



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**APRENDENDO A SER MÉDICO: ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO –
SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES**

MONALISA VASCONCELOS ERNESTO

JOÃO PESSOA, FEVEREIRO DE 2013

MONALISA VASCONCELOS ERNESTO

**APRENDENDO A SER MÉDICO: ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHO –
SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social - Mestrado da Universidade Federal da Paraíba por Monalisa Vasconcelos Ernesto, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social

JOÃO PESSOA, FEVEREIRO DE 2013

E71a Ernesto, Monalisa Vasconcelos.
Aprendendo a ser médico: análise da relação trabalho - saúde de médicos residentes / Monalisa Vasconcelos Ernesto.- João Pessoa, 2013.
166f.
Orientador: Paulo César Zambroni de Souza
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA
1. Psicologia Social. 2. Residência Médica (RM). 3. Médicos residentes - saúde. 4. Médicos residentes - atividades - especificidade. 5. Relação trabalho-vida.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

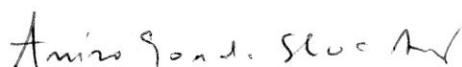
**APRENDENDO A SER MÉDICO: ANÁLISE DA RELAÇÃO TRABALHISTICA
SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES**

MONALISA VASCONCELOS ERNESTO

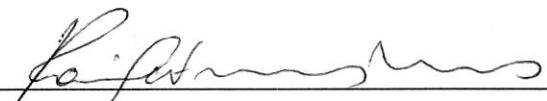
Banca Avaliadora:



Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza (UFPB – *Orientador*)



Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo (UFPB – *Membro Interno*)



Prof. Dra. Railda Fernandes Alves (UEPB – *Membro Externo*)

João Pessoa, 27 de fevereiro de 2013

Aos profissionais que fazem do cuidar da saúde do outro, sua prática diária laboral. E exercem a medicina com apreço. Dedico.

Em especial àquele que me inseriu nesse universo.

AGRADECIMENTOS

E nesse momento de conclusão de um ciclo, posso afirmar que essa conquista não é apenas minha, pois ela foi construída a muitas mãos. E é chegada a hora de fazer jus a essas pessoas.

Em primeiro lugar sou grata a Deus pelo dom da existência e por ter me dotado com os instrumentos necessários para perseverar e realizar sonhos, e principalmente, por ter possibilitado meu nascimento no seio da família que tenho.

A meus pais, Manoel e Madalena, por investirem em mim desde sempre, e sempre, de maneira exemplar e digna. Agradeço imensamente a disponibilidade e o apoio incondicionais. Cada ensinamento me acompanha desde a tenra idade.

Às minhas irmãs, Mariângela e Matilde, que longe ou perto, estão sempre comigo a borboletear pelos caminhos da vida, agradeço os ensinamentos de que dividir é somar. Muito do que sou aprendi na convivência com vocês.

À Wellington, minha carametade, sou grata por permitir que crescêssemos juntos desde adolescentes, e hoje, termos uma história que apesar de longa, está apenas começando, tenho certeza! Com você ao meu lado tudo fica mais fácil.

Agradeço ainda à extensão do meu núcleo familiar, a segunda família, meus sogros, Dona Lourdes e Seu Evangelista, cunhados Hélio e Raphael, bem como a Emerson e Shirley, Wagner, Kathia e Yanni por me proporcionarem tantos belos momentos de comemorações, de carinho e de presença, sempre com aquela torcida e votos de sucesso.

Ao Prof. Paulo Zambroni que aceitou ser meu orientador e desde nosso primeiro encontro até o término desse processo foi constantemente compreensivo. Aprendi que ser professor é querer que o aluno cresça, respeitando o tempo de cada um.

Ao Prof. Anísio Araújo, pela disponibilidade em ser avaliador do meu trabalho, pela leitura criteriosa e considerações realizadas no intuito de aprimorar o texto. Agradeço ainda a convivência em sala de aula e os conhecimentos compartilhados.

À Profª. Railda Fernandes, responsável por fazer despertar o interesse pelo universo da pesquisa, agradeço a oportunidade de trabalhar em um grupo coeso. Através de uma confluência de fatores, nos conhecemos no momento certo e na hora certa.

À Renata, minha amiga ingrata mais grata, que desde a graduação me presenteia com sua amizade, agradeço todos os momentos, histórias e risadas compartilhados ontem e hoje. E não poderia deixar de agradecer a disponibilidade e ajuda nessa reta final.

Aos colegas do Mestrado, com quem pude crescer academicamente agradeço o intercâmbio de conhecimento, e em especial a Renata, por tornar a caminhada mais aprazível através dos laços afetivos formados. Saiba que pode contar comigo.

A todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, apesar da rotina e atividades intensas, agradeço o tempo dispensado a compartilhar suas vivências e experiências. E ainda, Wellington e Homero, pelo consubstancial auxílio no campo.

Aos amigos que a estadia na capital me proporcionou, João Leônidas, Dona Santa, Daniel, Júnior e Késsia, Osman, Rivus, estou convicta que é em momentos assim que somos agraciados com verdadeiros presentes. As dificuldades nos fazem mais fortes.

Não poderia deixar de agradecer a Thaís Augusta, que oportunamente entrou na minha vida num momento decisivo e teve fundamental participação para minha entrada nesse Programa. Sua ajuda foi preciosa e serei sempre grata.

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, agradeço o saber compartilhado e o estímulo à produção de ciência.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que subsidiou a realização desta investigação através de bolsa de estudo, até novembro de 2012.

Agradeço ao pessoal do Cajueiro, Campus IV da UEPB, pela compreensão da confluência de momentos distintos que me encontrava, com o início do vínculo empregatício e término do trabalho dissertativo. Em especial ao Prof. Alcides Almeida Ferreira, por facilitar essa transição.

E, por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu processo formativo, acadêmico e pessoal.

Tua caminhada ainda não terminou....

A realidade te acolhe
dizendo que pela frente
o horizonte da vida necessita
de tuas palavras
e do teu silêncio.
Se amanhã sentires saudades,
lembra-te da fantasia e
sonha com tua próxima vitória.
Vitória que todas as armas do mundo
jamais conseguirão obter,
porque é uma vitória que surge da paz
e não do ressentimento.

É certo que irás encontrar situações
tempestuosas novamente,
mas haverá de ver sempre
o lado bom da chuva que cai
e não a faceta do raio que destrói.

Tu és jovem.
Atender a quem te chama é belo,
lutar por quem te rejeita
é quase chegar à perfeição.
A juventude precisa de sonhos
e se nutrit de lembranças,
assim como o leito dos rios
precisa da água que rola
e o coração necessita de afeto.

Não faças do amanhã
o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo
que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás...
mas vá em frente
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te.

Charles Chaplin

RESUMO

Este trabalho dissertativo analisa as relações entre o processo de Residência Médica (RM) e a saúde de médicos residentes. Almejando capacitação e atualização, a RM assume fundamental valor para que o médico recém-formado obtenha experiência e acumule conhecimentos que redundarão em oportunidades posteriores de trabalho e melhor atendimento à população. A escolha por este campo deve-se ao interesse em analisar, no transcurso da RM, a atividade dos profissionais médicos em formação e possíveis implicações com a saúde, decorrente das atividades exercidas. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as relações estabelecidas entre a saúde dos médicos residentes e o processo de RM; e, como objetivos específicos investigar o conteúdo e as especificidades da atividade do médico residente; delinear as condições e a organização do trabalho dos médicos residentes; identificar as fontes de sofrimento/ prazer no trabalho; analisar os modos de gestão adotados pelos médicos residentes na relação trabalho e vida privada; explorar a dualidade entre ser médico e ser estudante que caracteriza a RM, concomitantemente aos riscos inerentes ao desempenho da atividade; e, por fim, identificar e analisar a ocorrência de problemas de saúde (doenças, acidentes, sofrimento), bem como evidenciar as ações utilizadas na busca pela manutenção da saúde. O aporte teórico desse estudo reúne contribuições oriundas da Psicodinâmica do Trabalho, da Ergonomia da Atividade e da Clínica da Atividade. Participaram desta pesquisa 29 médicos residentes que estão no segundo ano de RM das áreas clínicas de um hospital universitário, através do critério de acessibilidade aos sujeitos e da disponibilidade dos mesmos em colaborar com o estudo. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, tendo em vista o interesse em acessar as vivências, singularidades e perspectivas dos médicos residentes em relação ao seu trabalho. A análise dos dados foi conduzida através da análise de conteúdo temática. No que se refere aos resultados, identificou-se que a deletéria falta de material para a realização de técnicas para preservação e/ou recuperação das condições de saúde do paciente é recorrente quanto às condições de trabalho. Os médicos residentes apontaram também como fontes de sofrimento a impotência diante de certas condicionalidades do serviço público, da estrutura do hospital e de certos casos, a pressão e o excesso de trabalho. Como principal fonte de prazer no trabalho do médico residente, eles apontaram a satisfação pessoal em ajudar o paciente. Nesse contexto de dificuldades do cotidiano profissional, a noção de risco passa a ser vista como parte intrínseca da atividade, constituindo-se em riscos ocupacionais, organizacionais e psicossociais. Observou-se ainda que a vida extra-hospital fica relegada a segundo plano, tendo a família (muitas vezes de outro estado) que aprender a lidar e superar as ausências e a distância, seja em virtude da demanda horária da RM, seja em decorrência dos plantões em outras instituições. Fruto da dualidade característica em ser médico e ser residente, estudante, existe ainda a dissonância da responsabilidade médica se contrapondo às limitações impostas à prática do médico residente, supervisionado pela preceptoria. Identificou-se que os principais problemas relacionados ao trabalho do médico residente foram a sobrecarga física e psíquica, a fadiga, a alteração do sono e das taxas hormonais, a alimentação inadequada, a falta de disposição para a prática de exercícios físicos, implicando, dessa forma, na diminuição da qualidade de vida. Em contrapartida, alguns participantes negaram que pudessem ter algum tipo de problema de saúde decorrente da RM. Através dos resultados, foi perceptível que a atividade de trabalho dos médicos residentes denota significativo equilíbrio, sendo percebida como fundamental, mas transitória.

Palavras-chave: Residência Médica; Formação profissional; Saúde; Trabalho.

ABSTRACT

This paper analyses the relation between the process of Medical Residence (MR) and the health of the resident doctors. Intending both capacitating and actualizing, the MR has a fundamental role to the new graduate doctor. Through the MR, he will gain experience and knowledge that will be reflected further in better opportunities of job as well as in the professional clinic itself. The choice for researching in this particular academic field due to the interest in analyze the possible health implications suffered by these new doctors as a consequence of their professional activities during the MR. Thus, this study has as the main objective to analyze the established relations between the doctor's health during the MR and as specific objectives to investigate the syllabus and the peculiarities of the resident doctor activity; to delineate the conditions and organization of the resident doctor activity; to identify the sources of the sufferings and pleasures of their work; to analyze in which way these professionals manage both private and professional lives; to explore the peculiar duality established by MR's doctor concerning being both a professional and a student, and, finally, to identify and to analyze healthy problems as illness, accidents and sufferings pointing out possible solutions to the problems. The theoretical basis of this paper will be supported by the academic fields of Work Psychodynamics; Ergonomy of Activity and Clinics of Activity. To the purpose of this study, 29 resident doctors of a university hospital, residents of the second year and from different clinical areas were investigated. It was used pre-structured application forms to investigate the objectives stated before. The analysis of the collected data followed a thematic content analysis. The results reveal that the lack of material to both preservation and recuperation of the patient's health is a reflection of the working condition these professionals are submitted. The resident doctors also pointed as a source of suffering their impotence face the public health service including the lack of working structure and the excessive hours of working. As the principal source for pleasure they pointed the satisfaction in helping the patients. Thus, in this context, the notion of risk is part of the process of MR, including occupational, professional and psychosocial ones. It was also noticed that the private life of these professionals were banished to a second place. The family has to deal with the distance and the absence of them, facing the hard working schedule and the extra work in other institutions. Not forgetting that the new doctor is yet a student and so he has to deal with the limits imposed by the medical practice as well as by the adviser doctor. Thus, the principal problems suffered by the resident doctors detected by this research were: physical and psychiatric stress, sleeping and hormonal alterations, inadequate food and lack of disposition to the practice of physical activities which implies in the diminution of life quality. In the other hand, some of the participants denied any sort of health problems caused by the MR. In spite of all the situation presented above, the results also appointed a significant equilibrium, being perceived as fundamental, but transient.

Keywords: Medical Residence, Professional Formation, Health, Work.

Listas de Siglas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissões de Residência Médica
Enem	Encontro Nacional de Entidades Médicas
ME	Ministério da Educação
RM	Residência Médica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE E TRABALHO	22
1.1 Reflexões iniciais acerca do Trabalho.....	23
1.2 O trabalho e sua centralidade na contemporaneidade	26
1.3 O destaque para a Atividade.....	28
1.4 Saúde-doença: mudanças do conceito.....	30
1.5 Normalidade: equilíbrio possível entre saúde e doença	34
1.6 Riscos à saúde	39
CAPÍTULO 2 – RESIDÊNCIA MÉDICA	43
2.1 Antecedentes históricos.....	44
2.2 Legislação vigente no Brasil	47
2.3 Situação atual no Brasil.....	50
2.4 O papel na formação médica	52
2.5 A importância da prática na construção do saber.....	54
2.6 A saúde pública hospitalar e o Hospital Universitário	57
CAPÍTULO 3 – MÉTODO	64
3.1 Participantes	65
3.2 Procedimentos Éticos	66
3.3 Instrumentos	67
3.4 Procedimentos para a Produção dos Dados.....	69
3.5 Análise dos Dados.....	70
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
4.1. Caracterização dos Participantes	75
4.2 Condições de Trabalho.....	78
4.3. Riscos	82

4.3.1 Riscos ocupacionais	84
4.3.2 Riscos organizacionais	88
4.3.3 Riscos psicossociais	93
4.4 Trabalho e Vida.....	97
4.5 Relações de Prazer e Sofrimento.....	109
4.6 Dualidade entre ser médico e ser estudante.....	120
4.7 Saúde, Doença, Normalidade	130
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICES.....	159
APÊNDICE A – Questionário Bio-sociodemográfico	160
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	161
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	163
Anexos.....	165
Anexo I – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética.....	166

INTRODUÇÃO

Ser residente é ser médico em formação, apesar de já ser um profissional graduado e, consequentemente, apto para exercer a medicina, desempenhando as atividades médicas com as responsabilidades e atribuições características. Destarte, conta com a prerrogativa diferencial de se estar em caráter de aprendizado continuado, constituindo-se uma realidade híbrida por natureza (formação e trabalho), uma vez que o médico residente não é inteiramente médico, nem inteiramente estudante.

Dessa forma, os médicos residentes entrevistados continuam descrevendo que ser residente é uma experiência única, fundamental, confirmatória e essencial, um estágio preparatório para melhorar sua função como/do profissional médico, possibilitando mais segurança para o exercício profissional, sendo um período decisivo em que é possível aprender a fazer. É considerado ainda o início do caminho para o crescimento profissional em que o amadurecimento acarreta a maturidade, tanto em relação às condutas médicas quanto em termos de relacionamento interpessoal. Em virtude do caráter de exercício na prática do que anteriormente era visto, principalmente, na teoria, durante as disciplinas.

Para muitos, é considerada uma continuação da formação médica, imprescindível, de tal forma que atesta a qualidade daquele profissional, pois a experiência e a segurança adquiridas, durante essa fase, ultrapassam os conhecimentos acerca da medicina. De fato abrange outras esferas, a exemplo da relação com pacientes, com superiores e com a estrutura organizacional de um hospital de referência.

Entretanto, ser residente é, ainda, passar muito mais tempo no hospital do que em casa, pois se constitui um tempo de muita dedicação, praticamente exclusiva, e de abdicação. É uma época de entrega, de sacrifício, mas crucial e indispensável para a qualificação profissional.

Através das reflexões sobre a Residência Médica (RM), a partir da perspectiva dos próprios médicos residentes, foi possível delinear tal panorama, tal realidade, embasado

nos dados construídos na presente pesquisa. No discurso desses profissionais, a importância do aprendizado durante a residência é o que melhor caracteriza tal período.

A RM é uma modalidade de formação pós-graduada baseada fundamentalmente no treinamento em serviço. Ela, portanto, faz parte, simultaneamente, do mundo da formação e do mundo do trabalho. Essa, provavelmente, é a explicação para sua grande potência enquanto coformadora do perfil profissional entre os médicos (Feuerwerker, 1998).

Por ser um treinamento em serviço sob supervisão, a RM representa, ao mesmo tempo, um espaço de aprendizado e de prática profissional; e o residente, um aprendiz e um profissional médico (Martins, 2005). Essa dualidade e concomitância fazem-se imprescindíveis para a apreensão do que será discutido na presente dissertação.

O processo de aprendizagem na RM, caracterizado pelo treinamento em serviço, ocorre dentro de um contexto complexo de interações entre preceptores, residentes, profissionais de diferentes áreas do conhecimento, pacientes e instituições.

Diante disso, Schwartz (2010) considera a experiência como sendo o movimento da gênese do saber, consequentemente, experiência e saber são complementares. Portanto, apreende-se a relevância da experiência da prática, consistindo a aprendizagem em um processo de transmissão de saber-fazer, com o intuito de favorecer o aperfeiçoamento através da especialização. Concomitantemente, constitui-se a aprendizagem em aprendizagem social e moral (Cornu, 2003), mediante a aquisição e o aprimoramento do *modus operandi* pretendido para a categoria médica.

Por sua vez, o trabalho é uma atividade que desempenha papel central na vida humana, o que justifica sua importância na produção de saúde-doença (Antunes, 2004; Dejours, 1993a; 2007a). No entanto, apresenta implicações para a saúde, pois, segundo Dejours (1987, p.164), “o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde”.

Nesse contexto, a saúde é entendida enquanto discurso polissêmico, e, segundo Gaudêncio (2011), pensar em saúde implica pensar também nos “conceitos de doença, enfermidade, normalidade, anormalidade, corpo, medicina, infinitos conceitos que se bifurcam nos mais diversos discursos e práticas discursivas” (p.129) toda vez que a palavra saúde é proferida. Pode-se acrescentar que a saúde é a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados: é quando há o desejo, e, justamente, o que faz as pessoas viverem é o desejo e não só as satisfações (Dejours, 1993b).

Dessa forma, o trabalho tem uma função social essencial: é uma atividade que nos liga aos outros e que implica ajustarmo-nos a eles para produzir alguma coisa útil. Tal atividade tem também uma função psicológica, igualmente essencial, na medida em que é “o operador simbólico indispensável da separação de si próprio, da delimitação de si” (Clot, 2007, p. 59).

Enquanto formador, o trabalho, como aponta Lhuilier (2002), pode ser considerado um cenário onde se desenvolve a procura pela identidade, proporcionando ao sujeito um âmbito onde possa exercer e aprofundar a sua singularidade através do seu fazer, de sua prática. Entretanto, o processo de trabalho, apesar de ser central na constituição da identidade das pessoas e fonte de realização e autonomia, possui também o lado negativo, tendo em vista que pode ser fonte de sofrimento e adoecimento.

Dejours e Abdouchelli (1994) ressaltam que o sofrimento no trabalho não necessariamente é patológico. Ele é vivenciado de forma dinâmica, funcionando como um sinal de alerta para evitar o adoecimento. O sofrimento chega a ser patogênico “quando todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho pelo sujeito, para colocá-la em concordância com seu desejo, foram utilizadas, e a relação subjetiva com a organização do trabalho está bloqueada” (Dejours et al, 1994, p. 127).

Segundo Laurell e Noriega (1989), tais relações entre esses aspectos positivos, identidade e realização, e negativos, como adoecimento, merecem uma investigação das relações entre trabalho e saúde, que se torna necessária para entender e analisar os processos de saúde-doença. Por isso é importante penetrar no mundo do trabalho, observar o que ali acontece e compreendê-lo como um espaço socializável e passível de transformações.

Com esse intuito, neste trabalho dissertativo, busca-se refletir sobre tais aspectos relativos ao trabalho, formação e saúde dos médicos residentes por compreender que a relação trabalho e saúde é constituída de maneira singular no processo de Residência Médica (RM).

Almejando capacitação e atualização, a RM assume fundamental valor para que o médico recém-formado obtenha experiência e acumule conhecimentos que redundarão em oportunidades posteriores de trabalho e em melhor atendimento à população.

Diante dessa constatação, o presente estudo justifica-se pela importância de se buscar compreender a relação trabalho e saúde no lócus da RM. A escolha por este campo deve-se ao interesse em analisar, no transcurso da RM, a atividade dos profissionais médicos em formação e possíveis implicações com a saúde, decorrente das atividades exercidas.

A escolha, pois, entre as inúmeras possibilidades empíricas, dos médicos residentes, apoia-se no fato de que o setor da saúde constitui uma das principais facetas de preocupação global, cabendo uma atenção especial àqueles profissionais que se encontram em formação, por compreender tal profissão como representativa de um processo social, histórico e cultural. Além disso, trata-se de uma categoria insuficientemente considerada em termos de estudos científicos, uma vez que, na literatura, podem-se encontrar estudos que versam sobre a educação e atuação médica, mas direcionadas aos preceptores

(Wuillaume, 2000; Botti, 2009) e aos médicos especialistas (Ribeiro; Fonseca-Guedes; Nunes, 2009; Rios, 2010).

Tendo em vista esses elementos, o objetivo geral da presente pesquisa é analisar as relações estabelecidas entre a saúde dos médicos residentes e o processo de Residência Médica. Como objetivos específicos, estabelecem-se os seguintes:

- Identificar as fontes de sofrimento/ prazer no trabalho;
- Analisar os modos de gestão adotados pelos médicos residentes na relação trabalho e vida privada;
- Explorar a dualidade entre ser médico e ser estudante que caracteriza a RM, concomitantemente aos riscos inerentes ao desempenho da atividade;
- Identificar e analisar a ocorrência de problemas de saúde (doenças, acidentes, sofrimento), bem como evidenciar as ações utilizadas na busca pela manutenção da saúde.

Um aprofundamento do panorama delineado anteriormente, bem como o detalhamento e discussão do estudo empírico que fundamenta a identificação da relação trabalho e saúde dos médicos residentes, é esmiuçado no decorrer do presente trabalho dissertativo, composto de quatro capítulos.

Nesta introdução, é apresentada a temática e a contextualização do problema pesquisado, ressaltando-se justificativas empíricas e teóricas para o empreendimento pretendido e a relevância social da identificação da relação entre trabalho e saúde dos médicos residentes.

O primeiro capítulo estabelece o alicerce teórico da pesquisa por meio da apresentação dos conceitos de saúde, trabalho, atividade, normalidade, sofrimento e prazer,

e os riscos à saúde. Para tanto, um diálogo entre a Psicodinâmica do Trabalho (Christophe Dejours), a Ergonomia da Atividade (Guerin et al, 2001; Falzon, 2007), a Clínica da Atividade (Clot, 2006; 2007), enfatiza os pontos de interseção entre essas abordagens teóricas, concomitantemente à discussão sobre saúde (Canguilhem, 1990; Caponi, 1997) e riscos (Nouroudine, 2004; Porto, 2007; Areosa, 2008; 2009). A complexidade inerente ao trabalho médico solicita a adoção de uma perspectiva teórica multidisciplinar, no intuito de fornecer um número maior de elementos para a compreensão da atividade dos médicos residentes, do sofrimento e do prazer decorrentes da profissão e das inter-relações dos trabalhadores consigo, entre si e com a Organização do Trabalho (OT).

O segundo capítulo apresenta um panorama geral da Residência Médica, perpassando antecedentes históricos, a legislação regulamentadora e o panorama brasileiro nessa conjuntura. Ressalta-se, ainda, a relevância da prática para a formação médica e construção do saber, destacando-se nele a relevância em se discutir a saúde pública hospitalar e o Hospital Universitário.

No que tange ao Método (apresentado no capítulo 3), privilegiou-se uma abordagem que valoriza a percepção do trabalhador acerca de sua atividade. A utilização da entrevista semiestruturada objetivou acessar as vivências, as singularidades e a perspectiva dos médicos residentes em relação ao seu trabalho, imbricada com questões sobre sua saúde. Para a análise dos dados, optou-se pela Análise de Conteúdo, com recorte por temas (Laville & Dione, 1999).

A análise dos resultados está descrita no capítulo 4, que reflete sobre as categorias temáticas que emergiram a partir do campo. Nesta seção, foi possível aprofundar a realidade do trabalho dos médicos residentes nas suas diferentes e complexas dimensões. As análises estruturaram-se a partir das categorias: Condições de Trabalho, Riscos, Trabalho e Vida, Relações de Prazer e Sofrimento, Dualidade entre ser médico e ser

estudante, além de Saúde, Doença, Normalidade. Procurou-se, desse modo, esclarecer as diferentes características dos discursos dos médicos residentes na tentativa de extrair seus sentidos, ou seja, compreender as significações no contexto da fala dos mesmos.

Posteriormente, apresentam-se as Considerações Finais, em que são apontadas as contribuições mais importantes da pesquisa, além da apresentação dos posicionamentos e limitações encontradas, com o intuito de suscitar possibilidades de estudo para o futuro.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE E TRABALHO

1.1 Reflexões iniciais acerca do Trabalho

O trabalho é uma atividade que desempenha papel central na vida humana, o que justifica sua importância na produção de saúde-doença (Antunes, 2004; Dejours, 1993a; 2007a). Uma vez que a maior parte da vida de um adulto é dedicada ao trabalho, sua importância relaciona-se ao significado psicossocial que desempenha nas sociedades ocidentais contemporâneas, visto ser uma das mais abrangentes formas de expressão e afirmação do homem no mundo físico e social, sendo a principal de suas atividades (Malvezzi, 2004).

O trabalho é um fenômeno universal, muito embora em cada tempo-espacó tenha significados diferentes e um componente estruturante da vida social, além de seu status na história da sociedade ocidental ser marcado por ambiguidades. Partindo da Grécia antiga, observa-se que não existia uma noção global e abstrata de trabalho (Migeotte, 2005) correspondente à noção contemporânea do mesmo, que abrange o exercício de ocupações lucrativas que podem se constituir em fonte de prazer e de realização. Tanto na língua grega como no latim, não havia uma palavra que, isoladamente, expressasse essa noção atual de trabalho. Nessas duas línguas havia duas palavras, com origem e significados diferentes, para designar o que hoje se entende por trabalho (Arendt, 1991).

Isto posto, o trabalho, por ser uma atividade tão específica na vida do homem, pode funcionar como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana. Concomitantemente, no entanto, o trabalho também pode significar escravidão, exploração, sofrimento mental, doença e morte.

Uma das dificuldades para se conceituar trabalho encontra-se no fato de que a experiência-trabalho, ao longo da história humana, revela-se plural de significados e inclusive de vocábulos que a enunciam (Souza, 2006).

Buscando-se a genealogia histórica do conceito de trabalho, construído socialmente, percebe-se que este, como categoria, consolidou-se por volta do século XVIII, seguindo o mesmo percurso do próprio capitalismo da época. Desse modo, adaptou-se, gradualmente, às necessidades e transformações do capital, junto com a noção unificada de riqueza, de produção e com a própria ideia de sistema econômico (Ovejero Bernal, 2010).

Considera-se, assim, o trabalho, enquanto construção social, dentro de um contexto histórico e de uma cultura muito concretos e que se relaciona com experiências e com o modo de vida das pessoas também concreto. Relaciona-se ainda com um sistema de relações simbólicas desenvolvidas, e, em boa parte, determinam as aspirações dessas pessoas e de seu nível de satisfação profissional em diferentes circunstâncias e condições.

Entre autores que versam sobre o trabalho, merece destaque o pensamento de Karl Marx, que, além de seu posicionamento perante o capitalismo e questões imbricadas ao capital, defende que “o trabalho é a essência da humanidade dos homens” (Marx, 1983, p. 280). Para esse autor, o trabalho é situado no centro da vida, não colocando em dúvida sua existência: para ele, “o trabalho é a essência do homem”, pois defende que a história demonstra que o homem transformou-se no que é graças ao trabalho (Ovejero Bernal, 2010, p. 58).

Sendo assim, o conceito de trabalho passou a ocupar um lugar privilegiado no espaço da reflexão teórica nos dois últimos séculos. Segundo Ovejero Bernal (2010), o trabalho, como se conhece hoje, é um produto do capitalismo industrial.

No entanto, a partir de uma reflexão sobre o conceito de trabalho, faz-se necessário um retorno para a origem etimológica do termo, em que trabalho vem do latim *tripalium*, que significa instrumento de tortura, humilhação, tormento e coerção (Blanch, 1996), estando associado ao sofrimento. Hoje em dia o sentido mudou, evidentemente, mas a

dimensão do constrangimento, desatrelada da pregressa noção de tortura, perdura através da noção de esforço, pois, como defende Lhuilier (2002), não há trabalho sem que a atividade se apoie numa mobilização da energia, uma tensão para um objetivo.

Marx defende que o trabalho atua como modificador e como modificantre no processo de diferenciação do homem perante os outros animais, pois:

Antes, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural.

Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (Marx, 1983, p. 149)

A relação capital-trabalho, que cria situações específicas de risco à saúde do trabalhador, será mais bem discutida na seção subsequente. O trabalhador constitui-se no elemento mais importante do processo de trabalho de uma organização. Ele fica exposto à ação patogênica de substâncias físicas, químicas e biológicas, uso e desgaste do corpo no processo de produção e de relações sociais e pessoais potencialmente lesivas à saúde. Combinam-se a isso outras situações de risco, fora do micro ambiente de trabalho, articuladas com suas condições de vida, em decorrência direta e/ou indireta dos processos de produção existentes, como: diferenças salariais, acessos a serviços de saúde, preventivos e curativos, acesso a informações sobre o problema de “saúde” e educação em geral (Brandão Junior, 2000).

1.2 O trabalho e sua centralidade na contemporaneidade

O papel de destaque do trabalho para a constituição do homem pode ser percebido já em Marx (1983, p. 197), quando este situa o trabalho enquanto atividade exclusivamente humana.

O trabalho é, em primeiro lugar, um processo de que participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza. Ele se opõe à natureza como uma de suas próprias forças, pondo em movimento braços e pernas, as forças naturais de seu corpo, a fim de apropriar-se das produções da natureza de forma ajustada a suas necessidades. Pois, atuando assim sobre o mundo exterior e modificando-o, ao mesmo tempo ele modifica a sua própria natureza.

Corroborando tal pensamento, Tonetto et al (2008) acreditam que, na contemporaneidade, esse papel significativo do trabalho agrega outros elementos, além de ser transformador não apenas da matéria, mas também da vida psíquica, social, cultural, política e econômica.

Como explicitado anteriormente, o trabalho tem uma função social essencial: é uma atividade que nos liga aos outros e que implica ajustarmo-nos a eles para produzir alguma coisa útil. Além disso, tem uma função psicológica, igualmente essencial, na medida em que é “o operador simbólico indispensável da separação de si próprio, da delimitação de si” (Clot, 2007, p. 59). Portanto, trabalhar é libertar-se das suas preocupações pessoais para se envolver numa outra história que não a sua, para cumprir as suas obrigações sociais (Lhuilier, 2002).

Trabalhar não é apenas dedicar-se a uma atividade. É também, ao dedicar-se à referida atividade, estabelecer relações com os outros, envolver-se em formas de cooperação e de troca, inscrever-se numa divisão dos postos e das tarefas, confrontar os pontos de vista e as práticas, experimentar e dar visibilidade às capacidades e aos recursos de cada um, transmitir saberes e capacidades, validar as contribuições singulares (Lhuilier, 2002).

Nessa perspectiva, em relação à centralidade do trabalho no desenvolvimento do ser humano, os estudos de Clot (2007), dentro da tradição histórico-cultural, têm mostrado que é na atividade real do sujeito que é possível compreender o sentido e a subjetividade. O homem mostra-se na ação, pois o que o liga ao mundo exterior são as relações com os outros homens. Pelo trabalho se reconhece a si mesmo e ao outro, onde a subjetividade se dá como processo, no contexto material, social, histórico e objetivo.

Diante disso, a centralidade do trabalho é considerada por Dejours (1992) como significativo mediador eficiente entre o sujeito e seu meio social, indo mais longe quando admite que o trabalho é a condição de acesso à cidadania, é a forma como a subjetividade se inscreve no social, no ético e no político. Para Borges (2006), o trabalho possui papéis importantes no plano psíquico porque possibilita ao indivíduo a subsistência e a sobrevivência autônoma, confere ao mesmo um papel social e, paralelamente, permite que cada um transforme o mundo pela sua maneira de trabalhar.

A atenção à subjetividade é fundamental, pois, como afirma Clot (2007), “o trabalho não é uma atividade entre outras. Exerce na vida pessoal uma função psicológica específica que se deve chegar a definir. E isso, precisamente, em virtude de ser ele uma atividade dirigida” (p.12).

1.3 O destaque para a Atividade

O trabalho, como discutido anteriormente, é uma atividade ontológica que desempenha um papel essencial na estruturação e reconfiguração da identidade na vida adulta. Trabalhar não é só produzir, é também se transformar a si mesmo; o sujeito se transforma no e pelo trabalho. A partir da experiência bem sucedida de superação do real do trabalho, o sujeito passa a ampliar sua subjetividade, descobrir novas capacidades e obter ganhos na saúde psíquica/somática (Dejours, 1993a; 2007b; Ferreira; Mendes, 2003).

Em decorrência das reflexões sobre o trabalho e suas relações com a saúde, a atividade enquanto constructo teórico torna-se imprescindível para possibilitar melhor compreensão das particularidades que a relação trabalho e saúde oferecem.

Sendo assim, para a Ergonomia, atividade é o que é efetivamente realizado, ou seja, aquilo que o sujeito mobiliza para efetuar a tarefa e que não se reduz ao comportamento, mas a todo o trabalho cognitivo que gera o comportamento, o inobservável (Falzon, 2007). Tal atividade também pode ser conceituada como uma “estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição” (Guérin et al, 2001, p. 15).

Dessa forma, atividade é compreendida como um conjunto de fenômenos que caracterizam o ser vivo no cumprimento de suas ações. Estas ações irão resultar do movimento conjunto do homem adaptado a um objetivo específico.

A atividade de trabalho, portanto, consiste na realização do trabalho prescrito, considerando-se as vantagens e restrições dispostas pelas variabilidades (Guérin et al., 2001). Já a tarefa, por sua vez, sustenta de forma evidente uma relação reduzida com o trabalho através das condições e dos resultados deste.

Na tentativa de se compreender a lacuna existente entre os conceitos de tarefa (trabalho prescrito) e atividade (trabalho real), aponta Dejours (1997) que “a tarefa é aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer. A atividade é, em face da tarefa,

aquilo que é realmente feito pelo operador para chegar mais próximo possível dos objetivos fixados pela tarefa” (p. 39).

Sendo assim, sempre existirá uma distância, por mínima que seja, entre o trabalho prescrito e o praticado. E é justamente essa distância que convoca a subjetividade do/no trabalho, que, segundo Clot (2007), é compreendida como construção, levando-se em consideração a atividade sobre si mesmo, sobre a experiência vivida e sobre as determinações inconscientes.

Na abordagem da clínica da atividade (Clot, 2006), sinaliza-se que, para uma melhor compreensão da atividade de trabalho, deve-se considerar também o que não se fez e o que não se faz por não querer ou poder, assim como aquilo que se tem vontade e se pensa fazer em outro momento. Esta abordagem enfatiza que o conceito de atividade de trabalho deve englobar, além do trabalho realizado e dos obstáculos encontrados, também as possibilidades de desenvolvimento da atividade. Tal estudo remete ao trabalho como zona de desenvolvimento potencial e às potencialidades do agir individual e coletivo no trabalho, ou seja, aquilo de novo que, no trabalho, cada um pode se tornar.

A impossibilidade de dar conta da tarefa somente a partir da prescrição é nomeada por Dejours (2007b) como experiência com o real do trabalho. Trabalhar é ir de encontro ao real, e o real do trabalho se revela quando as técnicas de que se dispunha até então, seguindo a prescrição da tarefa, fracassam. Assim, há um paradoxo no encontro com o real, porque ele se dá a conhecer como fracasso, como experiência de sofrimento, que se transforma em angústia quando o sujeito não consegue resolver o problema.

Portanto, é na esfera afetiva que o real se revela àquele que trabalha. Desse modo, trabalhar é não apenas preencher a distância entre o real e o prescrito, mas também a capacidade de superar esse real. Para isso é necessário desenvolver um tipo particular de inteligência que se volta para a busca de respostas para um novo problema, que demanda a

descoberta - ou invenção – de uma nova solução: a inteligência prática, que revela a engenhosidade (Dejours, 2007b).

A criação de solução para os novos problemas só é possível a partir da mobilização da engenhosidade, que revela uma forma de inteligência essencialmente prática, fundamentada no corpo, que envolve a experiência sensorial, e, por vezes, precede a cognição.

Nas origens dessa discussão, a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho, que têm pontos em comum na forma de compreender o trabalho, evidenciou-se o fato de que não seria possível trabalhar e produzir seguindo-se estritamente as regras predefinidas, principalmente aquelas prescritas por determinados atores da produção – gestores. A existência, inexorável, de discrepância entre aquilo que estava previsto e prescrito e a realidade foi e é, para a ergonomia, um dos pontos centrais da discussão sobre a atividade. Assim, todos os que trabalham agem de modo diferente daquele que foi prescrito, para dar conta da variabilidade, tanto no que diz respeito às condições e exigências da produção, como em relação às variações do estado de cada indivíduo e à diversidade humana, sempre presente (Sznelwar, Uchida & Lancman, 2011).

1.4 Saúde-doença: mudanças do conceito

Dada sua centralidade na vida, o trabalho sempre foi um elemento essencial nos processos de saúde-doença. Entretanto, a investigação sistemática da relação entre trabalho e doença iniciou na modernidade. Vale ressaltar que o conceito de saúde-doença passou por diversas modificações, com diferentes momentos históricos, privilegiando distintos

aspectos, em função das condições histórico-culturais e da própria organização social da época.

Na perspectiva histórico-cultural, Hipócrates (460 a 377 a.C.) postulou que a doença é um fenômeno natural, e suas causas, seu tratamento e sua prevenção podem ser conhecidos e estudados. Resulta dessa postura de Hipócrates o fato de ainda hoje ser considerado o pai da medicina.

De acordo com Straub (2005), com a queda do Império Romano, no século V a.C., inicia-se o período histórico da Idade Média, marcado pela influência da Igreja em todas as áreas da vida, e, entre elas, nas práticas sobre os processos de saúde-doença, que eram, até então compreendidos como punição de Deus por algum mal praticado. O autor acrescenta ainda que, além disso, o corpo humano, criado à imagem e semelhança de Deus, não era apropriado para o estudo e a intervenção científica. Dessa forma, a prática médica estava nas mãos da Igreja, que buscava expulsar os espíritos causadores do mal-estar à pessoa enferma.

No período Renascentista, René Descartes (1596-1650), ao descrever os reflexos básicos do corpo humano, compara-o a uma máquina. Segundo esse pensador, mente e corpo eram processos separados e autônomos, sujeitos a diferentes leis da causalidade. Tal postulação, que ficou conhecida como dualismo cartesiano, influenciou a comunidade científica da época, e suas discussões reverberam na atualidade.

Contudo, o dualismo cartesiano tem sido bastante questionado, tanto por posturas filosóficas como por meio dos avanços tecnocientíficos, que permitiram a comprovação de conexões de comunicação entre o que se chamou de mente e corpo (Ogden, 1999). Ainda que bastante questionada atualmente, essa abordagem da relação mente-corpo como instâncias independentes permitiu um avanço significativo no estudo do corpo humano e, em especial, a realização de dissecações e o estudo da anatomia humana em sua época.

Desse modo, o corpo, entendido como uma instância independente da mente, já não era considerado divino e, portanto, poderia ser manipulado sem que isso significasse uma profanação do divino. Instaura-se, assim, um ambiente histórico-cultural propício para o estudo das causas biológicas das doenças, em contrapartida ao estudo das causas espirituais que marcaram o período anterior, a Idade Média.

No período da Renascença, avanços tecnológicos também foram importantes para o estabelecimento do modelo biomédico de tratamento das doenças (Straub, 2005). Este autor complementa defendendo que os significativos avanços da medicina, na primeira metade do século XX, baseados na fisiologia e na anatomia, assim como no estudo das teorias celulares, permitiram o nascimento do modelo biomédico de saúde.

Com base no modelo biomédico, a saúde é compreendida como ausência de doença, como o estado do organismo em equilíbrio biológico e não afetado pelos patógenos causadores da doença. Assim, os aspectos psicológicos pouco ou nada influenciavam os estados de saúde-doença dos indivíduos (Ogden, 1999). Nessa perspectiva, predominava a concepção cartesiana do modelo mente-corpo como instâncias separadas. Entretanto, algumas práticas permitiam a associação de que determinados estados de doença poderiam ter consequências psicológicas, embora nunca tivessem influência em aspectos biológicos. Ou seja, tratava-se de uma via de mão única em que preponderava o aspecto biológico sobre os aspectos psicossociais (Ogden, 1999).

Ao longo do século XX, a complexização das sociedades, os importantes avanços científicos e o desenvolvimento de algumas áreas da ciência, propiciaram os questionamentos sobre o papel dos patógenos como únicos determinantes das doenças (Ogden, 1999).

Além disso, a própria definição de saúde, que se pautava numa perspectiva negativa e não explicativa do termo (no início do século XX, saúde era considerada como

a ausência de doença), fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) repensasse esse conceito à luz das novas modificações sociais vivenciadas. Assim, em 1958, a OMS postulou saúde como “o completo bem-estar biopsicossocial”, o que norteou uma nova definição dela.

Esta definição e o consequente modelo de compreensão da saúde representam uma quebra de paradigma na medida em que apresentam duas novas dimensões relacionadas aos processos de saúde-doença até então negligenciadas pelo modelo biomédico: a dimensão psicológica e a social. Contudo, se, por um lado, esse novo modelo contrapõe-se aos antigos posicionamentos ou aos modelos de saúde utilizados, por outro lado, cabe destacar que estes foram alicerces fundamentais para que se pudessem discutir as questões atuais sob diferentes perspectivas.

Na perspectiva do modelo biopsicossocial, considera-se que a compreensão dos processos de saúde-doença exige a análise de três dimensões da esfera humana: o aspecto biológico, o psicológico e o social, cada qual contribuindo de maneira significativa, tanto para o desenvolvimento de saúde-doença, como para sua manutenção, resposta ao tratamento e complicações associadas.

Outra característica dessa nova perspectiva de saúde é o aspecto positivo e não mais negativo como outrora. Saúde passa a ser considerada como o completo bem-estar biopsicossocial, e não mais a ausência de doença. Essa definição, em contrapartida, evidencia que poucos indivíduos podem ser classificados como completamente saudáveis, uma vez que o estado de completo bem-estar biopsicossocial é utópico e difícil de ser atingido. Nesse sentido, os estados de saúde-doença constituem-se como dois extremos de um *continuum*, e não mais dois polos opostos. Um indivíduo, portanto, pode localizar-se mais no polo da saúde ou mais no polo da doença, porém os extremos, de completa saúde

ou de completa doença, seriam uma medida utópica. Essa discussão será retomada quando for discutida a questão da normalidade e suas possibilidades na interface saúde-doença.

1.5 Normalidade: equilíbrio possível entre saúde e doença

O trabalho é fundamentalmente relação com outro ser, porque a atividade supõe uma coordenação, um reconhecimento e uma validação por outrem. O trabalho compreende sempre uma referência ao outro como destinatário, como coautor, ou como prescritor (Lhuilier, 2002).

Enquanto atividade mediadora, o trabalho é gerador de significações psíquicas para os sujeitos, e, sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, busca-se compreender como os trabalhadores alcançam certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (Dejours, 1993c). Uma das formas de se atingir tal equilíbrio seria a pertença a um coletivo de trabalho, uma vez que isso solicita a elaboração de uma maneira de ser e de fazer com os outros na diferença a fim de que possa ser reconhecido aquilo que especifica cada um na sua contribuição para o projeto comum.

Sendo assim, a normalidade pode ser concebida como um estado intermediário entre a saúde e a doença, o que pressupõe um compromisso em torno do que é considerado aceitável em um contexto específico. A conquista da normalidade envolve atividade humana permanente e uma luta orientada pelo ideal de saúde que cada sujeito constrói a partir de suas vivências e seu lugar sócio-histórico (Brito, Neves & Athayde, 2003).

Para Canguilhem (1990), saúde diz respeito à capacidade do ser vivo de estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as infidelidades do meio, sendo mais do que se adaptar a ele. Segundo Caponi (1997), o autor supracitado propõe que a saúde e a doença são dimensões

constitutivas do processo dinâmico que é a vida, estando cada uma destas dimensões contida na outra.

Já a doença, para Canguilhem (1990), não é somente desequilíbrio ou desarmonia, é, sobretudo, esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com a intenção de cura, o que dá a dimensão de que a saúde é uma luta. O autor ainda afirma que o homem normal não é aquele que está em estado de completo bem-estar, mas sim aquele que, ao adoecer, consegue afastar a doença.

A partir desta ótica, o mais apropriado, de acordo com as ideias de Canguilhem (1990), seria falar que existem distintas normalidades, e que o conceito de saúde apreende as mais diversas formas de interação do indivíduo com os acontecimentos da vida, em detrimento dos tradicionais elementos causais e simplistas.

Por conseguinte, ao se pretender investigar as relações entre saúde e trabalho, consideradas complexas por essência, não podem ser ignoradas as transformações importantes ocorridas atualmente no mundo trabalho. As principais tendências dessas transformações apontam para as limitações na absorção da força de trabalho jovem, inclusive qualificada; o aumento significativo do trabalho feminino; a instabilidade e a irregularidade ocupacionais; o subemprego e o desemprego recorrentes, duradouros e sem perspectivas de inclusão no mercado formal; as dificuldades de inserção da mão de obra não qualificada; diminuição de postos de trabalho, por conta das inovações tecnológicas, bem como a desregulamentação de novas formas de inserção laboral (Antunes & Alves, 2004).

Reflete-se aqui sobre o constructo teórico saúde, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não consiste, somente, em uma ausência de doença ou enfermidade” (Moura, 1989, p.43). Esta definição é, frequentemente, fruto de críticas. Caponi (1997) acredita

tratar-se de um conceito utópico e de um estado inalcançável, e que, acima de tudo, carece de objetividade, por constituir sua base argumentativa no constructo subjetivo de bem-estar.

Por isso, defende-se que a concepção de saúde no trabalho é um conceito em contínua evolução, porque os agravos à saúde, engendrados pelo trabalho, evoluem com o próprio trabalho, e a própria noção de saúde também evolui (Canguilhem, 1990).

Destarte, para a compreensão dos impactos das situações de trabalho na saúde, devem-se considerar o singular e o particular, com o intuito de se conhecerem os modos operatórios dos trabalhadores e as estratégias de regulação das condições de trabalho diante das exigências da organização de trabalho. O grande desafio é, a partir desta compreensão, criarem-se estratégias de prevenção e de desenvolvimento da capacidade de ação dos trabalhadores sobre as situações de trabalho (Doppler, 2007).

Como mencionado, o trabalho pode ser gerador de saúde ou, ao contrário, de doenças. Para Dejours (1994a, p. 138), o trabalho nunca é neutro, “ou joga a favor da saúde, ou contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação”.

Com o passar dos anos, os estudos de morbidade foram se mostrando insuficientes, visto que as exigências do trabalho tinham impacto bastante variável em função do sentido que possuíam para cada trabalhador. Outra dificuldade era o fato de que certas organizações de trabalho muitas vezes nem afetavam, ou afetavam em menor proporção, o aparelho psíquico, demonstrando-se por meio de doenças somáticas, mostrando a dificuldade em se estabelecer o nexo causal entre trabalho e adoecimento mental. Nesse sentido, Dejours (1988) propôs o deslocamento do interesse para os estados que estão aquém da doença propriamente dita, enfatizando a luta do sujeito contra o adoecimento.

O próprio autor reflete que as relações entre sofrimento e trabalho não são tão diretas, visto que são perpassadas pelas vivências subjetivas de cada sujeito bem como

pelas relações sociais construídas no trabalho. Desse modo, como afirma o autor, “parece que as situações reais de trabalho são geralmente mais complexas e polivalentes, e que sofrimento pode andar lado a lado com o prazer” (Dejours, 1988, p. 160). Tendo como base essa premissa, procurou-se analisar as vivências de sofrimento e prazer dos médicos residentes entrevistados, de modo integrado, para que fosse possível apreender a real dimensão do que o autor propõe: sofrimento e prazer como indissociáveis.

Para que se compreenda melhor essa dinâmica, é necessário explicitar que a atividade sempre implica um confronto do prescrito com o real, que somente se torna gerador de sofrimento, de fracasso ou de doenças quando se torna intransponível, ou seja, quando a organização não possibilita uma negociação favorável à superação deste sofrimento. Dejours (1994b) destaca que não se pode conceber uma organização de trabalho isenta de sofrimento.

Contudo, a saúde e o prazer podem ser conquistados por meio das possibilidades de superação dos constrangimentos, através da mobilização da inteligência astuciosa do trabalhador. E como bem afirma o autor, a saúde, o prazer no trabalho, a realização de si mesmo (a autorrealização), e a construção da identidade são ganhos decorrentes do sofrimento no trabalho.

Acontece que, muitas vezes, por ir a campo com o olhar direcionado para o adoecimento, ocasionalmente pode ocorrer que a essência da normalidade vivenciada seja preterida. Reflexões dessa magnitude expõem, inclusive, uma mudança de olhar sobre a teoria, uma vez que, historicamente, a Psicopatologia do Trabalho procurou investigar o adoecimento, suas causas e motivações.

Segundo Dejours (1993a), tal estudo buscava “a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho” (p.49), ao passo que a Psicodinâmica do Trabalho amplia essa perspectiva ao ir além do sofrimento, no sentido

de encontrar o prazer no trabalho, “não mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna” (Dejours, 1993a, p. 53).

Como compreender que, apesar de condições de vida tão duras e desestabilizantes, tantas pessoas (senão a maioria delas) conseguem resistir, sobreviver e até conquistar um pouco de felicidade? O novo problema que se coloca hoje é o da normalidade. Como postula Dejours (1987, p. 165), a normalidade é “fundamentalmente enigmática”. Ela nunca é dada como um presente da natureza: ela supõe uma construção feita por cada um dos sujeitos, uma luta incessante para reconquistar o que se perde, refazer o que se desfaz, reestabilizar o que se desestabiliza. Imediatamente descobre-se a habilidade, a inteligência, a astúcia inacreditável dos homens e das mulheres em inventar estratégias defensivas que lhes permitem permanecer dentro da normalidade.

A normalidade é frequentemente conquistada a custo de certas patologias crônicas, notadamente patologias somáticas, para onde submerge uma parte do sofrimento que não consegue encontrar soluções adequadas, isto é, soluções que passem pela transformação da situação concreta de maneira a adequá-las melhor às necessidades e aos desejos do sujeito.

Entende-se a saúde no trabalho como um amplo constructo, em contínua mudança, pois, como defende Canguilhem (1990), os agravos à saúde, engendrados pelo trabalho, evoluem com o próprio trabalho, e, assim, a própria noção de saúde evolui.

Segundo essa perspectiva, é possível perceber que as relações entre trabalho e saúde afetam-se mutuamente, diante das diversas formas e configurações de trabalho e, consequentemente, das implicações para a saúde daquele que trabalha, assim como para o resultado em termos de qualidade e produtividade. Devido a esse caráter dinâmico, comprehende-se a relevância de estudos nessa área para fomentar possíveis contribuições teóricas e práticas.

Por compreender que a relação saúde/trabalho não diz respeito apenas às pessoas diretamente engajadas no processo de trabalho, isto é, aos trabalhadores, faz-se necessário apreender, segundo Dejours (1987), que a divisão entre espaço de trabalho e espaço privado só é eventualmente pertinente na “análise econômica, mas torna-se totalmente inconsistente a partir do momento em que se trata das relações sociais e das questões de saúde” (p. 164).

1.6 Riscos à saúde

Enquanto objeto de pesquisa, o trabalho do médico não pode ser concebido desatrelado de seu *lócus* de atuação. Dessa forma, o ambiente hospitalar merece destaque por ser o local privilegiado da prática médica e, nesse contexto, devido à especificidade do mesmo, os riscos são constantes e concretizados de diversas formas.

O ambiente de trabalho hospitalar comumente pode ser considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde. Ao se investigar a relação entre trabalho e saúde dos médicos residentes, cônscios de tal premissa, faz-se imprescindível a identificação e categorização dos riscos encontrados no cotidiano laboral.

Segundo Nouroudine (2004), a noção de risco ainda é considerada de maneira “mal definida e nebulosa” (p. 37). Para o autor, a categoria conceitual risco envolve os elementos do ambiente imediato ou distante cuja natureza provoca problemas de segurança na situação de trabalho.

A indefinição acerca da noção de risco traz atrelado, em seu cerne, a falta de consenso relacionado ao tema e suscita reflexões sobre o caráter e abrangência dos riscos, levando-se em consideração que tal caráter nebuloso dificulta sua identificação.

Diante desse delineamento, os riscos à saúde assumem relevância e, segundo Porto (2007), são considerados riscos à saúde “a exposição de seres humanos a condições ambientais adversas que possam prejudicar a capacidade de realização humana” (p.84). Desse modo, são apontados, como fatores de risco, os elementos decorrentes das condições de trabalho que podem, em determinadas circunstâncias, provocar danos à saúde dos trabalhadores. Esses fatores de risco podem ser isoladamente danosos à saúde. Contudo, seus efeitos tornam-se ainda mais complexos quando há uma interação entre eles, quer sejam biológicos, físicos, químicos, ergonômicos ou psicossociais.

Os hospitais enquanto espaços de trabalho são locais repletos de múltiplas formas de risco, visto que incorporam “riscos biológicos (contato com os doentes, tarefas com materiais cortantes ou perfurantes eventualmente contaminados, contato com fluidos orgânicos); riscos físicos (radiações ionizantes, ruído, eletricidade); riscos químicos (manuseamento de produtos químicos perigosos, nomeadamente medicamentos, diversos tipos de gases – tóxicos, combustíveis, etc.), riscos ergonômicos (levantar ou movimentar pesos elevados, incluindo o transporte de doentes sem mobilidade, trabalhar longos períodos em posição quase estática, manuseamento de equipamentos pouco ergonômicos); riscos com máquinas ou equipamentos (aparelhos de Raio X, equipamentos de laboratório, etc.); riscos do próprio local ou ambiente de trabalho (iluminação deficiente, má qualidade do ar interior, pavimentos escorregadios, etc.); riscos da organização do trabalho (trabalho noturno ou por turnos, alteração de horários, acumulação de funções, manuseamento e/ou armazenagem inadequada de produtos, responsabilização dos trabalhadores por falhas da própria organização); riscos psicossociais (conflitos entre trabalhadores, agressões físicas

ou verbais provenientes de doentes ou acompanhantes, *mobbing*, contato com situações difíceis, nomeadamente doenças graves ou a própria morte dos doentes)" (Areosa, 2009, p.03); e ainda a susceptibilidade individual perante as situações de riscos (diferentes níveis pessoais de aversão ou de tolerância aos múltiplos fatores de risco) (Facchini, 1994; Laurell & Noriega, 1989).

Por estar tão presente e arraigado no cotidiano profissional, o risco passa a ser visto como parte intrínseca da atividade, e a sua gama de variabilidade demonstra que, dentro da normalidade, o risco é elemento presente.

Nouroudine (2004) afirma que não se pode conceber a atividade humana sem os riscos, pois estes são intrínsecos à atividade. Por isso, a saúde no trabalho não pode ser definida como a ausência de risco, mas como a capacidade de gerir e ultrapassar as dificuldades ligadas ao risco. Em outras palavras, é necessário refletir também sobre as estratégias de gestão e de enfrentamento dos riscos elaboradas a partir da experiência do trabalhador.

Neste momento, abordar-se-ão os diversos riscos enfrentados pelos médicos residentes em sua atividade. Tomando-se como referência os depoimentos e as múltiplas cargas de trabalho, os principais riscos que emergiram nesta pesquisa foram: riscos ocupacionais, riscos organizacionais e riscos psicossociais.

Tal caracterização dos riscos foi fruto de reflexões alicerçadas em Areosa (2009). Esse autor defende que os riscos do foro laboral podem ser compreendidos através de três dimensões distintas, a saber: os riscos em si, os riscos sobre os sujeitos e os efeitos dos riscos sobre os sujeitos afetados. Concomitantemente a essa classificação, outras referências (Brasil, 1997; Chiodi & Marziale, 2006) trazem a especificação dos riscos ocupacionais como oriundos de fatores físicos, químicos, biológicos e de acidentes.

A relevância, ao se buscar uma identificação e análise dos riscos passíveis de serem encontrados nesse ambiente hospitalar, decorre do fato de que a interação de vários riscos pode ampliar os seus supostos efeitos individualizados e constituir-se como um fator de agravamento da própria situação de trabalho (Areosa, 2008).

Fruto desse caráter central e fundante, a discussão sobre o trabalho adquire relevância em múltiplos espaços. Como o objetivo desse estudo, previamente identificado, é compreender o processo de formação profissional do médico residente e relações que, por ventura, ocorram em seu estado de saúde, trataremos, no capítulo subsequente, de situar adequadamente de que se trata a RM, sua constituição, bem como discutir sobre o papel da prática para o exercício profissional.

CAPÍTULO 2 – RESIDÊNCIA MÉDICA

2.1 Antecedentes históricos

A introdução da Residência Médica (RM) como modalidade de instrução avançada, na área médica, deu-se no século XX (Maciel, 1995). Entretanto, segundo Pagliosa e Da Ros (2008), nos moldes como é conhecida atualmente é possível observar a origem da RM com o método de Flexner, proposto por Abraham Flexner, em 1910, e com prevalência até a contemporaneidade de forma hegemonic, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e ainda pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo (Matta & Morosini, 2008), propiciando a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica para o contexto da época.

O Relatório Flexner, baseado no relatório do mesmo nome e datado de 1910, pode ser considerado, segundo Pagliosa e Da Ros (2008, p. 493), “o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial”.

A partir do paradigma flexneriano surge uma concepção de saúde com uma perspectiva médico-curativa, centrada na doença e no hospital, podendo ser caracterizada “por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo. Tal paradigma, que organizou o ensino e o trabalho médico, foi um dos responsáveis pela fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde e pela proliferação das especialidades médicas” (Matta e Morosini, 2008, p.40-41).

Pagliosa e Da Ros (2008) defendem a tese de que o trabalho de Flexner, com suas posteriores consequências, pode ser analisado sob dois grandes prismas, de melhorias e de

retrocessos, pois, “se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto” (p.495).

Estes mesmos autores, avaliando os aspectos positivos e negativos do trabalho de Flexner, afirmam que “o grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas” (Pagliosa e Da Ros, 2008, p.495).

Dessa forma, percebe-se que a sistematização e a categorização propostas pelo modelo flexneriano possibilitaram reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas e, concomitantemente, o delineamento da formação médica, inclusive da RM, que vigora na contemporaneidade.

De acordo com Nunes (2003), o histórico da RM teve início em 1848, “quando a Associação Médica Americana manifestou-se a favor de um sistema de instrução baseado na utilização da rede hospitalar para o ensino, dando início a uma nova modalidade de formação de recursos humanos na área médica, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e formação profissional em serviço – a RM” (p. 30).

O termo residência resulta do fato de, na época, ser requisito necessário residir na instituição onde se desenvolvesse o programa, com o objetivo de estar à disposição do hospital em tempo integral. Com a discussão acerca do nascimento dos hospitais, Foucault

(1979) delineava que o hospital, ao se constituir instrumento de cura, tornava-se “um instrumento terapêutico, onde o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (p.63), e com isso, a necessidade de se residir no hospital. A RM surge, então, como forma de adestramento profissional, segundo a expressão de Elias (1987), dirigindo-se à especialização, com ênfase no treinamento em serviço hospitalar.

Através de uma revisão acerca da RM no Brasil, Nunes (2003) afirma que, no contexto brasileiro, os programas de RM foram iniciados na década de 1940. Segundo a autora, através de uma revisão do assunto, constata-se que “até a década de 60 os programas de RM se concentravam nos hospitais públicos tradicionais, constituindo-se nos hospitais universitários públicos” (p.30).

Entretanto, Ribeiro (2011) declara que mudanças ocorridas, no final dos anos 50, fizeram com que o perfil do profissional a ser absorvido pelo mercado mudasse em virtude de inúmeros fatores, “dentre eles a repercussão na medicina do desenvolvimento tecnológico e científico, as pressões das indústrias de medicamentos e equipamentos sobre a organização do trabalho médico e os movimentos em favor da criação de novas escolas e do aumento de vagas para Medicina nas universidades impulsionam a multiplicação dos programas de Residência pelo Brasil, fundamentando a tendência da formação especializada” (p.3).

Por outro lado, Feuerwerker (2000) afirma que tal mudança de perfil profissional foi gerada em virtude de uma conjuntura de fatores que, aliados ao contexto histórico mencionado, possibilitou o avanço da especialização médica, por intermédio do acúmulo de capital vigente no setor de saúde e pela intensificação do uso da tecnologia.

Dessa forma, no cenário brasileiro, pode-se afirmar, segundo Ribeiro (2011, p.3), que “o elemento fundamental na multiplicação da procura e oferta de vagas de Residência, ao longo da década de 60 e 70, ao lado da estruturação de um mercado de trabalho

competitivo e voltado à especialização, foi a insuficiência de treinamento prático proporcionado pelos cursos médicos”. Complementa afirmando que não existia, porém, um “sistema de regulação, monitoramento e verificação dos programas de Residência oferecidos aos médicos recém-formados, que buscavam oportunidade de trabalhar nos hospitais, supostamente sob supervisão, e baixa remuneração” (Ribeiro, 2011, p.3).

2.2 Legislação vigente no Brasil

Em consequência dos movimentos reivindicatórios dos residentes, o Decreto presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1997, formaliza a institucionalização do Programa de RM e cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com o objetivo de regulamentar essa modalidade de ensino no país. E em 21 de junho de 1985, o Decreto nº 91.364 estabelece a composição e o funcionamento da CNRM, concebendo-a como comissão assessora da Secretaria de Ensino Superior (SeSu) do Ministério da Educação.

Por sua vez, a lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, define a RM como “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional” (Lei nº 6.932, 1981).

Esta lei define ainda que os “programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluído um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão” concomitantemente à destinação de 10% a 20% de sua

carga horária para atividades teórico-práticas. Além disso, em seu artigo 6º, estabelece que a conclusão de um programa credenciado garante o título de especialista na área.

Diante dessa conjuntura, estudos (Botega, 2001; Souza, 1985) evidenciam que, de início, a elevação do nível de exigência para o credenciamento de programas de Residência por parte da CNRM levou à desativação de muitos cursos, que funcionavam muito mais em decorrência da necessidade de mão de obra barata do que com finalidades didáticas. Assim, das 205 instituições que solicitaram credenciamento à CNRM, somente 154 receberam pareceres favoráveis (Brasil, 1985).

Em virtude disso, “os programas de Residência Médica, desde então, devem ser credenciados pela CNRM, após atender aos pré-requisitos vigentes (resolução 05/2002) e outorgar bolsa de estudo com valor mínimo estabelecido por lei” (Nunes, 2003, p.30).

Para auxiliar e descentralizar a fiscalização, a CNRM criou, em 1987, as Comissões Estaduais de RM, com as quais compartilha as responsabilidades de gestão e coordenação dos programas. De acordo com Nunes (2003), nos municípios em que há Residências, devem-se constituir as Comissões de Residência Médica (COREME) “formadas por médicos residentes, supervisores dos programas e direção da instituição, com regimento próprio, porém desenhadas e com funcionamento de acordo com as determinações da CNRM” (p.30).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, atualmente vigora a Resolução do CFM nº 1.973/2011. Neste documento, as entidades médicas reconhecem 53 (cinquenta e três) especialidades médicas e igual número de áreas de atuação, bem como estabelecem as titulações e as certificações das respectivas especialidades, o tempo necessário de formação, os programas de Residência Médica, correspondentes, e os concursos dos colégios e sociedades médicas especializadas nas respectivas áreas para a concessão dos títulos de especialização.

Um aspecto de significativa relevância é referente ao valor das bolsas concedidas aos médicos residentes. De acordo com a lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, vem periodicamente sendo modificada para atualizar seu valor em consonância à carga horária estipulada, como sendo “regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais” dos médicos-residentes. Complementando tal enfoque, Ribeiro (2011) evidencia o crescente aumento do valor das bolsas, ao apresentar que, “em modificação determinada pela Lei nº 11.381, de 2006, fixou em R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), que vem sendo pago desde janeiro de 2007. Valor este que a Medida Provisória nº 521, de 31 de dezembro de 2010, do Governo Federal, elevou para 2.338,06 (dois mil, trezentos e trinta e oito reais e seis centavos), a partir de 1º de janeiro de 2011” (p.7).

Além disso, segundo o relatório do último Encontro Nacional de Entidades Médicas (Enem), realizado em 2010, foram elencadas propostas concernentes à formação do médico residente (Ribeiro, 2011), e, a partir de tais propostas, optou-se nesta pesquisa por agrupá-las sob os seguintes conceitos:

- Estruturais: desde credenciamento e visitas sistemáticas para avaliação dos programas de RM a questões de cunho financeiro e organização da preceptoria;
- Organizacionais: apoiar a ampliação das vagas de RM, pretendendo-se seguir o modelo de orientação por competências, além da defesa da RM como pós-graduação ideal, com garantias de condições pedagógicas para o treinamento em serviço e remuneração adequada e humana, na tentativa de minimizar a falta de padronização na avaliação de ingresso de residentes, durante o processo seletivo, defendendo-se a meritocracia.

2.3 Situação atual no Brasil

Os programas de Residência Médica constituem-se hoje em elemento fundamental não só para o aprimoramento e o aprofundamento, mas também para a necessária complementação da formação médica recebida em parcela muito significativa dos cursos de graduação em medicina.

No Brasil, a RM existe há quase 70 anos e é regulamentada há 31 anos. Nesse período, foi “objeto de interesse principal dos médicos residentes por meio da ANMR e de docentes e médicos envolvidos com os programas, além, obviamente, das comissões já referidas e das entidades médicas” (Nunes, 2003, p.30).

É inegável o consenso no tocante à prática da RM e aos benefícios que o treinamento sob supervisão proporciona para a capacitação do profissional e posterior inserção no mercado profissional. Entretanto, como aponta Nunes (2003, p.30), “apresenta uma série de particularidades que por vezes complicam o fluxo e a evolução dessa modalidade de pós-graduação *lato sensu*. No momento, observa-se que os principais problemas podem ser resumidos em quatro aspectos: avaliação, necessidade, acesso e financiamento”.

Por constituir-se curso de pós-graduação *lato sensu*, Ribeiro (2011) lembra que “também a formação do médico-residente supõe período reservado à formação teórica, ainda que bastante reduzido – de 10 a 20%, no máximo, da carga total de 60h semanais de treinamento em serviço” (p.16).

De acordo com Ribeiro (2011), pela necessidade de formação teórica, os programas de RM têm sua organização acadêmico-pedagógica submetida ao Ministério da Educação (ME), com submissão diretamente da CNRM, “dotada de razoável autonomia de ação e supervisão dos programas e que supostamente leva em conta as exigências próprias do Sistema Nacional de Saúde” (p.17).

Quanto a esse aspecto, complementa:

Pode-se dizer, então, que formação especializada dos médicos residentes obedece a dois domínios - a saber, a área educacional, cuja instância governamental de referência é o MEC, e a área de saúde, cuja referência governamental é o Ministério da Saúde (MS), responsável pela coordenação das ações do Sistema Único de Saúde (o SUS). Como os objetivos e orientações educacionais e profissionais das duas áreas são distintos, deveriam ser devidamente harmonizados e compatibilizados, sob pena de trazer prejuízos à formação profissional dos estudantes, caso não sejam equilibradamente ministrados ou não observem os preceitos recomendados para uma formação de qualidade nos dois domínios. (Ribeiro, 2011, p.17)

Conforme aponta Botti (2009), em geral, considera-se que o principal objetivo da residência é o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação. Esse aperfeiçoamento consiste no treinamento em alguma especialidade médica; na aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos médicos; no desenvolvimento da capacidade de iniciativa, de julgamento e de avaliação; na internalização de preceitos e normas éticas; e no desenvolvimento de espírito crítico.

Na busca do equilíbrio entre a formação científica oferecida pelas faculdades e uma formação que desenvolva competências indispensáveis para a atividade médica, é necessário experimentarem-se formas conjuntas de atuação entre dois setores historicamente isolados: a educação e a saúde.

2.4 O papel na formação médica

Diante da proporção entre o número de formados egressos das universidades anualmente e o número de vagas oferecidas nos processos de RM, cerca de 70% dos médicos que se formam têm a oportunidade de frequentar um programa de Residência (Feuerwerker, 1998). Dessa forma, é importante buscar compreender o papel que a RM tem na formação dos médicos no Brasil. São fartos os depoimentos atribuindo a ela um duplo papel na formação dos médicos: complementar o processo de graduação, tendo em vista as deficiências amplamente reconhecidas desse processo; e oferecer a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho.

A Residência é uma modalidade de formação pós-graduada, baseada fundamentalmente no treinamento em serviço. Portanto, ela é, simultaneamente, parte do mundo da formação e do mundo do trabalho. Essa, provavelmente, é a explicação para sua grande potência enquanto coformadora do perfil profissional entre os médicos. No entanto, essa mesma característica complexa tratada de modo insuficiente, tem levado a ambiguidades políticas no seu manejo (Feuerwerker, 1998).

Em nosso país, essa ambiguidade vem de longe: desde os tempos da regulamentação da Residência. Naquela época, houve uma significativa polêmica a respeito da caracterização da residência como trabalho e dos residentes como trabalhadores (com carteira de trabalho, direitos trabalhistas, etc.) versus a Residência como processo de aprendizagem (Elias, 1987).

Apesar disso, o processo de ensino-aprendizagem durante a residência é ainda pouco estudado, como observado após procura nas bases científicas: APA, EBSCO, SAGE, SciELO e *Web of Science*. Entre o material encontrado, elencam-se os que tratavam da residência sob a ótica da educação médica (Feuerwerker, 1998), com a proposta de traçar um modelo pedagógico de ensino (Calil, 2000), e a residência vista sob

a perspectiva do preceptor (Botti, 2009). Por outro lado, o conteúdo da formação, como deve ser esse processo, como os residentes aprendem e o que eles aprendem ainda é pouco discutido (Feuerwerker, 1996; 1998).

Atrelado a essa incipiente investigação, é no processo de especialização, no treinamento prático que a Residência propicia, onde se dá a verdadeira iniciação profissional do médico. Tanto que, para a inserção no mercado de trabalho, é mais importante e significativa a instituição onde os médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem (Feuerwerker, 1998).

As relações entre educação e trabalho, segundo Saviani (1994), têm sido motivo de muitos debates, nos quais a tendência dominante é a de situar a educação no âmbito do não trabalho. Nesse contexto da RM, tal discussão mostra-se pertinente pelo caráter de treinamento em serviço, onde a educação e o trabalho encontram-se de forma atrelada e articulado. No entanto, o referido autor pondera que, tendo a educação, após os anos 60, passado a ser entendida como decisiva para o desenvolvimento econômico, “postula-se uma estreita ligação entre educação (escola) e trabalho: isto é, considera-se que a educação potencializa o trabalho” (p.151).

Isto também é ressaltado por Elias (1987):

A residência não é simplesmente ensino ou trabalho e muito menos a somatória destas dimensões. A forma mais adequada de caracterizá-la conceitualmente é considerá-la como uma situação una, indivisível, na qual o aprendizado e a prestação de serviço na maioria das vezes, se fazem ao mesmo tempo e no mesmo processo, sendo praticamente impossível destacar uma linha divisória entre eles (p.104).

É possível apreender que, na formação do profissional de saúde, a capacidade de se desenvolver e aplicar o que se aprende na escola é essencial. Muitas iniciativas e práticas pedagógicas são ainda pautadas no conteúdo, na memorização de informações, cada vez mais volumosas e menos relacionadas à prática profissional. Menospreza-se a observação do todo e a organização, a representação e a interpretação do estudante àquilo que lhe é ensinado, correlacionando ao mundo profissional (Botti, 2009).

Por isso, compreender como se constrói o saber médico é fundamental para propor melhores alternativas para seu processo de educação, tendo em vista a RM, caracterizada como treinamento em serviço, ser considerada pelos recém-formados como continuação de seu processo de formação (Martins, 2005).

Ressalta-se que, por ser um fenômeno de natureza complexa, que envolve várias dimensões – humana, técnica, cognitiva, emocional, sociopolítica e cultural – com suas inúmeras implicações e relações (Wuillaume, 2000), a formação durante a residência pretende desenvolver os atributos técnicos e também os atributos relacionais (comportamentos e atitudes) em busca do profissionalismo que marca profundamente a medicina (Botti; Rego, 2010).

2.5 A importância da prática na construção do saber

As relações entre os mundos do trabalho e da formação, nas duas últimas décadas (1990 e 2000), têm sido objeto de transformações profundas. Entretanto, segundo Correia (2010), é ainda possível observar que a qualificação profissional, enquanto diferencial, atua como fruto das modernas formas de se definirem as relações entre experiência e formação decorrentes da contemporaneidade.

Sendo assim, e por acreditar que a aprendizagem não se trata apenas de um conhecimento técnico, mas também aprendizagem dos contextos sociais em que este conhecimento técnico é posto em prática, como postula Cornu (2003), passamos a investigar o processo ensino-aprendizagem na RM, que não tem sido tema de profícua análise específica na literatura (Botti; Rego, 2010), como apontado anteriormente, apesar de representar um marco profundo no perfil profissional do futuro médico (Feuerwerker, 1998).

O processo de aprendizagem na RM, caracterizado pelo treinamento em serviço, ocorre dentro de um contexto complexo de interações entre preceptores, residentes, profissionais de diferentes áreas do conhecimento, pacientes e instituições.

Destarte, corrobora-se o pensamento de Cornu (2003) que postula ser a aprendizagem um processo de transmissão de saber-fazer, com o intuito de favorecer o aperfeiçoamento através da especialização. Constituindo-se, concomitantemente, a aprendizagem em aprendizagem social e moral.

Historicamente a prática profissional dos médicos tem sido transmitida através de treinamento em serviço. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (incluindo-se aí o relacionamento com pacientes) em que se encontra o diferencial da prática profissional médica. A experiência adquirida na prática pode completar a formação científica do médico: é através da experiência clínica que o profissional assume a postura de cuidar dos doentes (e não mais apenas das doenças). É através da prática que se constrói a experiência clínica e é através da aprendizagem em serviço que o futuro profissional também constrói, pelo menos em parte, a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação (Feuerwerker, 2000).

É nos ambulatórios, nas enfermarias, nas reuniões de equipe, na convivência dos que já atuam na profissão com os que estão se iniciando, que o conhecimento é construído

e compartilhado por todos. Visto que a aprendizagem técnica é, ao mesmo tempo, aprendizagem social e ajuda didática, dependerá não só do saber a transmitir, mas também, dos quadros sociais em que é transmitido (Cornu, 2003).

Concomitantemente, de acordo com Cornu (2003), para exercer corretamente uma tarefa, faz-se necessário saber manejar os instrumentos para ser possível a transmissão das práticas, o que é corroborado por Schwartz (2010) ao afirmar que a experiência é o movimento da gênese do saber. Consequentemente, experiência e saber são considerados como complementares, uma vez que a experiência assume um caráter totalizante. Sendo assim, por intermédio do exercício prático possibilitado pela experiência, o conhecimento teórico previamente adquirido, solidifica-se e possibilita ao indivíduo a apreensão concreta do trabalho.

Nesse sentido, Dejours (2012a) compara a aprendizagem do profissional de saúde ao de uma criança em estágio de desenvolvimento, pois defende que:

Em medicina ensinam-se apenas conhecimentos aos estudantes, não se pode ensinar o trabalho propriamente dito. Cada médico, ao deixar o hospital para instalar-se por conta própria em um consultório, deverá encontrar por si só, a partir de sua inteligência inventiva e criativa, as artimanhas, as astúcias da profissão que não lhe foram ensinadas. Ocorre com a aprendizagem do profissional de saúde o mesmo que com a criança: não se ensina uma criança a andar, pode-se segurá-la pelas mãos, mas não se explica como tensionar os músculos, mover as articulações, encadear os movimentos. É necessário que ela descubra sozinha e que, como nós, passe à experiência do real... são inúmeras quedas, equimoses até que ela descubra ou invente soluções para recobrar o seu equilíbrio quando cambaleia. (Dejours, 2012a, p.41)

2.6 A saúde pública hospitalar e o Hospital Universitário

Em suas origens, o “hospital médico”, pela definição foucaultiana, é moldado enquanto deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, disciplina que, segundo Foucault (1979, p.62), “terá como função assegurar o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença”. Ao investigar o nascimento dos hospitais, o autor argumenta que a disciplina trata-se de uma invenção técnica baseada numa nova maneira de “gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (p.61).

Segundo Ribeiro (1993), a instituição hospitalar, enquanto aparelho formador é caracterizada como o lugar do exercício de um conjunto de práticas em saúde, configurando uma tecnologia do processo de trabalho que, na sua singularidade, exige do profissional de saúde respostas individuais e coletivas ao lidar diariamente com a dor, a doença e a morte (Pitta, 1989). E considerando-se a hipótese de Foucault (1979) de duplo nascimento do hospital pelas técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio, podem-se compreender várias características que este possui.

O hospital é um estabelecimento que presta serviços específicos à população em geral e apresenta uma variedade de ações de saúde (Antunes, 1991) que expõe seus (suas) trabalhadores (as) a uma ou mais cargas, dentre as quais se destaca a exposição a doenças infecto-contagiosas e àquelas em contato direto com pacientes e/ou com artigos e equipamentos contaminados com material orgânico. A diversidade de serviços existentes no âmbito hospitalar como: administrativos, lavanderia, refeitório, manutenção, caldeiras, transporte, almoxarifado, laboratório, centro cirúrgico, raio x, isolamento, UTI, etc., impõe uma antecipada tomada de posição face à possibilidade de ocorrência de acidentes e doenças.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, Foucault (1979) defende que “o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, devendo residir no hospital e poder ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa” (p.64). O pensamento do autor apresenta significado próximo da caracterização do processo de RM.

Dessa forma, o trabalho médico tem como finalidade “a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais” (Arouca, 1975 apud Silva, 2001, p.70), ou seja, tem como objetivo a produção de saúde no âmbito individual e coletivo.

Por isso, no processo de trabalho do médico, enquanto atributo relevante para a determinação da dicotomia saúde versus doença, por gerar um consumo da força de trabalho, pode conduzir a um desgaste no homem. Tal desgaste se expressa sob diferentes maneiras, como o sofrimento mental ou psíquico, as doenças psicossomáticas, o estresse e os transtornos mentais, bem como as neuroses (Silva, 2001).

É possível encontrar em Silva (2001) que, durante o processo de trabalho dos médicos, percebe-se que estão condicionados a múltiplas cargas de trabalho, como demonstrado a seguir:

As características da organização e da divisão do trabalho determinam a duração da jornada, o ritmo de produção, o trabalho em turnos ou noturno, os mecanismos de supervisão dos trabalhadores, o controle do processo, o conteúdo da tarefa, os incentivos e gratificações para a produção, a complexidade e periculosidade das tarefas, a penosidade e insalubridade das atividades, etc.; estas desempenham um papel fundamental na determinação das características da atividade física e mental

dos trabalhadores, sendo, pois, uma categoria central no estudo da saúde dos trabalhadores (Silva, 2001, p. 60).

Sendo assim, os profissionais médicos estão sujeitos a problemas e desgastes de várias naturezas e níveis. Algumas das características inerentes à tarefa médica definem, isoladamente ou em seu conjunto, um ambiente profissional formado pelos intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer (Santos et al, 2011, Nogueira-Martins, 1991). Incluem, assim, o contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento; tratar pacientes difíceis – queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos; o atendimento de pacientes terminais; lidar com a intimidade corporal e emocional; e lidar com incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.

Diante dessa variabilidade de possíveis agentes patogênicos, a noção de risco emerge nesse contexto requerendo maior discussão. A posteriori esse assunto será retomado e mais bem discutido. Entretanto, no momento, defende-se o risco como “eventualidade de um acontecimento não dependendo exclusivamente da vontade das partes e podendo causar a perda de um objeto ou qualquer outro dano. Por extensão, acontecimento contra o qual nos asseguramos” (Thébaud-Mony, 2010, p.72).

Vale ressaltar que a saúde dos trabalhadores é muito mais abrangente do que os riscos nos locais de trabalho, e relaciona-se com as condições mais gerais de trabalho e vida, como salário, moradia, alimentação, lazer, existência de creche no trabalho e a participação nas decisões da sociedade. Também é bom lembrar que o trabalho pode ser uma importante fonte de saúde, se é realizado de forma gratificante e num ambiente saudável.

Inclusive com relação a ambiente de trabalho, faz-se relevante para fins de melhor caracterização e identificação dos riscos existentes nesse ambiente, refletir sobre o local onde esses médicos residentes atuam, o hospital universitário (HU).

Segundo Médici (2001) e Machado e Kuchenbecker (2007), a concepção mais consensual define um hospital universitário como uma instituição caracterizada por: a) ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); b) prover treinamento universitário na área de saúde; c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. Tal caracterização já denota, pois, as múltiplas atribuições, vínculos e atores envolvidos na organização e funcionamento dessas instituições.

Historicamente, o HU é um subsistema no contexto universitário, que é por sua vez, parte do sistema educacional de saúde do país. A partir de 1975, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) realizou um convênio com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) remunerando os serviços prestados pelos HU's aos seus segurados. Essa arrecadação passou a ser a maior fonte de custeio daqueles Hospitais, entretanto, tal convênio acabou por afetar a qualidade da formação acadêmica, transformando os alunos em meros repetidores de técnicas, dada a impossibilidade de conciliação do processo ensino x assistência (Onofre, 1988). Nessa época, a característica essencial e definidora da RM, enquanto treinamento em serviço, encontrava-se descaracterizada em virtude dos alunos serem vistos exclusivamente como meros repetidores de técnicas, não sendo oferecido o preconizado suporte teórico para sua formação profissional.

Segundo Pilotto (2011), até a década de 80, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospitais-escola. O foco do atendimento eram as pessoas não credenciadas no Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS). Naquela época, só aqueles que tinham carteira-assinada eram atendidos por esse instituto.

Atualmente, os HU's de várias universidades públicas passam por processo de sucateamento, falta de insumos materiais dos mais elementares aos mais complexos por falta de treinamento especializado, dentre outros problemas. No cenário paraibano, Medeiros et al (2000) assumem a existência de enormes dificuldades para se manter um curso médico e um hospital do porte do que existe no estado.

No intuito declarado de gerenciar e tentar enfrentar a crise pela qual passa os HU's, a EBSERH foi criada pela Lei nº. 12.550, sancionada pela presidente Dilma Rousseff, no dia 15 de dezembro de 2011, e publicada no Diário Oficial da União, em 29 de dezembro, que aprovou o estatuto social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), como responsável por administrar os recursos financeiros e humanos dos hospitais universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (March, 2012).

Por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), como afirma o sítio eletrônico da EBSERH, foram realizadas ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica e também de atuar na reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades.

Pode-se encontrar ainda que a partir da criação da EBSERH, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, a instituição passou a ser a responsável pela gestão dos hospitais universitários federais, cabendo a cada universidade aceitar ou não passar a gestão de seus HU's para a EBSERH. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à

elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais.

Segundo o texto da Lei regulamentadora, a EBSERH tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médica-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, “inseridos integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Prestará também serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais.

Convém destacar a sua relevância para a RM, pois o sítio eletrônico da EBSERH, dentre as competências desta empresa está “apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS”. Devido ao seu caráter incipiente de atuação, não se pode afirmar que tal competência está sendo ou poderá ser considerada na prática.

O estatuto prevê, ainda, que a empresa observará as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, além de ser orientada “pelas políticas acadêmicas estabelecidas no âmbito das instituições de ensino com as quais estabelecer contrato de prestação de serviços”. Como a referida empresa está no momento de sua criação, não se sabe ainda se ela servirá efetivamente para melhorar o nível de funcionamento dos HU’s ou se será um artifício para que o Estado se retire mais uma vez de sua função de cuidar dos cidadãos.

Diante do exposto e no intuito de possibilitar a compreensão acerca do que objetiva esse estudo, no capítulo subsequente será exposta, através do método, a descrição das

características dos instrumentos utilizados, do procedimento de coleta e futura análise dos dados. No capítulo são apresentados: a exposição do posicionamento ético e o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

O presente estudo é pautado na abordagem qualitativa, haja vista o interesse em acessar as vivências subjetivas dos médicos residentes e sua perspectiva em relação ao trabalho. Dado que o objeto de estudo é a relação trabalho - saúde, mostrou-se imprescindível a busca por uma abordagem que valorizasse não só as singularidades de cada sujeito pesquisado, mas também as implicações do próprio pesquisador e do caráter histórico e social vigentes no processo de construção do conhecimento (González Rey, 2002).

A opção pelo uso da abordagem qualitativa dá-se na medida em que esta responde a questões muito particulares, pois se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, almejando a compreensão dos fenômenos estudados (Minayo, 2012).

A metodologia qualitativa constitui-se, dessa forma, um caminho ideal para se penetrar e se compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes dos médicos residentes.

3.1 Participantes

Participam desta pesquisa os médicos residentes no segundo ano de RM, conhecidos como R2, por caracterizarem uma vivência significativa em termos de prática e suas peculiaridades. Sendo assim, foi possível entrevistar 29 dos 35 médicos residentes que se encaixavam nesse critério, das áreas clínicas do hospital universitário, a saber, clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, anestesiologia, psiquiatria, oftalmologia, infectologia e gastroenterologia. Utilizou-se, nesse caso, o critério de acessibilidade aos sujeitos e a disponibilidade dos mesmos em colaborar com o estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2 Procedimentos Éticos

Destaca-se que a pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em 29 de novembro de 2011, sob o Protocolo nº 479/11. Seguindo a orientação ética da pesquisa regulada pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em outubro de 1996, que explica:

Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer a diretrizes da resolução (Hossne, 2003, p.102).

Dessa forma, aportada nos princípios éticos, utilizou-se o termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo C) para formalizar o consentimento dado pelo pesquisado à pesquisadora, tomando-se, desta forma, uma postura legal onde não houve nenhum tipo de limitação a influenciar a vontade e a decisão dos sujeitos da pesquisa. Assim, esclareceram-se os participantes sobre os objetivos a garantia do anonimato, bem como o sigilo das informações.

Na aplicação das entrevistas, foi solicitada a autorização para gravação em áudio, que foram transcritos. Não há, na divulgação dos resultados, nomes ou quaisquer indícios de identificação.

3.3 Instrumentos

Utilizaram-se como instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico, uma entrevista, observação participante e um diário de campo. O uso da técnica de entrevistas ocorreu em virtude da possibilidade em focalizar os temas já apontados, embora deixe os informantes livres para se expressarem. Desenvolveu-se também registros em diário de campo e observação participante, a fim de ampliarmos nosso campo de análise sobre as condições de biossegurança, processo e organização do trabalho dos médicos residentes e suas relações com a saúde dos mesmos.

O questionário (anexo A) buscou recolher informações relativas ao perfil biográfico e socioeconômico, tais como idade, estado civil, escolaridade e renda, com o intuito de se obterem informações descritivas sobre o entrevistado (Rea & Parker, 2000). Já o uso da entrevista deveu-se por ser uma “forma privilegiada de interação social, e que está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade” (Minayo, 2007, p. 65).

As questões do roteiro de entrevista (anexo B) foram construídas a partir do alicerce teórico e de roteiros já elaborados para pesquisas anteriores realizadas pelo Núcleo de Pesquisa Psicologia Social: Trabalho e Subjetividade.

O referido roteiro versava sobre dados de identificação, como sexo, idade, renda; dados profissionais como a forma de ingresso na RM e especialidade escolhida; e questões específicas, como a descrição de um dia de trabalho, avaliação das condições de trabalho, ocorrência de situações de risco e como se lidar com eles, a dicotomia prazer/sofrimento no trabalho, e possíveis interferências da RM no estado de saúde e na dinâmica familiar e social do médico residente.

Na segunda etapa do estudo, a utilização do diário de campo e da observação participante propiciou o estabelecimento de relações informais, significativamente valiosas

no tratamento qualitativo dos dados que foram obtidos, pois este recurso, além de auxílio à memorização e análise posterior, contém todas as informações não captadas pelos instrumentos padronizados (Minayo, 2007).

A observação participante acontecia no ambiente onde o médico residente desenvolvia as suas atividades, quer fossem clínicas ou cirúrgicas, além de contatos informais estabelecidos com eles e entre eles. Foi observado o cotidiano, as atividades, os relacionamentos entre os pares, com os preceptores e com os funcionários do hospital, os hábitos alimentares, a estrutura física e organizacional da instituição e a realidade de procedimentos cirúrgicos.

Durante a observação participante foi possível presenciar os profissionais em sua prática e dimensionar a rotina e as responsabilidades inerentes ao trabalho médico, pois seja na prescrição de medicamentos, na visita aos pacientes, em que a decisão do médico residente em receitar e dar voz à pessoa que sofre de alguma enfermidade e, nesse contexto, procura o auxílio do profissional da saúde.

Outro aspecto relevante fruto da observação foi o acompanhamento em procedimento cirúrgico, em que a responsabilidade perante a manutenção dos sinais vitais do paciente e a efetividade da técnica aprendida sendo colocada em prática e consequentemente, as peculiaridades que muitas vezes ocorre entre teoria e prática. Esta é uma ocasião que mostra como o profissional se porta e age nas eventualidades das intercorrências, o que também auxilia no processo de aprendizagem e formação do médico residente.

A dinâmica entre os pares, entre os pacientes, entre os preceptores e entre os vários atores que integram o ambiente hospitalar foram fonte de enriquecimento e corroboração das informações obtidas durante as entrevistas.

3.4 Procedimentos para a Produção dos Dados

A entrada no campo ocorreu após a aprovação pelo CEP/HULW, em novembro de 2011, munido dessa autorização e com o aval do coordenador da COREME.

As entrevistas com os participantes foram realizadas no período de março a junho de 2012, buscando-se entrevistar todos os médicos residentes, incluindo os do primeiro, segundo e terceiro anos – R1, R2 e R3. Entretanto, como os R1 eram recém-egressos, com o início de suas atividades em março, percebeu-se a inviabilidade de se obter material de vivências, requisitado pelo instrumento de pesquisa. Em razão disso, as entrevistas realizadas com os R1 não foram analisadas. Com relação aos R3, apenas foi possível a entrevista com um deles, pela dificuldade de acesso em razão da mobilidade dos mesmos para outros serviços, e por serem em menor número de vagas por especialidades (Anestesiologia, Infectologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia e Psiquiatria), cada uma com um médico residente. Objetivando, pois, manter a uniformidade, optou-se por não incluir na amostra esses residentes. Por fim, passou-se a delimitar como critério de inclusão na amostra, somente os profissionais que estivessem no segundo ano da RM.

Após permissão do coordenador do COREME, a entrada no campo foi orientada por um interno de Medicina, que, durante o Internato, semelhante a um estágio, desenvolveu suas atividades curriculares junto com os médicos residentes. Esse contato foi primordial por possibilitar previamente o conhecimento de uma rede de contatos a ser entrevistada. Em razão dessa rede, algumas entrevistas ocorreram em circunstâncias atípicas, como, por exemplo, nos intervalos das refeições, em que o médico residente respondeu à entrevista enquanto se alimentava (em alguns casos, a primeira refeição do dia ocorria já no turno da tarde, pois o excesso de atividades e a falta de tempo implicam em alterações nos hábitos alimentares); ou, durante um procedimento cirúrgico, em que a pesquisadora precisou acompanhar o procedimento na íntegra para conseguir entrevistar o

médico residente. Também foram realizadas entrevistas antes da rotina de atividades a serem desempenhadas pelo médico residente, ou após o término das mesmas em determinado turno, onde, apesar do cansaço e da vontade de realizar outras atividades, a exemplo das refeições, concordavam em participar da pesquisa em virtude da permanência da pesquisadora.

Por outro lado, também foi possível encontrar oposição por parte de alguns residentes, e a indisponibilidade em participar da pesquisa. Ao serem abordados e ficarem cientes dos objetivos da pesquisa, alguns justificavam a falta de disponibilidade no momento e, subsequentemente, em diferentes ocasiões de abordagem, ficando evidente a oposição quanto à participação. Vale salientar que uma dessas pessoas que sempre se mostrava indisponível no momento da abordagem, após a entrevista de outros colegas e comentários entre eles, voluntariamente, procurou a entrevistadora para participar, o que revelou o receio de se expor e/ou se indispor com os superiores e a própria estrutura do hospital, prejulgando erroneamente o sentido da pesquisa.

Essas entrevistas foram realizadas no hospital universitário e suas dependências. Antes do início das entrevistas, reservou-se um momento para a explicação dos objetivos do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Além do mais, foi solicitada uma autorização verbal para que os depoimentos pudessem ser gravados. A duração média das entrevistas foi de 15 minutos.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi conduzida através da análise de conteúdo temática na perspectiva de Laville e Dionne (1999). De acordo com esses autores, o princípio da análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo obtido

para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, ou seja, compreender as significações no contexto da fala, fazendo inferências ao seu conteúdo.

O primeiro momento da análise foi, portanto, destinado à organização dos dados construídos, por meio da transcrição das entrevistas, a fim de manejar com maior desenvoltura o material ao longo do processo de análise. Posteriormente, foi realizado um estudo minucioso de todo o conteúdo, a fim de submergir nas palavras e frases, “procurar-lhes o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das ideias principais” (Laville & Dionne, 1999, p. 214). Foram selecionados fragmentos dos depoimentos que correspondiam às ideias particulares ou núcleos de sentido relevantes à temática abordada nesta pesquisa.

Na fase da análise propriamente dita, foi feita a codificação do material a partir dos princípios pré-estabelecidos na fase anterior, ou seja, os dados brutos do texto foram transformados, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, por meio da sua agregação em unidades correspondentes ao conteúdo. Tais unidades, em função de suas significações semelhantes, compuseram as unidades de classificação, as quais devem ser entendidas como unidades de sentido, que compreendem, quase sempre, mais de uma palavra.

Optou-se pelo recorte de conteúdo a partir de temas, isto é, foram selecionados fragmentos dos depoimentos que correspondiam a ideias particulares ou núcleos de sentido relevantes à temática abordada na presente pesquisa. Nesse contexto, além da frequência de ocorrência, foi considerada a importância de cada um dos elementos na totalidade da pesquisa.

A definição das categorias analíticas foi por meio do modelo misto, no qual as categorias são denominadas no início (embasadas nos conhecimentos teórico-práticos do pesquisador), mas houve a flexibilidade para inclusão de outras ao longo da análise

(Laville & Dionne, 1999). As categorias de análise, denominadas a partir das falas dos participantes e da literatura, estão representadas no capítulo a seguir.

Por sua vez, a observação participante constitui-se uma técnica de bastante flexibilidade que pode ser ajustada aos objetivos da investigação e às características do fenômeno estudado. Ela torna-se uma técnica científica no momento em que passa por planejamento e sistematização. Mesmo nas observações consideradas assistemáticas, exige-se rigor metódico e perspicácia do pesquisador para registrar contribuições relevantes à pesquisa. Um aspecto positivo desse procedimento é a possibilidade de se obter a informação no momento em que ocorre o fato na presença do observador.

Todo o material produzido a partir das observações dá origem ao chamado diário de campo (Minayo, 2012). Nele são feitos dois tipos de registros: as notas descritivas, com comportamentos, atitudes, frases e expressões corporais observados; e as notas analíticas, contendo as reflexões feitas pelo pesquisador (Laville & Dionne, 1999).

A observação e o registro sistemático da prática cotidiana permitiram a elaboração de um diagnóstico mais preciso sobre a realidade e sobre os problemas vivenciados pelo grupo em estudo. Essa técnica mostrou-se uma ferramenta indispensável para a compreensão da realidade e da confrontação entre o discurso e a existência de sintomatologias somáticas.

Os registros não se limitaram à mera descrição dos fatos observados, ao contrário, através das observações, foi possível se ter uma visão mais detalhada dos movimentos desses profissionais na realização de suas tarefas, bem como das estratégias utilizadas na regulação da atividade e que não tinham sido contemplados nas entrevistas. Para não limitar as informações que poderiam ser levantadas com esta técnica, optou-se pela realização de observação participante livre, quando o pesquisador não utiliza nenhum tipo

de escala, check-list ou tabela prévia em que os dados devem ser registrados, mas é norteado pelo aporte teórico que orienta a pesquisa.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista o objetivo geral de identificar as relações que se estabelecem entre a saúde dos médicos residentes e o processo de residência médica, apresentam-se, neste capítulo: a relação entre as **condições de trabalho**, os **riscos** encontrados no dia a dia laboral, a dualidade entre **trabalho e vida** e a relação entre **ser médico e ser estudante**. Com isso, busca-se aprofundar a relação entre **prazer e sofrimento** concomitantemente à relação **saúde, doença e normalidade**. Para isso, elas estão dispostas em categorias para análise e discussão.

Será apresentada, inicialmente, a caracterização dos participantes dessa pesquisa.

4.1. Caracterização dos Participantes

Dentre os participantes da pesquisa, 21 (vinte e um) são do sexo feminino e 08 (oito) são do sexo masculino. Do total de médicos residentes que estão no segundo ano de RM, conhecidos como R2, apenas sete não constituíram a amostra, seja por não se encontrarem no hospital no tempo de coleta de dados (caso de quatro médicos residentes), seja por recusa em participar da pesquisa (dois médicos residentes), ou ainda por dificuldade de localização (no caso de um médico residente).

As idades variaram entre 24 e 36 anos, com média de 28 anos. Quanto ao estado civil, 19 são solteiros e 10 são casados ou vivem com companheiro (a). No tocante a filhos, apenas três deles os possuem.

No que se refere à moradia, um aspecto que merece destaque foi a prevalência dos médicos residentes em morarem sozinhos ou na companhia de mais uma ou duas pessoas, já que quatro desses participantes moravam sozinhos, 11 moravam com apenas uma pessoa, e cinco com mais duas. Esse aspecto será discutido adiante.

No que se refere ao tempo de ingresso na RM, 16 participantes ingressaram logo após a graduação, e 10, no período de 1 a 3 anos depois de formados, o que reflete a importância desse treinamento na formação dos mesmos, definindo o profissional enquanto capacitado ou não para o exercício da profissão:

Você sair do curso e não fazer residência, você não é médico, não é médico de jeito nenhum. (P29, Infectologia)

[...] eu acho que a RM faz com que você tenha uma formação profissional muito completa. (P1, Clínica Médica)

Acredito que todo profissional médico deveria fazer uma residência antes de iniciar o exercício da profissão, evitando erros de conduta. (P5, Clínica Médica)

Através da RM você vai ter uma frieza, um modus operandi muito mais, vai ter muito mais finesse no ato de ser médico. (P10, Cirurgia)

Enfocando-se os dados relacionados à renda pessoal, a maioria dos residentes entrevistados possui um salário que varia de R\$ 4.001,00 a R\$ 6.000,00, conforme atesta a tabela abaixo:

Tabela 2. Renda profissional dos participantes da pesquisa

Renda Profissional	Frequência
De R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00	9
De R\$ 4.001,00 a R\$ 6.000,00	11
De R\$ 6.001,00 a R\$ 8.000,00	6
A partir de R\$ 8.001,00	3

Entretanto, vale salientar que, dentro desse intervalo, 6 (seis) residentes disseram ter uma renda mensal de R\$ 5.000,00. Lembrando que o valor da bolsa que vigora desde 1º de janeiro de 2011 é de R\$ 2.338,06, tal fato reforça a ideia de alguns residentes optarem pela complementação da renda através de plantões extras, pelas razões mais diversas, conforme demonstram os dados a seguir:

Você precisa trabalhar por fora, para complementar a renda. [...] tenho plantões extras, então meus dias na semana ficam todos comprometidos, estou sempre ocupado. (P13, Cirurgia)

Pouco retorno financeiro, eu dou dois plantões de final de semana, sábado e domingo, passo 48 horas dentro do hospital. (P27, Psiquiatria)

Se a bolsa da residência fosse um pouco melhor, a gente pegaria menos plantão e estudaria mais a parte teórica também em casa. (P20, Pediatria)

Através das falas expostas, percebe-se que a prática dos plantões extras, com a perspectiva de complementar a renda, implica na intensificação da rotina hospitalar e, concomitantemente, na redução do tempo de dedicação aos estudos teóricos, que seria outra forma de enriquecer a formação do médico durante o seu processo de aprendizado.

Por outro lado, uma minoria opta pela dedicação exclusiva à RM, com fins de uma qualidade de vida mais saudável, através do convívio com cônjuge e filhos, apesar das limitações financeiras atreladas a tal escolha, como mostra a fala de um deles que optou pela dedicação exclusiva:

O valor da bolsa do médico residente implica em sacrifícios materiais. (P26, Psiquiatria)

Percebida como fundamental, a RM é cercada de vários tipos de investimento, financeiro, temporal e de dedicação. De maneira expressiva, os participantes da pesquisa fizeram curso preparatório concomitantemente aos últimos anos da graduação, ou logo após a mesma, com a finalidade de sistematizar o estudo e delimitar prioridades:

Fiz cursinho no último ano da faculdade, da graduação. Eu fiz um cursinho para fazer a prova, aí eu não passei no primeiro ano. Trabalhei um ano no PSF e no ano seguinte eu passei, fazendo cursinho, e cheguei aqui (P12, Cirurgia)

Apesar do exercício da profissão após a graduação, os médicos residentes relatam que só através da RM, a experiência, e o aprendizado adquiridos transformam o atuar médico, através da segurança desenvolvida:

É como eu digo, antes eu era uma médica e agora eu sou outra, completamente diferente. Hoje eu me sinto médica, na época que eu trabalhava eu não me sentia médica. Não me sentia segura e hoje eu me sinto. (P15, Anestesiologia)

4.2 Condições de Trabalho

Essa categoria reflete sobre a estrutura física e material da RM na instituição pesquisada, sob uma perspectiva geral e outra particular para os participantes

entrevistados, mediante associação com os possíveis riscos no desempenho da atividade do médico residente.

As condições de trabalho referem-se às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, bem como à presença ou não dos riscos de acidentes e riscos ergonômicos, que repercutem sobre as condições físicas do médico residente. Dentro destas condições de trabalho, encontram-se, por exemplo, as radiações, os ruídos, os agentes biológicos (vírus, bactérias, etc.), as substâncias químicas (solventes, ácidos, anestésicos, etc.) (Dejours, 1992).

Nos hospitais, os profissionais de saúde deparam-se, frequentemente, com dificuldades no desempenho de suas funções, como a falta de material para a realização de técnicas para preservação e/ou recuperação das condições de saúde do paciente (Machado & Kuchenbecker, 2007; Medici, 2001). Isto pode ser corroborado pelos discursos que retratam a “*falta de insumos hospitalares*” (*P11, Cirurgia*):

Falta coisas básicas, como hemograma, exames laboratoriais simples, reagentes, albumina, medicamentos. (P1, Clinica Médica)

Tomografia vive sempre quebrado, então fica tentando outros serviços, que às vezes não quer receber, ou então faz, mas não manda o laudo. (P29, Infectologia)

Essa realidade reflete de certa forma a precariedade do setor público: “[...] o próprio sistema público infelizmente é assim” (*P14, Anestesiologia*), enquanto serviço, em que procedimentos deixam de ser realizados por falta de insumos elementares dentro do contexto hospitalar. Tal precariedade implica num prolongamento da internação no HU, na

dificuldade do atendimento e, em casos extremos, no óbito do paciente sem um parecer diagnóstico.

Por outro lado, essa realidade contrasta com a presença de equipamentos modernos, dualidade essa revelada pelo fragmento:

Falta coisas banais, enquanto coisas caríssimas tem. (P10, Cirurgia)

A necessidade de se lutar pela obtenção de condições para viabilizar o trabalho é percebida como extremamente desgastante e geradora de grande sofrimento e de um clima de animosidade entre os profissionais e a administração dos serviços (Silva, 2001). Há uma constante preocupação, por parte dos participantes, com a precariedade das condições de trabalho. A impossibilidade de realizá-lo corretamente, devido à precariedade e à falta de meios, além de immobilizar a qualidade assistencial, compromete sua realização profissional.

Relacionada ainda às condições de trabalho, merece destaque a questão estrutural que, segundo a maioria dos participantes, por razões diversas, “*deixa muito a desejar*” (*P5, Clinica Médica*):

O nosso ambiente de trabalho, a nossa salinha de prescrição só tem um computador, somos 11R1 e 11R2, então somos 22 residentes pra um computador pra fazer prescrição, não tem armário suficiente, não tem lugar, ou seja, não cabe todo mundo. (P2, Clinica Médica)

Maior queixa é em relação ao local do repouso, os colchões são horríveis e o asseio local deixa a desejar. (P18, Pediatria)

Repouso não temos, dividimos com os plantonistas, falta privacidade. (P23, Ginecologia e Obstetrícia)

Aqui é um pouco insalubre, não tem onde beber água, não tem aonde ir no banheiro. O espaço é extremamente pequeno. (P24, Oftalmologia)

Paralelamente a essa realidade exposta, a satisfação pessoal no desempenhar da atividade, categoria que será aprofundada adiante, atua como um importante regulador: “*as condições não são das melhores, mas eu gosto muito, realmente, do que faço, eu nunca tinha parado pra pensar*” (P17, Pediatria).

Diante desse contexto geral de precariedade, alguns profissionais chegam a se questionar sobre o nível e a qualidade do aprendizado. O ambiente propício para o aperfeiçoamento, o desenvolvimento das atribuições necessárias para o profissional médico em formação passam a ser questionados quanto a sua efetivação, visto que “*dificulta o trabalho de todos os residentes* (P27, Psiquiatria)”:

Em termos de meu aprendizado, eu estou aprendendo aqui? (P17, Pediatria).

Esse questionamento traz atrelado a si outras questões, que perpassam desde a escolha da especialidade até a escolha da universidade para cursar a RM, decisões tomadas racionalmente e conscientes dos eventuais riscos e problemas a serem enfrentados.

4.3. Riscos

Enquanto objeto de pesquisa, o trabalho do médico não pode ser concebido desatrelado de seu lócus de atuação. Dessa forma, o ambiente hospitalar merece destaque por ser o local privilegiado da prática médica e, nesse contexto, devido à especificidade do mesmo, os riscos são constantes e concretizados de diversas formas.

O ambiente de trabalho hospitalar comumente pode ser considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde. Uma vez cônscios de tal premissa, faz-se imprescindível investigar a relação entre trabalho e saúde dos médicos residentes, a identificação e categorização dos riscos encontrados no cotidiano laboral.

Segundo Nouroudine (2004), a noção de risco ainda é considerada de maneira “mal definida e nebulosa” (p. 37). Para o autor, a categoria conceitual risco envolve os elementos do ambiente imediato ou distante cuja natureza provoca problemas de segurança na situação de trabalho.

A indefinição acerca da noção de risco traz atrelado em seu cerne a falta de consenso relacionada ao tema e suscita reflexões sobre o caráter e abrangência dos riscos, levando-se em consideração que tal caráter nebuloso dificulta sua identificação.

Diante desse delineamento, os riscos à saúde assumem relevância e, segundo Porto (2007), são considerados riscos à saúde “a exposição de seres humanos a condições ambientais adversas que possam prejudicar a capacidade de realização humana” (p.84). Desse modo, são apontados como fatores de risco, os elementos decorrentes das condições de trabalho que podem, em determinadas circunstâncias, provocar danos à saúde dos trabalhadores. Esses fatores de risco podem, isoladamente, serem danosos à saúde,

contudo, seus efeitos se tornam ainda mais complexos quando há uma interação entre eles, quer sejam biológicos, físicos, químicos, ergonômicos ou psicossociais.

Os hospitais enquanto espaços de trabalho são locais repletos de múltiplas formas de risco. Tais ambientes incorporam “riscos biológicos (contato com os doentes, tarefas com materiais cortantes ou perfurantes, eventualmente contaminados, contato com fluidos orgânicos); riscos físicos (radiações ionizantes, ruído, eletricidade); riscos químicos (manuseamento de produtos químicos perigosos, nomeadamente medicamentos, diversos tipos de gases – tóxicos, combustíveis, etc.); riscos ergonômicos (levantar ou movimentar pesos elevados, incluindo o transporte de doentes sem mobilidade, trabalhar longos períodos em posição quase estática, manuseamento de equipamentos pouco ergonômicos); riscos com máquinas ou equipamentos (aparelhos de Raios-X, equipamentos de laboratório, etc.); riscos do próprio local ou ambiente de trabalho (iluminação deficiente, má qualidade do ar interior, pavimentos escorregadios, etc.); riscos da organização do trabalho (trabalho noturno ou por turnos, alteração de horários, acumulação de funções, manuseamento e/ou armazenagem inadequada de produtos, responsabilização dos trabalhadores por falhas da própria organização); riscos psicossociais (conflitos entre trabalhadores, agressões físicas ou verbais provenientes de doentes ou acompanhantes, *mobbing*, contato com situações difíceis, nomeadamente doenças graves ou a própria morte dos doentes)” (Areosa, 2009); e ainda a susceptibilidade individual perante as situações de riscos (diferentes níveis pessoais de aversão ou de tolerância aos múltiplos fatores de risco) (Carvalho & Felli, 2006; Facchini, 1994; Laurell & Noriega, 1989).

Por estar tão presente e arraigado no cotidiano profissional, o risco passa a ser visto como parte intrínseca da atividade, e a sua gama de variabilidade demonstra que, dentro da normalidade, o risco é elemento presente.

Nouroudine (2004) afirma que não se pode conceber a atividade humana sem os riscos, pois estes são intrínsecos à atividade. Por isso, a saúde no trabalho não pode ser definida como a ausência de risco, mas como a capacidade de gerir e ultrapassar as dificuldades ligadas ao risco. Em outras palavras, é necessário refletir também sobre as estratégias de gestão e de enfrentamento dos riscos elaboradas a partir da experiência do trabalhador.

Neste momento, abordar-se-ão os diversos riscos enfrentados pelos médicos residentes em sua atividade. Tomando-se como referência os depoimentos e as múltiplas cargas de trabalho, os principais riscos que emergiram nesta pesquisa foram: riscos ocupacionais; riscos organizacionais e riscos psicossociais.

Tal caracterização dos riscos foi fruto de reflexões alicerçadas em Areosa (2009) cujos estudos apontam que os riscos do foro laboral podem ser compreendidos através de três dimensões distintas, a saber: os riscos em si, os riscos sobre os sujeitos e os efeitos dos riscos sobre os sujeitos afetados. Concomitantemente a essa classificação, outros autores (Brasil, 1997; Chiodi, 2006) trazem a especificação dos riscos ocupacionais como oriundos de fatores físicos, químicos, biológicos e de acidentes.

A relevância ao se buscar uma identificação e análise dos riscos passíveis de serem encontrados, nesse ambiente hospitalar, decorre do fato de que a interação de vários riscos pode ampliar os seus supostos efeitos individualizados e constituir-se um fator de agravamento da própria situação de trabalho (Areosa, 2008).

4.3.1 Riscos ocupacionais

Quando questionados sobre os riscos vivenciados em sua atividade, alguns dos médicos residentes destacaram os riscos ocupacionais, entendidos aqui como riscos físicos,

biológicos, químicos e de acidentes. Como exemplificam as suas falas: “*acidente com material perfuro-cortante, risco inerente a todos os profissionais que trabalham na área de saúde*” (P24, Oftalmologia); “*contaminação por perfuro-cortante*” (P3, Clínica Médica); e essa contaminação identificada pode ser proveniente de “*material biológico*” (P12, Cirurgia) e de “*contato com sangue e secreções*” (P23, Ginecologia e Obstetrícia).

Sendo assim, independentemente da área de especialização de cada médico, a questão do acidente e possível contaminação com perfuro-cortante foi recorrente, demonstrando que, no cotidiano laboral desses sujeitos, tal risco é vivenciado na prática diária.

No entanto, Mauro, Muzi, Guimarães & Mauro (2004), através de uma perspectiva de superação da visão do acidente de trabalho de uma “forma inespecífica e a-histórica” (p.340), acreditam que se deve ter uma visão renovada desse tipo de evento, ou seja, olhar com cuidado não só o acidente em si, mas também os fatores que o predispuíram.

Caso contrário, incorre-se no problema de acreditar num maniqueísmo, em que o bom e o mau procedimento aparecem em consequência do trabalho realizado de forma impecável. Sendo assim, nada acontecerá, quando, muitas vezes, o risco gerado ocorre devido a características que são superiores ao indivíduo que trabalha, a exemplo da falta de insumos e materiais básicos, da precarização do HU, das condições de trabalho dos médicos residentes, da carga horária exigida e da demanda de atividades preconizadas, além da incompatibilidade horária para realização de atividades pessoais, desde consultas rotineiras de saúde à prática de atividades físicas. Dessa forma, o risco insere-se no contexto laboral sob diferentes facetas, mas, em sua maioria, está presente na imposição hierárquica.

De maneira particular, para algumas especialidades, existem ainda os riscos “*de radiação e de drogas anestésicas, inalatórias, dentre outras coisas*” (P14, Anestesiologia)

próprias do ambiente cirúrgico. Estudos confirmam o fato de que o trabalho em centros cirúrgicos apresenta riscos ocupacionais em virtude dos diversos agentes agressores encontrados no ambiente das salas de cirurgia (Guedes, 2011; Oliveira, 2009).

Ao testemunhar um procedimento cirúrgico em sua totalidade, é possível perceber que a exposição às drogas anestésicas é vivenciada com naturalidade, mas não sem algum temor em determinados momentos, como a aplicação no paciente e o posterior descarte. Ao se tratar, então, de uma criança, o procedimento adquire um maior grau de exposição, visto ser um tipo de paciente que não está acostumado com a presença da dor, podendo reagir de maneiras inesperadas.

É importante ressaltar que os riscos ocupacionais têm origem nas atividades insalubres e perigosas. Justamente aquelas cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente hospitalar podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais (Mauro, Muzi, Guimarães & Mauro, 2004).

No caso da categoria médica, tais riscos tornam-se parte indissociável do dia a dia laboral de maneira acentuada, a partir do momento em que esse profissional, além de atender às expectativas de seu papel social, está em processo de formação, em que se supõe a aquisição dos manejos e saberes apropriados.

Segundo a Norma Regulamentadora (NR-6), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores. São de responsabilidade do empregador o fornecimento do EPI adequado ao risco e o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação (Brasil, 2001).

As maiores fontes de contaminação são o contato mão-boca, o contato mão-olho, os cortes e feridas superficiais na pele exposta e a perfuração cutânea. Para prevenir contaminação accidental por riscos biológicos, devem ser observadas as seguintes orientações e uso de EPIs: usar luvas, quando as atividades a serem desenvolvidas exigirem contato com fluidos corpóreos (soro, plasma, urina, ou sangue total); usar protetor facial, como óculos de segurança, principalmente quando houver possibilidade de espirros de fluidos.

Embora determinadas e respaldadas perante o âmbito jurídico, as atividades de educação em saúde precisam enfatizar a utilização correta dos EPIs, a discussão da função de cada um e da essencialidade do seu uso. Necessitam, ainda, explicar o porquê da existência dos recipientes destinados ao descarte das agulhas e instrumentos perfurocortantes e a necessidade de evitar a sua superlotação, como atuação de prevenção de acidentes de trabalho.

O fragmento a seguir expõe a importância do uso dos EPIs, mas, em contrapartida, defende a responsabilização individual em caso de risco durante o procedimento:

Eu acho que, assim, o que a gente deve utilizar é pra proteção da paciente e da nossa, que é máscara, usar luva, equipamentos de proteção, então assim, risco seria no procedimento, que pode existir algum incidente no procedimento, com paciente que teria alguma patologia, mas isso no caso seria um erro de técnica, uma falha técnica. (P22, Ginecologia e Obstetrícia)

Apesar de os profissionais apresentarem certo conhecimento acerca desta temática, e compreenderem que a mudança de comportamento é imprescindível para que um novo acidente não ocorra, em determinados casos, recorre-se à responsabilização individual

como forma de justificar um erro, “algum incidente no procedimento”, nesse ponto uma questão adquire contornos significativos: até que ponto pode-se afirmar ser erro da técnica e, assim, erro do indivíduo? Os EPIs são infalíveis?

A ocorrência de acidentes está relacionada, segundo Osorio-da-Silva (2002), com aspectos da organização do trabalho no hospital, tais como a progressiva intensificação do trabalho, a superposição de tarefas, as interferências repetidas no curso das mesmas, e outras que poderiam ser identificadas num enfrentamento coletivo das dificuldades atuais.

Por distintas ocasiões, tal discurso foi pronunciado com a característica marcante de autorresponsabilização, desconsiderando-se os riscos ocupacionais em sua gama de diversidade e abrangendo riscos físicos, biológicos, químicos e de acidentes.

4.3.2 Riscos organizacionais

No tocante aos riscos organizacionais, entendidos como os riscos provenientes da organização do trabalho, é possível perceber que tais condições ocorrem em virtude de condições estruturais (do organograma da estrutura e da estrutura física) peculiares e que fogem ao controle do profissional que atua no âmbito hospitalar.

Segundo o discurso dos médicos residentes acerca dos riscos encontrados no dia a dia de suas atividades, o principal seria a precariedade da estrutura física e organizacional do hospital: “*questão estrutural mesmo do hospital, que a gente tem dificuldade com relação à estrutura do hospital, em relação a exames*” (P7, Clínica Médica).

Pela reconhecida referência do hospital, no cenário local em que se encontra, sendo de domínio público a assistência que presta a pacientes advindos de cidades circunvizinhas, com isso, as implicações que essa demanda causa, como a falta de leitos disponíveis e suficientes para todos que procuram, tudo isso faz com que, muitas vezes, o

profissional de plantão tenha que escolher entre internar o paciente mais grave ou aquele que tem mais chances de receber um diagnóstico e recuperar-se da patologia.

Dilema expresso como uma inquietação de um sujeito da pesquisa, que revela em seu discurso o prejuízo, por ser fonte de angústia decidir esse dilema, bem como enfrentar o risco que tal situação acarreta para o desempenho de seu exercício profissional, fruto da falta de estrutura física, organograma estrutural e suporte de leitos.

Diante dessa precariedade estrutural, é comum encontrar uma falta generalizada, desde reagentes básicos, medicações até a falta de exames e necessidade de recorrer a serviços externos ao hospital universitário:

Tem muitas limitações nos exames que o hospital não faz (...) exames mais específicos que a gente tem dificuldade aqui, e isso limita muito por conta disso, os pacientes ficam mais tempo internados. E às vezes é uma coisa que você poderia resolver mais rápido. (P8, Clinica Médica)

Em razão dessa situação, cabe ao médico residente a postura de, literalmente, resolver por conta própria e, nesse momento, ele se depara com um entrave, como pode ser observado a seguir:

A gente corre atrás, faz pedido de compra, vai na direção, tenta falar, mas é muito frustrante, agora é muito complicado porque não tem, a gente não tem, aí esbarra na gente como estudante e não como profissional. Eu chego na direção falo que o paciente está precisando desse exame, e eles não tão nem aí, tem que esperar o protocolo deles, pedir, até passar de uma direção pra outra, e isso é muito frustrante. (P2, Clinica Médica)

Tais condições dificultam a prática desse profissional em formação, que, em alguns casos, ainda sofre discriminação devido à sua condição de aperfeiçoamento e certo desmerecimento em suas condutas, apesar de já serem habilitados a exercer a medicina. Atrelado a isso, em determinados casos, agrega-se um ônus adicional à rotina laboral, um acúmulo de funções, em virtude da necessidade de destinar um período de seu turno na busca por informações relativas à autorização, e resultados, como revela o fragmento: “parte do meu dia é consumido indo atrás, e sempre tem um exame que tá faltando” (P2, Clínica Médica).

Existe ainda a responsabilização dos médicos residentes por falhas da própria organização, que, por problemas de escala, acabam ficando sem preceptoria à frente de um serviço em que a imprevisibilidade é rotineira, o que implica num atendimento sem as condições adequadas, onde o médico residente, ainda durante o seu processo de treinamento em serviço, é impelido a agir sozinho pelas circunstâncias do próprio serviço. Em razão dessa peculiaridade, acabam tendo que recorrer à Medicina Defensiva que, segundo Agosto, Peixoto e Bordin (1998), trata-se de um estilo de prática médica em que o profissional, antes de mais nada, adota preocupações para evitar processos por erro ou por outras causas. A fala a seguir ilustra claramente tal posicionamento:

(...) qualquer coisa pode acontecer com o paciente, e acontecendo, a responsabilidade é minha (...) é o meu nome que está em jogo. (...) Aí tudo eu deixo por escrito, tudo o que eu faço coloco por escrito no prontuário, eu sempre deixo tudo escrito pra se acontecer alguma coisa ficar respaldada. (P1, Clinica Médica)

Paralelo a esse panorama delineado, mas não contrastante, existe ainda uma discussão pertinente no que concerne à jornada horária, na maioria das vezes, sem horário para o seu término, o que acarreta implicações para a vida social e hábitos alimentares, conforme pertinência declarada a seguir:

Meio corrido o dia, às vezes não dá tempo nem de se alimentar direito, às vezes não dá tempo nem de comer. (P14, Anestesiologia)

Nem almocei hoje, nem tomei café da manhã. Minha primeira refeição é isso [sanduíche com refrigerante]. (P27, Psiquiatria)

Por questão da carga horária, porque assim, como é uma pós-graduação, não é só o contato com o paciente, tem toda a parte teórica, seminário, caso clínico pra apresentar, tem discussão. Então você abdica sono, já vem trabalhar cansado.

(P8, Clínica Médica)

É possível perceber que a conjuntura desses fatores pode contribuir para a geração de outros tipos de riscos para a saúde e integridade física dos médicos residentes, visto que a irregularidade horária implica falta de tempo para as refeições, ou, por outro lado, uso e abuso de lanches rápidos motivados pelas rotinas extensas e com curto período destinado às refeições. No tocante à demanda de atividades práticas e teóricas exigidas na RM, outro aspecto da saúde preterido acaba sendo o descanso noturno, abdicado em razão da necessidade de estudos para a sedimentação do arcabouço teórico imprescindível.

Falta de rotina com relação a horários, a gente não tem hora pra nada bem dizer, só tem hora pra chegar, não tem hora pra sair, não tem hora pra almoçar, então isso provoca um certo estresse, uma perda da qualidade de vida, isso é importante. (P13, Cirurgia)

(...) Comumente perdemos horário de almoço, como hoje, e costumamos sair daqui geralmente entre 17:00h, 18:00h. (P12, Cirurgia)

Destaca-se ainda a burocracia do serviço, quando na necessidade de solicitação de exames, que, por razões distintas, não estão sendo realizados no hospital, e precisam ser realizados por outras instituições. Situação essa que, segundo os participantes, ocorre com relativa frequência, sendo necessário deles “*jogo de cintura pra você poder tentar ajudar os pacientes*”, apesar de toda a burocracia e da premência de fazer algo externo devido às reiteradas faltas de insumos básicos. Esse jogo de cintura mencionado reflete-se, ainda, no estabelecimento e apoio da rede de contatos, a quem se recorre nessas eventualidades na tentativa de resolver o impasse e ajudar os pacientes.

O trabalho em um hospital público brasileiro, segundo Alves e Osório (2005), envolve também decisões relativas às condições inadequadas de trabalho (falta de funcionários, de material, de recursos, instalações precárias etc.) que interferem na organização do mesmo. Tais autores acreditam que esses fatores, obrigatoriamente, têm que estar presentes durante uma análise qualitativa, pois, do contrário, tornam a análise incompleta e não autêntica em relação à realidade.

4.3.3 Riscos psicossociais

Os riscos psicossociais, apresentados nessa seção, são entendidos como provenientes da relação interpessoal no ambiente de trabalho, percebida através do contato com diferentes atores sociais que compõem o espaço de um hospital-escola, e possíveis efeitos e consequências de tal relação. Segundo Aerosa (2009), os riscos de foro psicossocial devem ser alvo de uma profunda reflexão e prevenção por parte das organizações, dado que contribuem fortemente para a qualidade de vida laboral e social dos trabalhadores, bem como para o seu empenho e motivação.

Diante disso, as situações podem variar, desde agressões físicas ou verbais, provenientes de doentes ou acompanhantes, até contato com situações difíceis, nomeadamente doenças graves ou a própria morte dos doentes. As reflexões acerca desse tipo de risco permeiam os seguintes aspectos:

Revolta de pacientes e familiares quanto à lentidão das autorizações para medicações e procedimentos externos. (P5, Clínica Médica)

Riscos são os humanos, de, em qualquer erro, colocar tudo a perder. O fator humano. (P21, Pediatria)

Agressividade dos pacientes. (P4, Clínica Médica)

Inclusive, foi possível presenciar como a morte de um paciente afetou um dos participantes, revelado pelo discurso dos seus colegas e pelo semblante abatido do mesmo. Tal paciente estava num quadro clínico de piora progressiva, mas o vínculo estabelecido entre médico-paciente fez com que esse sujeito sentisse o luto de maneira peculiar. E

quando esse peso deixa de ser específico e passa a ser constante no dia a dia? Pode-se afirmar que, em determinadas situações, o distanciamento emocional, reconhecido como frieza médica, tem uma razão de ser, visto que ela passa a ser fundamental no lidar diário com diferentes tipos e graus de enfermidade, possibilitando uma prática o mais imparcial possível em prol da resolutividade do caso e integridade do profissional da saúde.

Dessa forma, evidencia-se o que um médico residente referiu de “exposição social” (P10, Cirurgia), ao afirmar que, em determinadas ocasiões, o paciente entende que o médico residente tem de resolver tudo, como se as decisões não sofressem com as variáveis externas e outras particularidades e empecilhos inerentes ao sistema de saúde numa instituição universitária pública. E, em decorrência dessa exposição, acabam ficando à mercê de uma gama de possibilidades reativas.

A cirurgia às vezes é cancelada e os pacientes vêm achando que a gente que não quis operar, vem tirar satisfação com a gente. (...) Mas temos a consciência limpa. (P10, Cirurgia)

Em determinadas situações, o risco de agressão física passa a ser encarado como natural, devido à sua constância, sendo considerada própria da profissão, como acontece com os profissionais que atuam na Psiquiatria e diariamente lidam com uma diversidade de pacientes, de transtornos e de níveis:

Já experimentei risco relacionado a paciente. Teve uma paciente psicótica que me deu um tapa na cara. Já teve pacientes que me ameaçaram. Esse tipo de coisa inerente à profissão. (P27, Psiquiatria)

Quando isso acontece, como exposto nas situações mencionadas, os questionamentos e as incertezas sobre como agir e o que fazer, ou como prosseguir com o tratamento, levam o médico residente a buscar ajuda com a preceptoria, numa clara tentativa de “*correr pra quem podia me salvar*” (P27, Psiquiatria). Em outras ocasiões, além da recorrência aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento, transmissão dos conhecimentos e auxílio em casos de dúvidas e problemas, o médico residente generaliza a partir da ocasião específica para aprimorar a sua técnica e manejo da terapêutica, “*aproveitei a experiência para aprender a lidar com calma e técnica profissional, necessárias neste tipo de situação*” (P26, Psiquiatria).

Segundo uma perspectiva diferente, mas não excludente da anterior, observa-se uma situação em particular de vulnerabilidade social responsável por potencializar uma realidade cotidiana de quem, ao cuidar do outro, em determinadas ocasiões, acaba por se arriscar, arriscar sua integridade física, psíquica e moral. Pois, como afirma um participante, na instituição foi possível deparar-se com situações de risco:

risco de segurança, já aconteceu assalto aqui, a gente não tem segurança nenhuma. Dentro do hospital em si, não tem segurança. (P8, Clínica Médica)

E acrescenta que esta não foi a única situação, pois, além dessa situação em particular, ocorreu um outro episódio em que foi preciso o trancamento da ala em razão da presença de um fugitivo nos arredores da instituição, o que ocasionou apreensão e medo de que fosse colocada em risco a integridade física das pessoas presentes no local.

... a gente se trancou aqui no repouso, o pessoal da enfermaria colocou um equipo daqueles de soro tampando a porta pra ninguém entrar, a gente ficou

ligando pra lá [portaria] até o momento que disseram que dava pra descer. E, ao mesmo tempo, se tivesse um paciente complicando, a gente não ia poder ficar dentro da sala, a gente ia ter que sair, com esse alguém estranho com arma ou não dentro do hospital. (P8, Clinica Médica)

Tais casos exemplificam a vulnerabilidade social a que se expõem os residentes, em virtude do livre acesso ao interior do hospital. Devido à constante rotatividade e grande número de pacientes e seus respectivos acompanhantes, torna-se praticamente inviável a identificação da totalidade das pessoas que acessam o hospital. Sendo assim, fruto dessa dificuldade, foi possível testemunhar o fácil acesso, inclusive, durante todo o período de coleta de dados.

Neste momento, faz-se importante ressaltar o “estresse do dia a dia” (P7, Clínica Médica) como risco potencial, e que abrange as especialidades de uma maneira geral, implicando num cansaço exacerbado em virtude da demanda solicitada:

A gente encontra situações de estresse com o paciente, porque às vezes são casos complicados, o paciente é complicado, o contexto familiar desse paciente é muito complicado. Então a gente tem que ser mais do que o médico dele, tem que ser assistente social, tem que ser psiquiatra, tem que ser tudo. E isso sobrecarrega um pouco a gente. (P24, Oftalmologia)

Em razão dessa demanda, que emergiu em distintos discursos, pode-se perceber que, em mais ocasiões do que se espera, o médico é solicitado a exercer distintos papéis, a exemplo do amparo e da escuta psiquiátrica, que muitas vezes extrapola a sua formação, habilidade e conhecimentos, papéis que nem sempre pode estar disposto e disponível para

exercer. Sendo assim, instaura-se o desconforto da obrigatoriedade de abarcar todo o contexto familiar do paciente, implicando em um desgaste e sobrecarga que evidenciam os riscos psicossociais da atuação do médico, e, em particular, do médico residente.

Diante desses relatos de episódios potencialmente passíveis de ocasionar risco à integridade da pessoa, um questionamento acerca da mobilização evidencia as estratégias encontradas para a continuidade do exercício diário de atividades potencialmente danosas. Nesse cerne, é possível interpretar que o caráter transitório da RM seja encarado por muitos deles como uma etapa imprescindível para o aprendizado médico. Sendo assim, encaram esse período como uma fase, “um mal necessário” que, em médio prazo, possibilitará uma melhoria na qualidade de vida.

Considerada “mais ou menos transitória” (P13, Cirurgia), e até mesmo “compulsória” enquanto fonte de “crescimento pessoal e profissional” (P15, Anestesiologia), a residência, apesar dos aspectos negativos, atua como diferencial que garante segurança ao *modus operandi* e à *finessi* da prática, “eu não me consultaria em um médico que não tivesse feito residência e também não indicaria” (P29, Infectologia).

Por isso, esse “tempo de dedicação e abdicação” (P13, Cirurgia) é encarado pelos médicos residentes como “experiência muito boa, apesar dos pesares, muito lucrativa” (P27, Psiquiatria). O que reforça a hipótese dessa situação adversa se tratar de um caráter de inevitabilidade do exercício prático em perspectiva de um aprimoramento profissional.

4.4 Trabalho e Vida

Como foi dito anteriormente, o objetivo geral do presente estudo é identificar as relações que se estabelecem entre a saúde dos residentes e o processo de RM. Assim,

partindo de tal objetivo, entende-se a saúde no trabalho como um amplo constructo, em contínua mudança, pois, como defende Canguilhem (1990), os agravos à saúde, engendrados pelo trabalho, evoluem com o próprio trabalho, e, assim, a própria noção de saúde evolui.

Segundo essa perspectiva, é possível perceber que, em sua relação, trabalho e saúde afetam-se mutuamente, diante das diversas formas e configurações de trabalho e, consequentemente, das implicações para a saúde daquele que trabalha, assim como para o resultado em termos de qualidade e produtividade. Devido a esse caráter dinâmico, comprehende-se a relevância de estudos nessa área para fomentar possíveis contribuições teóricas e práticas.

Por compreender que a relação saúde/trabalho não diz respeito apenas às pessoas diretamente engajadas no processo de trabalho, isto é, aos trabalhadores, faz-se necessário apreender, segundo Dejours (1987), que a divisão entre espaço de trabalho e espaço privado só é eventualmente pertinente na “análise econômica, mas torna-se totalmente inconsistente a partir do momento em que se trata das relações sociais e das questões de saúde” (p. 164).

Dessa forma, por acreditar que toda a família acaba sendo requisitada pelo trabalhador, em seu esforço no intuito de enfrentar as dificuldades no trabalho, comprehende-se que o cônjuge, os filhos e, às vezes, até os pais do trabalhador são atingidos indiretamente, mas também fortemente, pelos efeitos das situações do trabalho sobre aquele que nela se encontra exposto (Dejours, 1987).

Diante disso, essa categoria revela algumas características acerca da influência da relação do trabalho no que diz respeito à dinâmica familiar e social do médico residente, concernente às relações com a família, o lazer e os amigos.

Pode-se perceber, através das entrevistas, que os efeitos do dia a dia de trabalho sobre o convívio familiar foi reiteradamente identificado, pois os médicos residentes são “privados de estar com a família, na companhia deles” (P15, Anestesiologia), implicando na perda de momentos festivos, tais como reuniões, aniversários e nascimentos: “você abdica de várias coisas, já perdi vários momentos de família, perdas familiares, momentos difíceis” (P8, Clínica Médica). São ocasiões em que nem sempre a família comprehende a impossibilidade de se estar presente, como exemplificado pelos fragmentos a seguir:

Interfere pela carga horária, pelo fato de ser bem puxada, isso acaba ficando um pouco ausente da família, de casa, do social também. A família às vezes não aceita muito bem a ausência, mas é coisa que tem que passar e superar. (P14, Anestesiologia)

Perdi de ir em reuniões de família porque estava de plantão, veio minha família toda e não consegui trocar com ninguém o plantão. (P2, Clinica Médica)

Pode-se perceber que, durante o período da RM, em razão das várias atividades necessárias para atingir a qualificação pretendida, bem como carga horária que, em determinadas situações, ultrapassa as 60 horas regulamentadas. A vida extra-hospital, por assim dizer, acaba sendo relegada e, muitas vezes, colocada em “segundo plano” (P28, Gastroenterologia), tendo a família que aprender a lidar com tais ausências, com a distância, e a superar tais momentos, como revela o seguinte participante: “Sou recém – casada, então passo menos tempo com o meu esposo do que eu gostaria” (P17, Pediatria).

Nas falas dos entrevistados, percebe-se que os médicos residentes, ao optarem pela RM, fazem tal escolha cônscios de toda a conjuntura que a envolve, tanto no aspecto das

limitações horárias quanto de convívio familiar. E, inclusive, muitas vezes eles falam com naturalidade sobre essa impossibilidade, restando aos familiares terem que superar a ausência, e aos médicos residentes enfrentarem as consequências físicas e emocionais dessa situação.

Segundo Seligmann-Silva (1994), a sobrecarga de trabalho leva, com o decorrer do tempo, a rupturas de estabilidade emocional, pois, “quanto maior a jornada de trabalho, menor será o tempo possível para o convívio familiar; e, quanto maior o cansaço, mais será afetada a qualidade do relacionamento do trabalhador com seus familiares” (p. 203).

Tal relação assemelha-se a um movimento cíclico em que a ação inicial vai sendo refletida nas subsequentes. Dessa forma, a sobrecarga de trabalho pode trazer implicações na relação intrafamiliar, uma vez que o cansaço e/ou a falta de disposição diminui o tempo de convívio e a qualidade desse contato. Trabalha-se mais; no entanto, vive-se menos com a família.

As evidências já podem ser encontradas com os participantes dessa pesquisa, visto que o cansaço traz, atrelado a si, a falta de ânimo para desempenhar outras atividades e a impaciência na relação com o outro, conforme os fragmentos expostos: “*Interfere bastante, no dia a dia chego em casa muito cansada, desgastada, estressada, vivo brigando com meu marido, brigo com ele por nada*” (P2, Clínica Médica). Além dessa predisposição para os conflitos intraconjugais, percebe-se ainda reflexos do cansaço em outras esferas “*Eu acho que o fato de eu chegar em casa bem cansada, com pouca disposição pra fazer outra coisa, fazer outras atividades, eu acho que isso interfere*” (P24, Oftalmologia).

Conforme afirma Dejours (1994), a relação homem-trabalho pauta-se em três relevantes fatos: primeiro, “o organismo do trabalhador não é um ‘motor humano’” (p.24) sendo, portanto, constantemente objeto de excitações, de naturezas diversas; segundo, “o

trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova” (p.24), pois ele possui uma história pessoal pregressa, e, consequentemente, motivações, anseios e necessidades, o que confere a cada indivíduo características únicas e pessoais; e, por fim, “o trabalhador, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos” (p.24). Com isso, a estrutura da personalidade de cada indivíduo conduzirá a maneira como as particularidades do dia a dia laboral serão refletidas em outros âmbitos, como as relações familiares, sociais e de lazer.

Embásado em tal particularidade, encontraram-se, nos discursos, exemplos que demonstram que a atual realidade de R2, por mais conflituosa que seja, traz certa melhoria na qualidade de vida, nos contatos sociais, como revela *“Ter vida social, sair, esfriar um pouco a cabeça melhorou bastante agora como R2”* (P10, Cirurgia).

Desses discursos pode-se apreender que, além das características de personalidade, como defende Dejours (1994), a própria dinâmica das atividades desempenhadas no primeiro e no segundo anos de RM são responsáveis pela particular perspectiva de avaliação de cada residente perante a sua situação e implicações práticas.

Além da interface homem-trabalho proposta por Dejours (1994), outra interface, a que versa sobre família-trabalho, proposta por Seligmann-Silva (1994), colabora nessa discussão. A autora defende que, na interface família-trabalho, deve-se considerar, em primeiro lugar, que a “individualidade do trabalhador, assim como as características pessoais dos familiares e o tipo de relacionamento familiar previamente existente definirão aspectos singulares do processo” (p. 209). Tal fato pode ser reconhecido na entrevista do participante a seguir, que faz parte de uma família de médicos e com isso, está habituado a esse universo e suas peculiaridades:

Na realidade a residência não interfere na minha dinâmica familiar nem social, até porque quando a gente escolhe ser médico, sabe que vai ter que passar por essas dificuldades (...) minha família toda é de médicos, todo mundo já sabe como é a rotina de médico. (P7, Clinica Médica)

Essa interface família-trabalho, fruto da convergência das singularidades do indivíduo, da conjuntura familiar, bem como da relação já existente entre os familiares, proporciona um melhor entendimento de como esse médico residente encara seu dia a dia e traz muito de sua família nessa dinâmica, no caso exposto, especificamente de tolerância.

Prosseguindo nessa discussão da interface família-trabalho, Seligmann-Silva (1994) aponta, em segundo lugar, “as interações se desenvolvem de modo permanente nas duas direções” (p. 210), de forma que a relação familiar implicará na forma como o trabalho será encarado e, por sua vez, o trabalho implicará na forma como a família é percebida, seja através da postura diante dos fatos, seja na afeição dispensada no decorrer do tratamento que o residente dispensa a seus pacientes:

No meu caso interfere muito porque a minha família é de fora, de outro estado(,).

Eu saí de lá pra fazer minha faculdade aqui. (...) Acho que tanto a residência influencia no nosso convívio familiar, como em relação oposta, o convívio familiar influencia na forma como você encara a residência. (P8, Clinica Médica)

É interessante perceber que a interface família-trabalho proposta por Seligmann-Silva (1994) aplica-se à realidade de forma fidedigna, em particular quando se observam as interações em ambos os eixos, tendo em vista que família e trabalho constituem grandes centros interacionais para o indivíduo. Sua inter-relação auxilia em determinados

momentos na forma de como lidar com a complexidade das questões que envolvem a prática diária.

Por fim, Seligmann-Silva (1994) aponta, em terceiro lugar, que “ao longo do tempo, consideráveis transformações criam, por assim dizer, novos elementos psicológicos e culturais que passam a assumir papel importante no processo” (p.210).

A partir do proposto por Seligmann-Silva (1994), pode-se entender a interface família-trabalho como uma variável a depender da forma como as relações entre esses dois polos a família e o trabalho aproximam-se e são interpretadas, fruto da individualidade do sujeito e da relação, da interação de mão dupla entre esses polos, ou das transformações temporais geradoras de novos elementos, como afirma um participante:

É um trabalho como qualquer outro, e na verdade quando eu escolhi a profissão, eu sabia que ia ter que me dedicar, perder alguns momentos com minha família.
(P22, Ginecologia e Obstetrícia)

Segundo Dejours (1992, p. 180), “não mudamos o funcionamento psíquico ao cruzar as portas da fábrica ou a sede social da empresa. As estratégias defensivas não ficam apenas no vestiário, mas são capazes de colonizar o espaço privado e a economia familiar”. Exemplificando, quando questionados sobre possíveis interferências na dinâmica familiar e social, alguns participantes defendem a não interferência, pautando-se na distribuição da carga horária e na inexistência de plantões:

Nenhuma, não interfere não. Porque aqui é bem tranquilo, só de manhã e de tarde.
Não tem plantão à noite, nem final de semana. (P25, Oftalmologia)

Meus finais de semana eu tenho uma grande maioria livre, quando venho pro hospital, é só pela manhã, então assim, não atrapalha não, não altera, posso sair à noite, me divirto. (P29, Infectologia)

Essa condição peculiar não se estende a todas as especialidades, em que os plantões noturnos e de final de semana são práticas recorrentes, delimitando uma reflexão para além das características individuais de cada um. Entretanto, tais práticas trazem o formato particular de cada especialidade e suas eventuais ramificações em nuances de trabalho e de elaborações psíquicas de enfrentamento.

Em virtude das condições mencionadas, para as especialidades que têm como prerrogativas a prática dos plantões, não apenas o contato familiar fica restrito, mas também outras necessidades de caráter relacionado à saúde que, em razão de dificuldades horárias e disponibilidade, são postergadas, a exemplo de uma consulta odontológica:

Dependendo do mês, do rodízio que você tá, você não consegue fazer mais nada, às vezes precisa ir no dentista e não tem tempo, porque está preso aqui e o horário não compatibiliza. (P2, Clinica Médica)

Em suas origens, o “hospital médico”, segundo definição foucaultiana, é moldado enquanto deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, disciplina que segundo Foucault (1979, p.62) “terá como função assegurar o esquadinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença”. Ao investigar o nascimento dos hospitais, o autor argumenta que a disciplina trata-se de uma invenção técnica baseada numa nova maneira de “gerir os homens,

controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (p.61).

Dessa forma, o médico, e especificamente, o médico residente, é colocado como um trabalhador submetido à disciplina hospitalar. O que fortalece o paradoxo da situação vivida pelo médico residente, pois concomitantemente se relaciona com a disciplina de formas distintas, pois pode ser considerado um trabalhador submetido à disciplina e por outro lado, um médico que promove a disciplina do hospital.

Segundo Ribeiro (1993), a instituição hospitalar enquanto aparelho formador é caracterizada como o lugar do exercício de um conjunto de práticas em saúde, configurando uma tecnologia do processo de trabalho que, na sua singularidade, exige do profissional de saúde respostas individuais e coletivas ao lidar diariamente com a dor, doença e a morte (Pitta, 1989). Considerando-se a hipótese de Foucault (1979) de duplo nascimento do hospital pelas técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio, podem-se compreender várias características que ele possui.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, Foucault (1979) defende que “o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, devendo residir no hospital e podendo ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa” (p.64). O significado do discurso de Foucault está muito próximo da caracterização do processo de RM.

Em razão dessas impossibilidades horárias, a saúde acaba por ficar relegada, uma vez que o trabalho assume uma parcela significativa do tempo e da vida do médico residente, muitas vezes sobrando pouco tempo para si, para sua saúde e para suas relações afetivas e familiares.

Consequentemente, outro elemento causador da diminuição e até mesmo afastamento do convívio familiar são os plantões: “(...) que impede de comparecer em algumas ocasiões de reunião familiar” (P23, *Ginecologia e Obstetrícia*) em razão da carga horária obrigatória a cumprir “é muito tempo pra você se dedicar, são 30 horas por semana” (P21, *Pediatria*), refletindo-se sobremaneira na relação familiar de alguns em virtude da distância, segundo um dos entrevistados - “Limita o contato com a família, porque sou do interior, e como tenho os plantões de final de semana, não posso ir nem ver minha família, vou menos do que gostaria” (P20, *Pediatria*). Complementado pelo discurso que a particularidade da profissão médica representa:

Os plantões, noturnos e de final de semana, momento que você quer estar com a sua família, quer almoçar, sair. E realmente só nessa área de horários extras, em que geralmente não se trabalha, mas na medicina infelizmente você tem que trabalhar, e na RM faz parte, você não pode negar. (P19, *Pediatria*)

Além dos plantões regulamentares de caráter obrigatório, alguns dos médicos residentes entrevistados complementam a renda com plantões em outras instituições, os reconhecidos plantões extras, em que assumem a total responsabilidade pelos atendimentos, uma vez que a figura do preceptor é parte constituinte da estrutura da RM confinado ao hospital universitário.

Dessa forma, os plantões extras, por sua frequência e modo constitutivo, fazem com que o indivíduo trabalhe “*o final de semana todo extra, e isso interfere na minha dinâmica social, familiar, tudo*” (P6, *Clínica Médica*). Outro médico residente acrescenta:

Além da residência, eu tenho plantões extras, então assim, sobra pouco tempo, meus dias na semana ficam todos comprometidos, às vezes pego o plantão inteiro, pelo menos um final de semana, então isso se traduz em ausência em encontros familiares, não poder se ausentar frequente em viagem, então é sempre aquela coisa de estar sempre ocupado. Hoje eu encaro como uma fase mais ou menos transitória. (P13, Cirurgia)

Diante desse trecho em particular, podemos apreender alguns elementos que podem auxiliar na interpretação desse fenômeno. Foi possível observar que o dia a dia exaustivo, que eles próprios se impõem, ao cumprirem plantões extras, é percebido como transitório, podendo ser considerado um sacrifício hoje, por estarem no auge da disposição física e mental, próprios da juventude, no intuito de obter um futuro melhor. No decorrer dessa entrevista, fica explícito tanto nas falas expostas como também na elaboração psíquica do médico residente que esse ritmo frenético imposto, na atualidade, objetiva melhor qualidade de vida e condições financeiras para dentro em breve.

Vale ainda ressaltar, como aspecto relevante, o fato de alguns médicos residentes serem do interior do estado e até mesmo de outros estados, o que acaba por gerar certo distanciamento da família que permanece na cidade de origem enquanto o médico residente, em razão de seus estudos, muda-se para outra localidade. Um deles afirma: “*Olhe pra mim, eu moro sozinha, a minha família é do interior, isso dificulta e me impede de visitá-los num final de semana que eu queira ir, por exemplo*” (P12, Cirurgia).

A mudança de domicílio ocorre, muitas vezes, ainda durante a graduação, e o distanciamento da família não deixa de ser significativo “*(...) Já vai fazer 8 anos que eu estou aqui, mas acho que não me acostumei, porque a gente sente falta, né*” (P8, Clinica

Médica). Além do distanciamento espacial durante a semana de trabalho, a exigência horária imposta pela RM dificulta a periodicidade das visitas:

É porque assim, a residência normalmente é muito puxada e a gente acaba não tendo tanto contato quanto a gente queria. E eu não sou daqui, a minha família é de fora, então eu quase não tenho tempo de ir vê-los. (P16, Pediatria)

Eu moro só aqui, minha família mora em outra cidade. Eles sempre vêm aqui e tal, mas é aquela coisa, eles vêm, mas eu não garanto eles me veem porque eu não tenho hora pra sair daqui. (P10, Cirurgia)

Reiteradamente, o confinamento imposto pelas condicionalidades do trabalho atribui ao médico a responsabilidade de responder pela organização hospitalar, e, para que isso aconteça, exige-se uma excessiva jornada de trabalho, com plantões e a premência da presença física no recinto, apesar de eventualidades pessoais, a exemplo da visita de familiares.

Diante dessa conjuntura, um questionamento faz- se pertinente quando se reflete sobre o não adoecimento, mesmo em razão da gama e diversidade de elementos apresentados: o que permite o não adoecimento, que a saúde deles se mantenha? Na próxima categoria esse aspecto será mais bem discutido.

4.5 Relações de Prazer e Sofrimento

A partir das reflexões sobre as relações entre trabalho e saúde, muitas vezes emerge as diferentes formas de sofrimento e adoecimento decorrentes da atividade, assim como pode ser fonte de prazer. Por muito tempo, os estudos relacionados à saúde do trabalhador dedicaram-se a investigar, especificamente, as relações causais entre determinados sintomas e alguns tipos de ocupações. Dejours (1992) destaca que num primeiro momento histórico, a Psicopatologia do trabalho debruçou-se no estudo das relações causais entre as doenças mentais e as situações de trabalho. Desse modo, o trabalho era tido como profundamente maléfico para a saúde mental dos indivíduos.

Com o passar dos anos, porém, os estudos de morbidade foram se mostrando insuficientes, visto que as exigências do trabalho tinham impacto bastante variável em função do sentido que possuíam para cada trabalhador. Outra dificuldade também era o fato de que certas organizações de trabalho muitas vezes nem afetavam, ou afetavam em menor proporção, o aparelho psíquico, demonstrando-se por meio de doenças somáticas, mostrando a dificuldade em se estabelecer o nexo causal entre trabalho e adoecimento mental. Nesse sentido, Dejours (1988) propôs o deslocamento do interesse para os estados que estão aquém da doença propriamente dita, enfatizando a luta do sujeito contra o adoecimento.

O próprio autor reflete que as relações entre sofrimento e trabalho não são tão diretas, visto que são perpassadas pelas vivências subjetivas de cada sujeito bem como pelas relações sociais construídas no trabalho. Desse modo, como afirma o autor, “parece que as situações reais de trabalho são geralmente mais complexas e polivalentes, e que sofrimento pode andar lado a lado com o prazer” (Dejours, 1988, p. 160). Tendo-se como base essa premissa, procurou-se analisar as vivências de sofrimento e prazer dos médicos

residentes entrevistados, de modo integrado, para que fosse possível apreender a real dimensão do que o autor propõe: sofrimento e prazer muitas vezes indissociáveis.

Para que se compreenda melhor essa dinâmica, é necessário explicitar que a atividade sempre implica um confronto do prescrito com o real, que somente se torna gerador de sofrimento, de fracasso ou de doenças, quando se torna intransponível, ou seja, quando a organização não possibilita uma negociação favorável à superação deste sofrimento. Dejours (1994b) destaca que não se pode conceber uma organização de trabalho isenta de sofrimento. Contudo, a saúde e o prazer podem ser conquistados por meio das possibilidades de superação dos constrangimentos, através da mobilização da inteligência astuciosa do trabalhador. E como bem afirma o autor, a saúde, o prazer no trabalho, a realização de si mesmo (autorrealização) e a construção da identidade são ganhos decorrentes do sofrimento no trabalho.

Essa contradição entre o prazer e o sofrimento no trabalho é ilustrada por um dos médicos residentes, quando este afirma que:

Poder ajudar alguém é o mais gratificante, principalmente quando é um caso mais difícil, mas como aqui no HU tem muita burocracia pra gente conseguir as coisas, muitas vezes poderia ajudar muito mais gente do que ajudamos, mas se mesmo com todas essas dificuldades a gente ainda consegue ajudar, isso é muito gratificante. (P1, Clínica Médica).

Em outro depoimento, tal contradição evidencia-se de forma mais nítida, uma vez que o profissional relaciona a demanda da medicina e o efeito pessoal, considerado compensatório, quando afirma:

Eu acho assim que tem um pouco de ajudar as outras pessoas né, assim embora a medicina hoje a cada dia que passa esteja diminuindo, mas existe ainda. (...) E assim, eu também gosto do que eu faço, de trabalhar com as pessoas, do meu trabalho, é bem cansativo, mas em parte, na maioria das vezes, algumas vezes, é compensatório. Essas vezes que são compensatórias são boas. (P24, Oftalmologia)

Em outros termos, por mais que existam dificuldades, pressão e sobrecarga, há, paralelamente, algo que confere ao trabalho seu lado prazeroso, que faz com que a pessoa se mobilize para a concretização de sua atividade, como pode ser identificado através do status social, que pode ser considerado como fonte de superação para o sofrimento causado pela exaustão e o cansaço. A importância da profissão para a sociedade reforça a autoestima e o sentimento de maior valor do médico. Seria, pois, um incremento na autoestima e importância social que a profissão confere à pessoa do médico o que funcionaria como suporte para o enfrentamento das vicissitudes da profissão.

Desse modo, é necessário que exista o contraponto, que o sujeito esteja implicado no trabalho e que o mesmo possua sentido. Dejours (1994) declara que, para trabalhar, é necessário também viver junto, pois “todo trabalho engaja o corpo, a inteligência, as instituições, o ser humano no que ele tem de mais íntimo” (1994b, p. 311). Se faltar esse sentido, a possibilidade de uma doença mental ou psicossomática aumenta.

O sentido do trabalho para os médicos residentes decorre, principalmente, da satisfação em possibilitar a melhora ao paciente enfermo. Ferreira e Barros (2003) afirmam que o sujeito vivencia prazer quando consegue visualizar os resultados de sua produção. No caso dos médicos residentes, isso ocorre, principalmente, por meio do *feedback* e resolutividade perante o sofrimento dos pacientes. Entre as vivências de prazer, um

destaque foi dado à possibilidade diária de ajudar inúmeras pessoas, resolvendo seus problemas e atendendo às suas necessidades, muitas vezes após a procura por outros serviços em que, diante da falta de resolutividade, direcionam-se ao HU por ser um serviço de referência: “*Pra mim é a maior satisfação resolver coisas que não resolveram em lugar algum*” (P10, Cirurgia). Tal discurso é reiterado por um dos entrevistados:

Olhe, mais prazer é assim, primeiro porque tenho mais contato com o paciente, diagnosticar a doença e tratar, saber que o paciente saiu bem, que as condutas foram tomadas certas, agora assim, quando pega um paciente que às vezes não se consegue diagnosticar, não consegue tratar porque falta um exame, falta uma medicação aí isso entristece bastante. Agora quando tudo isso é resolvido, mesmo que de forma que seja um tratamento paliativo, mas que a gente sabe que fez tudo pelo paciente, isso é confortante. (P3, Clínica Médica)

Concomitantemente, outro sentido encontrado pelos médicos residentes é a possibilidade de aperfeiçoamento na especialidade pretendida, pois consideram a RM como uma capacitação para o posterior ingresso no mercado de trabalho. Eles elencam a realização profissional advinda da possibilidade de aprimoramento dos conhecimentos, cônscios de que se trata de uma qualificação profissional, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Olhe, a minha satisfação de realização profissional, apenas assim, aqui a gente tem um caminho longo a seguir, aqui é só o primeiro passo pra você ser um profissional, então, a minha satisfação é profissional mesmo. (P12, Cirurgia)

Evoluir profissionalmente, me capacitar pra ingressar no mercado, na área que eu escolhi. (P14, Anestesiologia)

O que mais me dá satisfação é a oportunidade de me especializar numa área apaixonante, complexa e humana. (P26, Psiquiatria)

Quando se referem à possibilidade de aprimoramento e evolução profissional, destacam a diversidade de casos, de pacientes como potencializador de aprendizado, pois “*toda semana tem paciente diferente, então pra mim é aprendizagem, estar vendo diagnósticos diferentes*” (P29, Infectologia). De forma a sintetizar esses diversos significados de prazer no trabalho, fazendo menção ainda aos preceptores enquanto parte integrante desse contexto de qualificação que é a RM, um dos médicos residentes afirma:

Acho que é a variedade de pacientes que a gente vê aqui dentro do hospital, já que a gente vai aprender bastante com esses pacientes, a gente vê um resultado positivo na grande maioria dos pacientes, os pacientes são tratados e tem uma assistência boa dos preceptores, que são muito bons também. Então tudo isso contribui para que a gente tenha uma visão positiva da residência daqui, certo?

O clima dentro da residência entre os colegas é bom, tudo isso. E o relacionamento com os pacientes é maravilhoso, nunca tive problemas com relacionamento com paciente não. Não tem nada assim, que eu diga isso aqui me dá mais satisfação, é um conjunto, entendeu, que favorece, um ambiente amistoso, a gente vê resposta nos pacientes apesar das dificuldades, então tudo isso torna o ambiente bom para se trabalhar. (P7, Clínica Médica)

Em contrapartida, as vivências de sofrimento dos médicos residentes atrelam-se ao sofrimento do paciente que muitas vezes, é considerado evitável. No entanto, diante da impossibilidade de uma conduta resolutiva por causa da falta de material para realização de exames e de medicamentos, além da existência de problemas no encaminhamento da atenção básica para o HU, foram enumerados como fontes de sofrimento pelos médicos residentes. Conforme revelam os depoimentos a seguir:

Eu acho que é ver o sofrimento do paciente, assim porque tem certos sofrimentos que são evitáveis, e que não temos como evitar por conta das condições do hospital que não são favoráveis vamos dizer assim, aí isso eu acho que é o que me deixa mais triste. (P2, Clínica Médica)

É mais assim, porque a gente poderia fazer mais, e às vezes, mas por problemas, por exemplo, por falta de condições de exames, de medicamentos que não são encontrados, acaba impedindo um pouco o nosso trabalho. (P16, Pediatria)

O que me angustia é não resolver o que o paciente veio buscar, muitas vezes, pela falha do próprio serviço no sentido da atenção básica que é o que encaminha esse serviço de referência, que é no caso o HU, a falha da Atenção Básica em relação ao diagnóstico, por exemplo, de um câncer de mama, então isso me angustia (...). Mas um atendimento mal encaminhado da Atenção Básica realmente causa constrangimento aqui. Então isso, às vezes, me incomoda um pouco. (P22, Ginecologia e Obstetrícia)

Essa questão da falha no encaminhamento merece destaque por exigir a mobilização subjetiva do médico residente, requisitada na busca da solução e que abrange a esfera afetiva, cognitiva e também o corpo. Na tentativa de preencher a distância entre o prescrito e o real, é construído um saber prático, desenvolvido no exercício da atividade. Assim, entra em ação um tipo de inteligência denominado por Dejours (2008, 2012) de inteligência prática, que tem como uma de suas características a astúcia, pois frequentemente se opõe ao saber conceitual; é também a intuitiva, porque está enraizada no corpo, ou seja, parte de percepções sensoriais. Dessa forma, “é o trabalho que produz a inteligência e não a inteligência que produz o trabalho” (Dejours, 2008, p.278).

Outra vivência que causa sofrimento é a impotência diante de certos casos concomitantemente à impossibilidade de um efetivo diagnóstico para alguns pacientes, atrelado ainda à cronicidade de casos, onde o auxílio que pode ser oferecido se restringe aos cuidados paliativos. Tais ocorrências trazem sofrimento exigindo desses profissionais, além dos conhecimentos técnicos e teóricos, uma maior implicação pessoal, fazendo-se necessário o uso de características individuais e de empatia. Nos depoimentos a seguir, é possível apreender tal sofrimento:

A impotência em determinadas ocasiões. Já aconteceu de um paciente vir a óbito antes de chegar os resultados de seus exames. (P4, Clínica Médica)

Às vezes paciente grave, que já aconteceu de falecer depois de um ano sem diagnóstico, então eu fico triste, é, a gente fez de tudo, pediu exame disso e daquilo e não teve diagnóstico aí eu fico “Ai meu Deus, o que foi que ele teve?”.

Aí isso me deixa triste né, quando os pacientes chegam [se internam], falecem e a gente fica sem saber o que teve. (P29, Infectologia)

São os pacientes que chegam pra gente muitas vezes já num estágio onde não existe mais possibilidade de tratamento. Pacientes que a gente se limita a tratamento apenas paliativo, e muitos deles não conseguem nem ter alta do hospital, e entram aqui e morrem na RM, porque chega um estado em que até mandar pra casa é complicado e a gente tem que lidar com situações no dia, ter que confortar a família, e muitas vezes somente aguardar, dar conforto ao paciente até ele morrer. (P13, Cirurgia)

Os médicos residentes entrevistados identificam ainda a organização do trabalho enquanto propiciadora de sofrimento. A Organização do Trabalho é indicada por Dejours, Dessors e Derslaux (1993) como decisiva para o equilíbrio psíquico. Os autores afirmam que são geradoras de tensão e desprazer as organizações inflexíveis, que não deixam espaço para que o trabalhador possa organizar e adaptar a atividade às suas necessidades psíquicas e corporais. Os participantes destacaram, como fontes de sofrimento, alguns aspectos decorrentes da Organização do Trabalho, tais como o excesso de trabalho, tanto no que se refere à quantidade de horas trabalhadas, quanto à intensificação e sobrecarga de trabalho, “*Sobrecarga, sobrecarga de trabalho e pouco retorno financeiro*” (P27, Psiquiatria); a falta de tempo para a família, o lazer e o desenvolvimento de outras atividades; e ainda, diante desse contexto, a premência de uma alimentação inadequada em horários irregulares.

Nos discursos dos médicos residentes, emergiu, com frequência, a dificuldade em se lidar com uma carga horária, ao mesmo tempo, extensa e intensa. Os participantes relataram que a quantidade de horas trabalhadas gera sofrimento, desgaste e diminui as

possibilidades de convivência familiar. Nos fragmentos a seguir os médicos residentes afirmam:

O lado negativo é isso, a rotina, o estresse, o cansaço né. Muito trabalho, muito tempo pra fazer as atividades e pouco tempo pra descansar. Isso aí acaba desgastando você fisicamente e emocionalmente também. (...) Acho que se tivesse um local e tempo pra descansar, pra repousar melhor seria mais produtivo a residência, mas é muito puxado. (P14, Anestesiologia)

O tempo livre, a minha falta de tempo livre, me traz angústia. É eu chegar aqui de 07 da manhã às vezes sair de 07 da noite, chegar em casa cansada e ir dormir. Essa rotina diária, então não sobra tempo pra você entendeu. Isso me faz falta, isso me deixa angustiada. (P12, Cirurgia)

Sobrecarga, sobrecarga de trabalho, pouco retorno financeiro. Eu não queria dar um plantão, eu dou dois plantões de final de semana, sábado e domingo, passo 48 horas dentro de um hospital, chego na segunda-feira morto e tenho que ir assistir aula, direto sai direto de lá pra cá, na terça feira eu dou um plantão, então imagina como é que eu acordo na quarta-feira, como eu fico na quarta-feira depois que eu termino todas as minhas atividades e que eu chego em casa. E na quarta tem ambulatório ainda, não tenho tempo nem de descansar saio direto de lá e venho pra cá. Corrido demais né. (P27, Psiquiatria)

Outro elemento mencionado como possível causador de sofrimento foi a limitação estrutural do hospital, no tocante à solicitação para a realização de exames que é

subordinada à autorização da direção e, consequentemente, no tempo de internação dos pacientes. Clot (2007) ressalta que o sofrimento não se caracteriza apenas pela dor física ou mental, mas pela diminuição, ou até mesmo destruição, da capacidade de agir. Os médicos residentes destacaram que uma das coisas que mais lhes causa pesar é o paciente precisar de um exame e ter que arcar com as despesas, muitas vezes sem ter condições financeiras para tal (quando é responsabilidade do hospital o custeio desses exames, ou seja, são decisões sobre as quais eles não têm nenhuma interferência). Nos trechos a seguir, eles se pronunciam sobre essa questão:

O hospital tem muitos problemas, não querendo exagerar no problema, mas, por exemplo, a gente vê que o tempo de internação dos pacientes é longo, tem pacientes aqui que passam 30, 40 dias, tem paciente que já passou quatro meses de internação e não era necessário passar esse tempo todo dentro do hospital. Se tivesse uma estrutura organizada, otimizada, que funcionasse plenamente, se tivesse um laboratório e um sistema de imagem que funcionasse a pleno vapor, não faltasse medicação de vez em quando, então a gente vê que luta, luta, mas devido às questões estruturais do próprio hospital a gente não vê o resultado tão bom quanto deveria ser, então isso é o que cria mais angústia, e eu acho que não é só pra mim, mas para todos os residentes. O problema maior daqui é esse, não é nem questão de pessoal (...) problema que não está nas nossas mãos, é maior que a gente, é estrutural mesmo. (P7, Clínica Médica)

(...) às vezes é uma coisa que você poderia resolver mais rápido, claro que nem todo paciente tem condições de ficar esperando, por questão de medicação também, aí falta medicação, então fica assim, o paciente piora, ai meu deus, se

tivesse conseguido esse remédio antes, sabe, obviamente o prejuízo é maior para o paciente, mas a gente fica se sentindo um pouco impotente né. (P8, Clínica Médica)

A gente está aqui num hospital escola em que teoricamente deveria ter todas as condições pra gente conseguir examinar direitinho, conseguir realizar exames, conseguir fechar um diagnóstico e o paciente sair bom, até para o meu aprendizado mesmo né. Na grande maioria das vezes a gente dá alta, sem saber qual foi o diagnóstico dele, por entrave principalmente de laboratório, de exame de imagem, algum procedimento, alguma cirurgia, alguma coisa que é necessário fazer, é complicadíssimo pra fazer, o laboratório às vezes falta reagente, uma coisa inadmissível, eu já passei por situações aqui de não fazer, porque não tinha reagente. (P17, Pediatria)

Quando o sujeito consegue, finalmente, criar uma solução para o impasse causador do sofrimento, usufrui a vivência do prazer, que é profundamente benéfica. Ao solucionar o problema, que, em alguns momentos, parecia, intransponível, o sujeito se descobre mais hábil e competente do que julgava anteriormente. Esse processo possibilita a subversão do sofrimento em prazer, uma vez que, segundo Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), o sofrimento no trabalho não é, necessariamente, patológico, podendo ser vivenciado de forma dinâmica, e funcionar como um sinal de alerta para evitar o adoecimento, além de mobilizar a renovação do entusiasmo. Um dos entrevistados, em seu discurso, ilustra claramente tal processo:

Assim, é uma coisa que eu digo, medicina cansa, mas é bom, eu acho que é muito gratificante tanto pelo que você ganha, que você pode fazer pelo paciente, eu me sinto bem assim entendeu. (...) é uma coisa que cansa, mas é bom, eu acho assim e eu até brinquei uma vez, eu disse assim: só não é sacrifício porque é amor, lógico que a gente abre não de muita coisa, tem dificuldades em relação a conseguir sair com amigos e tudo, mas na verdade acaba que a maioria de seus amigos são seus amigos da residência, já do hospital, mas é bom, é bom porque assim, o fato de você saber que está ajudando aquela pessoa [paciente], independente dele me tratar bem entendeu. É gratificante. (P8, Clínica Médica)

4.6 Dualidade entre ser médico e ser estudante

A prática profissional dos médicos, historicamente, tem sido transmitida através de treinamento em serviço. No processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (incluindo-se aí o relacionamento com pacientes), é que se encontra o diferencial da prática profissional médica. Somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação do médico: é através da experiência clínica que o profissional assume a postura de cuidar dos doentes (e não mais apenas das doenças). É através da prática que se constrói a experiência clínica, e é através da aprendizagem em serviço que o futuro profissional constrói, pelo menos em parte, também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação (Feuerwerker, 2002).

No fragmento a seguir, um dos participantes expressa o que considera ser um alívio sua condição de ser médica residente contrastando com a atuação enquanto recém-formada:

Assim, me sinto aliviada, porque eu sou médica, mas aqui dentro do HU eu sempre tenho um profissional que está me acompanhando, então assim, me socorre, e assim, fulano que é que eu faço agora, ai me sinto aliviada, não sei como vai ... Eu já trabalhei num posto de saúde antes de ser residente, mas no início é muito difícil, porque assim tudo era eu, e eu não tinha ninguém pra perguntar, no inicio foi bem difícil, que eu me estressava muito, já cheguei a chorar de raiva, “ai meu deus o que é que eu vou fazer”, mas com o tempo a pessoa vai pegando prática né, aí fica tranquilo, mas no momento está sendo confortável ser médica e estudante dentro do HU. (P29, Infectologia)

O profissional mencionado que sempre acompanha os médicos residentes é o preceptor, que, segundo Botti (2008, 2009), tem como principal função ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. Dessa forma, o suporte que a preceptoria oferece é identificado como um fator de conforto, “*a preceptoria de outros médicos que lhe auxiliam nas condutas, né, que você toma no dia a dia, e isso é até confortante* (P3, Clínica Médica)”; e, concomitantemente, de resguardo, “*É bom ser estudante, te dá segurança, de não assumir totalmente a responsabilidade, é uma coparticipação*” (P21, Pediatria).

De acordo com Cornu (2003), para exercer corretamente uma tarefa, faz-se necessário saber manejar os instrumentos para ser possível a transmissão das práticas, o que é corroborado por Schwartz (2010) ao afirmar que a experiência é o movimento da gênese do saber. Consequentemente, experiência e saber são considerados como complementares, uma vez que a experiência assume um caráter totalizante. Sendo assim, por intermédio do exercício prático possibilitado pela experiência, o conhecimento teórico

previamente adquirido se solidifica e possibilita ao indivíduo a apreensão fidedigna do trabalho. Tal fato é comprovado a partir do momento em que o médico residente encara o transcurso da RM como “*parte do aprendizado*” (P11, Cirurgia), como “*uma experiência, um aprendizado, a possibilidade de exercer na prática o que foi aprendido*” (P4, Clínica Médica). Além da constatação do caráter totalizante, identificado por um entrevistado como uma mistura, conforme atesta o depoimento a seguir:

É bom porque você pode estar sempre ainda aprendendo, ou seja, como você é médico e tem aquela responsabilidade de saber tudo e às vezes você ainda tá aprendendo, então fica assim é uma mistura, porque você tem que saber muita coisa e ao mesmo tempo você está aprendendo, estudando dentro da sua área.
(P19, Pediatria)

Ainda nessa discussão, convém salientar a tese de Elias (1987) que afirma:

A residência não é simplesmente ensino ou trabalho e muito menos a somatória destas dimensões. A forma mais adequada de caracterizá-la conceitualmente é considerá-la como uma situação una, indivisível, na qual o aprendizado e a prestação de serviço na maioria das vezes, se fazem ao mesmo tempo e no mesmo processo, sendo praticamente impossível destacar uma linha divisória entre eles (p.104).

Diante desse posicionamento, pode-se ilustrá-lo por meio do depoimento que segue:

Assim, é uma etapa da vida da gente que a gente adquire muita experiência né, então assim, a gente tem o lado médico e tem a responsabilidade em relação às medicações, como a gente vai lidar com o paciente, porque de certa forma a maioria vê a gente não como estudante, e sim como médico. Então, eles confiam na gente, depositam a confiança na gente e obviamente a gente tem que retribuir. E no caso da gente como estudante, depende muito da preceptoria, lógico que a gente pode prescrever e tudo, mas por segurança nossa, que a gente é médico “em formação”, estamos numa pós-graduação, então a gente tá sempre limitado à conduta do preceptor, do plantonista e que a gente deve considerar porque são pessoas que são mais experientes que a gente, mas assim não interfere muita coisa não. (P8, Clínica Médica)

Em contrapartida, alguns empecilhos são impostos a esses profissionais em virtude da condição de aprendizes, a exemplo da discriminação perante os pares do hospital, do descrédito nas condutas e solicitações, da insegurança e dicotomia responsabilidade-status.

É meio complicado assim, porque nós já somos médicos né, já temos autonomia, já temos autoridade, mas ao mesmo tempo ainda continuamos no aprendizado, então às vezes cria assim conflitos o pessoal exige da gente atitude de profissional e às vezes a gente toma algumas atitudes que não são levadas a sério, aqui mesmo no HU a gente sofre uma discriminação e é muito grande, porque às vezes o pessoal fala não foi o médico, foi o residente. Mas nós somos médicos! Era pra ser aceito o que a gente faz, o que a gente diz como profissional que somos. Isso não existe, somos formados. (P2, Clínica Médica)

É interessante essa pergunta, porque muitas vezes nos deparamos com situações de estudante mesmo, como se fosse graduando, é a gente escuta muita coisa. Até faz parte da residência, mas tem staff que é grosso, às vezes falta com o respeito, parece que esquece que o residente também é médico, tem esse lado bem interessante também. (P13, Cirurgia)

Conflitante, porque assim como eu, os pacientes esperam apenas que os médicos tenham apenas certezas. O ser humano por mais que negue, não espera que seu médico tenha dúvidas quanto ao diagnóstico e/ou tratamento. (P5, Clínica Médica)

É uma dicotomia né, muitas vezes tem a questão da responsabilidade é de médico, mas muitas vezes é o status, como a gente é visto aqui, é como estudante. Essa dicotomia às vezes é complicado, você tem que fazer um balanço entre fazer plantões daqui e os plantões de fora, dar plantão aqui e dar plantões fora para aumentar a renda, então é uma balança, que tem uma linha que é muito tênue para manter equilibrado, de estudante e médico ao mesmo tempo. (P10, Cirurgia)

No tocante ao equilíbrio mencionado sobre a questão financeira, percebe-se que a manutenção dessa linha tênue entre a dedicação exclusiva à residência e ao papel de estudante, entre a necessidade de trabalhar em outras instituições e o exercício da prática médica, tudo isso implica em concessões e na consequente falta de tempo para a dedicação teórica requerida, como atestado a seguir:

Dá muito trabalho, gostaria muito que o valor da bolsa aqui desse pra não necessitar de tanto plantão, apesar que acaba complementado o aprendizado aqui com o que a gente tem fora. Como aqui não tem emergência a gente aprende emergência na prática dando plantão fora, são todos de emergência, acaba de certa forma complementando, mas assim, se a bolsa da residência fosse um pouco melhor a gente pegaria menos plantão e estudaria mais a parte teórica também em casa. (P20, Pediatria)

Palavras como sobrecarga, cansativo, pesado, difícil, carga horária puxada, falta de tempo para os estudos, concomitantemente à falta de tempo para conciliar estudos, vida profissional e família foram utilizadas para definir de que forma era vivenciada a situação de ser médico e ser residente, estudante.

É difícil, é puxado, a carga horária bem puxada, porque você tem que estudar e trabalhar simultaneamente, e o tempo é pouco pra um, imagina pra duas funções.

É bem puxado a rotina. (P14, Anestesiologia)

Complicado, pois já tenho atividades profissionais e família. (P28, Gastroenterologia)

Pesado, porque às vezes você, eu acho que falta um pouquinho de tempo pra estudar mais, pra mim é mais isso, eu queria estudar um pouquinho mais do que eu estudo, mas não tem condições. (P15, Anestesiologia)

Cornu (2003) postula que a aprendizagem não se trata apenas de aprendizagem de um conhecimento técnico, mas também aprendizagem dos contextos sociais em que este conhecimento técnico é posto em prática. Em virtude disso, pode-se dizer que a inteligência do/no trabalho (Dejours, 1997) passa a ser requisitada. Tal inteligência se caracteriza pela astúcia a que é necessário recorrer diante das dificuldades da prática, sendo considerada uma forma de inteligência criativa, multiforme e móvel, o que permite uma atuação exitosa nos processos de trabalho, com suas instabilidades.

Quando questionado acerca da dualidade entre ser médico e ser residente, estudante, um entrevistado se posiciona de maneira bem particular e, através da inteligência do/no trabalho (Dejours, 1997), expressa sua perspectiva:

Duas coisas, ajudar ao próximo que é uma coisa que eu me sinto bem em fazer e o aprendizado. O aprendizado na residência eu costumo dizer que é um mal necessário, você tem que fazer, pelo aprendizado vale a pena, mas extremamente estressante pra pessoa, transforma você num lixo, a todo momento você é cobrado e pressionado entendeu, e você tem que fazer daquela forma, daquele jeito, daquela situação entendeu? Isso é uma diferença muito grande entre o estudante e o residente, o estudante ele faz aquilo que ele é orientado, o residente ele faz aquilo que ele tem que fazer, o que ele é colocado a fazer, entendeu? Ele não tem quem responda por ele, então ele responde pelos atos dele e se der em merda o residente responde, o estudante não. Então a diferença é que estudante ele faz as coisas e tem alguém que carimba por ele, então alguém responde por ele, o residente não, ele responde pelos atos dele, então a sobrecarga é muito maior. (P27, Psiquiatria)

De forma peculiar, entre os discursos foi possível identificar respostas antagônicas, mas com uma peculiaridade em comum, a prevalência de um dos polos (ser médico, ser estudante) caracterizado como existindo de maneira exclusiva:

Na verdade, a gente não é mais estudante né, éé a gente é estudante porque faz pós-graduação latu sensu. Como é pra mim ser médico e estudante? Eu me considero médico o tempo todo, me considero médico o tempo todo, entendeu? Não tenho muito essa distinção entre ser estudante e ser médico. (P6, Clínica Médica)

Olhe, [pausa] assim, como a minha maior parte eu estou no HU eu me vejo tanto, como residente, como estudante que às vezes até esquece que tem uma profissão, que você pode trabalhar fora. Por exemplo, ano passado eu só fiquei aqui, esse ano eu comecei, eu estou dando mais plantão fora da residência, às vezes fica difícil você conciliar, você tem que cumprir horário aqui, cumprir carga de plantão. Então pra você dar plantão fora como médico e aqui como residente, você tem que conciliar essas duas coisas que às vezes fica chocando de horário né, aí tem que se virar, tem que se virar. (P12, Cirurgia)

De maneira geral, constatou-se que o aprendizado é uma constante, ultrapassando e perpassando a RM durante o período de formação profissional do médico residente, porque “*quem é médico nunca vai deixar de ser estudante, certo, você sempre vai ter que tá estudando, porque no dia a dia sempre vai tá encontrando com situações que você vai precisar recorrer aos livros, entendeu?*” (P7, Clínica Médica). Nesse mesmo sentido, tem-se:

Estou aqui pra aprender, ainda tenho muita coisa pra aprender, então eu não acho que seja muita diferença, apesar de que na profissão da gente seja preciso se atualizar sempre, tudo muda, com relação a conduta, medicamentos. (P16, Pediatria)

Na verdade, a residência eu acho que é apenas, assim, na verdade a gente vive numa residência a vida inteira né, porque o médico tem que tá sempre estudando, sempre se atualizando, na verdade eu estou aqui me especializando pra aprender situações rotineiras (...). Então assim, residência e ser estudante é uma coisa que é, não é só na residência e sim pra minha vida inteira. Eu aceito isso com naturalidade. (P22, Ginecologia e Obstetrícia)

Eu acho que estudar, você vai ter que estudar sempre, num é porque é médico e estudante, isso é sempre, em qualquer área, porque você tá convivendo com isso diariamente você tem que pesquisar alguma coisa, estar se aprimorando constantemente. Eu não vejo isso como algo assim pesado. (P25, Oftalmologia)

A necessidade de constante aperfeiçoamento inerente à profissão médica foi capaz de suscitar uma significativa observação de um dos entrevistados, ao fazer a vinculação entre ser estudante e a falta de qualificação, de aprimoramento, pois como afirma:

Acredito que um médico verdadeiro, de uma forma ou de outra é “um estudante” (no sentido de dedicado ao estudo) por toda a vida profissional dele. O que eu não gosto é que o público, em geral, atribui ao nome de “estudante” (seja ele de

pós-graduação) a conotação de “ainda não formado” em vez de valorizar o tempo dedicado para estudar mais, para se “especializar”. (P26, Psiquiatria)

Diante dos resultados encontrados, corrobora-se o que Feuerwerker (1998) defende, pois, segundo ele, é no processo de especialização, no treinamento prático que a Residência propicia, que se dá a verdadeira iniciação profissional do médico. Tanto que acredita, para a inserção no mercado de trabalho, ser mais importante e significativa a instituição onde os médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem. Nesse sentido, o depoimento a seguir sintetiza com maestria toda essa discussão acerca do ser médico e ser estudante, enfatizando a necessidade de todos os profissionais médicos passarem por essa experiência formadora e transformadora.

É uma experiência válida que na minha opinião tem que ser partilhada por todos os estudantes de medicina que se tornam médicos, acredito que a experiência da residência é uma experiência que é importantíssima para você se firmar enquanto profissional, aqui você tem a oportunidade de ter uma visão diferenciada da prática da medicina, uma vez que quando você é estudante você tem muita teoria né, você tá comprimindo muita teoria que quando você chega realmente na residência você vai colocar em prática aquilo que aprendeu, não deixando de lado a parte teórica também né e você tem sempre alguém que está lhe dando suporte, que está ali para lhe orientar. É uma experiência muito válida que na minha opinião deveria ser partilhada por todos os estudantes e por todos os médicos. (P18, Pediatria)

A partir das análises, foi possível reiterar a relevância que a RM se constitui no desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional do médico. Atrelado a tal condição, a dualidade característica entre ser médico e ser residente, estudante é imbricada de significações positivas e em determinadas situações negativas, devido às limitações que são impostas à prática do médico residente.

4.7 Saúde, Doença, Normalidade

O trabalho pode ser gerador de saúde ou, ao contrário, de doenças. Para Dejours (1994a, p. 138), o trabalho nunca é neutro, “ou joga a favor da saúde, ou contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação”.

Enfocando a saúde dos médicos residentes, diante dessa conjuntura retratada nas categorias antecedentes, um questionamento faz-se pertinente quando se reflete sobre o não adoecimento: mesmo em razão da gama e diversidade de elementos apresentados, o que permite o não adoecimento, ou seja, que a saúde deles se mantenha? Na presente categoria esse aspecto será mais bem discutido.

Na análise de toda atividade de trabalho é preciso considerar o lugar que os outros ocupam no momento em que essa análise está sendo realizada, pois toda atividade é endereçada (direcionada), possuindo um ou vários interlocutores, simultaneamente, sendo também destinatária da atividade dos outros (Clot, 2010). Mesmo quando o trabalhador está sozinho, pode-se considerar a presença de um coletivo invisível invadindo e compondo o “real” de sua atividade. Em outras palavras, é a atividade que estabelece a relação entre “o individual e o social, o sujeito e a organização do trabalho, os sujeitos

entre si e esses sujeitos com os objetos que os mobilizam. Ela é arena e sede em que eles passam de um para o outro, a menor unidade de intercâmbio social” (Clot, 2010, p.11).

Portanto, para conhecer o trabalho dos médicos residentes, bem como os efeitos percebidos na saúde desses profissionais, a partir da análise de sua atividade de trabalho, é preciso ter, como pano de fundo, a sua organização, as condições e as relações de trabalho apresentadas anteriormente, aspectos que atravessam as suas atividades e lhes conferem sentido. Porém, há um complicador extra: alguns dos profissionais entrevistados exercem suas atividades profissionais em outras instituições, através de plantões, sob a justificativa do valor insuficiente da remuneração da bolsa para os médicos residentes, pois, segundo um deles: “*É quase que regra você precisar trabalhar por fora, para complementar a renda, então sobra pouco tempo*” (P13, Cirurgia).

Esse mesmo profissional, após a reflexão de sua dupla jornada, e as consequências para sua saúde, segundo ele potencializada com o ingresso na RM, relata:

Tenho percebido mudanças físicas, pelo estresse e pelos hábitos alimentares inadequados. Então, uma coisa que está muito ligado ao estresse mesmo, à alimentação de má qualidade, isso aconteceu e com a residência mudou bastante, gerando prejuízo para a saúde da gente. (P13, Cirurgia)

Faz-se importante salientar que a RM, concomitantemente ao caráter de qualificação profissional, é percebida ainda como potencializador de desenvolvimento pessoal e interpessoal, como revelado a seguir:

Na realidade a residência me faz bem, no sentido da comunicação, amplia os meus horizontes no sentido de conceitos, no sentido de aprendizado para a minha vida pessoal. (...). (P22, Ginecologia e Obstetrícia)

Em contrapartida, observa-se que alguns centros de formação, sediados em outros estados, são identificados como potencialmente patogênicos sendo, inclusive, referidos como fonte ansiogênica, pois como relata um participante:

Aqui é tranquilo, isso, por exemplo, que a gente está fazendo aqui, lá você não faz não. Não tem tempo pra parar não, tem que apressar, chegar mais cedo porque de 10 horas o preceptor vai passar e tem que tá tudo pronto, é diferente, é outra rotina, outra visão, outra realidade. (P7, Clínica Médica)

Diante do exposto, pode-se compreender a significativa carga onerosa a que em determinadas instituições os médicos residentes são submetidos, e possíveis efeitos para a integridade física e psíquica destes profissionais. Apesar de serem casos pontuais, devido à abrangência e envolvimento de dimensões tão complexas, o singular, o específico apresenta-se significativamente relevante, inclusive devido à carga horária “*eu vi colegas médicos residentes 72, 80 e poucas horas semanais, ficar direto no hospital*” (P7, Clínica Médica). Sendo assim, um questionamento faz-se oportuno: seria humanamente possível o cumprimento de tal jornada horária? Que tipos de renúncias e sacrifícios são requisitados de tais profissionais?

Tais questionamentos, ao mesmo tempo em que se fazem pertinentes, revelam que, apesar desse contexto específico, os reflexos da intensa jornada de trabalho são identificados em diversas esferas da vida dos médicos residentes, a despeito da

inadequação alimentar, da sobrecarga mental e física, das implicações sobre a qualidade de vida e de eventuais problemas de saúde atrelados, como revelam os fragmentos a seguir:

A sobrecarga mental e física é o que mais compromete o estado de saúde, além de uma alimentação adequada, assim como a realização de atividade física. (P5, Clínica Médica)

Chego muito cansada no final do dia. Não tenho disposição pra fazer atividade física, a alimentação fica prejudicada. É bem cansativo, mentalmente e fisicamente. (P24, Oftalmologia)

Você acaba se alimentando mal, não pratica atividade física. E isso contribui pra que você não fique 100% de saúde. E também a questão do repouso, às vezes dá umas dores na lombar. (P14, Anestesiologia)

Aumenta o nível de estresse, o risco de adoecer. Do ponto de vista econômico, a curto prazo (pelo período da residência), diminui a qualidade de vida. (P26, Psiquiatria)

Eu poderia ter uma qualidade de vida melhor, mas assim, eu não consigo mudar, penso que estou perdendo tempo. (P1, Clinica Médica)

Um dos entrevistados, especificamente, relata que a alimentação inadequada e a rotina de atividades curriculares da RM acarretou um problema de saúde agravado pelo cotidiano, o que denota a íntima relação do trabalho com a saúde. Ele afirma:

A RM se relaciona totalmente com minha saúde, tenho crises de labirintite desencadeada por estresse, minha pressão é alta, sou sedentário. Tenho dislipidemia [distúrbio caracterizado pela presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue], porque me alimento mal, eu não faço exercício físico, então quer dizer, a minha saúde é totalmente prejudicada. Eu acho que é diretamente ligada a minha rotina. (P15, Anestesiologia)

Concomitantemente à existência de tais indicativos de doença mencionados, através dos resultados, foi perceptível ainda a compreensão de que a atividade de trabalho dos médicos residentes denota significativo equilíbrio, mesmo que instável, e “fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento” (Dejours, 1993a, p.51). Dessa forma, a normalidade, e seu caráter equilibrante, enquanto resultado de “estratégias complexas e rigorosas” (p.52), revela como a dinâmica de trabalho e saúde é demasiadamente humana e em contínuo deslocamento.

Nesse aspecto, a Psicodinâmica do Trabalho considera a normalidade como um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa (Dejours, 1993a), ganhando destaque o trabalho e as situações de trabalho, ou seja, a dinâmica interna dessas relações. Como revela um médico residente, as frustrações do dia a dia e suas implicações pessoais acabam sendo equilibradas pela prática profissional e exercício da medicina, priorizando o melhor atendimento para o paciente, ele complementa:

Essa frustração [falta de medicamentos, de exames] me desgasta muito, sabe, tem dia que eu saio daqui completamente arrasada, é um desgaste emocional mesmo, você está lidando com vidas né, não está lidando com qualquer coisa, e isso às

vezes é revoltante. Outras coisas são bastante satisfatórias, acabam equilibrando, acabam compensando. Tem certos momentos, certas situações aqui que dá vontade de jogar tudo pro alto. (P2, Clínica Médica)

Por sua vez, alguns dos médicos residentes negaram que pudessem ter algum tipo de problema de saúde decorrente do trabalho. Tal atitude corrobora as antecipações de Dejours (1994b), quando admite que o risco, o sacrifício, a insatisfação e o aborrecimento no trabalho só são suportáveis quando não são relatados, o que faz com que muitos trabalhadores neguem seus sintomas, ou atribuam a si mesmos a culpa por apresentá-los. Eles afirmam que a manutenção da saúde depende deles, que devem ter dedicação e amor pela profissão. Um deles afirmou: “*poderia interferir, mas acaba que eu não deixo que interfira porque eu gosto muito do que faço*” (P17, Pediatria).

Não se quer com isso afirmar que o trabalhador não possui nenhuma responsabilidade por sua saúde, nem colocar a organização de trabalho como única causadora de patologias, mas sim promover uma reflexão acerca dos possíveis efeitos que condições deletérias de trabalho podem trazer para a saúde das pessoas. Dejours (1992) aponta que, dependendo da organização de trabalho, uma ocupação profissional pode ser mais ou menos perigosa para o funcionamento mental de cada sujeito.

A RM caracteriza-se pelos seguintes aspectos e potenciais aspectos deletérios: o período de transição aluno-médico, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, o pavor de cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento associados a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais (Nogueira-Martins, 2003).

Dentre os potenciais aspectos patogênicos defendidos por Nogueira-Martins (2003), no tocante à responsabilidade profissional e à sobrecarga de trabalho, vale ressaltar

que tais aspectos se encontram intimamente imbricados com a saúde e as atividades desenvolvidas durante a RM, o que é confirmado na fala de um dos entrevistados:

Sobrecarga de atividade, porque a gente trabalha muito e ganha pouco, muito muito mesmo, são muitas responsabilidades nas costas. (P27, Psiquiatria)

Outro aspecto que merece destaque é relativo à qualidade de vida desses profissionais. Segundo Bonfim e Katsurayama (2009), apesar de ser reconhecida como eficiente na qualificação profissional, tem-se observado que a RM, ao longo dos anos, vem condicionando efeitos danosos à qualidade de vida dos jovens médicos em função da sobrecarga de trabalho, não raras vezes, muito além das 60 horas preconizadas pela CNRM. Tal excesso de trabalho e o consequente prejuízo do sono são um binômio perigoso passível de condicionar o adoecer.

Um dos entrevistados destaca ter “*muita dificuldade em relação ao sono, porque aqui você tem hora pra entrar, mas não tem para sair*” (P8, Clínica Médica), e complementa afirmando que:

Por conta da carga horária, porque assim, não é só, como é uma pós-graduação, não é só o contato com o paciente, tem toda uma parte teórica, tem seminário, caso clínico para apresentar, discussão, então assim, eu acho que o que pesa mais é essa questão de consumir a gente fisicamente. Você abdica sono, já vem trabalhar cansado. (P8, Clínica Médica)

Em decorrência de tal “abdicação do sono”, como referido, esse médico residente relata ainda cansaço físico, alteração de sono e dor muscular. Percebe-se, assim, que a falta

de descanso relacionado ao sono traz atrelado a si implicações e a instauração quase de um círculo vicioso, em que a defasagem no sono intensifica o cansaço físico que, por sua vez, acarretará dores e perda da qualidade de vida.

Embasada na Psicodinâmica do Trabalho, que tenta entender a ação de um determinado sujeito em um contexto determinado de trabalho, sabe-se que todo o comportamento é motivado, tem um sentido. Se uma certa conduta é insólita, isto se deve ao sofrimento subjetivo e às estratégias defensivas contra este sofrimento. A inteligibilidade deste ato do sujeito vem não da conduta que ele expressa, mas do sofrimento que o motiva. Assim, a subjetividade e suas particularidades emotivas devem ser levadas em consideração, pois influenciam diretamente na vida e, consequentemente, na conduta profissional, o que pode ser confirmado na fala de um dos entrevistados:

Precisei me afastar durante uma semana da residência, por recomendação do coordenador, foi ele que pediu para que eu me ausentar durante uma semana, por problemas pessoais relacionados à emoção, a estresse. (P26, Psiquiatria)

Identificou-se ainda um significativo sofrimento subjetivo em dos entrevistados relacionado diretamente às atividades exercidas na RM e à forma de como esse médico residente percebia a realidade que vivenciava. Ele afirma:

Tive uma depressão que pensei que eu fosse morrer, porque a exploração era muito grande.

Além da crise depressiva mencionada, esse entrevistado se submeteu a dois anos de acompanhamento psicológico, associado ao uso de medicação específica, no intuito de

solucionar tal situação. No entanto, durante a entrevista, foi possível identificar que o sentimento de exploração e a RM para esse médico residente, continua imbricado.

Outro caso de relevância nesse cenário da RM é o depoimento de um entrevistado, o impasse e as consequências para o consentimento de seu afastamento. Ele afirma:

Quebrei a mão durante a RM e não consegui liberação, tive que trabalhar com o outro braço. Só tive o afastamento depois que eu tive a complicações por conta da fratura. Não consegui afastamento inicial, tive que trabalhar com a mão quebrada. (...) Deixou uma cicatriz e só consegui o afastamento após uma complicação. Tive dores horríveis. (P24, Oftalmologia)

Foi possível observar que a saúde e a doença, como afirma Caponi, (1997), são dimensões constitutivas do processo dinâmico que é a vida, estando cada uma destas dimensões contida na outra. Por conseguinte, a partir desta ótica, o mais apropriado, de acordo com as ideias de Canguilhem (1990), seria falar que existem distintas normalidades, e que o conceito de saúde apreende as mais diversas formas de interação do indivíduo com os acontecimentos da vida, em detrimento dos tradicionais elementos causais e simplistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral a análise da relação entre a saúde de médicos residentes e o processo de residência médica (RM). Para tanto, buscou-se investigar inúmeros aspectos da atividade do médico residente, entre eles: o conteúdo e as especificidades da atividade do médico residente; as condições e a organização do trabalho dos médicos residentes; as fontes de sofrimento / prazer no trabalho; os modos de gestão adotados pelos médicos residentes na relação trabalho e vida privada; a dualidade entre ser médico e ser estudante que caracteriza a RM, concomitantemente aos riscos inerentes ao desempenho da atividade; e a ocorrência de problemas de saúde (doenças, acidentes, sofrimento), bem como as ações utilizadas na busca pela manutenção da saúde.

Quando questionados sobre o significado de “ser residente” e da experiência da RM, os entrevistados consideram o período da RM de forma expressiva como aprendizado, objetivando a especialização, para adquirir segurança e autonomia para o exercício e, consequentemente, para o crescimento profissional e maturidade, além de ser uma oportunidade para aprender ao máximo com os pares, os pacientes e os preceptores. Complementam afirmando que tal experiência de aprender a fazer deveria ser compulsória para todos, por ser o momento que muitos consideram o mais importante da vida acadêmica, tanto em termos de condutas quanto em termos de relacionamento interpessoal, devido ao caráter de exercício na prática daquilo que anteriormente era visto muito mais na teoria.

Afirmam ainda ser uma fase essencial na vida do médico, onde a medicina é vivenciada todos os dias intensamente no intuito de aprimorar a qualidade e preparar o profissional para o futuro exercício. Dessa forma, é encarada como uma experiência única, fundamental e confirmatória.

Segundo o discurso dos médicos residentes, o processo de RM é identificado por uma gama de significados em sua maioria positivos. Mas, por outro lado, o esgotamento

físico é apontado por eles, seja através do cansaço físico proveniente da falta de tempo para o descanso e para o estudo: “às vezes, o tempo que você tem, ou você dorme ou você estuda, então você estuda dormindo e dorme estudando, entendeu” (P8, Clínica Médica), seja pelo sentimento de estar sempre ocupado, sem tempo para si, para a família e para a vida extra RM.

Evidenciam-se as dificuldades do exercício profissional, diante da abordagem de algumas das características inerentes à tarefa médica que, isoladamente ou em seu conjunto, definem um ambiente profissional formado por intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer. Nesse sentido, observa-se o contato frequente com a dor e o sofrimento, o lidar com a intimidade corporal e emocional, o atendimento de pacientes terminais, com pacientes difíceis/queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos e/ou cronicamente deprimidos. Acrescente-se a isso o lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.

Entretanto, mesmo diante do contexto delineado, essa fase é encarada como transitória, e como tal, quando equiparada a perdas e ganhos, apreende-se que os médicos residentes estão se sacrificando no presente objetivando um melhor futuro logo adiante. Para isso, supõe-se que a consonância da juventude, do vigor físico e do desejo de que fala Dejours, através da ressonância simbólica, convergem enquanto hipóteses passíveis de explicar o fenômeno da RM para aqueles profissionais que anseiam por fazê-la.

E é bem verdade que muitos médicos anseiam pela RM. Entre os entrevistados, a maioria fez curso preparatório específico ainda durante a graduação, no intuito de auxiliar no desempenho nas concorridas provas do processo seletivo para a RM. No entanto, muitos deles exerceram a profissão previamente e, frutos dessa experiência, consolidaram

a certeza da necessidade da especialização. Para atingir esse objetivo, a maioria tentou o ingresso logo após a graduação, ou nos anos subsequentes, predominantemente entre os três anos seguintes.

Aprender em Medicina, como em outras profissões, é uma experiência pessoal, individual, e é mais provável que ocorra quando a aprendizagem é incorporada em um contexto que resulte em uma mudança de comportamento pretendida. Dessa forma, a normalidade pressupõe uma construção feita por cada um dos sujeitos, uma luta incessante para reconquistar o que se perde, refazer o que se desfaz, restabilizar o que se desestabiliza.

A atividade de trabalho (trabalho real) pode ser definida, então, como um processo de regulação e gestão das variabilidades. Compreender a atividade de trabalho é compreender os compromissos estabelecidos pelos trabalhadores para atender a exigências frequentemente conflitivas e, muitas vezes, contraditórias. Esses compromissos se vinculam a dois polos de interesses: os relativos aos próprios trabalhadores (saúde, desenvolvimento de competências, prazer) e os relativos à produção, do hospital enquanto estrutura. A atividade de trabalho é, portanto, sempre singular, visto que caracteriza o trabalho de indivíduos singulares e instáveis/variáveis, efetuado em contextos singulares e suas variáveis (em suas dimensões materiais, organizacionais ou sociais).

Nesse sentido, para apreender as singularidades, recorreu-se à observação participante, que acontecia no ambiente onde o médico residente desenvolvia as suas atividades, fossem clínicas ou cirúrgicas, além de contatos informais estabelecidos com eles e entre eles. Foi observado o cotidiano, as atividades, os relacionamentos entre os pares, com os preceptores e com os funcionários do hospital, os hábitos alimentares, a estrutura física e organizacional da instituição e a realidade de procedimentos cirúrgicos, através do acompanhamento de uma pequena cirurgia. A propósito desta experiência, foi

bem complicado para a pesquisadora lidar com a entrevista e se manter concentrada, ao mesmo tempo em que os profissionais e os equipamentos cirúrgicos desempenhavam as suas funções, e o ambiente era assimilado em sua complexidade e peculiaridade. Afinal, era uma vida humana que ali se encontrava, e, apesar de ser corriqueiro para os médicos residentes o procedimento que estava sendo realizado, para a pesquisadora, essa situação era inteiramente nova, desconhecida.

Dentre as condições de trabalho, identificaram-se as dificuldades no desempenho das funções do médico residente, como a falta de material para a realização de técnicas para preservação e/ou recuperação das condições de saúde do paciente, através da falta de insumos hospitalares. Isto contribui enquanto fonte de sofrimento associado à impotência diante de certas condicionalidades do serviço público, da estrutura do hospital e, em certos casos, a pressão e o excesso de trabalho.

Como principais fontes de prazer no trabalho do médico residente, os entrevistados apontaram a satisfação pessoal em ajudar o paciente, associado ao gostar e se identificar com a profissão, apesar das condições não serem assinaladas como as melhores. Chegando a minimizar o sofrimento e suas eventuais consequências.

Por estar tão presente e arraigado no cotidiano profissional, nas dificuldades desse cotidiano profissional, a noção de risco passa a ser vista como parte intrínseca da atividade, e a sua gama de variabilidade demonstra que, dentro da normalidade, o risco é elemento presente. Os principais riscos que emergiram nesta pesquisa foram: riscos ocupacionais (entendidos aqui como riscos físicos, biológicos, químicos e de acidentes); riscos organizacionais (entendidos como os riscos provenientes da organização do trabalho, sendo possível perceber que tais condições ocorrem em virtude de condições estruturais peculiares, tanto do organograma da estrutura quanto da estrutura física, que fogem ao controle do profissional que atua no âmbito hospitalar); e riscos psicossociais

(percebidos através do contato com diferentes atores sociais que compõem o espaço de um hospital-escola, e possíveis efeitos e consequências de tal relação).

Observou-se ainda que a vida extra-hospital fica relegada a segundo plano, tendo a família (muitas vezes de outro estado) que aprender a lidar e superar as ausências e a distância, seja em virtude da demanda horária da RM, seja em decorrência dos plantões em outras instituições. Essa privação do contato familiar implica, consequentemente, na perda de momentos festivos, tais como reuniões, aniversários e nascimentos, e de momentos mais difíceis, como a perda de familiares, ocasiões em que nem sempre a família comprehende a impossibilidade de se estar presente.

Nas falas dos entrevistados, percebe-se que os médicos residentes, ao optarem pela RM, fazem tal escolha cônscios de toda a conjuntura que a envolve, tanto no aspecto das limitações horárias, quanto de convívio familiar, e, inclusive, muitas vezes falam com naturalidade sobre essa impossibilidade. Resta, então, aos familiares terem que superar a ausência, e aos médicos residentes enfrentarem as consequências físicas e emocionais dessa situação. Trabalha-se mais, no entanto, vive-se menos com a família.

Além disso, fruto da dualidade característica entre o ser médico e o ser residente, estudante, existe a dissonância da responsabilidade médica contrapondo-se às limitações impostas à prática do médico residente, supervisionado pela preceptoria. Esse período de transição aluno-médico pode ser caracterizado ainda pelo isolamento social, pela sobrecarga de trabalho, pelo pavor de cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento, associados a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais.

Em razão dessas impossibilidades horárias, a saúde acaba por ficar relegada, uma vez que o trabalho assume uma parcela significativa do tempo e da vida do médico residente, muitas vezes não sobrando tempo para si, para sua saúde e para suas relações

afetivas e familiares. Foi possível observar ainda que o dia a dia exaustivo que eles próprios se impõem, ao cumprirem plantões extras, é rotina percebida como transitória, podendo-se considerar um sacrifício hoje, por estarem no auge da disposição física e mental, próprios da juventude, no intuito de se obter (ou obterem) um futuro melhor.

Identificou-se que os principais problemas relacionados ao trabalho do médico residente foram: a sobrecarga física e psíquica, a fadiga, a alteração do sono e das taxas hormonais, a alimentação inadequada, a falta de disposição para a prática de exercícios físicos, implicando, dessa forma, na diminuição da qualidade de vida. Em contrapartida, alguns participantes negaram que pudessem ter algum tipo de problema de saúde decorrente da RM.

Através dos resultados, foi perceptível a compreensão de que a atividade de trabalho dos médicos residentes denota significativo equilíbrio, sendo percebida como fundamental, mas transitória. Diante dessa conjuntura, um questionamento faz-se pertinente quando se reflete sobre o não adoecimento mesmo em razão da gama e diversidade de elementos apresentados: o que permite o não adoecimento, ou seja, que a saúde deles se mantenha?

Diante de tanta sobrecarga, jornadas extenuantes, dias completamente intensos, estresse, entre outras atribuições, o que faz com que os médicos residentes, apesar do tempo que é necessário durante essa fase, diminuindo a possibilidade do residente ganhar melhor financeiramente, se dedicar à RM? Será a perspectiva de um futuro melhor? O auxílio e a orientação de profissionais experientes? O status social? A aquisição do melhor *modus operandi*?

Questão complexa esta, e que não possui uma só resposta. O que observamos em nossas análises é que cada médico residente é único e possui histórias diversas de inserção e permanência nas instituições, bem como percepções específicas acerca de sua própria

atividade. Nesse sentido, percorremos apenas uma pequena parcela do caminho que nos conduz à apreensão desses fenômenos como um todo.

Convém destacar que, apesar da significativa presença da noção de competência encontrado na investigação sobre a RM, e, de maneira implícita, no discurso dos profissionais entrevistados, como o foco desta pesquisa encontra-se no eixo saúde e trabalho, optou-se por não aprofundar a temática, suscitando caminhos para futuras investigações. Outra limitação que pode ser considerada é a falta de um aprofundamento na discussão sobre a relação com a preceptoria, enquanto categoria na análise dos resultados, pois, devido à condicionalidade temporal, não foi possível explorar.

A presente pesquisa ao estabelecer e analisar as relações entre a RM e a saúde dos médicos residentes encontrou a formação intrinsecamente relacionada ao processo de aprendizagem dos profissionais em estudo, implicando significativa participação além da relevância para a constituição prática do médico residente, no entanto, não foi possível aprofundar tal aspecto. Dessa forma, sugere-se a análise da formação e suas implicações em pesquisas futuras.

Por fim, apesar das limitações desta pesquisa, espera-se que ela tenha contribuído para o enriquecimento de estudos sobre o trabalho dos médicos residentes, bem como para suscitar novos interesses na realização de outras investigações.

REFERÊNCIAS

Agosto, F. M., Peixoto, R., & Bordin, R. (1998). *Riscos da Prática Médica*. Porto Alegre: Dacasa.

Alves, C.A., & Osorio, C. (2005). Análise coletiva de acidentes de trabalho: dispositivo de intervenção e formação no trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, (8), 87-98.

Antunes, J.L.F. (1991). *Hospital – Instituição e História Social*. São Paulo: Editora Letras & Letras.

Antunes, R. (2004). Algumas teses sobre o presente (e o futuro) do trabalho. Em L. Dowbor., O. Furtado., L. Trevisan & H.Silva (Orgs.) *Desafios do Trabalho*. (pp. 38-46). Petrópolis: Vozes.

Antunes, R., & Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ. Soc.*, 25(87), 335-351.

Arendt, H. (1991). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Areosa, J. (2008). *Risco e análise de riscos: contributos para a sua conceptualização*. Em P. Arezes, (Org), Colóquio Internacional de Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO: 45-50, Guimarães, Portugal.

Areosa, J. (2009). Riscos de uma actividade de risco: um estudo de caso em contexto hospitalar, *Configurações* 5/6, 225-239.

Blanch, J.M. (1996). Psicología Social del trabajo. Em J.L. Álvaro, A. Garrido & J.R. Torregrosa. (Coords.). *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.

Bonfim, N.F. & Katsurayama, M. (2009). Residência Médica e Qualidade de Vida. Em J.C. Simões. (Coord.). *Manual do medico residente*. Curitiba. 168p.

Borges, M. E. S. (2006). *O rei está nu: tramas e urdiduras por uma gestão do trabalho*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Botega N. J. (2001). Residência Médica: Como melhorar sem os três anos? *Rev Bras Psiquiatr*, 23(3), 124-25.

Botti, S.H.O. & Rego, S. (2008). Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (3), 363–373.

Botti, S. H.de O. (2009). *O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino*. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Botti, S.H.O. & Rego, S. (2010). Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (1), 132-140.

Brandão Junior, P. S. (2000). *Biossegurança e Aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 124 p.

Brasil. (1977). *Decreto 80281/77*. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Brasil. (1981). *Lei 6932/81*. Regulamentação da Residência Médica.

Brasil. (1985). *Decreto 91.364/85*. Alteração da redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica.

Brasil (1997). Ministério do Trabalho. *Portaria nº 3214 de 08 de Junho de 1978: Normas Reguladoras. Segurança e Medicina do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 489 p.

Brasil. (2001). *Portaria SIT n.º 25, de 15 de outubro de 2001*. NR-6. Equipamento de Proteção Individual.

Brasil. (2010). *Medida Provisória 521/2010*. Alteração do valor da bolsa e ajuste das regras relacionadas aos benefícios concedidos aos médicos residentes.

Brito, J.C. de, Neves, M.Y., & Athayde, M. (Orgs.). (2003). *Caderno de textos: Programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB.

Bulcão, L.G., El-Kareh, A.C. & Sayd, J.D. (2007). Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinho*, 14 (2), 469-487.

Calil, L.C. (2000). Proposta de um modelo pedagógico para programas de Residência Médica. *RBM*;57(7), 751-756.

Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el Estatuto Epistemológico del Concepto de Salud. *História, Ciências, Saúde, Maguinhos IV* (2), 287-307.

Carvalho, M.B., & Felli, V.E.A. (2006). O Trabalho de Enfermagem Psiquiátrica e o Problema de Saúde dos Trabalhadores. *Rev. Latino-am de Enfermagem* 14(1), 61-69.

Chiodi, M. B., & Marziale, M.H.P. (2006). Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. *Acta Paul Enfer* 19 (1), 212-217.

Clot, Y. (2006). *A Função Psicológica do Trabalho*. Petrópolis: Vozes.

Clot, Y. (2007). Trabalho e sentido do trabalho. Em P. Falzon. (Org.). *Ergonomia*. São Paulo: Editora Blucher.

Clot, Y. (2010). *Trabalho e o poder de agir*. Tradução Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 368p.

Comissão Nacional de Residência Médica. (1996). *Critério para a definição de especialidades*. Mimeo. Brasília.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1 /2001. (2001, 3 de abril). Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p.12.

Cornu, R. (2003). A aprendizagem-produção. *Educação, saber e produção*. Lisboa: Instituto Piaget.

Correia, J. A. (2010). Trabalho e formação: Crônica de uma relação política e epistemológica ambígua. *Educação & Realidade*, 35(1), 19-34.

Dejours, C. (1987). *A loucura do Trabalho: Estudo da psicologia do Trabalho*, 4^a edição. São Paulo: Cortez e Oboré.

Dejours, C. (1988). Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem pela psicopatologia do trabalho. Em S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs). (2004). *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

Dejours, C. (1992). Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs). (2004). *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

Dejours, C. (1993a). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica. Em S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs). (2004). *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

Dejours, C. (1993b). Normalidade, Trabalho e Cidadania - Três aspectos presentes no novo conceito de saúde discutido por Christophe Dejours, pp.13-17, *Cadernos CRP-06*: São Paulo.

Dejours, C. (1993c). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2^o ed. São Paulo: Atlas, v. 1, p.149-173.

Dejours, C (1994a). O trabalho como enigma. Em S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs). (2004). *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

Dejours, C. (1994b). Entre sofrimento e reapropriação: O sentido do trabalho. Em S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs). (2004). *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

Dejours, C. (1997). *O Fator Humano*. São Paulo: Ed. FGV.

Dejours, C. (2007a). Prefácio. Em A.M. Mendes (Org). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dejours, C. (2007b). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. Em A.M. Mendes, S.C.C. Lima & E.P. Facas (Orgs.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2008). Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. Em S. Lancman & L.I. Sznelwar (Orgs.). (2004) *Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2012a). A inteligência no trabalho. *Sexualidade e trabalho*. Tomo I. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2012b). *Sexualidade e trabalho*. Tomo I. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C., Dessors, D. & Derslaux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33(3), 98-104.

Dejours, C & Abdoucheli, E. (1994). Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. Em C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.

Doppler, F. (2007). Trabalho e saúde. Em P. Falzon (Org.). *Ergonomia*. São Paulo: Blucher.

Elias, P. E. M. (1987). *Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Facchini, L. A. (1994). Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador. Em J. T. P. Buschinelli., L.E. Rocha & R.M. Rigotto (Orgs.) *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. (pp. 178-186). São Paulo: Vozes.

Falzon, P. (2007). Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia: elementos de uma análise cognitiva da prática. Em P. Falzon (Ed.) *Ergonomia*. São Paulo: Editora Blücher.

Ferreira, M. C. & Barros, P. C. R. (2003). (In)Compatibilidade Trabalho Prescrito – Trabalho Real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Alethéia*, Ulbra, Canos, RS.

Ferreira, M. C.; Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e risco de adoecimento: O caso dos auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília, DF: Edições LPA.

Feuerwerker, L.C.M. (1996). Avaliação da Residência Médica em São Paulo. *Cadernos Fundap* 19, 153-169.

Feuerwerker, L.C.M. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2(3).

Feuerwerker, L.C.M. (2000). *A formação de médicos especialistas no Brasil*. Curso Política de Rh para gestão do SUS, Brasília, dez 2000.

Feuerwerker, L.C.M. (2002). *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec.

Foucault, M. (1979). O Nascimento do Hospital. Em *Microfísica do Poder*. [Organização e tradução de Robert Machado]. Rio de Janeiro: Graal.

Gaudêncio, E.O. (2011). Saúde: apontamentos topográficos para a cartografia de um conceito. Em R. F. Alves (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB.

González Rey, F.L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Guedes, A. A. (2011). Riscos profissionais em anestesiologia. *Revista Médica de Minas Gerais*; 21(2 Supl 3): p.40-48.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Durafforg, J. & Kerguelen A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: A prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher.

Hossne, W. S. (2003). A Regulamentação de pesquisa com seres humanos como instrumento de controle social. Em P.A. de C. Fortes & E. L. C. P. Zoboli(Orgs.). *Bioética e Saúde Pública*. (pp. 95-111.). São Paulo: Edições Loyola.

Laurell, A.C. & Noriega, M. (1989). *Processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: UFMG / ArtMed.

Lhuilier, D. (2002). Trabalho. Em J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Coord.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa, Portugal: Climepsi editores.

Machado, S. P. & Kuchenbecker, R. (2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 871-877.

Maciel, R. (1995). *Tópicos decisivos da pós-graduação médica no Brasil*. Em Tendências atuais da pós-graduação na área médica ANM/ABC/UFPE/- UFRJ. Rio de Janeiro: (Mimeo).

Malvezzi, S. (2004). Prefácio. Em J.C. Zanelli, J.E. Borges-Andrade & A.V.B. Bastos (Orgs.). *Psicologia, trabalho e organizações no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

March, C. (2012). A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. *Universidade e Sociedade*. DF, ano XXI, n.49, janeiro de 2012, 62-70.

Martins, L.A.N. (2005). *Residência Médica: Estresse e Crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Marx, K. (1983). *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural.

Matta, G. C. & Morosini, M.V.G (2008). Atenção à saúde. Em I. B. Pereira & J.C.F. Lima (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. (pp. 39-44) [2.ed. rev. ampl.]. Rio de Janeiro: EPSJV.

Mauro, M.Y.C, Muzi, C.D., Guimarães, R.M. & Mauro, C.C.C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Rev Enfermagem UERJ*; 12, 338-45.

Medeiros, J.L.G., Madruga, D.P., Pereira, G.G., Lins, G.G.S.A. & Lins, Z. M. B. (2000). *Cinquentenário do Ensino Médico na Paraíba (1950-2000)*. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. 112 p.

Médici, A. C. (2001). Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil*, 47(2), 149-56.

Migeotti, L. (2005). Os filósofos gregos e o trabalho na antiguidade. Em D. Mercure & J. Spurk (Orgs.) *O trabalho na história do pensamento ocidental*. (pp. 17-36). Petrópolis: Vozes.

Minayo, M.C.S. (2007). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. Em: M. C. S. Minayo *et al.* *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M.C.S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.

Moura, D. (1989). Saúde não se dá, conquista-se. *Saúde em Debate*. São Paulo: Editora Hucitec.

Nogueira-Martins, L. A. (1991). Atividade Médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 20, 355-64.

Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.*, 1(1), 56-68.

Nouroudine, A. (2004). Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. Em M. Figueiredo, M. Athayde, J. Brito & D. Alvarez (Org.). *Labirintos do Trabalho: Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. (pp. 37-62). Rio de Janeiro: DP&A.

Nunes, M.P.T. (2003). Residência Médica no Brasil – situação atual e perspectivas. *Boletim Informativo da Associação Brasileira de Ensino Médico*, Rio de Janeiro.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, J. D'A. de S., Alves, M. do S. da C. F. & Miranda, F. A. N. de (2009). Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. *Rev. salud pública*, 11(6), 909-917.

Onofre, T.M.A.S.G. (1988). *A práxis do enfermeiro no hospital universitário: uma perspectiva histórica*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Osorio-da-Silva, C. (2002). *Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 128p.

Overejo Bernal, A. (2010). Significado do trabalho na sociedade contemporânea. Em: *Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o estresse no trabalho*. Porto Alegre: Artmed.

Pagliosa, F.L & Da Ros, M.A. (2008). O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 32(4), 492 – 499.

Pilotto, B. (2011). Crise dos HU's e a EBSERH. Recuperado de <https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpOG9NZlkTDVRWFNTSDFFd3pveE12QQ/edit?pli=1>

Pitta, A.M.F. (1989). *Trabalho Hospitalar e Sofrimento Psíquico*. Tese de Doutorado, USP: São Paulo.

Porto, M.F.S. (2007). *Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o local na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 248 p.

Rea, I. M. & Parker, R. A. (2000). *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira.

Ribeiro, H.P. (1993). *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez.

Ribeiro, R.C.; Fonseca-Guedes, C.H.F. & Nunes, M.P.T. (2009). Médicos recém-formados: sólida formação geral ou sólida formação especializada? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(4), 571 – 585.

Ribeiro, M.A.A. (2011). *Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil*. Consultoria Legislativa. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Brasília. 70 p.

Rios, I. C. (2010). Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(1), 1725-1732.

Santos, C. L. M., Rodrigues, C.L.P., Silva, L.B., Bakke, H.A., Leite, A.S.M. & Leal, M. M. A. (2011). Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). *Produção* 21(1), 181-189.

Saviani, D. (1994). O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. Em C. J. Ferretti et al. (Orgs.) *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar* [3^a ed]. Petrópolis: Vozes, p. 151.

Schwartz, Y. (2010). A experiência é formadora? *Educação & Realidade*, 35(1), 35-48.

Seligmann-Silva, E. (1994). *Desgaste Mental do Trabalho*. São Paulo: Cortez Editora.

Silva, M. M. A. (2001). *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. 186 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Souza, E. G. (1985). Residência Médica no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 9 (2), 112-114.

Souza, P.C.Z. de (2006). *O trabalho como possível: o caso das pessoas com “transtornos mentais graves”*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. UERJ, Rio de Janeiro.

Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Sznelwar, L. I., Lancman, S. & Uchida, S. (2011). A subjetividade no trabalho em questão. *Tempo Social* (USP. Impresso), 23, 11-30.

Thébaud-Mony, A. (2010). Riscos. *Laboreal*, 6(1), 72–73

Tonetto, A. M., Amazarray, M. R., Koller, S. H. & Gomes, W. B. (2008). Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil: Desenvolvimento Científico Contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 155-164.

XII Encontro Nacional de Entidades Médicas (2010). *Propostas para a formação do residente*. Brasília, DF.

Wuillaume, S.M. (2000). *O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria: uma análise*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Bio-sociodemográfico

Questionário Bio-sociodemográfico

I. Dados de identificação		
1. Sexo: () M () F		
2. Idade: _____		
3. Estado Civil: () Solteiro (a) () Separado (a) ou divorciado (a) () Casado (a) ou vive com companheiro (a) () Viúvo (a)		
4. Quantos filhos você tem, especifique idade e sexo: () idade: sexo: _____ _____ _____		
5. Quantas pessoas residem na sua casa além de você: ()		
6. Renda pessoal:		
7. Renda familiar		
8. Especialidade/ ano: () Anestesiologia () Infectologia () Obstetricia e Ginecologia () Oftalmologia () Psiquiatria () Clínica médica () Cirurgia geral () Gastroenterologia () Pediatria () Medicina intensiva () Medicina de Família e comunidade () R1 () R2 () R3		
9. Como foi o seu ingresso na Residência Médica (RM)? () Após a graduação () Entre 1 a 3 anos () De 3 a 5 anos () Mais de 5 anos () Fez curso preparatório () Anteriormente exerceu a profissão		
10. Você apresentava algum problema de saúde antes da RM? Quais _____		
E-mail de contato:		

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

- 1) Descreva um dia típico aqui no HU.

- 2) Que tipos de risco são mais comuns no seu cotidiano?

- 3) Você já experimentou alguma situação de risco?

- 4) Como foi essa experiência?

- 5) De que forma você vivencia a situação de ser médico e ser residente, estudante?

- 6) Quanto às condições de trabalho, como você as avalia?

- 7) Você teve algum tipo de problema de saúde desde que entrou na RM? Precisou de afastamento, como foi?

- 8) Você identifica alguma relação entre esses problemas de saúde e suas atividades no HU? Pensando nesse problema, ele foi solucionado?

- 9) O que mais lhe dá prazer na RM?

- 10) O que mais lhe faz sofrer na RM?
- 11) Como são as relações com o preceptor?
- 12) E com os pacientes?
- 13) Em que medida a residência interfere na dinâmica familiar e social?
- 14) Você pensa que isso interfere no seu estado de saúde?
- 15) Então, diante de tudo isso, o que é ser residente para você? O que significa essa experiência da RM?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa é sobre a **Análise da Atividade de Trabalho do Médico Residente**. Será desenvolvida pela mestranda **Monalisa Vasconcelos Ernesto**, sob a orientação do Prof Dr. **Paulo César Zambroni de Souza**.

Esse estudo tem como objetivo principal identificar as relações que se estabelecem entre a saúde dos residentes e o processo de residência médica. Os objetivos secundários do estudo são: Caracterizar as diferenças entre trabalho prescrito e trabalho real; Analisar as vivências de satisfação e sofrimento no desempenho da atividade; e Explorar as possíveis estratégias de enfrentamento da situação de trabalho.

Solicitamos a sua colaboração para responder ao questionário e a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e em eventos da área de saúde, assim como publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que o intuito dessa pesquisa é a compreensão das possíveis relações entre atividade e saúde, não oferecendo riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, pelo fone (83) 8845-3057 ou pelo e-mail monagton@hotmail.com. Assim como o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW através do telefone (83) 3216-7302 ou pelo e-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Monalisa Vasconcelos Ernesto.

Atenciosamente,

Monalisa Vasconcelos Ernesto
Pesquisadora Responsável

Anexos

Anexo I – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba



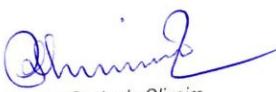
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES
HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/11/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DO MÉDICO RESIDENTE.** Protocolo CEP/HULW nº. 479/11, Folha de Rosto nº 467522, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE Nº 0193.0.426.126-11, dos pesquisadores MONALISA VASCONCELOS ERNESTO e PAULO CÉSAR ZAMBONI DE SOUZA (Orientador).

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 30 de novembro de 2011.



Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail:comiteedeetica@hulw.ufpb.br