Medicina habilita o recém-graduado a exercer a profissão (STERN, 2006). No entanto, os recém-formados

procuram a residência médica como continuação de sua formação (MARTINS, 2005). No ensino da medicina, tanto na graduação quanto na residência, conhecimentos e habilidades isolados não tornam um médico competente; no entanto, a capacidade de usar esses atributos em situações clínicas particulares, aliada à realização profissional, à satisfação dos pacientes e a uma atenção de qualidade que seja eficiente e custo-efetiva, é fundamental para um bom desempenho do profissional (HUDDLE; HEUDEBERT, 2007).

Ao observarem os preceptores docentes e não docentes, os residentes os identificam como modelo não apenas de conhecimento e habilidades, mas também de comportamentos e atitudes (BRANCH *et al.*, 2001). Um importante passo no processo de ensino-aprendizagem durante a residência médica é oferecer experiências variadas que permitam ao recém-formado aprender a identificar sinais relevantes nas situações encontradas e buscar, na memória, ações apropriadas para serem usadas em situações posteriores (SIMON, 2000).

Infere-se que a escola médica não é o único local onde é possível aprender. A educação formal não consegue mais, isoladamente, ser capaz de desenvolver todas as habilidades, todos os conhecimentos e todas as atitudes necessários à formação de um bom profissional (BRANSFORD; BROWN; COCKING, 2000). Nesse contexto, a residência médica torna-se um espaço para aprendizado e desenvolvimento de habilidades. De acordo com Ark, Brooks e Eva (2006), o raciocínio clínico lança mão de dois tipos de mecanismos não excludentes: analítico e não analítico. O mecanismo analítico, dependente de uma cognição consciente, racional e analítica, é representado pelas características isoladas dos fatores que levam à construção dos diagnósticos. O mecanismo analítico é tradicionalmente ensinado, dando especial atenção à identificação das características clínicas (ARK; BROOKS; EVA, 2006). Já os mecanismos não analíticos do raciocínio clínico são representados pelas considerações diagnósticas feitas de forma rápida e inconsciente, a partir de similaridades do caso atual com outros prévios (BOTTIL; REGO, 2010).

Para um bom raciocínio clínico, não basta decorar listas de sinais e sintomas e, a partir deles, tentar encontrar um diagnóstico. Existem outras instâncias importantes que permitem identificar e interpretar o conhecimento prévio. Isso foi comprovado por estudos em que modelos de compu-

tadores, com enorme capacidade de acúmulo de informações e de regras para utilizá-las, apresentaram pior desempenho que pessoas experientes (NORMAN; BROOKS, 1997).

O sucesso do raciocínio clínico depende da abordagem do paciente como um todo, em que os conhecimentos da medicina e as técnicas são ferramentas importantes que devem ser usadas dentro de um contexto. Esse raciocínio utiliza mecanismos analíticos e não analíticos e pode ser treinado, ensinado e aprendido (BOTTIL; REGO, 2010).

O ambiente e o modo como se dá essa formação são de suma importância. O ganho de aprendizado é muito maior com estímulos para se chegar a um diagnóstico, discutindo as hipóteses, do que com uma simples arguição (BOTTIL; REGO, 2010). De modo geral, o que se espera é que o residente, munido de conhecimentos e técnicas específicas, consiga atender os diferentes pacientes que vai encontrar e compreenda os contextos sociais em que estão inseridos (BOTTIL; REGO, 2010).

Um importante fator que deve ser estimulado, tanto nos alunos da graduação quanto nos médicos residentes, é a metacognição. Entende-se por metacognição a capacidade do estudante em perceber, avaliar e controlar seu processo de aprendizagem e sua *performance* no desempenho das tarefas. Essa é uma grande mudança no ensino da medicina, uma vez que leva o estudante ou médico a buscar suas necessidades educacionais (BOTTIL; REGO, 2010).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino superior brasileiro tem passado por grandes mudanças visando atender às necessidades sociais e às políticas públicas de saúde. Apesar de ter ocorrido uma evidente melhora na relação médico-paciente, atendendo aos preceitos das DCN, há muito para evoluir no sentido de se obter melhoria similar na formação e no desempenho clínico. A adoção de modelos curriculares flexíveis, em que o discente é o foco do processo ensino-aprendizagem e desenvolve suas habilidades de forma crítica e reflexiva, parece ser um passo necessário na construção de um novo perfil profissional.

A residência médica, por sua vez, não pode ser vista apenas como um treinamento, mas sim como um meio de desenvolvimento de diversas formas de conhecimento, habilidades e atitudes. Por meio do exercício da metacognição, o residente desenvolve

atributos técnicos que lhe permitem se responsabilizar progressivamente pelos atos profissionais, até que possa construir a sua autonomia profissional, sem depender da ajuda de um preceptor. lho, o que podemos fazer hoje pela clínica amanhã?

## 7. REFERÊNCIAS

ARK, T. K.; BROOKS, L. R.; EVA K. W. Giving learners the best of both worlds: Do clinical teachers need to guard against teaching pattern recognition to novices? **Academic Medicine**, v. 81, p. 405-409, 2006.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia do estudante. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>. Acesso em: 30 maio 2021.

BOTTIL, S. H. O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 1, p. 132-140, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/NYhp84rkh6hbgmvHQjYxJMs/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 29 maio 2021.

BRANCH, W. T. *et al.* Teaching the human dimensions of care in clinical settings. **JAMA**, v. 286, p. 1067-1074, 2001.

BRANSFORD, J. D.; BROWN, A. L.; COCKING, R. R. (Eds.). **How people learn: brain, mind, and school**. Washington, DC: Nacional Academies Press, 2000.

COSTA, J. R. B. *et al.* A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2014, v. 38, n. 1, p. 47-58, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/KHRRp7V5WhCrWbYDjznNj8D/?lang=pt#>. Acesso em: 29 maio 2021.

DORSEY, E. R.; JARJOURA, D.; RUTECKI, G. W. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. **JAMA**, v. 290, n. 9, p. 1173-1178, 2003. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/vol/290/pg/1173>. Acesso em: 29 maio 2021.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2011, v. 35, n. 4, p. 557-566. Disponível em: <https://www.scielo>

Por fim, há que se buscar sedimentar a discussão de políticas voltadas ao aumento do interesse dos graduandos pelo aprimoramento de habilidades na clínica médica e propor ações nesse sentido. Afinal, quando se trata do futuro da força de traba-

[br/j/rbem/a/vY3BY5VrN3KYxk5QmyPTWNg/?lang=pt#](https://www.scielo.br/j/rbem/a/vY3BY5VrN3KYxk5QmyPTWNg/?lang=pt#). Acesso em: 30 maio 2021.

HUDDLE, T. S.; HEUDEBERT, G. R. Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence. **Academic Medicine**, v. 82, p. 536-541, 2007.

KIRA, C. M.; MARTINS, M. A. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. **MEDICINA**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 407-413, 1996. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/781>. Acesso em: 30 maio 2021.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kj4F6KSJnvPfjJjLGhkPKqL/?lang=pt#https://www.scielo.br/j/rbem/a/kj4F6KSJnvPfjJjLGhkPKqL/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

MARTINS, L. A. N. **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NORMAN, G. R.; BROOKS, L. R. The non-analytical basis of clinical reasoning. **Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, v. 2, p. 173-184, 1997. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009784330364>. Acesso em: 29 maio 2021.

PARKER, M. G. *et al.* The future nephrology workforce: Will there be one? **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 6, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 229-236, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Kz4YPm5kjFMSGCYxD6PLQBb/?lang=pt#>. Acesso em: 29 maio 2021.

SACKETT D. L. *et al.* **Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine**. 2. ed. Boston: Little, Brown and Company, Boston, 1991.



SIMON, H. A. Observations on the sciences of science learning. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 1, p. 115-121, 2000.

STERN, D. Minimum competencies for medical graduates: a global affair. In: XVII PANAMERICAN CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, 17, 2006, Santo Domingo. Santo Domingo: [s. n.], 2006.

TAROCO, A. P. R. M.; TSUJU, H.; HIGA, E. F. R. Currículo orientado por competência para a compreensão da integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2017, v. 41, n. 1, p. 12-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/5xrcF5SvGvYTRfGpMSXDhJj/?lang=pt#>. Acesso em: 29 maio 2021.

TRONCON, L. E. A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 3, p. 335-344, 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/12714>. Acesso em: 31 maio 2021.

ZANOLLI, M. B. *et al.* “Internato médico”: diretrizes nacionais da Abem para o internato no curso de graduação em Medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Abem, 2014. p. 57-87.