

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DAVISSON GONÇALVES GIARETTA

EXERCER O CUIDADO: NARRATIVAS NO CONTEXTO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
HOSPITAL

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EXERCER O CUIDADO: NARRATIVAS NO CONTEXTO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM HOSPITAL**

DAVISSON GONÇALVES GIARETTA

ORIENTADORA: Profa. Dra. TATIANA QUARTI IRIGARAY

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

Porto Alegre

2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EXERCER O CUIDADO: NARRATIVAS NO CONTEXTO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM HOSPITAL**

DAVISSON GONÇALVES GIARETTA

ORIENTADORA: Profa. Dra. TATIANA QUARTI IRIGARAY

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

Porto Alegre
Janeiro de 2018

Ficha Catalográfica

G435e Giaretta, Davisson Gonçalves

Exercer o cuidado : narrativas no contexto de residência médica em hospital / Davisson Gonçalves Giaretta . – 2018.

108 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray.

1. Urgência e Emergência. 2. Cuidado. 3. Humanização. 4. Médico Residente. I. Irigaray, Tatiana Quarti. II. Título.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EXERCER O CUIDADO: NARRATIVAS NO CONTEXTO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM HOSPITAL**

DAVISSON GONÇALVES GIARETTA

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Tatiana Quarti Irigaray

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Orientadora – Presidente

Prof.^a Dr.^a Viviane Ziebell de Oliveira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Porto Alegre, janeiro de 2018

E aí estamos falando de um terceiro componente da medicina; a experiência de natureza psicológica e existencial que nasce do contato entre dois seres humanos, um que sofre, outro que se propõe a aliviar-lhe o sofrimento. Este componente é o que menos sofre injunções de caráter científico, tecnológico ou político-organizacional.

Moacyr Scliar (1987, p. 79)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.^a Dr.^a Mônica Medeiros Kother Macedo, meu reconhecimento e satisfação por fazer parte de minha trajetória acadêmica e profissional e por despertar em mim, desde a época da graduação em Psicologia, o interesse pela Pesquisa e pela Psicanálise. Meu sincero e inestimável agradecimento pela acolhida, pela transmissão de conhecimento, pela sensível, atenta e criteriosa leitura da presente Dissertação.

AGRADECIMENTOS

Ao término dessa instigante e frutífera experiência de Mestrado, agradeço às pessoas e às instituições que, de alguma forma, possibilitaram a exitosa realização desse estudo.

Aos meus pais, Ismael e Lilia, pela dedicação, pela disponibilidade, pelo incentivo e pelos ensinamentos e exemplos que permitiram tornar-me a pessoa que sou.

Ao meu irmão, Alessandro, pelo companheirismo, pela torcida e pelo afeto que sempre esteve presente em nossa relação.

Aos meus colegas de Mestrado, Alexandra Grigorieff, Bibiana Altenbernd, Mariana Ungaretti e Róger Michels, pelo profícuo convívio nesse período, pelas experiências compartilhadas e pela parceria construída nessa trajetória.

Aos meus colegas e professores, Roberta Monteiro, Paula Kegler, Cristiano Dal Forno e Carolina Falcão, pelos convites para dar aula nas disciplinas que ministram na graduação em Psicologia, permitindo-me ensaiar para a carreira docente.

A Fernanda Cesa, pelo carinho e incentivo e pelo privilégio de ter acompanhado, como bolsista de iniciação científica, seu mestrado.

Às acadêmicas de Psicologia, Mariana Felin, Isadora Colombo, Elisa Andreola, Marcela Gonçalves e Raíssa Rosa, pela prontidão e disponibilidade na transcrição das entrevistas e na formatação da Dissertação.

À Prof.^a Dr.^a Tatiana Quarti Irigaray, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/PUCRS, pela disponibilidade e pela afetiva acolhida nesse percurso.

Aos médicos residentes entrevistados, pela disposição em participar desse estudo e por compartilharem comigo suas histórias e experiências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de financiamento que viabilizou a efetivação dessa pesquisa e possibilitou a realização desse Mestrado.

A todos meu sincero agradecimento!

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
RELAÇÃO DE TABELAS	11
INTRODUÇÃO	12
SEÇÃO TEÓRICA. Entre o cuidado e o caos: reflexões sobre a prática médica no contexto de urgência e emergência hospitalar.....	17
SEÇÃO EMPÍRICA. Urgências e Emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
ANEXOS	100
ANEXO A. Parecer Consubstanciado do CEP/PUCRS.....	101
ANEXO B. Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos	106
ANEXO C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	108

RESUMO

A prática profissional na área da saúde, inquestionavelmente, envolve o cuidado ao outro. Para um efetivo cuidado humanizado, ressalta-se a condição de mutualidade, a partir da qual passa a integrar, também, a subjetividade do profissional que o exerce. Esta Dissertação de Mestrado buscou apreender e compreender em profundidade a experiência profissional e formativa de médicos residentes em um cenário marcado por tensionamentos entre as condições de trabalho e de aprendizado ofertadas e o demandado ao sujeito para uma efetiva prática de cuidado no contexto de urgência e emergência hospitalar. A fim de cumprir com essa proposição, compõem este estudo duas Seções, uma teórica e outra, empírica. A primeira Seção, intitulada *Entre o cuidado e o caos: reflexões sobre a prática médica em contexto de urgência e emergência hospitalar*, contemplou uma reflexão acerca da prática médica no contexto de urgência e emergência hospitalar, marcada pelas parcas condições de trabalho e pelas especificidades próprias ao caráter imprevisível e à prontidão em agir. A *ética do cuidado* em Psicanálise e a Humanização em Saúde proposta pela Política Nacional de Humanização compõem os eixos norteadores dessa discussão. Recorreu-se a vinhetas narrativas de quatro médicos residentes como recurso ilustrativo para essa problematização. Já na Seção Empírica, denominada *Urgências e Emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes*, buscou-se explorar as narrativas de oito médicos residentes cuja prática profissional ocorre em contexto de urgência e emergência hospitalar durante a Residência. Os dados decorrentes das entrevistas foram analisados por meio da Análise Interpretativa. Constatou-se, portanto, ser a Residência Médica buscada como especialização de excelência em Medicina. No entanto, o médico, ao tornar-se residente, depara-se com demandas e exigências que tomam contornos de excesso, o que, inevitavelmente, traz efeitos, muitas vezes nocivos, à subjetividade e ao processo de formação da identidade profissional. Por fim, sendo evidente a implicação da subjetividade do médico em seu fazer, é necessário atentar às condições profissionais de afetação, evitando, assim, práticas de indiferença tanto em relação ao outro como a si mesmo. Ou seja, a efetiva prática de mutualidade no cuidado torna-se fator essencial de proteção e promoção de saúde psíquica desses profissionais. Conclui-se, dessa forma, ser imprescindível a atenção institucional na direção da oferta de genuínos e oficiais espaços que fomentem a reflexão e a crítica sobre o que é efetivamente experienciado por médicos residentes, a partir do reconhecimento e do acolhimento de suas singulares demandas.

Palavras-chave: Urgência e Emergência, Cuidado, Humanização, Médico Residente.

Área conforme classificação do CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subárea conforme classificação do CNPq: 7.07.10.00-7 – (Tratamento e Prevenção Psicológica).

ABSTRACT

Professional practice in healthcare undoubtedly involves caring for the other. For an effective humanized care, the condition of mutuality is emphasized, from which it also integrates the subjectivity of the professional. This Masters Dissertation aimed to apprehend and to understand in depth the professional and formative experience of resident physicians in a scenario marked by tensions between the working and learning conditions offered and the respondent to the subject for an effective practice of care in the urgency and emergency hospital context. In order to comply with this proposition, two Sections compose this study, one theoretical and the other, empirical. The first section, entitled *Between the care and chaos: reflections about the doctor practice in urgency and emergency hospital context*, contemplated a reflection on medical practice in urgency and emergency hospital context, marked by the poor working conditions and the specific characteristics like unpredictability and readiness to act. The *ethics of care* in Psychoanalysis and Humanization in Health proposed by the National Humanization Politics are guidelines to this discussion. Narrative vignettes of four resident physicians were used as an illustrative resource for this problematization. In the Empirical Section, called *Care urgencies and emergencies: resident physicians' narratives*, the aim was to explore the narratives of eight resident physicians whose professional practice occurs in the urgency and emergency hospital context during the Residence. Data from the interviews were analyzed through Interpretative Analysis. Therefore we have found that the Medical Residence is sought as a specialization of excellence in Medicine. However, the doctor, when becomes a resident, is faced with demands and requirements that take on excess, which inevitably brings effects, often harmful, to his subjectivity and to his professional identity formation process. Finally, since the implication of the physician's subjectivity in his work is evident, it is necessary to pay attention to the professional's condition of affectation, thus avoiding indifference practices both towards the other and to himself. That is, the effective practice of mutuality in care becomes an essential factor of protection and promotion of psychic health of these professionals. It is concluded, therefore, that institutional attention is essential in the direction to offer genuine and official spaces that promote reflection and criticism on what is effectively experienced by resident doctors, from the recognition and reception of their unique demands.

Key-word: Urgency and Emergency, Care, Humanization, Medical Resident.

Área conforme classificação do CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subárea conforme classificação do CNPq: 7.07.10.00-7 – (Tratamento e Prevenção Psicológica).

RELAÇÃO DE TABELAS**Seção Teórica**

Tabela 1 – Caracterização dos participantes médicos residentes 19

Seção Empírica

Tabela 1 – Caracterização dos participantes..... 45

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado intitulada *Exercer o cuidado: narrativas no contexto de Residência Médica em hospital* está vinculada ao Projeto Maior, denominado *O contexto de urgências e emergências: narrativas sobre sofrimento e cuidado*. Ambos os trabalhos foram desenvolvidos no Grupo de Pesquisa Fundamentos e Intervenções em Psicanálise, coordenado pela professora Dr.^a Mônica Medeiros Kother Macedo. Esse Grupo de Pesquisa esteve vinculado à linha de pesquisa Teorias, Técnicas e Intervenções em Psicologia Clínica, na área de Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGP/PUCRS) no período de agosto de 2007 até julho de 2017. O Projeto Maior teve sua aprovação no CEP/PUCRS 1.463.961 (ANEXO A), e essa Dissertação está nele inserido com o objetivo de compreender a experiência profissional de médicos residentes no exercício do cuidado ao outro em atendimentos hospitalares que contemplem demandas de urgência e emergência.

Dentre os diversos problemas de saúde pública registrados na literatura (Bittencourt & Hortale, 2009; Garlet, Lima, Santos, & Marques, 2009; Mendes et al. 2013; Dal Pai & Lautert, 2009; Viola et al., 2014), destacam-se, especialmente, a complexidade estrutural e os entraves enfrentados pelo atendimento realizado nos serviços de urgências e emergências hospitalares. Esses serviços são caracterizados, principalmente, pela superlotação e sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde.

Nesse contexto, os profissionais estão direta e frequentemente em contato, tanto com a intensidade dessas demandas, como também com a precariedade de recursos necessários para a qualidade de suas intervenções. Desse modo, faz-se pertinente dar voz ao sujeito que tem o cuidado ao outro como prática de sua atividade laboral em um ambiente de trabalho caracterizado por adversidades impactantes.

Já no que tange à formação profissional em Medicina, Silva et al. (2011) constatam que o estresse atinge seu ápice na Residência Médica, momento em que ocorre a transição do papel de

aluno ao de médico. Observa-se, assim, segundo os autores, o predomínio de excesso de responsabilidade e de trabalho, a existência de pouco tempo para o convívio social e familiar, a exaustão e a privação do sono, o medo de errar, a baixa remuneração; aspectos esses identificados como fatores que podem contribuir para o sofrimento psíquico, ou até mesmo ao desenvolvimento de psicopatologias, como, por exemplo, estados depressivos e uso abusivo de substâncias e medicamentos (Hoelz & Campello, 2015; Silva et al., 2011).

No âmbito das políticas públicas, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como proposta primordial promover a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde (HumanizaSUS, 2004). Para tanto, deve-se considerar que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e, ao mesmo tempo, transformam-se a si próprios nesse mesmo processo. Dentre os eixos propostos pela PNH que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade, destaca-se o referente à *Educação Permanente*. Tal eixo indica que a PNH deve fazer-se presente no conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando, assim, nesses diferentes níveis de formação, os Polos de Educação Permanente e as instituições formadoras (HumanizaSUS, 2004).

Em meio às muitas demandas que fazem parte do cotidiano do atendimento em urgência e emergência hospitalares, como por exemplo, a tarefa de socorro e de manutenção da vida dos pacientes que ali adentram, os profissionais da saúde, inclusive o médico residente, são solicitados e exigidos à tarefa do cuidar. No exercício cotidiano de disponibilidade em assistir o outro, não necessariamente cuidam de si e tampouco são cuidados. Dedicar atenção aos profissionais de saúde, de forma ética, genuína, permanente e integral, caracteriza, portanto, uma necessidade, independentemente da dramaticidade de situações laborais nas quais eles intervêm. O acompanhamento e a assistência à saúde psíquica desses profissionais devem ser constantes. Visualiza-se, assim, a relevância de explorar a singularidade da experiência de profissionais da saúde em contextos de urgência e emergência, frente à exigência de prontidão e competência para o

cuidado ao outro, em um cenário no qual a estratégia de trabalho deve ser regida por uma política de humanização.

Esse é o objetivo central do projeto da Dissertação, o qual foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão Científica da Escola de Humanidades da PUCRS. A Dissertação é composta por duas Seções de estudo sobre o tema, de acordo com a Resolução nº002/2007 de 06/11/2007 do PPGP/PUCRS. A primeira Seção, de cunho teórico foi intitulada *Entre o cuidado e o caos: reflexões sobre a prática médica no contexto de urgência e emergência hospitalar*. Já a segunda Seção, de cunho empírico, denominou-se *Urgências e Emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes*.

A primeira Seção apresenta uma discussão teórica sobre o exercício de cuidado por parte de profissionais médicos em serviços hospitalares de urgência e emergência. Para isso, realizou-se uma revisão de elementos inerentes à compreensão do processo saúde-doença, bem como sobre fatores relativos à prática da Medicina. Recorreu-se à concepção de *ética do cuidado* proposta pela Psicanálise e à Política Nacional de Humanização como eixos norteadores da reflexão e da problematização sobre as implicações do cuidado ao outro na subjetividade do médico. Para fins ilustrativos, foram utilizadas vinhetas de narrativas de quatro médicos residentes cuja prática profissional ocorre em contexto de urgência e emergência hospitalar.

Na Seção Empírica, a partir dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas com oito médicos residentes cuja prática se dá em instituições hospitalares no estado do Rio Grande do Sul, apresenta-se um panorama das exigências da Residência Médica e seus efeitos na subjetividade dos residentes. Ao analisar as narrativas dos participantes, por meio do Método Análise Interpretativa de Erickson (1997), constatou-se a extrema relevância de considerar elementos que se fazem presentes no processo de formação do médico residente, bem como a relevância de ações institucionais que visem à promoção de práticas que tenham como alvo o cuidado ao profissional médico.

Não há dúvida de que as exigências e as demandas impostas ao médico residente em seu fazer profissional geram importante impacto em sua saúde física e mental. Esses efeitos decorrentes de demandas marcadas pelo excesso são, muitas vezes, deletérios aos residentes, como evidenciaram as narrativas dos entrevistados neste estudo. Justifica-se, portanto, a relevância da condução de pesquisas que possibilitem narrativas do sujeito sobre a singularidade de sua experiência. Dessa forma, é possível acessar elementos que, por vezes, frente ao predomínio da urgência e emergência do agir, escapam à necessária visibilidade e cuidado.

Referências

- Bittencourt, J. R., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439-1454.
- Dal Pai, D. D., & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 60-65.
- Erickson, F. (1997). Metodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. In M. Wittrock (Org.), *La investigación de la enseñanza* (pp. 195-301). Barcelona: Paidós.
- Garlet, E. R., Lima, M. A. D. S., Santos, J. L. G., & Marques, G. Q. (2009). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(2), 266-72.
- Hoelz, L., & Campello, L. (2015). Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 13(2), 126-134.
- HumanizaSUS. (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

- Mendes, A. C. G., Araújo Júnior, J. L. A. C., Furtado, B. M. A. S. M., Duarte, P. O., Silva, A. L. A., & Miranda, G. M. D. (2013). Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 161-166.
- Silva, G. C. C., Souza, E. G., Martins, L. A. N., Buys, R. C., Santos, A. A. S. M. D., & Koch, H. A. (2011). A importância do apoio psicológico ao médico residente e especializando em radiologia e diagnóstico por imagem. *Radiologia Brasileira*, 44(2), 81-84.
- Viola, D. C. M., Cordioli, E., Pedrotti, C. H. S., Iervolino, M., Bastos Neto, A. S., Almeida, L. R. N., Lottenberg, A. L. (2014). Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. *Einstein*, 12(4), 492-498.

SEÇÃO TEÓRICA

Entre o cuidado e o caos: reflexões sobre a prática médica no contexto de urgência e emergência hospitalar

Introdução

Trabalhar não é meramente exercer atividades produtivas. Para Martins (2009), é inerente à atividade laboral a interação interpessoal, em que a subjetividade do trabalhador está implicada em seu fazer. É evidente que, tanto na escolha como na prática de uma atividade laboral, a complexidade de fatores implicados se faz presente. Dal Forno (2015) entende que

a análise do trabalho humano exige que se tenha em conta a heterogeneidade deste campo de significações que se expressa em suas relações com a cultura, as múltiplas e particulares nuances intersubjetivas que compõem suas práticas, a mediação entre o mundo interno e externo, o potencial sublimatório das atividades laborais, dentre outras (p. 30).

A atividade do trabalho, portanto, tem-se mostrado um elemento central na vida do sujeito, visto que possui um papel imprescindível na constituição identitária, bem como no processo saúde-doença (Martins, 2009). O trabalho, assim, pode ser fonte tanto de saúde quanto de sofrimento.

Para uma reflexão a respeito do trabalho na área da saúde, mais especificamente em instituições hospitalares, aspectos relevantes e específicos devem ser considerados a fim de acessar a especificidade e a complexidade próprias a esse cenário laboral. Segundo Monteiro (2012), nessas instituições marcam presença fatores como sobrecarga de trabalho, inflexibilidade dos processos da instituição, enfrentamento com o sofrimento alheio e iminência cotidiana de morte. Constata-se que esses fatores podem fomentar experiências de intenso sofrimento psíquico para os profissionais da saúde. Estudos indicam a associação existente entre atividade laboral e adoecimento, destacando o fato de que sua expressão pode se dar por meio de padecimentos psicológicos (Asaiag, Perotta, Martins & Tempski, 2010; Hoelz & Campello, 2015; Nascimento Sobrinho, Barros, Tironi & Marques Filho, 2010; Nowakowska, Rasińska & Głowacka, 2016; Silva & Mendes, 2015).

Em meio às muitas demandas que fazem parte do cotidiano do atendimento em Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência (SHUE), estão as tarefas de pronto socorro e de prática sustentadas em atenção qualificada e eficaz, a fim de propiciar a excelência no cuidado demandado. A Resolução N° 2.077/14 de julho de 2014 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe

sobre a normatização do funcionamento dos SHUE e do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho, determina que os SHUE são compostos pelos prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades, exceto os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como, por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e congêneres.

No intuito de definir o espaço e o funcionamento dos SHUE, a Resolução Nº 2.077/14 do CFM alerta para o risco advindo de precárias condições de trabalho. A Resolução refere, por exemplo, que a sobrecarga de trabalho que ultrapassa o limite físico e intelectual do profissional pode comprometer a qualidade do atendimento médico prestado. Logo, o médico, além de se deparar com casos graves e de alta complexidade, inerentes ao seu fazer, está inserido, muitas vezes, em um ambiente laboral insalubre. A Resolução também adverte para o prejuízo no trabalho frente a condições que remetam a elementos tais como: estrutura física inadequada, agravada pela superlotação de pacientes que normalmente são atendidos por uma equipe de saúde subdimensionada; falta de segurança; má remuneração; falta de materiais e medicamentos; impossibilidade de realizar encaminhamentos de doentes que necessitam de atendimento para hospital de maior complexidade. Entende-se ser indispensável o questionamento sobre o efeito do excesso demandado a esses profissionais na medida em que o cotidiano de suas práticas está perpassado, inevitavelmente, por condições referidas na Resolução supracitada como fatores prejudiciais e impeditivos da excelência do cuidado a ser dispensado aos pacientes. Quais são os efeitos no *sujeito* trabalhador quando, em sua prática laboral em SHUE, o risco de sentir suas capacidades subjetivas e técnicas desgastadas e prejudicadas pelo enfrentamento de outros fatores se encontra potencializado?

A intensidade e o ritmo presentes no cotidiano de assistir o outro sempre repercute no agente dessa ação. Assim, dedicar atenção aos profissionais de saúde, de forma ética, genuína, permanente e integral, tem inquestionável relevância uma vez que o agente de cuidado é um *sujeito* que,

também, corre o risco de padecer frente ao descuido consigo mesmo e/ou frente a condições de trabalho que se transformem em excessos.

Nessa direção, tendo em vista a especificidade do cenário laboral dos SHUE, busca-se, neste artigo, explorar e problematizar elementos relativos ao exercício de cuidado por parte de médicos residentes. Para tanto, dentre as disciplinas que abordam elementos referentes ao cuidado ao cuidador elegem-se as contribuições teóricas da Psicanálise, entendendo-se como fundamental o destaque atribuído por ela aos elementos subjetivos que se somam às aptidões e habilidades técnicas de um sujeito ao exercer seu trabalho. Acredita-se que a reflexão sobre a prática laboral de cuidado não pode prescindir de um olhar sobre o *sujeito* agente de cuidado. Busca-se, assim, trazer ao debate os aspectos relativos à formação do médico e, também, elementos que permitam uma reflexão sobre a complexa prática de cuidado médico em contextos marcados por singulares exigências e evidentes precariedades. Trata-se, assim, de explorar as condições de trabalho do profissional da Medicina no sistema de saúde brasileiro, considerando as particularidades dos SHUE.

A fim de explorar as especificidades desta prática laboral, serão apresentados dados decorrentes de uma pesquisa qualitativa realizada com 15 profissionais da saúde (enfermeiros e médicos residentes). Neste artigo serão utilizadas, como recurso ilustrativo, as narrativas de quatro médicos residentes a respeito de suas práticas no contexto de urgência e emergência hospitalar (Tabela 1). A referida pesquisa foi realizada em uma universidade do sul do Brasil e teve seus trâmites éticos respaldados pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição.

Participante	Idade	Sexo	Residência	Ano da Residência	Ano de formação em Medicina
Participante 1	28	Fem.	Medicina de Emergência	R2	2014
Participante 2	36	Masc.	Medicina de Emergência	R2	2013
Participante 3	33	Fem.	Gastroenterologia	R2	2010
Participante 4	32	Fem.	Medicina de Emergência	R2	2014

Tabela 1: Caracterização dos participantes médicos residentes

A complexidade humana no contexto de saúde e doença

No século XVII, segundo Queiroz (1986), houve um crescente interesse pelas Ciências Naturais. Nesse contexto, Descartes instaura o Método Científico a partir da compreensão do corpo humano como uma máquina, propondo uma interpretação mecânica do mundo físico, inclusive do ser humano. Com esse método, estabelece-se uma dicotomia entre mente e corpo, sendo o último compreendido como um organismo imperfeito que obedece a leis mecânicas. Nessa perspectiva, a doença é concebida como um distúrbio de componentes da máquina humana, podendo ser, então, reparado pela intervenção de uma Medicina detentora do conhecimento das leis que regem essa máquina (Queiroz, 1986).

A Medicina moderna, segundo Askofare (2006), surge e se desenvolve a partir da crítica e da recusa das representações mágicas e religiosas da doença, bem como de uma casuística – coleção de casos – e de uma constituição de um *corpus* clínico alicerçado sobre uma observação metódica. Destaca-se, também, o apelo ao saber positivo racional sobre o corpo, sua anatomia e fisiologia, além da produção progressiva de um sistema etiológico, diagnóstico, terapêutico e prognóstico proporcionado pelo saber advindo da investigação acerca da natureza, ou seja, do corpo vivo (Askofare, 2006).

Queiroz (1986) ainda menciona que, historicamente, a Medicina ocidental moderna se desenvolveu a partir de um processo em que o paciente perde sua integridade, a consciência social e cultural de si mesmo. Assim, com o uso do método experimental, a Medicina tornou-se uma ciência natural, cuja prática orienta-se pelo princípio da causalidade (Moraes & Macedo, no prelo), transformando o paciente não apenas em um caso clínico, mas em um objeto a ser manipulado (Queiroz, 1986).

No século XVIII, a Medicina, de acordo com Foucault (1972/2011), seja ela psíquica, psiquiátrica, psicopatológica ou neurológica, tinha como sua principal função a substituição da religião ao converter o pecado em doença. Desse modo, cabia a ela preservar a moral da sociedade. Portanto, quando as leis e os hábitos morais fossem atacados, era papel essencial da Medicina a manutenção da moral, o que lhe conferia uma “função judiciária”, visto que definiria não somente o que é normal e patológico, mas também o lícito e o ilícito, o criminal e o não criminal (Foucault, 1972/2011).

A prática laboral e a produção de conhecimento em Medicina, inicialmente, não se valiam da instituição hospitalar. O nascimento dessa instituição, de acordo com Foucault (1978/2011; 1979/2004), como instrumento terapêutico, consiste em uma invenção relativamente recente, visto que data do final do século XVIII. Anteriormente a esse período, Foucault (1979/2004) refere que o hospital constituía-se essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, produzindo práticas de segregação e exclusão. Logo, a prática da Medicina não se vinculava ao cenário institucional, sendo hospital e Medicina domínios independentes. Para o autor, a qualificação do médico se pautava na mera transmissão de receitas, ficando a experiência hospitalar ausente em sua formação. Por conseguinte, a intervenção do médico na doença era organizada em torno da noção de crise. O profissional, ao observar o doente e a doença, deveria descobrir quando apareceu a crise – momento em que se confrontam, no doente, sua natureza sadia e o mal que o ataca. Era dever do profissional observar os sinais, prever a evolução e ter um prognóstico, sendo a cura considerada o predomínio

da natureza em detrimento da doença, pautada na relação individual entre médico e doente (Foucault, 1979/2004).

A partir de meados do século XVIII, a Medicina, pela primeira vez, adquire uma capacidade e um poder suficientes para que alguns doentes, frente à melhora de suas condições iniciais, deixassem o hospital (Foucault, 1976/2011). Assim, a origem do hospital médico, com fins terapêuticos e de cura, se dá a partir do ajuste de dois processos. O primeiro consiste no deslocamento da intervenção médica antes endereçada à doença propriamente dita e, agora, à anulação dos efeitos negativos do ambiente do hospital, transformando as condições do meio em que os doentes são alocados. Já o segundo processo compreende a disciplinarização do espaço hospitalar (Foucault, 1978/2011; 1979/2004). Observa-se, portanto, que a “medicalização” do hospital, no século XVIII, está diretamente relacionada a uma questão disciplinar, econômica e social (Foucault, 1978/2011). Desse modo, se impôs uma leitura naturalista como razão triunfante, legitimando com sua universalidade as práticas de medicalização (Birman, 2005).

Em contrapartida à concepção dual de ser humano, na qual sua subjetividade permanece em segundo plano, Freud, ao criar a Psicanálise, no final do século XIX e início do século XX, destaca os aspectos internos do ser humano, ao afirmar que mente e corpo estão intimamente relacionados (Moraes & Macedo, no prelo). Os fenômenos histéricos representavam um desafio para a Medicina, visto que seus sintomas não correspondiam à lesão neurológica localizável. Freud (1895/1996) compreende a histeria desde uma perspectiva da ordem do inconsciente, integrando, nessa concepção, corpo e psique.

Nesse sentido, a Psicanálise se apresenta como uma ferramenta teórica de reflexão sobre variados fenômenos humanos, colocando em evidência o sujeito e sua singularidade. A partir dessa perspectiva, busca-se refletir sobre o trabalho do médico em SHUE, levando em conta sua singularidade como *sujeito* que trabalha em um cenário laboral marcado por excessos. Desse modo, recorre-se à concepção da *ética do cuidado* como diretriz que destaca o cuidado ao cuidador.

A ética do cuidado e a atenção ao cuidador: efeitos no fazer médico

Com o advento da Psicanálise, observa-se, por conseguinte, uma ruptura epistemológica com o modelo do Método Científico proposto por Descartes. Freud modifica significativamente a compreensão e o tratamento das patologias psíquicas. Para Berlinck (2000), encontra-se, na proposição freudiana, o deslocamento da ênfase da descrição da patologia para a escuta do sintoma, ou seja, um redirecionamento da atenção do olhar para a escuta. A partir dessa modificação técnica, altera-se radicalmente a relação do médico com o paciente (Berlinck, 2000). Logo, a Medicina, dividida em várias especialidades, pôde se beneficiar com a invenção da Psicanálise, já que essa recomendava o tratamento do doente tanto quanto da doença (Ferenczi, 1933/2011).

Castro, Andrade e Muller (2006), ao aludirem à concepção de doença, incluem a influência do ambiente. Conjugam-se, para os autores, fatores provenientes do corpo, da mente, da interação corpo-mente, bem como da interação do sujeito com o ambiente e o meio social. Privilegia-se, assim, uma concepção integrada de saúde que, conforme Figueiredo (2011), consiste na reunião dos aspectos somáticos e psíquicos, estando ambos remetidos às dimensões socioculturais da existência individual. Nessa lógica, está inserido, ainda, o profissional cujo exercício laboral consiste no cuidar.

Tal evolução acerca da concepção de saúde e doença, bem como do lugar do sujeito no processo de adoecimento, mostra-se imprescindível no reconhecimento da complexidade presente no encontro entre paciente e profissional da saúde. O conceito ampliado de saúde-doença envolve aspectos do sujeito – biológicos e psíquicos – e sua interação com o meio em que se encontra, tendo importantes implicações na relação de cuidado estabelecida com o agente cuidador. Na existência do humano, é imprescindível o cuidado, que se dá no encontro com o outro; cuidado esse que deve ocorrer na lógica da reciprocidade: ao cuidar, deve-se, também, deixar-se ser cuidado.

No campo da saúde mental, inerentemente perpassado pela noção de cuidado, deve-se considerar a presença e a implicação do outro no processo denominado *ética do cuidado*. A dimensão ética do cuidar, segundo Plastino (2009), encontra-se pautada no reconhecimento do

campo da alteridade, assim como na diminuição do narcisismo e da onipotência. Nos tempos atuais, conforme o autor, observa-se um predomínio e uma ênfase no individualismo e nas formas de sofrimento psíquico que o acompanham, sendo a solidão, a depressão e a falta de sentido da vida causas de sofrimento que demandam cuidado psíquico. Os sentimentos de desamparo e de vulnerabilidade, nesse contexto, predominam, revelando as consequências das atuais relações sociais pautadas, sobretudo, em uma visão individualista, em que o “outro” é percebido como competidor, rival ou inimigo. O cuidar, de acordo com o autor, tende a se apresentar como uma *técnica*, tornando evidente seu valor comercial. Portanto, a dimensão ética do cuidado – que tem no reconhecimento do “outro” seu fundamento –, contrapõe-se à lógica das relações interpessoais predominante na contemporaneidade (Plastino, 2009).

Nessa direção, na clínica psicanalítica situa-se, também, uma modalidade singular de cuidado, exigindo a reflexão constante sobre seu fazer, orientado a partir de uma *ética do cuidado*, a qual tem início em Sándor Ferenczi, seu legítimo fundador. Ferenczi (1928/2011) enfatiza que o analista deve exercer o “tato psicológico” no processo de análise. Tato alude à capacidade de o analista “sentir com”, ou seja, conseguir tornar presentes as possíveis ou prováveis associações do paciente, que este ainda não percebe. Tendo em vista o trabalho psíquico do analista no processo de análise e, por vezes, sua sobrecarga de trabalho, Ferenczi (1928/2011) marca a importância da elaboração de uma “higiene” particular do analista, indicando, assim, a condição imprescindível da análise do analista.

Tomando-se essa constatação ferencziana como eixo de reflexão neste artigo sobre o cuidado ao cuidador, coloca-se em pauta e problematiza-se o cuidado do médico consigo mesmo, já que lhe são exigidas prontidão e qualificação no atendimento das demandas de urgência e emergência de outro. Ferenczi (1933/2011) já afirmava que, ao concluir a faculdade de Medicina, o médico detinha vasto conhecimento teórico sobre fisiologia; porém, não eram contemplados, em sua formação, os fatores psicológicos.

Nesse sentido, não apenas trata-se de dedicar pouca atenção aos fatores psicológicos relativos aos pacientes, mas sobretudo ao cuidado relativo aos efeitos, em si mesmo, desta prática de cuidado ao outro. Ferri e Gomes (2015) afirmam, por exemplo, que o principal objetivo do internato (período final da formação médica cumprido em um hospital vinculado à universidade) consiste em oferecer uma formação prática generalista, privilegiando os aspectos técnico e experimental, a fim de estimular a formação de profissionais mais aptos à compreensão de evidências científicas. A ênfase dada à aquisição de conhecimento técnico-científico desde a formação médica alerta para o risco de uma prática reducionista e exclusivamente tecnicista, a qual desprezaria a subjetividade tanto do paciente como do profissional.

A investigação realizada sobre os impasses que se apresentam ao médico residente em sua experiência laboral em contextos hospitalares de urgência e emergência permitiu o acesso a importantes narrativas. Os profissionais participantes narraram suas angústias e preocupações em prestar um atendimento médico integral ao sujeito e não, meramente, tratar a patologia em questão. Tal tema é ilustrado na fala da participante 1:

“Então, são dois problemas ali que a gente enfrenta: a situação em si de doença, tratamento, de técnica e a situação com as pessoas que estão em volta, que não deixam de serem seres humanos. Então a gente tem que humanizar aquele atendimento, para ele não se tornar uma coisa objetiva, técnica, vou curar, vou aplicar essa técnica”.

Além disso, constata-se que a prática médica nesse cenário gera singulares efeitos no sujeito agente do cuidado. A fala da participante 1 ilustra o desafio em trabalhar com pacientes graves considerando-se o fato de que a superlotação da unidade soma-se, como excesso, à evidente gravidade das situações clínicas que lhe são demandadas:

“É difícil, assim, é pesado, eu me sinto carregada, eu chego em casa, meu Deus, querendo tomar um banho e ‘botar’ tudo para fora, porque é pesado. É pesado lidar com gente que está grave, paciente grave, é mais pesado ainda lidar com superlotação”.

Já o participante 2 refere que situações de óbito de paciente, principalmente quando óbito de crianças, acabam por comovê-lo mais. Ao lembrar-se de uma situação de resgate pré-hospitalar de uma criança, o participante 2 mobiliza-se ao contar:

“Então aquela criança eu... sofri muito com ela pelo sofrimento da mãe. Eu sabia tecnicamente que ela não ia sair, investimos tudo o que tinha para investir nela, e aquele sofrimento daquela mãe, e o desespero daquela mãe não me sai da cabeça até hoje”.

A participante 3 afirma que, em seu início de trabalho como médica se afetava mais com os casos atendidos, mas que, com o passar do tempo, aprendeu a lidar melhor com essas situações. É evidente seu reconhecimento à necessidade de criar recursos pessoais para dar conta das demandas laborais cotidianas:

“No começo eu sonhava bastante com os pacientes, com os casos. Eu ficava muito envolvida. Aí depois, aos poucos, tu vai... tu consegue se envolver, mas não tanto assim de trazer as coisas para casa. (...) E não sei, acho que isso foi acontecendo, tanto pela terapia, mas pelo dia a dia... acho que tu vai aprendendo a lidar com as coisas de uma forma natural. Não sei explicar”.

Na sequência de sua narrativa a respeito de sua afetação frente ao sofrimento experienciado no trabalho, a participante 3 fala explicitamente sobre ter buscado um processo psicoterapêutico: *“O que eu fiz de mais ativo para lidar melhor com isso foi começar a fazer terapia, faz três anos que eu faço”.*

A participante 4 conta que inicialmente se afetava tanto com as situações laborais que experienciava intenso sofrimento. No entanto, aos poucos, ela relata ter buscado alternativas para melhor lidar com os efeitos de seu trabalho:

“É impossível não ter um envolvimento! É uma coisa que tu sempre vai lidando com isso, de aprender a não levar isso para casa, de não levar isso para a tua vida. (...) O pior sofrimento é quando tu não consegue separar. Acho que nunca consegue totalmente, mas... aos poucos

tem que ir trabalhando isso de menos levar para casa, essas informações, porque senão tua vida se resume àquilo”.

Aredes e Modesto (2016) encontraram resultados semelhantes aos conteúdos das narrativas apresentadas ao realizarem uma pesquisa etnográfica sobre a prática médica em um hospital de pronto-socorro de referência em Minas Gerais. Os autores constataram que os médicos participantes de seu estudo são afetados por situações vivenciadas em seu trabalho. A partir desses achados, os pesquisadores contestam a predominante e, muitas vezes, instituída ideia de indiferença do médico em relação ao outro, sustentada no próprio ensino médico e no senso comum.

Na pesquisa realizada com médicos residentes no contexto de urgência e emergência hospitalar, evidenciou-se que a prática laboral pode incitar a uma reflexão, por parte do médico, não só sobre seu trabalho, mas também a respeito de sua vida pessoal. A participante 4 relata:

“Acho que no início isso já é um choque de realidade, sim, forte, pelas histórias que eles [pacientes] trazem... não só pela parte médica, entendeu? Porque vem um monte de coisa associada. Então, às vezes, tu para, tu questiona tudo que tu fez na tua vida”.

Nas narrativas dos quatro participantes são reconhecidos por todos o efeito emocional de seu trabalho em suas vidas pessoais. No entanto, apenas a participante 3 menciona claramente ter sido um processo psicoterápico a alternativa buscada. Figueiredo (2009) salienta que além de cuidar do outro, é necessário ao cuidador, também, cuidar de si. Para tanto, o cuidador deve renunciar à sua própria onipotência e aceitar sua dependência, para “deixar-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercido e transmitido” (Figueiredo, 2009, p. 131). Dessa forma, é imprescindível que o sujeito trabalhador possa reconhecer e admitir os efeitos em si de sua prática, a fim de almejar ser reconhecido como um *sujeito* trabalhador, tanto por seus pares quanto pelo contexto institucional. Nesse genuíno e fundamental processo de implicação da subjetividade no trabalho, a condição de cuidado ao cuidador ganha destaque.

Cuidado e Humanização em saúde: da prescrição à prática

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e consolidado pela Lei Orgânica Nº 8.080 (setembro, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Desse modo, o SUS considera três níveis de atenção à saúde: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

No que concerne à atenção primária em saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, proposta pelo Ministério da Saúde (2006), é concebida como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que devem resolver os problemas de saúde de forma regionalizada, contínua e sistemática. Assim, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Observa-se, no entanto, que a qualidade e a eficácia de intervenções na atenção básica efetivamente não são privilegiadas no sistema de saúde. Azevedo, Pereira, Lemos, Coelho e Chaves (2010) esclarecem que o esforço no incremento das ações básicas de saúde ainda é insuficiente para resolver um grande contingente de problemas de saúde no nível primário de atenção. Dessa forma, a atenção terciária, que envolve o sistema hospitalar, continua recebendo um grande número de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos de alto custo e internações (Azevedo et al., 2010), sustentando e conservando uma lógica predominantemente curativa e hospitalocêntrica. Tal lógica vai de encontro aos princípios e diretrizes do SUS, provocando, conseqüentemente, importante impacto nos SHUE, como por exemplo, sua superlotação.

Atualmente, diversos obstáculos e desafios decorrentes da burocratização do serviço e da cristalização das questões organizacionais provocam importantes impactos nos SHUE do Brasil (Poll, Lunardi & Lunardi Filho, 2008). Como ilustração desse caos estão a superlotação dessas unidades, com taxa de ocupação de leitos chegando a mais de 100%; carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos; sobrecarga de trabalho; demanda inadequada (casos de menor complexidade que poderiam ser resolvidos na atenção primária são destinados a esses serviços);

estrutura física inapropriada; verba insuficiente; precariedade ou ausência de equipamentos e materiais; gerenciamento precário de recursos; ausência de leitos de retaguarda; fragilidade no planejamento efetivo (O'Dwyer, Oliveira & Seta, 2009; Poll et al., 2008; Rosado, Russo & Maia, 2015; Bittencourt & Hortale, 2009; Mendes et al., 2013). Essas limitações e precariedade que constituem em efetivos obstáculos e desafios no cotidiano do trabalho são evidentes nas narrativas produzidas pelos médicos residentes, participantes do estudo em questão. São falas que desvelam o impacto dramático de tais condições no cuidar ao outro, assim como no cuidado dirigido a si mesmo.

“A gente vê muito disso, mais pela superlotação. Às vezes tu não consegue dar o atendimento que gostaria, porque tu tem tanta coisa para fazer, tem tanta gente para ver e tudo, que tu não consegue se dedicar da forma como seria necessário. Então, às vezes entristece se tu olha por esse lado, porque é muita dificuldade ainda, é muito, muitos problemas que, quem sabe um dia, a gente conseguirá resolver” (Participante 4).

A participante 3, embora atualmente esteja cursando sua segunda residência, conta sobre sua experiência como médica contratada em uma unidade de emergência de um hospital geral após o término de sua primeira residência em Medicina Interna:

“Embora minha carga horária mensal não fosse grande, sempre que estava lá durante as doze... os plantões de doze horas, que eram doze horas fixas, sempre saía completamente exausta, pelo volume de pacientes. (...) Emergência sempre lotada e eram... às vezes quinze pacientes por turno de seis horas para ser visto, evoluído, prescrito, visto exames, discutido, tudo, falar com a família. Então era uma coisa enlouquecedora!”

São narrativas sobre o inegável impacto do excesso como cotidiano. A participante 3 enfatiza a complexidade dos casos e a responsabilidade do médico em meio a esse cenário:

“Tu tem que resolver tudo da vida daqueles quinze pacientes por turno, internados, pacientes graves. Não é só uma infecção urinária, só uma pneumonia, são pacientes com múltiplas

comorbidades que tu tem que abraçar e fazer tudo do jeito que dá, porque tem que ser na correria. É muita correria! Muita correria!”

As precárias condições de trabalho, o excesso de atividades e a exigência de prontidão e o êxito no atendimento em urgência e emergência têm efeitos diretos na saúde do profissional. Esses elementos podem impor um trabalho constante, intenso e sob pressão, gerando uma sobrecarga de trabalho, inclusive mental, contribuindo para a ocorrência de acidentes de trabalho e de sofrimento psíquico; a manifestação de doenças psicossomáticas; a possibilidade de uso abusivo de medicações controladas; o consumo de álcool e de outras drogas; o absenteísmo; a elevada rotatividade e conflitos profissionais (Poll et al., 2008).

No que tange às condições do sistema de saúde brasileiro, a fala da participante 4 denuncia um aspecto da saúde pública que merece especial atenção:

“A gente vê hoje o problema da saúde pública, querendo ou não, acaba estourando nas emergências”.

Segundo O’Dwyer, Matta e Pepe (2008), os prontos-socorros ainda são uma importante porta de entrada para a assistência médica. Os autores salientam, também, que uma considerável parcela da população usuária do SUS busca assistência por meio de consultas de pronto atendimento nos prontos-socorros dos hospitais, em vez de buscar esse tipo de atendimento na rede básica de saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006). Logo, sem uma ampla revisão do sistema de saúde, os SHUE continuarão a ser usados de forma inapropriada pelos pacientes como alternativa para o atendimento primário (O’Dwyer et al., 2009).

Na prática de cuidado na área da saúde, por se tratar de uma prática que supõe o encontro de diferentes sujeitos – quem cuida e quem é cuidado –, é imprescindível discorrer acerca da temática da humanização, a qual, como elemento essencial, deve perpassar a relação desses sujeitos. Por vezes, atribuir o termo *humanização* às relação que se dão entre pessoas no contexto da saúde pode parecer redundante ou, até mesmo, causar certa estranheza. No entanto, além de ser um conceito

amplo e polissêmico, faz-se necessário elucidar sua concepção a fim de diferenciá-la da lógica própria do senso comum. Goulart e Chiari (2010) definem que

Humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida (p. 261).

Esse conceito pode ser complementado a partir da compreensão proposta por Rios (2009), no sentido de que a humanização está fundamentada no respeito e na valorização da pessoa humana. A humanização consiste, nesse sentido, em um processo que objetiva a transformação da cultura institucional a partir da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e gestão de serviços (Rios, 2009). Pontua-se, mais especificamente, o lugar do médico nesse processo de humanização, tanto de agente do cuidado como, também, de sujeito a ser cuidado.

A humanização como política pública, está regulamentada, no Brasil, pela recente Política Nacional de Humanização (PNH), sendo proposta como estratégia essencial de interferência no processo de produção de saúde. Para tanto, deve-se considerar que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades; e, ao mesmo tempo, transformam-se a si próprios nesse mesmo processo (HumanizaSUS, 2004). A PNH é composta por um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que engloba usuários ou profissionais da saúde em qualquer instância de efetuação. Um dos importantes aspectos a ser contemplado nessas diretrizes alude, também, a proporcionar cuidado, pessoal e institucional, ao cuidador (Rios, 2009).

Cabe, portanto, direcionar o olhar e a escuta para o médico, que, no contexto de urgência e emergência hospitalar, está direta e continuamente em contato com o sofrimento humano. O relato a seguir da participante 1 indica que é inerente à profissão médica o contato com o sofrimento do

outro. Retomar as diretrizes da PNH permite identificar que tal aproximação deveria se dar mediada pela proposição da humanização. A participante 1 é crítica sobre a ausência dessa condição no cotidiano de seu trabalho:

“Falta humanização mesmo, a gente tem que humanizar o atendimento. A gente tem que sentir, mas a gente tem que moldar como a gente vai perceber aquelas coisas e as nossas reações, que é o mais difícil, né?”

A participante 1 assume a preocupação sobre princípios que indiquem como fazer para encontrar alternativas frente aos impasses que experencia no contexto laboral. Torna-se, portanto, fundamental incluir na reflexão o papel institucional. Essa questão é abordada pela participante 4:

“A gente não é ouvido na maioria das vezes. Até a gente estava questionando que a gente não tem um feedback da nossa chefia, por exemplo. (...) A maioria das vezes a gente não tem isso, não tem esse retorno.(...) Até a gente comentou, mas ninguém nos ouve em relação a isso. E, às vezes, eles nos ouvem só para nos dizer não”.

A narrativa contempla algo que é compartilhado entre os profissionais, a saber, a importância de serem escutados em relação às suas necessidades, bem como um retorno sobre como são percebidos pela instituição. A narrativa da participante denuncia a expectativa do direcionamento de um olhar institucional atento e sensível às necessidades dos profissionais. O participante 2 reconhece ser essencial a existência desta modalidade de atenção institucional, a fim de atentar para riscos à saúde psíquica.

“E quem é que cuida das pessoas que cuidam das pessoas? (...) Falta esse suporte psicológico. (...) Por que a mente do médico não se fragiliza? Por que a mente do técnico de enfermagem, do enfermeiro não se fragiliza? É óbvio que se fragiliza. E por que a gente não tem esse suporte psicológico?”.

Miranda, Serafini e Baracat (2012) referem que o exercício laboral no ambiente hospitalar leva os profissionais, muitas vezes, a se deparar com suas próprias angústias, o que interfere, de alguma maneira, em sua prática profissional, ou seja, no cuidado com o outro. No contexto de

urgência e emergência, o cotidiano laboral é marcado por situações que demandam emocionalmente do médico, conforme explicita a fala da participante 1:

“Emergência é... tem que gostar muito, porque realmente é difícil, não só pelo que é inerente à profissão e à especialidade. É lidar com doenças graves, com morte, com famílias fragilizadas de pacientes graves. Já é difícil por causa disso”.

O participante 2 corrobora a existência do impacto singular de uma prática laboral ao comparar o trabalho do médico emergencista¹ com o trabalho do obstetra:

“É diferente de tu lidar com parto, onde tu tem vida a todo momento. Ali a gente lida com pacientes nos seus piores dias”.

Na perspectiva psicanalítica, para Rios (2009), humanização diz respeito ao lugar da subjetividade no campo da saúde. Tornar humano significa admitir todas as dimensões humanas do sujeito – histórica, social, artística, subjetiva, sagrada ou nefasta – e viabilizar escolhas conscientes e responsáveis (Rios, 2009). Assim, está na base do exercício da prática humanizada em saúde o reconhecimento da diferença no campo alteritário, ou seja, o reconhecimento do outro em sua singularidade.

Considerações Finais

É evidente a relevância de dar voz aos profissionais a fim de lhes possibilitar a expressão e o reconhecimento de suas angústias e sofrimentos a partir da singularidade dos efeitos de suas práticas laborais. A escuta de suas narrativas permitiu identificar tanto os aspectos assinalados como potencialmente excessivos e dificultadores de seu trabalho, como também reconhecer as condições de potencial criativo (criar-ação). No reconhecimento desses fatores é possível contribuir com ações que visem ao cuidado e à atenção à saúde mental do trabalhador. A humanização, nesse sentido,

¹ A *Medicina de Emergência* é reconhecida como especialidade médica no Brasil pela Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 2.149/2016, a qual regula a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

passa a se referir ao reconhecimento ético do humano na condição laboral e, portanto, a acolher o sofrimento de um profissional diante das demandas de seu fazer.

Rios (2009) enfatiza que, para um cuidado humanizado, é exigido o reconhecimento das subjetividades como instância essencial para uma melhor compreensão dos problemas, bem como para uma busca de soluções compartilhadas. Esse modo de fazer saúde, de acordo com a pesquisadora, caracteriza-se por valores como participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária. Assim, como resultado final, tem-se qualidade da atenção e melhores condições de trabalho. A essência da humanização é, portanto, o enlace entre a competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

O trabalho exercido no contexto de urgência e emergência hospitalar desvela significados e complexidades que deixam evidente a relevância do *sujeito trabalhador*. Nesse sentido, a prática de cuidado exercida pelo médico nesse contexto de cuidado e de caos indica ser imprescindível a apreensão da importância e da magnitude de uma prática que contemple o cuidado ao cuidador. As ilustrações narrativas sobre singulares práticas laborais apresentadas não deixam dúvida quanto ao fato de que a subjetividade é um elemento central e insubstituível na qualidade de uma ação humana.

Referências

- Aredes, J. S., & Modesto, A. L. (2016). “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 435-453.
- Asaiag, P. E., Perotta B., Martins, M. A., & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e *burnout* em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-429.
- Askofare, S. (2006). A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. *Psicologia USP*, 17(2), 157-166.

- Azevedo, A. L. C. S., Pereira, A. P., Lemos, C., Coelho, M. F., & Chaves, L. D. P. (2010). Organização dos serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 736-745.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Birman, J. A. (2005). *Physis da saúde coletiva*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl.0), 11-16.
- Bittencourt, R. J., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439-1454.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). Brasília, DF: Senado Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Castro, M. G., Andrade, T. M. R., & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da História. *Psicologia em Estudo*, 11(1) 39-43.
- Dal Forno, C. (2015). *Especificidades da experiência profissional de bombeiros* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ferenczi, S. (2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. In A. Cabral (Ed. e Trad.). *Obras Completas - Psicanálise IV (Vol. 4)* (29-42). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011). Influência de Freud sobre a Medicina. In A. Cabral (Ed. e Trad.). *Obras Completas - Psicanálise IV (Vol. 4)* (97-109). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1933).
- Ferri, P. A., & Gomes, R. S. (2015). Formação situada ou situações do formar: internato médico em questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 252-260.

- Figueiredo, L. C. (2009). As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In M. S. Maia (Org.). *Por uma ética do cuidado* (pp. 121-140.) Rio de Janeiro: Garamond.
- Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), 11-29.
- Foucault, M. (2004). *Microfísica do poder* (20. ed.). Rio de Janeiro: Graal. (Obra originalmente publicada em 1979).
- Foucault, M. (2011). A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In M. B. da Motta (Org.). *Ditos & Escritos Vol VII - Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (444-458). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1978).
- Foucault, M. (2011). As grandes funções da medicina em nossa sociedade. In M. B. da Motta (Org.). *Ditos & Escritos Vol VII - Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (305-306) Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1972).
- Foucault, M. (2011). Crise da medicina ou crise da antimedicina?. In M. B. da Motta (Org.). *Ditos & Escritos Vol VII - Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (374-393). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1976).
- Freud, S. (1996). Estudos sobre a Histeria. In J. Strachey (Ed. e Trad.). *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 2)* (39-56). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1895).
- Goulart, B. N. G., & Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255-268.
- Hoelz, L. & Campello, L. (2015) Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 13(2), 126-134.
- HumanizaSUS (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Martins, S. R. (2009). *Clínica do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. C. G., Júnior, J. L. A., Furtado, B. M. A. S. M., Duarte, P. O. Silva, A. L. A. & Miranda, G. M. D. (2013). Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 161-166.
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
- Miranda, K. L., Serafini, P. C. & Baracat, E. C. (2012). O cuidado psicológico ao médico em reprodução assistida: um enquadre diferenciado. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 71-79.
- Monteiro, J. K. (2012). Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 12(2), 245-250.
- Moraes, F. C. F. S., & Macedo, M. M. K. (no prelo). A noção de psicopatologia: desdobramentos em um campo de heterogeneidades. *Revista Ágora*.
- Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. S., Tironi, M. O. S., & Marques Filho, E. S. (2010). Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 106-115.
- Nowakowska, I., Rasińska, R., Głowacka, M. D. (2016). The influence of factors of work environment and burnout syndrome on self-efficacy of medical staff. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 23(2), 304-309.
- O'Dwyer, G. O, Matta, I. E. A., & Pepe, V. L. E. (2008). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1637-1648.

- O'Dwyer, G. O., Oliveira, S. P., & Seta, M. H. (2009) Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1881-1890.
- Plastino, C. A. (2009). A dimensão constitutiva do cuidar. In M. S. Maia (Org.). *Por uma ética do cuidado* (53-87.) Rio de Janeiro: Garamond.
- Poll, M. A., Lunardi, V. L, & Lunardi Filho, W. D. (2008). Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 509-514.
- Queiroz, M. S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20(4), 309-317.
- Resolução N° 2.077/14 de 24 de julho de 2014*. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. (2014). Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasil. Recuperado de <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>.
- Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 253-261.
- Rosado, I. V. M., Russo, G. H. A., & Maia, E. M. C. (2015). Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3021-3032.
- Silva, I. M., & Mendes, F. P. (2015). O *burnout* em enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 373-386.

SEÇÃO EMPÍRICA

Urgências e Emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes

Introdução

O processo de subjetivação humana sofre influência das relações estabelecidas entre a história individual e o contexto sociocultural. Nesse sentido, segundo Rios (2009), a dimensão subjetiva consiste no “resultado de processos relacionais contínuos de natureza biológica, histórica, psíquica, social, cultural, religiosa, que se condensam ou sedimentam no indivíduo e lhe determinam características particulares” (p. 42). Desse modo, de acordo com a autora, a subjetividade compreende um plano singular, o que é da ordem do sujeito, e um plano coletivo, o que é compartilhado com outras pessoas em um mesmo tempo, como a linguagem e os valores socioculturais.

Nessa direção, o exercício laboral pode ser compreendido a partir dessas recíprocas interações entre o que é interno e o que é externo ao sujeito, sendo o trabalho, assim, considerado um relevante elemento de interação entre a realidade psíquica e a realidade material (Kegler, Santos & Macedo, 2011). Portanto, segundo Ramminger e Nardi (2008), o trabalho não diz respeito somente às técnicas de produção, devendo-se considerar, também, o modo como os sujeitos vivenciam e atribuem sentido às suas experiências laborais. Os autores ainda ressaltam que as experiências de trabalho variam de acordo com o contexto social, histórico e econômico, fazendo emergir distintos processos de produção de subjetividade, bem como diferentes sujeitos trabalhadores.

No campo da saúde, mais especificamente no contexto hospitalar, o profissional da saúde depara-se cotidiana e constantemente com a dor e o sofrimento do outro, tendo a morte como elemento presente em seu exercício laboral (Kóvacs, 2010). Para Diefenthaler, Cataldo Neto, Furtado, Zimmermann e Coelho (2006), há um paradoxo relativo à instituição hospitalar, uma vez que esta consiste no local onde se busca resgatar a saúde do paciente e, ao mesmo tempo, é um local insalubre e violento por natureza, sendo um ambiente de permanente tensão.

No contexto de urgência e emergência hospitalar, é exigida do profissional uma prontidão no agir, visto que rotineiramente ele se depara com o inesperado e o imprevisível. Enfatiza-se, também, a especificidade desse local de trabalho, o qual apresenta características próprias, tais como

precárias condições laborais, superlotação e sobrecarga de trabalho (Rosado, Russo & Maia, 2015; Mendes et al., 2013). Portanto, esse cenário marcado pelo excesso e pela insalubridade gera inegáveis efeitos na subjetividade dos profissionais, especialmente nos médicos, que exercem seu fazer nesse âmbito.

No que tange ao processo de formação médica, em muitas instituições hospitalares, encontram-se médicos que optaram por buscar aperfeiçoamento profissional por meio da Residência Médica. Assim, a Residência é uma modalidade de especialização em nível de pós-graduação, caracterizada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva (Decreto nº 80.281/1977).

Tendo em vista as vicissitudes demandadas na assistência à saúde e os elementos singulares inerentes à relação médico-paciente, torna-se extremamente relevante explorar e compreender a complexidade própria à experiência do médico residente. Trata-se, portanto, de enfatizar que a modalidade de cuidado integral exercida por esse profissional pressupõe entender o cuidado de forma recíproca, na qual o médico, para bem exercer seu trabalho, deve, da mesma forma, ser alvo de cuidado. Essa investigação buscou, portanto, acessar e explorar narrativas produzidas por médicos residentes no contexto de urgência e emergência hospitalar, considerando-se o valor de acessar as especificidades de suas experiências profissionais e formativas.

Método

Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, que visou apreender e compreender em profundidade as experiências subjetivas dos participantes, de modo a refletir a singularidade de suas vivências (Silverstein & Auerbach, 2006). Para Minayo (1992), o emprego do método qualitativo, portanto, permite a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno pesquisado, bem como dos efeitos deste na subjetividade dos participantes.

Os instrumentos para a coleta de dados consistiram em uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (ANEXO B) e em uma entrevista semidirigida com cada participante. A Ficha

de Dados Pessoais e Sociodemográficos foi elaborada para este estudo, a fim de caracterizar os participantes. A entrevista, por sua vez, teve duração de, aproximadamente, uma hora. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio em meio digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, de modo a assegurar a fidedignidade dos dados.

A entrevista foi iniciada com a seguinte questão disparadora: “Conte-me sobre tua experiência como médico residente no contexto de urgência e emergência nesta instituição”. A partir daí, a entrevista, com perguntas abertas, foi conduzida de forma a contemplar os seguintes eixos temáticos: percepções sobre a escolha da profissão e da transição do papel de aluno para o de profissional médico; significado do trabalho em Medicina; sentidos atribuídos às práticas de cuidado e de assistência à saúde pública. Foram, também, investigados eixos temáticos referentes às motivações para a escolha da Residência Médica; aos impasses, oportunidades e desafios enfrentados em contexto hospitalar de urgência e emergência; aos impactos emocionais decorrentes do trabalho e dos efeitos do cuidado exercido; aos recursos associados à capacidade criativa ou à limitação diante das demandas da atividade laboral. Por fim, consistiram, também, temáticas exploradas durante a entrevista: aspectos relativos às transformações pessoais e profissionais decorrentes da Residência; experiência de trabalho em equipe multiprofissional e humanização da atenção e gestão em saúde.

No momento da entrevista, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C), em duas vias, lidas e assinadas pelo pesquisador e pelo participante. Uma cópia permaneceu de posse do entrevistado e a outra, do pesquisador. Ao final da entrevista foi preenchida, pelo pesquisador, a Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos. Vale lembrar que os trâmites éticos dessa pesquisa foram atendidos, sendo respaldados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Participaram do estudo oito médicos residentes cuja prática profissional, à época das entrevistas, ocorreu ou segue ocorrendo em contexto de urgência e emergência em instituição hospitalar. Os participantes foram selecionados por conveniência, por meio da técnica *Bola de Neve*

(Turato, 2011), que consiste na identificação de alguns sujeitos, os quais indicarão outros e, assim, sucessivamente. Dessa forma, o pesquisador, inicialmente, entrou em contato com pessoas que indicaram possíveis participantes para a pesquisa. Uma vez identificado o primeiro participante, e tendo aceito o convite, foram agendados data e horário para a realização da entrevista. O pesquisador solicitou ao primeiro participante a indicação de três outros possíveis participantes e, assim, sucessivamente até serem entrevistados os oito médicos residentes.

A fim de garantir o sigilo e o anonimato da identidade dos participantes e das instituições às quais pertencem, foram atribuídos nomes fictícios aos participantes. Os nomes escolhidos prestam homenagem a médicos que se destacaram na história da Medicina:

Giorgio Baglivi (1668-1706), médico italiano, realizou pesquisas com fisiologia muscular, sendo pioneiro a fazer a distinção entre músculo liso e estriado. Baglivi considerava não haver livro mais sábio do que o próprio enfermo (Silva, 2007).

Elizabeth Blackwell (1821-1910), nascida na Inglaterra, emigrou para os Estados Unidos em 1832, onde se tornou a primeira mulher a obter o diploma de médica na América (Silva, 2007).

Sophia Jex-Blake (1840-1912), médica inglesa, foi pioneira na luta pelo direito da mulher em tornar-se médica (Silva, 2007).

Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917), médico e higienista brasileiro, foi personagem decisivo na erradicação da febre amarela, varíola e peste bubônica que, àquela época, dizimava a população brasileira (Silva, 2007).

Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas (1879-1934), médico brasileiro que descobriu, em 1909, o protozoário causador da tripanossomíase americana (*Trypanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz) e descreveu as formas aguda, subaguda e crônica dessa doença transmitida por insetos (Silva, 2007).

Maria Augusta Generoso Estrela (1860-1946), primeira brasileira a obter o título de médica que, por meio de uma bolsa de estudos concedida pelo Imperador D. Pedro II, formou-se em Medicina em Nova Iorque (Palharini, 2015).

Rita Lobato Velho Lopes (1866-1954), gaúcha, foi a primeira médica brasileira formada no Brasil, no estado da Bahia (Palharini, 2015).

Alice Mäeffer foi a primeira gaúcha a se formar em Medicina no Rio Grande do Sul, em 1904, na primeira turma da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (Palharini, 2015).

No que tange à análise dos dados, utilizou-se o método Análise Interpretativa, proposto por Frederick Erickson (1997). De acordo com o autor, é destinada ao pesquisador a tarefa de descobrir os distintos estratos tanto de universalidade quanto de particularidades presentes no caso específico estudado. Assim, busca-se identificar aspectos que são amplamente universais; que podem generalizar-se a outras situações similares; e os que são exclusivos do caso em questão. Para tanto, o pesquisador formula *Asserções*, ilustradas com vinhetas e fundamentadas com comentários interpretativos, embasados em contribuições teóricas.

O método em questão permite acompanhar o caminho percorrido pelo pesquisador no processo de perceber quais são os detalhes, dentre os vários elementos trazidos no material levantado, que ele considerou proeminentes e os sentidos que lhes atribuiu (Erickson, 1997). De acordo com o autor, a essa etapa segue-se a revisão do *corpus* a fim de testar e retestar as *Asserções*, buscando por evidências que confirmem ou não a sustentação da afirmativa apresentada e, se necessário, levem à sua reformulação. Segundo Kude (1997), por meio da formulação e teste das *Asserções*, busca-se por “ligações-chave” entre os dados; em outras palavras, consiste em interligar itens de dados como circunstâncias de um mesmo fenômeno. Trata-se de um “construto analítico que ata cordões entre esses itens, de forma que quando se puxa um cordão, haverá vários outros atados a ele” (Kude, 1997, p. 197).

Por fim, realizou-se a *redação da análise*, que é integrada por tópicos das entrevistas e de seus comentários interpretativos (Erickson, 1997). Conforme afirma Kude (1997), há três tipos de descrições essenciais neste relatório: descrição particular, descrição geral e comentário interpretativo. A *descrição particular* consiste na essência do relatório de pesquisa, na medida em que garante as asserções formuladas, sendo ilustrada pela vinheta narrativa. A *descrição geral*

permite a generalização dos achados, apresentando o quanto é típica ou atípica uma circunstância particular. Já o *comentário interpretativo* circunscreve as descrições particular e geral. Para Erickson (1986), o mais importante e, ao mesmo tempo, difícil, é “provar analiticamente a significância dos detalhes concretos relatados e das diversas camadas de significado contidas na narrativa” (p. 152). Por fim, o método de Análise Interpretativa busca uma generalização lógica e não estatística, possibilitando ao pesquisador buscar fatores universais concretos, organizados por meio do estudo em profundidade de um caso específico (Erickson, 1997).

Resultados e Discussão

A partir da análise dos dados provenientes das entrevistas realizadas, foram elaboradas três Asserções. A primeira Asserção intitulada “**Residência Médica: singulares trajetórias na busca pela excelência na formação**” aborda o fato de que, embora sejam singulares as trajetórias acadêmica e profissional ao buscar-se a Residência Médica, há um objetivo comum entre os participantes: a busca de um aprimoramento profissional considerado “padrão-ouro” em determinada área da Medicina. Por outro lado, ao tornar-se residente, o médico depara-se com intensas e inerentes demandas que lhe são exigidas, bem como importantes desafios e impasses em seu cotidiano. Tais exigências e desafios, na maioria das vezes marcados pelo excesso, são foco de discussão da segunda Asserção, denominada “**Exigências vs ‘Sobrecarga’: reflexões sobre os impasses da Residência Médica**”. Esse contexto caracterizado pela “sobrecarga” demandada ao médico residente dá ensejo à terceira Asserção, “**Desafios na construção da identidade médica: entre a necessária afetação e o risco da indiferença**”, na qual se desenvolve a temática relativa à necessária sensibilidade e capacidade de afetação do profissional no exercício do cuidado. Por fim, a caracterização dos participantes encontra-se a seguir na Tabela 1.

Participante*	Idade	Sexo	Residência	Ano da Residência	Ano de formação em Medicina
Augusta	28	Fem.	Medicina de Emergência	R2	2014
Rita	32	Fem.	Medicina de Emergência	R2	2014
Elizabeth	33	Fem.	Gastroenterologia	R2	2010
Giorgio	36	Masc.	Medicina de Emergência	R2	2013
Carlos	25	Masc.	Medicina de Emergência	R2	2015
Sophia	30	Fem.	Medicina de Emergência	R3	2014
Oswaldo	27	Masc.	Pediatria	R1	2016
Alice	31	Fem.	Emergência Pediátrica	R3	2013

*Nomes fictícios

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Primeira Asserção “Residência Médica: singulares trajetórias na busca pela excelência na formação”

Esta primeira Asserção decorre das narrativas dos médicos residentes entrevistados a respeito da busca por uma sólida qualificação no processo formativo. Cabe, para tanto, destacar que o curso de Medicina objetiva proporcionar uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética que contemple, no currículo de graduação, os diferentes níveis de atenção à saúde, conforme prevê as Diretrizes Curriculares Nacionais:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da

saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (Resolução nº 03/2014, p. 1).

Nas entrevistas realizadas destacou-se a relevância atribuída à continuidade da formação médica após a graduação. Essencialmente pôde-se observar que, para os participantes do estudo, esse processo de continuidade formativa se dá mediante a busca de uma especialização e/ou de um aprofundamento de estudos em determinada área médica. Sabe-se que é atribuída à Residência Médica esta condição de valorizado aprimoramento após a graduação em Medicina (Martins, 2010). Nesta Asserção, discorre-se sobre as singulares trajetórias percorridas pelos médicos entrevistados a partir do objetivo comum de buscar a excelência na formação para além da graduação em Medicina. A participante Rita, ao contar sobre seu processo de formação acadêmica, revela sua percepção sobre a deficiência do ensino de urgência e emergência.

“Porque na faculdade a gente tinha muito defasada essa parte e acabava que era uma coisa que me desafiava, porque é a vida e a morte, é aquele momento que tu tem que pensar rápido, agir rápido e fazer a coisa certa. Se você pensou errado, agiu errado, pode dar uma... alguém está morrendo nas tuas mãos. Então era sempre uma coisa que me desafiava muito. E eu tinha medo, morria de medo porque era uma coisa que eu não tinha controle, não tinha domínio. Por isso que eu optei por fazer a residência, porque é uma coisa que eu tenho perfil, ser mais objetiva, eu gosto das coisas rápidas, eu gosto de fazer diagnóstico, e é uma coisa que tu tem que ser muito rápido, eu gosto disso, na verdade”. (Rita).

A narrativa de Rita permite constatar sua singular identificação com o ritmo de trabalho em setores de urgência e emergência da qual resulta na busca pela Residência em Medicina de Emergência. Na direção de enfatizar a singularidade das experiências dos participantes, encontra-se no relato de Elizabeth a percepção da insuficiente capacitação técnica para o atendimento de situações marcadas por extrema complexidade e gravidade.

“Então, eu acho que por isso, porque tu fica seis anos na teoria e aí tu vai para a prática e tu vê que a coisa é totalmente diferente.(...) Tu sai com medo de prescrever um paracetamol

quando tu sai da faculdade. (...) E aos poucos isso passa, mas tu vai vendo que tu tem muita, tu vai se especializando cada vez mais, e que tu tem confiança naquelas coisas da tua área”.
(Elizabeth).

A participante relata seu sentimento de insegurança como médica recém-formada, mas, também, como a experiência e o aprimoramento na especialidade escolhida a tornam mais segura no exercício da Medicina. Nessa direção, Rita afirma que o profissional, durante a graduação, muitas vezes, não vivencia a rotina de um médico em unidade de emergência, não estando apto para o atendimento de casos graves e de alta complexidade.

“Ninguém sai preparado da faculdade para atender numa sala vermelha, por exemplo. Não adianta dizer, porque tu nunca fez isso. (...) Eu acho que o recém-formado não está preparado para isso, com certeza não está! (...) Então é complicado, eu acho que o recém formado não é preparado para isso, por mais que às vezes se pense que é”. (Rita).

Para Alice, após concluir a Residência em Pediatria, a busca pela subespecialidade Emergência Pediátrica também ocorreu mediante seu desejo de aprimoramento profissional nessa área, já que relata ter tido uma restrita experiência nessa modalidade de atendimento em sua trajetória profissional.

“Eu resolvi fazer emergência para ter mais noção do paciente potencialmente grave, de saber que esse paciente pode afundar, esse paciente tem maior chance de ficar grave. O que fazer com paciente grave. A minha residência de pediatria não tinha muito porta de entrada. (...) E então a gente não tinha esse contato tão frequente com o paciente, com o chegar do paciente e manejar, o primeiro manejo. Então, eu acho que o que eu mais precisava era saber fazer o primeiro manejo de coisas mais graves, não de puericultura ou consultas mais de pronto-atendimento que deveriam estar numa unidade básica ou num posto de saúde, saúde da família. Mais ou menos isso”. (Alice).

Percebe-se que a forma como cada entrevistado compreende sua trajetória na graduação em Medicina e estabelece seus projetos futuros foi decisiva na escolha de seguir aprimorando-se

profissionalmente. Já Sophia revela ter tido maior contato com pacientes em situações de urgência e emergência durante sua graduação em Medicina.

“Eu comecei a ter mais contato com emergência na faculdade. (...) A gente atuava muito na emergência, a gente fazia o estágio com 360 horas na emergência, em questão de seis meses, de seis semanas, a gente teve um contato muito intenso e eu, apesar de gostar muito, foi ali que eu comecei a olhar e perceber o quanto que a gente desassistiu o paciente na emergência”. (Sophia).

Sophia opta pela Residência em Medicina de Emergência ao perceber, durante a graduação, o descuido com o paciente muitas vezes presente na unidade de emergência hospitalar. A escolha profissional pela Medicina resulta da combinação de uma série de fatores, dentre eles, a realidade social do discente, as motivações conscientes e inconscientes e as oportunidades (Cataldo Neto, Rosa, D’Ávila, Corsetti & Restano, 2007). De acordo com esses autores, para uma adequada escolha profissional, o aluno deve, primeiramente, desenvolver seu autoconhecimento e assim optar, fundamentalmente, pelo que gosta de fazer, a fim de desempenhar uma tarefa com a qual se identifica (Cataldo Neto et al., 2007). Essa lógica da escolha pela profissão de médico também pode estar presente na posterior escolha pela especialidade da Medicina.

Percebe-se, portanto, a singularidade dos sujeitos participantes desse estudo no que se refere à escolha tanto pelo curso de Medicina quanto pela prática em urgência e emergência hospitalar, que para cinco participantes do estudo se deu ao optarem especificamente pela Residência em Medicina de Emergência, e para uma participante, pela subespecialidade Emergência Pediátrica. Por outro lado, nota-se nas narrativas o predomínio do desejo do médico pela busca de um aprimoramento e qualificação profissional de seu fazer, principalmente quando a motivação está associada às práticas em urgência e emergência.

Destaca-se, assim, que a importante escolha de uma especialidade é influenciada por fatores que aludem, principalmente, ao estilo de vida médica (Corsi et al., 2014; Cruz et al., 2010), à preocupação com a oportunidade de emprego, à qualidade de vida, ao retorno financeiro, à relação

médico-paciente e às influências de terceiros (Corsi et al., 2014). Vale lembrar que o estilo de vida médica compreende as especialidades que permitem ao profissional médico controlar o número de horas destinadas à prática da especialidade. Constituem, também, como elementos que interferem na escolha da especialidade, a afinidade com a especialidade e a satisfação pessoal e profissional (Cruz et al., 2010). Augusta refere levar em conta o estilo de vida médica ao ter optado pela especialidade Medicina de Emergência.

“É mais fácil de mexer nos horários, de eu montar o meu horário, de eu organizar minha vida e minha carga horária. Eu sendo funcionária de um hospital eu não consigo organizar minha vida e minha carga horária. Sendo plantonista, sim”. (Augusta).

Pode-se considerar que a complementação e a qualificação da formação médica é uma decorrência do objetivo do curso de Medicina, no sentido de buscar formar um profissional generalista. Assim, tal complementação ocorre, prioritariamente, por meio da realização da Residência Médica. De acordo com o Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, Residência Médica é definida como uma

modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (Decreto nº 80.281, 1977, p. 1).

As narrativas dos participantes sobre a efetiva experiência que possuem como residentes faz com que a reflexão sobre suas motivações e expectativas na busca pela Residência Médica se desdobrem em diferentes reflexões e questionamentos. Dessa forma, a fala de Rita denota sua constatação acerca desse momento da formação profissional do médico.

“Porque a residência em si o que que é? É tudo aquilo que tu estudou, só que tu vê um número absurdo de pacientes, coisa que tu, se tu for trabalhar tu vai ver isso em quantos anos? Muitos e muitos anos. A residência é um intensivo. (...) É colocar em prática tudo aquilo e, claro, agregar mais conhecimento a isso, com uma outra visão, sendo tu o

responsável pelo paciente. (...) Não é mais o professor que vai contigo e te leva pela mão. É tu que vai, é tu que vai caminhando sozinho, sempre com uma orientação, claro. Mas é outro, é outro olhar”. (Rita).

A Residência foi pioneira na área médica como modalidade de ensino em serviço. A corporação médica, ao longo da história, reconhece e institui a Residência Médica como atividade de ensino indispensável à qualificação desses profissionais. Nas últimas décadas, ela é concebida como “padrão-ouro” na especialização e qualificação médica, especialmente do profissional recém-formado (Decreto nº 80.281/1977; Ferreira & Olschowsky, 2010), sendo, então, consagrada como a melhor forma de inserção do médico na vida profissional (Nunes, 2004).

Além da exigência da excelência da formação do médico, há uma exigência do mercado de trabalho, considerando a qualificação obtida na Residência. Para Feuerwerker e Cecílio (2007), o desenvolvimento da tecnologia e da especialização no campo da saúde impactou fortemente o ensino da graduação. Assim, ao longo do tempo, houve uma fragmentação e uma desarticulação de conteúdos na formação da graduação devido a uma ampliação da oferta de disciplinas, conteúdos e procedimentos. Tal fato implicou a perda da capacidade dos cursos de graduação em preparar os recém-formados para ingressar imediatamente no mercado de trabalho. Essa constatação se faz presente, também, na graduação em Medicina (Feuerwerker & Cecílio, 2007). A partir da fala de Oswaldo, observa-se que além da busca pela própria capacitação técnica, é evidente a constatação de que o mercado de trabalho exige um profissional qualificado, cujo preparo preferencialmente acontece por meio da Residência Médica.

“Ser residente hoje, em função de mercado de trabalho, esse tipo de coisa, é quase que uma obrigatoriedade. É muito difícil conseguir se manter ou conseguir bons empregos só sendo um clínico geral. Então por pressão do mercado a gente acaba tendo que fazer uma residência”. (Oswaldo).

Dada a extrema relevância da Residência como excelência na especialização médica, Elizabeth a recomenda fortemente para uma adequada prática desse profissional. Para a participante, é indiscutível a importância da Residência como parte essencial da formação médica.

“A residência deveria ter que ser meio obrigatória. Porque é impressionante assim como a gente cresce e como ela é fundamental na vida de qualquer médico. O médico que sai da faculdade, não faz residência, vai para a vida trabalhar... olha, ou ele tem que ser muito gênio, que são muito poucos, ou ele não vai estar fazendo a medicina adequada. Não vai mesmo!”. (Elizabeth).

A crença no caráter primordial da Residência como experiência que efetivamente promove a excelência no exercício profissional está presente também nas falas de Alice e de Oswaldo.

“Como é um hospital de alta complexidade, tu acaba aprendendo, mesmo quando não são tantos casos assim, aprendendo bastante com os casos de emergência”. (Alice).

“(...) Por outro lado, é uma coisa muito boa para nós também como profissional, porque como a gente acaba se expondo a muitos pacientes, a realidades diferentes, experimentando mais a parte prática na residência, (...) a gente se torna um profissional muito melhor. Isso nos deixa muito mais seguros para depois a gente conseguir se virar por conta, sem ter um professor nos dando um respaldo. Então eu acho que não só eu, como os colegas, veem a residência com bons olhos nesse sentido”. (Oswaldo).

No que diz respeito ao treinamento do médico residente em contextos institucionais de urgência e emergência, a Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 02/2006 estabelece que este deve ser realizado em locais abertos à população e desenvolvido nas especialidades para as quais são pré-requisito. Ou seja, diversas especialidades médicas, principalmente as de acesso direto, incluem o treinamento do residente em contextos de urgência e emergência durante o curso.

A prática médica em urgência e emergência hospitalar é um campo desafiador e que demanda muito do residente, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Os participantes do estudo

referem que há especificidades inerentes a essa prática laboral nas quais o profissional enfrenta diariamente.

“Normalmente tu está sempre com casos mais complexos ou possivelmente complexos. O chegar e fazer o diagnóstico e manejar o paciente novo que às vezes é diferente de tu estares no andar”. (Alice).

“O que eu vejo nos residentes, ou eles amam ou eles odeiam. Se eles amam, eles ficam, ou eles vão embora. É uma... é uma coisa muito apaixonante. Mas tu tem que se identificar”. (Rita).

“Eu sempre fui um apaixonado... eu sou um apaixonado por emergência. Um paciente grave é um paciente gostoso. Na recepção dos residentes novos eu falei assim: paciente grave é um paciente gostoso”. (Giorgio).

Embora o médico residente seja um profissional já formado, ele encontra-se em um lugar marcado por uma dualidade, em que é estudante e, ao mesmo tempo, trabalhador (Martins, 2010). Nesse sentido, o residente está em treinamento, ou seja, a Residência é um momento de aprendizado intenso que se dá, em sua maior parte, por meio da experiência prática supervisionada. Portanto, existe uma preceptoria exercida por um médico mais experiente com elevada qualificação ética e profissional (Decreto nº 80.281/1977). O preceptor, assim, tem como objetivo orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências a fim de um aprimoramento da competência clínica e um auxílio ao graduando e ao recém-graduado na adaptação do exercício profissional (Botti & Rego, 2008). Cabe também ao preceptor, segundo os autores, criar as condições necessárias para o residente exercer sua prática até que ele tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias. Oswald e Elizabeth aludem à promoção da autonomia do médico residente; entretanto, reconhecem a importância do respaldo da preceptoria e atribuem a ele uma profícua experiência de aprendizado.

“Então, a lógica é sempre a gente ter um respaldo, ter sempre uma pessoa mais experiente nos dando orientação, mas é a gente que está ali lidando direto com o paciente, lidando com o familiar, com o resto da equipe”. (Oswaldo).

“E é bom porque a gente, ao mesmo tempo, a gente vai testando a nossa autonomia como médicos recém formados. (...) Tu vai testando tua autonomia e vai praticando aquilo que tu viu na faculdade. Mas ao mesmo tempo tem sempre as costas quentes, alguém para te apoiar, para te ajudar, para te orientar. Então nesse sentido é muito bom”. (Elizabeth).

Sant’Ana e Pereira (2016), ao analisarem a preceptoria na perspectiva de médicos preceptores em um serviço de urgência e emergência hospitalar, constataram positivas influências da preceptoria para o discente. Dentre essas influências, salientam os autores, estão o valor dado ao conhecimento prático da Medicina no local de trabalho, além dos aspectos humano e ético na formação de profissionais qualificados. Nesse sentido, Carlos conta sobre o suporte recebido de sua preceptoria, considerando-a uma fecunda experiência em sua formação:

“A nossa [preceptoria], comparando com outras áreas, eu acho que é muito boa, porque sempre tem gente presente. Tipo nos plantões, as atividades, todas as coisas, na X [nome da instituição] sempre tem um médico responsável, contratado da sala. O que não acontece tanto com outras áreas, sei lá, algumas áreas clínicas. (...) Sempre tem alguém junto ali para nos ajudar, tirar as dúvidas, o que quer que seja. Ele está ali, avaliando o paciente junto. Então, nesse sentido, eu acho tri bom”. (Carlos).

Constata-se, a partir das narrativas dos participantes, que a unidade de emergência hospitalar é, por vezes, um local que absorve o médico recém-formado na modalidade de plantões. Cabe ressaltar que esses plantões não estão vinculados à Residência, fazendo com que, muitas vezes, ocorra grande rotatividade de profissionais e de instituições. Tal realidade é retratada nas narrativas que seguem.

“Quando chega no final das formaturas das faculdades, chovem ofertas de plantões. E muitas vezes não é medido qual o grau de dificuldade que tu vai encontrar lá, se eu tenho ou não

tenho recurso. (...) Mas as pessoas não param para pensar. Eu fiz plantão, todo mundo sai e faz plantão, é difícil quem não faça isso, só que as pessoas às vezes nem conhecem o que está por vir, porque não vivenciaram ainda isso. (...) Quando tu não conhece, muita gente se arrisca e é bem comum”. (Rita).

“Os médicos estão ali [na emergência] porque eles precisam ganhar dinheiro, (...) tem poucos emergencistas de carreira, que talvez não tenham a experiência, o conhecimento necessário para atuar ali e às vezes o paciente pode estar numa situação com um médico muito bom, que vai salvar a vida dele, vai resolver o problema dele, ao passo que ele pode se encontrar com uma pessoa que está ali, está fazendo o trabalho dela, mas não tem conhecimento que ela precisa para salvar aquele doente. E a gente vê muito esse lado. Numa emergência que tem muita gente que não tem a competência técnica para atuar ali. (...) Médico brasileiro trabalha com a emergência como forma de ganhar dinheiro. A gente termina a faculdade e vai para a emergência trabalhar, ganhar dinheiro”. (Sophia).

Os relatos denunciam, assim, como pode a emergência ser um local de trabalho que comumente absorve o médico logo após concluir a graduação em Medicina. Desse modo, o médico, muitas vezes, inserido no setor de urgência e emergência, é um profissional recentemente formado, inexperiente, com dúvidas e inseguranças, dando-se sua inserção nesses serviços de forma precoce (Campos & Senger, 2013; Pereira Jr. et al., 2015). A esse respeito, Campos e Senger (2013) conduziram um estudo que visou avaliar a inserção do médico recém-formado nos serviços de urgência em uma parcela de formandos de uma escola privada. Os pesquisadores constataram que 31,7% da amostra exercia atividade profissional em serviços de urgência alguns meses após a formatura, independentemente de cursarem ou não Residência Médica (Campos & Senger, 2013). De forma semelhante, Purim, Borges e Possebom (2016) avaliaram 107 egressos de Medicina de uma instituição privada do sul do Brasil. Observou-se, nesse estudo, que a maioria dos egressos (85%) possuía dois trabalhos ou mais como médico e 51% exercia função de plantonista, com atividades extras em serviços de emergência e/ou cirurgia do trauma (Purim et al., 2016).

Portanto, constata-se, muitas vezes, um despreparo técnico do profissional para atuar em diferentes situações de urgência e emergência (Pereira Jr. et al., 2015). Tal constatação de que o médico recém-formado ingressa em uma emergência para trabalhar sem a devida capacitação técnica revela um descuido não somente com o paciente, mas também com o profissional iniciante.

Então, inicialmente, onde a gente mais consegue emprego digamos assim, ou fazer 'bico', é nessa área de urgência e emergência". (Oswaldo).

Um aspecto de extrema relevância assinalado por Oswaldo é o chamado "bico", que normalmente é considerado um segundo emprego, com menor importância e com intuito, na maioria das vezes, de complementação da renda do profissional, conforme descreve a participante Sophia:

"Talvez a grande maioria das pessoas que atuam na emergência atuam como um segundo emprego. Sou o cardiologista, sou o cirurgião plástico, sou sei lá o que e faço trabalho na emergência para complementar a minha renda". (Sophia).

No Brasil, a emergência é uma área em que histórica e culturalmente médicos trabalham na modalidade de "bico", não investindo efetivamente em seu aprimoramento técnico nesse campo laboral, dada sua complexidade e especificidade. As narrativas a seguir ilustram essa realidade.

"Como é que pode uma área em que tem tanta demanda de paciente, tem tanta gente atuando na especialidade. Ai é que a gente começa a olhar dessa forma crítica. É por isso que as pessoas não estudam para estar ali. Por isso que às vezes o paciente ele é manejado de forma errada. Porque as pessoas que estão ali, é um cirurgião que de manhã está no consultório, é um cardiologista que de manhã está no consultório... Eles não estudam para atender uma nuance de paciente que eles não veem fora do consultório". (Sophia).

"Quando surgiu essa especialidade, essa coisa de não ter ninguém ali [na emergência], digamos, tu, sei lá, vai pegar lugares, plantões no interior, em outros lugares, cada turno é alguém diferente, tu está fazendo 'bico', como o pessoal chama aqui. E ninguém resolve nada, não tem nenhuma referência, mais nesse sentido, de ter alguém sempre ali. (...) Alguém

que se preocupa, porque tem sempre que estar ali só para fazer um extra, que quer ir lá só para fazer o necessário, não se incomodar e tchau. Então não vai ter ninguém sempre ali se preocupando em melhorar, em otimizar o fluxo, o funcionamento, o trabalho, o que está faltando ou não, nesse sentido”. (Carlos).

A partir da constatação do risco de que a emergência e a exigência da qualificação profissional que ela demanda fique descuidado, os participantes enfatizam a extrema relevância do reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica (Resolução Conselho Federal de Medicina Nº 2.149/2016) e o surgimento da Residência em Medicina de Emergência. O risco desse descuido relacionado ao exercício profissional em contexto de urgência e emergência era também evidenciado, até o ano de 2015, pela escassa oferta e pelo não reconhecimento dessa modalidade de Residência, existente, até então, em apenas duas instituições hospitalares do Brasil.

Com o reconhecimento e a aprovação da Medicina de Emergência como especialidade médica, destaca-se a oficialização dos dois programas de Residência em Medicina de Emergência já existentes no país, além do surgimento de novos programas de Residência nessa área. Tal conquista amplia a possibilidade de que o contexto de urgência e emergência seja buscado não mais na modalidade de “bico”, mas sim no intuito de promover a excelência da atuação médica nessa área. Assim, Sophia fala com veemência sobre o valor e a necessidade do efetivo reconhecimento de tal especialidade.

“A gente [residentes de Medicina de Emergência] acha até ofensivo quando alguém fala que está indo para o ‘bico’. A gente fala: ‘Não é ‘bico’! É a tua profissão!’ (...) Para nós até dói no coração ouvir isso, mas ainda é muito usado”. (Sophia).

Com o recente reconhecimento da especialidade e da Residência em Medicina de Emergência como consolidação dessa especialidade, o médico emergencista tende a se tornar o profissional de referência na emergência, que lidera a equipe, além de gerir o fluxo de pacientes na unidade, como ilustrado nas narrativas de Carlos e de Augusta.

“Tem a questão de ser uma especialidade nova aqui no Brasil, recém conhecida. (...) É uma coisa que foi se construindo e agora a gente está, na verdade, engatinhando ainda para uma especialidade”. (Carlos).

“É uma especialidade que não era reconhecida como especialidade por alguns médicos até o ano passado. Então, por isso também já existiam duas residências no país, mas sem reconhecimento oficial, o que dificulta muito, porque, na verdade, o título é importante, né? A pessoa fazer uma residência e receber o título no final. Então, foi reconhecido e existe o título agora. (...) Então, assim, a gente tem um programa a ser ajustado, a gente não tem, na nossa área, por exemplo, a gente não tem emergencistas formados, muitos emergencistas formados no país. Muito pouco”. (Augusta).

Embora oficial e legalmente reconhecida, a especialidade Medicina de Emergência ainda encontra-se no processo de conquista de espaço ao ser conhecida e reconhecida por outros profissionais da saúde e por médicos de distintas especialidades. Tal constatação é referida por Carlos:

“Tem gente que já nos conhece e tem gente que não. Às vezes tem que explicar o que que é a residência de emergência, que lá fora já é especialidade há anos. Mas acho que conforme tu vai trabalhando junto, as pessoas vão conhecendo, vão vendo que, querendo ou não, a gente está acostumado a lidar na emergência, com paciente grave o tempo inteiro. Então a gente vai ver, sei lá, em um ano, no final do primeiro ano tu já está com uma tranquilidade de atender paciente grave, de fazer as coisas que o pessoal de outras áreas, muitas vezes, no final de dois anos, três anos não tem. Conforme a gente vai convivendo, vai trabalhando junto, vai se criando isso, está se fortalecendo essa relação. (...) Nós ainda estamos conquistando esse espaço, é uma coisa que, diplomaticamente, a gente vai trabalhando, vai construindo”. (Carlos).

Assim como a especialidade Medicina de Emergência, a Residência nessa área está, também, em processo de construção, estruturando-se desde o papel do médico nesse cenário até a definição

do currículo dessa Residência. Essa reflexão e esse movimento de conquista de espaço como especialista sugere a busca por uma identidade profissional do médico emergencista.

Observa-se a referência nas entrevistas realizadas sobre o fato de que, até o momento do recente reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica, havia somente dois programas de Residência em Medicina de Emergência no Brasil. Esse dado, somado ao fato de a emergência ser a porta de entrada do hospital e, muitas vezes, do sistema de saúde, bem como não ser o local de preferência de investimento revela uma desvalorização desse setor e, conseqüentemente, do médico que ali trabalha. Por outro lado, o reconhecimento do título de especialista em Medicina de Emergência e das duas Residências já existentes, bem como a criação de novos programas de Residência na área, viabilizam a formação de médicos emergencistas de carreira, valorizando e capacitando esses profissionais para o trabalho em contexto de urgência e emergência.

“Acho que a gente está com uma geração de residentes agora que está tendo que encarar um trabalho horrível de mostrar para todo mundo que nós somos especialistas e que a gente está aqui porque a gente gosta, e a gente vai fazer isso a vida inteira”. (Sophia).

“E até porque é uma área que hoje em dia está se tendendo a valorizar muito mais, porque, até pouco tempo atrás, não existia residência em emergência. Então agora tem emergência adulto, tem residência em emergência pediátrica. Os currículos dos lugares estão se organizando ainda. (...) Então quem trabalhava em emergência era o pediatra geral ou o pediatra que fez uma especialização, mas que continua trabalhando em emergência. Mas hoje em dia já se tem esse perfil mais específico de profissional”. (Oswaldo).

A narrativa de Oswaldo mostra a necessidade de um profissional com treinamento específico para atuar no cenário de urgência e emergência. Por fim, assevera-se que a experiência de Residência, embora seja cotidianamente desafiadora e intensa, forma e especializa médicos para o exercício laboral no contexto de urgência e emergência, conforme mostram as narrativas a seguir.

“Mas no final, agrega, no final vai agregando mais, na tua residência, no teu aprendizado. Acho que tu aprende não só tecnicamente, tu aprende como pessoa, acho que tu evolui muito como pessoa”. (Rita).

“O crescimento acho que é exponencial ao longo da residência. Tu vai aprendendo muito mais a te virar, a fazer as coisas, não só atender, a ter mais experiência de... mais rápido fazer um diagnóstico, não deixar passar coisas, prescrever as coisas, fazer procedimentos. Tu está sempre aprendendo, na Medicina tu está sempre aprendendo. Mas ao longo da residência é uma coisa exponencial. Até por ser uma coisa mais intensiva, essa é uma coisa também acho que... nossa carga horária e tal, que essa é a questão, o objetivo da residência é ser um aprendizado intensivo”. (Carlos).

“O período da residência é muito denso de aprendizado, de volume de pacientes. Tem que ser assim. Só que é muito desgastante, muito desgastante!”. (Elizabeth).

“Tá sendo uma boa experiência, mas é cansativo, é cansativo!”. (Alice).

As narrativas de Elizabeth e de Alice indicam cansaço e desgaste físico e mental decorrentes da Residência Médica. Nesse sentido, ao buscar a excelência e a especialização médica por meio da Residência, esses profissionais acabam deparando-se, constantemente, com diversos desafios e impasses tanto inerentes à prática médica em contexto de urgência e emergência hospitalar, quanto associados a outras intensas exigências que passam a influenciar as atividades da Residência. Tais exigências adquirem, muitas vezes, contornos e proporções experienciadas como excesso por parte dos residentes. Questiona-se, portanto, o quanto o excesso contribui para a desejada qualificação ou, ao contrário, restringe e impede ritmos e processos próprios à genuína aprendizagem e formação.

Segunda Asserção “Exigências vs ‘Sobrecarga’: reflexões sobre os impasses da Residência Médica”

O exercício profissional do médico em serviços de urgência e emergência hospitalar é inquestionavelmente marcado por intensas e específicas demandas de trabalho inerentes a essas

unidades e a esse fazer. A Residência Médica, por sua vez, se caracteriza por uma intensa e constante exigência do profissional em formação. Tendo em vista as narrativas dos médicos residentes participantes desse estudo, observaram-se demandas e exigências próprias, tanto do local de trabalho em contexto de urgência e emergência, quanto da Residência Médica. Não se trata, portanto, de nomear como sobrecarga as exigências e demandas de trabalho que podem ser consideradas inerentes à prática profissional a ser desempenhada nesses cenários. Conforme desenvolvido na Asserção anterior, o reconhecimento do valor de experiências nas quais tenha que se exercitar raciocínio clínico e diagnóstico precisos, mesmo que marcado pelo ritmo intenso e acelerado da urgência e da emergência, constituem-se, para os médicos, em elementos que motivam a busca por esta qualificação do trabalho.

Nesta segunda Asserção, trata-se, portanto, de lançar luz aos elementos presentes nas narrativas dos médicos residentes que constituem os achados desse estudo denominados por eles como “sobrecarga”. Essa modalidade de demandas e exigências, ou seja, “sobrecarga”, toma contornos de excesso, de algo que ultrapassa o que é esperado pelo médico, apresentando-se com frequência na rotina do profissional e produzindo, assim, importantes e inegáveis efeitos nos sujeitos.

No que tange às especificidades do trabalho em serviços de urgência e emergência hospitalar, a narrativa de Augusta revela a elevada responsabilidade e o estresse imanentes ao atendimento médico emergencial.

“Faz muita diferença quando você faz um atendimento que a gente diz que é um atendimento fechadinho, limpo, que dá tudo certo, porque todo mundo trabalha bem, porque as coisas estão ali disponíveis. Claro, a gente está sob tensão, mas a gente fica satisfeito depois, porque a gente sabe que fez tudo, que fez da maneira correta”. (Augusta).

No que concerne à inerência de “cargas” do fazer do médico, a participante segue narrando sobre as responsabilidades do médico nesse complexo cenário:

“Assim, o atendimento, falando em emergência especificamente, claro que é um atendimento estressante, porque assim, é muita responsabilidade que a gente tem e o médico em si, em geral, ele é o chefe da equipe. É ele que manda na situação, nesse sentido de o que nós vamos fazer, como é que nós vamos fazer, então é uma carga muito grande”. (Augusta).

Na menção sobre fatores que são inerentes a esta modalidade de atendimento médico, a participante relata a importância da liderança da equipe por parte do médico. Uma vez que a condição de liderança pode vir a ser exercida pelos residentes, identifica-se nessa fala como se torna relevante a condição pessoal de desempenho de uma função também intrínseca à Residência. Carlos, da mesma forma, abordando o tema da responsabilidade de liderar uma equipe, menciona que o treinamento do médico residente deve contemplar, também, o manejo de casos sob essa condição de prontidão.

“Então tu vai estar em uma situação que vai ter que fazer várias coisas e sob muito estresse, então pressionar e criar um pouco mais de estresse é necessário para tu te acostumar com a situação. (...) Então tu te preparar para trabalhar nessas situações com mais estresse acho que faz parte. Mas tem que se buscar esse equilíbrio, para também não ser demais”. (Carlos).

Salienta-se a necessidade de “equilíbrio” no treinamento médico mencionado pelo participante, o que, muitas vezes, não é a realidade encontrada nos programas de Residência Médica. Nesse sentido, Augusta faz alusão aos aspectos geradores de intenso estresse e sofrimento que poderiam ser evitados ou gerenciados, entretanto, não o são. São esses elementos que nessa Asserção são explorados sob a denominação de “sobrecarga”.

“É o que a gente está... é aquele estresse que a gente está preparado e assumindo aquele risco. (...) É o que é inerente ao atendimento, é o que não pode mudar. O que dificulta é aquilo que a gente pode mudar e acaba não conseguindo”. (Augusta).

As narrativas dos participantes denunciam, assim, como as atividades inerentes à Residência Médica podem adquirir contornos de excesso. Esses vão desde uma excessiva demanda de trabalho e uma exagerada carga horária a ser cumprida até o desamparo experimentado pelo profissional em

formação. Desse modo, o médico residente é exposto a regimes de trabalho, na maioria das vezes, marcados pela insalubridade (Gauer et al., 2006). Essas condições geram acentuado sofrimento psíquico, conforme revela a narrativa de Elizabeth.

“Esse sofrimento que tu vai passando de sobrecarga na residência. Porque é muita sobrecarga, muita sobrecarga. (...) Às vezes não ter tempo de almoçar. Tu chega antes das sete no hospital, tu trabalha que nem um condenado. Tu tem reunião, tu tem round, tu vai ao meio dia já tem ambulatório, às vezes até do meio dia até as oito da noite. Tu esquece de fazer xixi, tu esquece de comer. Às vezes é muito ruim. É desumano! (...) Tu trabalha como mão de obra demais, muitos dias tu passa mais de doze horas por dia no hospital. Às vezes tu vira trinta e seis horas”. (Elizabeth).

O excesso identificado nessa segunda Asserção se faz presente nas nomeações de Elizabeth a respeito da sobrecarga e do desumano como condições que passam a persistir no cotidiano da Residência. Giorgio, em sua narrativa, associa-se à percepção de Elizabeth, chegando a utilizar, inclusive, o mesmo termo: desumano.

“O cara fica a noite inteira de plantão, estava ontem, aí fez a noite e hoje tem que tocar, ver todos os pacientes e quando liberar um pouquinho, sobe e dorme um pouquinho. Isso é desumano! Não tem como”. (Giorgio).

Nessa direção, Giorgio, ao comparar a Residência de Medicina de Emergência ao Batalhão de Operações Especiais (BOPE), desvela o caráter excessivo que a Residência pode adquirir principalmente no modelo intenso de atividades e exigências que compõem o primeiro ano. A narrativa do participante mostra uma demanda na qual até mesmo os limites físicos são desconsiderados.

“O primeiro ano foi um ano muito desgastante. (...) Sempre tem alguém que anda no limbo para desistir, que é estilo BOPE. (...) A carga de prática é muito puxado, os plantões, são muitos plantões e a parte teórica também, que além dos plantões, além da privação de sono, cansaço, estresse físico e mental, tu tem que preparar tuas aulas teóricas num momento que

tu precisaria, às vezes, dormir. (...) É BOPE! É Batalhão de Operações Especiais. Passa quem tem muita vontade, e desculpa a expressão que eu vou usar, e quem tem muito tesão pelo que faz”. (Giorgio).

Surgem como contraponto à exaustão decorrente da Residência, o desejo, a motivação e a determinação do médico para superar a “sobrecarga” e a inflexibilidade do curso. Identifica-se, nessa consideração, importante risco de tornar equivalente o atendimento da “sobrecarga” ao desejo pela prática da Medicina. Dessa forma, as narrativas demonstraram que, muitas vezes, o residente não tem, inclusive, suas necessidades básicas atendidas satisfatoriamente. Cabe o questionamento sobre a forma como, mediante essas condições, pode ocorrer o exercício de um trabalho de qualidade sustentado no prazer laboral. Os custos físicos e psíquicos se desvelam nas narrativas a seguir.

“Te exige bastante. Ainda mais quando você não dorme, você não come. O humor muda totalmente, tu entende?”. (Rita).

“Vou usar o exemplo de um colega meu: o cara entra às 5 da manhã no hospital. (...) Ele mais um colega dele veem 60, 50 e poucos pacientes. Tu acha que vai ter qualidade?(...) Meio dia o preceptor dele vem para discutir os 50 pacientes. Tu acha que vai ser discutido 50 pacientes? Nunca! Duas horas da tarde termina de discutir, aí ele vai lá, come um pãozinho, toma um cafezinho, porque está morto de fome, para aguentar. Aí ele vai lá e termina de prescrever. (...) Tu termina isso 6 horas da tarde. Aí 6 horas da tarde tu tem que ir para o ambulatório, tem 100 pacientes no ambulatório para tu terminar de fazer. Termina o ambulatório 11 horas da noite. Ele chega em casa, vai tomar um banho, vai comer alguma coisa, vai dormir uma hora da manhã, 5 horas da manhã ele tem... Como é que o cara vai aguentar durante 365 dias do ano?”. (Giorgio).

“Tem muita gente cansada, exausto. O próprio coordenador da residência de emergência diz que não é para ser um ano fácil, que é um ano cansativo mesmo”. (Alice).

“A gente tinha a sensação de que a gente nunca tinha tempo para estudar. E não tinha mesmo, o tempo que eu tinha livre eu queria dormir. (...) Você tem a sensação de que tudo está acontecendo mais rápido do que você pode acompanhar”. (Sophia).

Embora a Lei nº 6.932/1981 estabeleça que a carga horária da Residência Médica não deva ultrapassar 60 horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 horas de plantão, percebeu-se, nas narrativas dos participantes, que os programas de Residência Médica diferem entre si quanto à carga horária a ser cumprida pelo médico residente. Porém, mesmo naqueles programas que se dedicam à carga horária, eles também excedem o que está escrito na referida lei. Logo, o enfrentamento com a “sobrecarga” no cenário de Residência é comum aos médicos residentes entrevistados. Oswaldo, ao comparar sua Residência em Pediatria com a Residência em Cirurgia, afirma ter uma carga horária menos extenuante, porém, ainda elevada.

“Na residência de pediatria a nossa carga horária não é extenuante. É uma carga horária bastante grande, sim, porque a gente tem a rotina durante a semana, tem plantões durante a noite, durante a semana e também finais de semana. Mais especificamente na residência aqui que nós temos não se compara a outras. A carga horária é muito menor, se a gente for comparar, por exemplo, com uma cirurgia que é uma carga horária absurdamente maior. (...) Mas durante a emergência, como é mais... sobrecarrega mais, a gente sai esgotado, chega às 17 horas e a gente está esgotado fisicamente, mentalmente também”. (Oswaldo).

Oliveira Filho, Sturm e Sartorato (2005) conduziram uma pesquisa que avaliou a percepção de médicos residentes de quatro hospitais-escola de Florianópolis em relação ao cumprimento dos requisitos comuns à Residência estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica. O estudo revelou que a maioria dos 62 participantes relatou trabalhar mais de 60 horas semanais, além de realizar uma carga horária de plantão superior a 24 horas na semana. Além disso, quase metade desses residentes afirmou não usufruir de um dia de folga na semana (Oliveira Filho et al., 2005).

Nesse sentido, Giorgio também menciona o fato de que em seu percurso na Residência em Medicina de Emergência, a carga horária diminuiu sensivelmente de um ano para o outro, visto que o primeiro ano foi considerado por ele o mais intenso e desafiador.

“No R2 agora a gente vai ter um pouquinho mais de tranquilidade, não é tanto, mas tem um pouquinho mais de tranquilidade. No R3 acredita-se que melhora um pouquinho mais. (...) Quando tu chega como R1, nos primeiros meses ali, tu vê que tu não é nada, tu é mais um e as pessoas até te... às vezes até te pisam”. (Giorgio).

Sublinha-se, na narrativa de Giorgio, a percepção referente ao trato destinado aos residentes. No campo da Medicina, os excessos, inclusive a extenuante carga horária, tendem a ser naturalizados pelo próprio profissional médico. A fala de Carlos ilustra a naturalização iniciada na leitura do processo da graduação em Medicina e que vai além da Residência.

“Na medicina tem uma questão cultural muito de... a medicina como um todo de não ter vida fora da medicina, de tu ter que trabalhar 60, 70 horas e é uma coisa que até te prepara. Se tu for ver os próprios chefes, médicos, etc, costumam mesmo depois seguir trabalhando nessa carga horária. Tu é meio que adestrado desde a faculdade, desde o primeiro semestre. Na Medicina te dizem: ‘ah, estou sem tempo para estudar’. E o professor te diz: ‘tá, tu estava fazendo o que entre meia noite e seis da manhã?’ Então tu é desde o início já adestrado para achar normal esse tipo de... esse estilo de vida, digamos. (...) Eu acho que é uma coisa meio naturalizada na medicina”. (Carlos).

Abdulghani, Al-Harbi e Irshad (2015) encontraram elevada prevalência de estresse entre residentes de três especialidades médicas da Comissão Saudita para Especialidades da Saúde. O estudo aponta maiores níveis de estresse percebido pelos médicos residentes em Medicina de Emergência, interferindo negativamente na eficiência laboral. Frente ao cenário marcado pela “sobrecarga” e sua possível naturalização pelos profissionais, alerta-se para o risco à saúde dos médicos residentes.

Na primeira Asserção destacou-se o material obtido junto aos participantes referente à imprescindível função da preceptoria na formação do médico residente. Por outro lado, as narrativas dos participantes também desvelaram, por vezes, a existência de práticas regidas por descuido que geram sentimento de desamparo em relação à preceptoria. Oswaldo conta sobre seu difícil acesso ao preceptor responsável pelo andamento e pela gestão do programa de Residência do qual faz parte.

“Nós temos um chefe dos residentes. Um profissional, professor da faculdade, um médico que ele é o nosso responsável, entre aspas. (...) Diversas vezes, agora, nesses poucos meses de residência, a gente já viu vários problemas. Só que a gente não tem muito acesso a ele para poder discutir esse tipo de coisa”. (Oswaldo).

Alice, nessa mesma direção, refere uma persistente divergência em relação à orientação dos preceptores a partir da qual um efeito nocivo que identifica é a indecisão no que diz respeito a qual conduta tomar.

“Então, às vezes, tem muita divergência entre os preceptores do que outros e algumas coisas teriam que ter mais protocolos mesmo para seguir. Então, tu acaba sofrendo a pressão de ‘ah, faz assim’ e outro [preceptor] diz ‘ah, faz assado’ e algumas coisas não entram num consenso”. (Alice).

Alice refere a existência de protocolos como recurso de orientação para o fazer médico. Assim, o protocolo passaria a preencher o vazio deixado pela função da preceptoria. Vale lembrar que o médico recém-formado, ao ingressar na Residência, passou por um recente processo de transição de aluno de Medicina para médico residente. Oswaldo fala de sua percepção acerca dessa importante e rápida mudança de papéis.

“Para a maioria dos meus colegas, eles se formaram e um ou dois meses depois já viraram residentes. Então, entre tu ser um doutorando, antes de tu te formar, indo lá, pegar o canudo e fazer uma prova de residência e virar um médico residente, em termos de conhecimento e de experiência, não mudou nada para eles. Só que a tua responsabilidade aumenta muito,

porque, querendo ou não, o residente é o responsável direto, é o principal responsável pelo paciente”. (Oswaldo).

A fala de Rita corrobora a ideia do quanto a responsabilidade aumenta na prática do médico residente em relação ao estudante do internato médico.

“Outro papel, totalmente. Tu é responsável. Totalmente diferente. E na faculdade tu ainda não tem essa ideia. Tu sempre, tu está junto com alguém, mas sempre alguém é responsável por aquilo. Na residência não... Tu que é o responsável. O paciente é teu”. (Rita).

Ao tornar-se médico residente, o profissional assume a responsabilidade pelo cuidado direto ao paciente, ou seja, novas exigências lhe são demandadas. Nesse sentido, observa-se, por um lado, o incentivo à autonomia profissional amparado por uma preceptoria que exerce efetivamente sua função. No entanto, frente a um exercício de preceptoria que falha ao cumprir sua função, pode-se confundir a atribuição de autonomia com negligência e descuido para com o médico residente.

Outro ponto a destacar a partir dos dados obtidos, cuja consequência é nefasta para o residente, diz respeito a situações de assédio moral. Elizabeth narra o assédio moral sofrido em sua Residência, além de testemunhar o abuso psicológico sofrido por colegas de outras especialidades médicas.

“Eu sofri nos primeiros três meses aqui, eu ia chorando todos os dias para casa, pensando em desistir pela coisa de humilhação por parte de professor, de maus tratos mesmo, tipo, não era uma coisa de apanhar fisicamente, mas mentalmente era demais. Então, existe abuso moral muito grande por parte dos preceptores, muito grande, muito grande mesmo. (...) Eu vejo em várias especialidades ali na X [nome da instituição]. (...) Graças a Deus é a minoria, mas existe muito e é extremamente abusivo. Eu pensei várias vezes em denunciar e aí tu fica com aquela coisa e aí tu não denuncia, porque depois tu vai se ferrar porque ninguém vai tirar aquele preceptor dali que está há anos ali dentro e não vai ser tu, uma aluna, que vai tirar o cara. Mas é um abuso moral horrível, horrível... é uma coisa que ninguém acredita se

for contar. E que tem relatos de outras turmas que passaram a mesma coisa. (...) Porque é uma coisa que se repete há muitos anos”. (Elizabeth).

Marques, Martins Filho, Paula e Santos (2012) conduziram um estudo a fim de conhecer a prevalência e as características do assédio moral nas Residências Médica e Multiprofissional em um hospital de ensino em Recife. Na pesquisa, uma das definições de assédio moral utilizada pelos autores consiste em uma “deliberada degradação das condições de trabalho por meio do estabelecimento de comunicações não éticas (abusivas) que se caracterizam pela repetição, durante longo tempo, de um comportamento hostil” (p. 403). Dessa forma, a residente Elizabeth destaca o caráter repetitivo desse assédio, bem como os deletérios efeitos sentidos por ela.

No estudo supracitado, os pesquisadores apontam uma prevalência de assédio moral de 41,9% nos 105 residentes entrevistados, sendo os médicos o grupo mais atingido. Os preceptores e os supervisores foram os mais identificados como assediadores. O estudo também mostrou a repetição do assédio moral, visto que essa prática ocorre também entre os residentes de diferentes anos (Marques et al., 2012). De forma semelhante, Volz, Fringer, Walters e Kowalenko (2017), em estudo piloto, constataram presença de comportamentos de violência horizontal (como por exemplo, assédio moral e ameaças verbais ou físicas) em profissionais da saúde, inclusive residentes, em serviço de emergência. Percebe-se, assim, que esses resultados vão ao encontro dos achados desse estudo.

Com o intuito de constatar os impactos sobre a prática de assédio moral, Carlos narra sobre ter desconsiderado a escolha da Residência em área cirúrgica, uma vez que nela o abuso psicológico entre preceptor e residente e entre os próprios residentes de diferentes anos é uma prática comum.

“Cirurgiões no geral, no Brasil, tem uma questão de não gostar de medicina clínica. (...) Eles batem no peito, de não saber, é uma coisa de muito bullying, de abuso psicológico dentro da cirurgia, entre outras coisas, não é um ambiente muito saudável, digamos assim, meio insalubre mesmo”. (Carlos).

Diante desse cenário de excessos vivenciado pelos médicos residentes participantes desse estudo, evidencia-se a deficiência no cuidado destinado a esses profissionais. Desse modo, são inegáveis os efeitos no campo da saúde física e psíquica do médico residente.

Nessa direção, Lourenção, Moscardini e Soler (2010), ao realizarem uma revisão bibliográfica sobre saúde e qualidade de vida de médicos residentes no período de 1979 a 2008, encontraram 42 publicações sobre o assunto, sendo 16 produzidas no Brasil. Os estudos analisados, segundo os autores, mostraram elevadas incidências de Síndrome de *Burnout*, estresse, depressão, fadiga e sono entre os residentes, além de relação entre carga horária de trabalho e prejuízo à qualidade de vida. Tais dados indicam clara necessidade de mudanças na legislação da Residência Médica a fim de melhorar as condições de trabalho e de aprendizado (Lourenção et al., 2010).

Mais recentemente, um estudo europeu desenvolvido por Ilić, Arandjelović, Jovanović, Nešić (2017) constatou que médicos e enfermeiros emergencistas representam um grupo de profissionais que se deparam constantemente com elevadas exigências laborais, grande responsabilidade e insegurança no trabalho. Já no que se refere ao estresse ocupacional na Residência Médica em emergência, Çalişkan Tür, Toker, Şaşmaz, Hacı, Türe (2016) observaram menores níveis de autonomia no trabalho e suporte social, além de elevado estresse laboral nos médicos residentes, os quais são responsáveis por pelo menos 60 pacientes. Nessa perspectiva, Joules, Williams e Thompson (2014), na execução de uma revisão sistemática sobre a ocorrência de transtorno depressivo entre médicos residentes em programas de Residência nos Estados Unidos, constataram que a prevalência de depressão maior nos médicos residentes é maior do que na população geral, existindo associação entre estresse laboral e o referido diagnóstico.

De forma semelhante, uma pesquisa efetivada por Carvalho, Melo-Filho, Carvalho e Amorim (2013) revelou elevada presença de sintomas (por exemplo: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas) em residentes inseridos em programas de Residência no estado de Pernambuco. Esse quadro é causador de grande sofrimento e, ao persistir, pode estar associado à incapacidade e ao absenteísmo no trabalho (Carvalho et al.,

2013). Elizabeth narra a repercussão emocional do que vivenciou no início de sua primeira Residência, em Medicina Interna, ao se deparar com uma excessiva carga horária de plantões.

“Quando eu tinha que fazer plantões lá na X [nome da instituição] eu já ficava angustiada uns dois dias antes do plantão, porque eu sabia que eu tinha que passar por aquilo. E já ficava incomodada e com raiva que eu tinha que ficar acordada e com privação de sono e cansaço extremo. Eu já ficava de mau humor, já ficava ruim. Meu Deus, quando eu pude parar de fazer plantão de noite foi a alforria da minha vida. Me deixa trabalhar quinze horas por dia, mas me deixa dormir em casa. Era horrível!”. (Elizabeth).

Outra vertente dos achados desse estudo diz respeito às precárias condições de trabalho em serviços de urgência e emergência hospitalar, conforme apontam várias pesquisas nessa área (O'Dwyer, Oliveira & Seta, 2009; Poll, Lunardi & Lunardi Filho, 2008; Rosado et al., 2015; Bittencourt & Hortale, 2009; Mendes et al, 2013). Considerando que os serviços hospitalares de urgência e emergência estão inseridos no e sofrem influência do Sistema de Saúde brasileiro, Augusta, a partir de sua experiência, narra as dificuldades encontradas no contexto de urgência e emergência, tendo em vista a realidade do sistema de saúde.

“As coisas estão difíceis, porque o sistema de saúde não valoriza a emergência, não há investimento em emergência. Então a partir do momento que o hospital recebe investimento em todas as áreas, faz cateterismo, faz cirurgias maravilhosas. (...) E a emergência não, a emergência é só a porta de entrada. Só. E acaba. (...) E aí a gente acaba sendo assim, meio sucateado, e não é só aqui, eu estou dizendo no geral. É uma coisa, acho que muito cultural também, então isso é uma dificuldade muito grande. Escassez de tudo, de mão de obra qualificada, de equipe qualificada, muitas vezes você está num lugar e tem um profissional bom, mas um médico sozinho não é nada, não pode... não faz milagre. Tem que ter uma equipe de enfermagem adequada, tem que ter material, tem que ter tudo isso... exame... isso é uma dificuldade imensa para nós, que quando a gente entra, a gente tem que entrar com uma

força muito grande, eu vou encarar porque é uma coisa difícil de mudar, a curto prazo não”.

(Augusta).

A fala da participante retrata os efeitos percebidos por ela no que concerne à falta de investimento na unidade de emergência hospitalar e aos desafios em exercer sua prática profissional em locais que, na maioria das vezes, possuem parcas condições de trabalho. Nessa mesma direção, Alice e Oswaldo reconhecem a precariedade do sistema de saúde no que se refere à gestão de recursos, o que terá importante interferência na logística do hospital.

“A gente tem muito caso de paciente que deveria estar na UTI e acaba sendo... ficando na própria emergência por falta de leito na UTI. (...) Às vezes, se não fosse um sistema de saúde tão precário, poderiam fazer ambulatorial e acaba ficando internado para realizar exames, e algumas coisas poderiam ser ambulatoriais”. (Alice).

“A disponibilidade de atendimento, de leitos em emergência ainda acho que é insuficiente. Se precisaria ter ainda maiores emergências, aumentar o volume de atendimentos. (...) Então, muitas vezes, assim, o que acontece? Lotam os leitos, aí o paciente fica na sala de prescrição, às vezes o paciente fica em consultório, internado em consultório. (...) Isso, muitas vezes, acaba nos frustrando, a gente não consegue dar conta de todo o volume que tem. (...) É complicado”. (Oswaldo).

A narrativa de Oswaldo ilustra a repercussão das precárias condições do Sistema de Saúde frente à limitação do atendimento às demandas que lhe são características. Diante do real excesso presente nos serviços de urgência e emergência hospitalar, o profissional que ali atua, assim como os pacientes, acaba sendo alvo de descuido. Essa precariedade do Sistema de Saúde denota um descuido em relação a seus usuários que, por sua vez, tem inegáveis consequências àqueles que exercem o cuidado, conforme ilustra a narrativa de Rita.

“É uma situação extrema que, às vezes, as pessoas [usuários do Sistema de Saúde] não conseguem lidar e acabam descarregando em quem passa ali, que muitas vezes é a gente. (...)

Não é pessoal contigo, ela só está descarregando a revolta dela com o sistema que não funciona muitas vezes”. (Rita).

A partir das experiências subjetivas frente ao excesso, os participantes do estudo contam sobre os recursos singulares que buscam para enfrentar a “sobrecarga”. Augusta iniciara psicoterapia durante a graduação em Medicina e afirma se beneficiar deste processo no momento atual da Residência Médica. Já os médicos Elizabeth, Alice e Giorgio referem ter buscado processo psicoterápico ao se depararem com os efeitos da “sobrecarga” da Residência Médica.

“Faço [psicoterapia] há um ano e meio. (...) Parei, tive alta. (...) Mas acabei retornando durante a residência de emergência. Foi o motivo de eu voltar realmente, foi pelo trabalho”.
(Alice).

Por outro lado, as narrativas dos participantes revelam, também, a existência de poucos recursos frente à “sobrecarga” com a qual se deparam. Essas formas de enfrentamento vivenciadas por eles podem provocar importantes danos à saúde. As falas a seguir retratam o uso de álcool e a automedicação.

“A nossa válvula de escape é nas [dia da semana], no pós-aula, beber e dar risada entre o grupo. Então, eu acho que quando tu começa a ter uma válvula de escape de ir para um bar é ruim”. (Giorgio).

Embora o participante tenha crítica em relação ao uso de álcool como “válvula de escape” frente à “sobrecarga”, também alude ao descuido que atribui à instituição. Na percepção do participante, inexistem alternativas institucionais para dar conta dessa “sobrecarga” própria do programa de Residência. Já Carlos ilustra outro recurso utilizado como forma de fazer frente ao excesso experienciado na Residência.

“Automedicação tem, mas mais em relação a coisas específicas, tipo ansiolítico, remédio para dormir. Coisas pontuais, assim, que eu vejo o pessoal usar”. (Carlos).

O tema da automedicação por médicos residentes é bastante controverso, uma vez que o risco de medicação pode ser, como se constata na fala de Carlos, descaracterizado em sua função de dar

conta de situações conflitivas. Um estudo realizado por Stoesse e Cobb (2014), em uma universidade nos Estados Unidos, constatou baixa prevalência de automedicação para depressão em médicos residentes. No entanto, Mata e Ramos (2015) questionaram esse resultado, dada a falta de estudos anteriores nessa área para uma efetiva comparação. Já Christie et al. (1998) realizaram importante e amplo estudo com médicos residentes nos Estados Unidos sobre o uso de drogas prescritas e a automedicação, o qual revelou ser comum essa prática entre os residentes. Nessa direção, Roberts e Kim (2015) observaram, em estudo realizado, que o cuidado informal via automedicação consistia em uma prática comum entre os 155 médicos residentes pesquisados.

Visto não haver consenso entre os autores acerca da prevalência de automedicação por médicos residentes, chama-se atenção para o fato de que é inegável a presença dessa prática no contexto da Residência Médica. Observa-se, assim, que Stoesse e Cobb (2015), em carta ao editor no intuito de argumentarem sobre as críticas recebidas em seu artigo (Stoesse & Cobb, 2014), afirmam ser escassa a literatura científica sobre automedicação de médicos residentes. O fato ocorrido em relação ao estudo de Stoesse e Cobb (2014) permite constatar o difícil acesso à essa temática. Estende-se, assim, que a escassez de literatura científica sobre automedicação por parte de médicos residentes referida pelos autores também pode ser tomada paradoxalmente como argumento no sentido da impossibilidade de afirmar a baixa prevalência do fenômeno. Independentemente do conflito gerado pela publicação do estudo de Stoesse e Cobb (2014), a sensibilidade à temática é evidente.

A partir da reflexão sobre a prática da Residência Médica, constata-se um relevante impasse entre o que é prescrito em sua regulamentação e a efetiva vivência encontrada nas narrativas dos participantes. Observa-se, dessa forma, uma espécie de efeito “cascata” frente ao qual o descuido do Sistema de Saúde em relação aos usuários (nível macro) se reproduz nas práticas institucionais de exigência aos médicos residentes (nível micro). Dessa forma, a rotina dos serviços hospitalares de urgência e emergência passa a sofrer importantes efeitos decorrentes da precariedade própria ao Sistema de Saúde brasileiro. Percebe-se, desse modo, uma forte influência decorrente de complexa

condição social que compreende o campo do Sistema de Saúde, no qual estão inseridos os serviços hospitalares de urgência e emergência. A partir das narrativas dos médicos residentes, evidenciou-se que a precária realidade dessa condição social é percebida, mas, ao mesmo tempo, alterada (desmentida) no que diz respeito à prática do médico residente.

“Para ti ver como o sistema é uma ‘naba’. Como os caras [médicos preceptores da instituição] são concursados, o que eles vão fazer para tapar o furo e não deixar de atender o povo? (...) Aí o residente fica tocando serviço, não tem preceptor, às vezes. (...) Então, hoje, o residente ele é usado como uma forma de quebrar... de suplantar um sistema quebrado”.
(Giorgio).

“Em geral, no Brasil, residente, ele é mão de obra barata para tapar furo, querendo ou não”.
(Carlos).

As narrativas de Giorgio e de Carlos denunciam tanto o desamparo no que concerne à efetividade da função de preceptoria como a “sobrecarga” vivenciada na Residência, quando o trabalho do médico residente se dá no intuito de alterar/desmentir as deficiências na assistência à saúde. Nessa direção, Cunha (2014), ao discorrer sobre perversão social, defende a ideia da ocorrência de um deslizamento da concepção de perversão do campo estritamente sexual (referente à prática erótica com o próprio corpo ou do outro) para o domínio do laço social. Desse modo, ampliam-se as modalidades de gozo, as quais perpassam a relação com esse outro e seu corpo na esfera coletiva, fazendo menção, assim, à expressão “perversão social” (Peixoto Jr., 1999). Por outro lado, segundo Cunha (2014), o mecanismo de desmentido se mantém nesse percurso como operador primordial da experiência perversa. O autor ainda destaca que essa concepção de perversão não diz respeito necessariamente a uma classificação diagnóstica, mas sim a uma possível categoria descritiva de relação com o outro na atualidade (Cunha, 2014).

Na narrativa de Sophia, percebe-se que a Residência Médica consiste primordialmente no treinamento supervisionado e na qualificação do fazer médico, conforme rege a Lei 6.932/1981. Desse modo, o médico residente ocupa um lugar próprio e, portanto, diverso do médico preceptor.

Entende-se aqui que o desmentido ocorre quando o médico residente é convocado a alterar, com sua presença, a ausência daquele que ali deveria estar.

“Ser residente não é trabalhar além daquelas horas que a gente tem que trabalhar, que não é ser a peça chave da emergência, que a emergência tem que saber funcionar sem a gente e também porque a gente só não aprende na prática, a gente tem que ter tempo para estudar, a gente tem que ter tempo para descansar, tempo para dormir. Se a gente não consegue balancear tudo isso, ‘ah, porque você tem que se dedicar integralmente à residência’. Negativo! Eu acho que isso chega até a ser ruim”. (Sophia).

Os achados decorrentes das narrativas dos participantes do estudo evidenciaram um cenário laboral e de aprendizagem marcado pelo excesso. Nesse sentido, se a “sobrecarga” impera, questiona-se como se dá efetivamente a formação da identidade profissional do médico residente em meio a esse cenário. Para tanto, se destaca, a partir da constatação da lacuna entre o prescrito e o efetivo, a importância de lançar luz sobre a subjetividade do médico residente.

Terceira Asserção “Desafios na construção da identidade médica: entre a necessária afetação e o risco da indiferença”

Conforme desenvolvido nas Asserções anteriores, o médico, ao ingressar em um programa de Residência, busca um aprimoramento técnico em determinada área da Medicina. Esse momento da formação contribui fortemente para a construção de sua identidade profissional. No entanto, ao tornar-se residente, o profissional, muitas vezes, depara-se com um cenário marcado pela “sobrecarga” e pelo excesso. Em meio a esse contexto, destacam-se as repercussões dessa “sobrecarga” na subjetividade dos entrevistados. Tal aspecto encontra-se em consonância com o primeiro princípio norteador descrito na Política Nacional de Humanização, o qual valoriza a dimensão subjetiva em todas as práticas de atenção e gestão (HumanizaSUS, 2004). Para tanto, exploram-se nesta Asserção as narrativas dos participantes no que concerne à oscilação do desafio de experimentar condições que promovam uma necessária afetação à prática profissional, bem como

vivências que venham a fomentar práticas marcadas pelo predomínio da indiferença. No presente estudo, entende-se indiferença como uma postura que resulta tanto na impossibilidade de um cuidado sensível e afetivo voltado a si mesmo como também à demanda do outro.

Compreende-se, portanto, que uma prática marcada pela experiência predominantemente sensível e afetiva promove condições de exercício da mutualidade do cuidado. Dessa forma, tomando a narrativa de Giorgio como eixo central desta Asserção, observa-se a imprescindível sensibilidade e afetação por parte do médico residente no exercício de sua prática.

“Ser frio diante de uma situação para que você consiga resol... ajudar o paciente é diferente de você ser insensível à situação. Às vezes você precisa ser frio, você precisa ‘ah, tá um pouquinho de dor mesmo’, mas a anestesia não pegou direito, mas se eu não botar o dreno agora o cara morre. (...) Mas ser frio numa emergência é imprescindível, eu diria, porque se você começar a pensar: ‘Ah, tadinho, vai sentir dor, eu não vou fazer isso’, o cara morre! (...) Então frieza e determinação é diferente de insensibilidade. Eu acho que não tem como não se sensibilizar com a dor do outro. (...) E essa dor que eu falo é uma dor não só física, uma dor emocional”. (Giorgio).

Nota-se, na narrativa do participante, que ser “frio” no contexto de urgência e emergência não equivale a ser indiferente, ou seja, Giorgio descreve o quanto a sensibilidade à afetação se dá no reconhecimento da imprescindível ação a ser exercida no intuito de uma prática qualificada de lugar ao outro. Nessa direção, Cherer, Quintana e Pinheiro (2015), ao entrevistarem médicos e enfermeiros de uma UTI pediátrica, observaram que o envolvimento emocional, entendido como a habilidade de transcender a si mesmo e interessar-se pelo outro, é inerente ao cuidado, já que o envolvimento emocional, em algum grau, está sempre presente. Em consonância com esses achados, Aredes e Modesto (2016) constataram, a partir de um estudo qualitativo sobre a prática médica em um serviço de urgência e emergência hospitalar, que a atuação desse profissional é também mediada pela sensibilidade e afetividade, mesmo que de forma velada pela estrutura biomédica.

A narrativa a seguir, de Carlos, desvela outra condição que, equivocadamente, equivale frieza à insensibilidade. Nesse sentido, Carlos alude à desejável “frieza” do profissional para a adequada execução de seu trabalho.

“Eu ouvi falar que o pessoal que reclama da frieza, por exemplo, na hora de atender os pacientes. (...) Se tu for ficar, na hora, pensando muito tu não consegue fazer as coisas. (...) Então na hora é uma coisa meio automática, de tu atender, fechar, vamos entubar, reanima, dá choque, tapa o ferimento ali, costura. Na hora acho que tu não para muito para pensar”.

(Carlos).

Pode-se considerar que a narrativa do residente traduz certa confusão existente entre a impossibilidade de atender bem e pensar de uma forma que inclua a percepção e o reconhecimento de sentimentos despertados no profissional. Cabe, nesse sentido, reconhecer o quanto a gravidade dos atendimentos no contexto de urgência e emergência exige que o profissional tenha uma postura de maior prontidão ao agir. Porém, conforme narrativas dos participantes desse estudo, o não reconhecimento dos efeitos dessas situações na subjetividade do médico pode vir a fomentar práticas marcadas pela indiferença a si e ao outro. Assim, é inegável o efeito na subjetividade do médico de situações atendidas em caráter de urgência e emergência.

“A gente fica chateada, quem sabe, se eu tivesse tentado abordar de uma maneira diferente. A gente acaba sempre se questionando se foi o melhor jeito de agir, de ter as condutas, mas acaba servindo como aprendizado para os próximos eventos”. (Alice).

A narrativa de Alice mostra o reconhecimento em si do impacto da vivência de uma situação laboral intensa, como é o caso, para ela, de óbito. Vale ressaltar que, de acordo com Gonzalez e Branco (2012), o médico é um sujeito; portanto, um ser de relações. A prática médica não é concebida isoladamente – pelo contrário, é constituída por interrelações com outros e faz-se necessário o reconhecimento da intersubjetividade (Gonzalez & Branco, 2012).

Maeda, Pollak e Martins (2009) realizaram um estudo qualitativo que buscou analisar a compreensão do médico residente em reumatologia sobre o atendimento ao paciente portador de

fibromialgia e desvelar os efeitos desse atendimento no profissional. Os pesquisadores constataram que o atendimento a esses pacientes produz importantes efeitos no médico residente que o atende, tais como, tédio, frustração, sentimento de impotência e de indignação. Os autores ainda apontam uma falta de preparo emocional do médico residente. Diante dessa constatação, Maeda et al. (2009) questionam o valor atribuído aos aspectos emocionais do profissional na formação em Medicina, destacando, assim, a importância do cuidado ao médico residente.

É também frente ao reconhecimento da angústia despertada por determinadas situações que Oswaldo ressignifica o papel do médico no contexto de urgência e emergência hospitalar.

“Felizmente a grande maioria dos pacientes com quem a gente lida, a gente consegue fazer, consegue resolver o problema dele. Só que tem aquele pequeno percentual que a gente sabe que não vai conseguir evoluir muito. Então, com o passar do tempo, com o aconselhamento dos profissionais mais experientes, com o auxílio da equipe multiprofissional, a gente entende que nem sempre a gente precisa ficar naquela angústia e nessa vontade de querer resolver tudo”. (Oswaldo).

O participante demonstra que, ao dar-se conta e reconhecer sua limitação técnica, sua angústia se dissolve. Dessa forma, constata-se, a partir dos achados do estudo, a importante diferença entre “curar” e “cuidar”. Por vezes, a tarefa do médico não terá por finalidade a cura, como por exemplo, em casos de paciente paliativo. No entanto, a possibilidade de exercer um cuidado sensível pode promover melhores condições no exercício da Medicina. Nessa direção, Sophia alerta para o fato de que o médico nem sempre salva vidas, mas sim proporciona o cuidado necessário àquele paciente no atendimento de suas singulares demandas.

“A gente lida com muita gravidade. (...) Morte, morte, morte quase todo dia. Essa semana eu assinei dois atestados de óbito em menos de 24 horas. (...) A gente aprende que a gente não pode salvar todo mundo, que a gente não está ali para isso. A gente está ali para oferecer o melhor que o paciente precisa naquele momento. (...) Saber lidar com isso também. (...) E às vezes a gente se perde nisso”. (Sophia).

Elizabeth também desvela a importância do reconhecimento, por parte do profissional, de sua limitação técnica e do não impedimento a partir disso de oferecer, como refere Sophia, “o melhor que o paciente precisa naquele momento”.

“Tem uma hora que o médico não tem mais poder nenhum sobre a vida e a morte de uma pessoa. Tem muita limitação nesse sentido, que quando é a hora da pessoa, nada vai mudar”.

(Elizabeth).

A partir das narrativas dos entrevistados, é evidente o desafio que se apresenta no processo de construção da identidade médica. Por um lado, persiste uma equivalência entre exercício de excelência da Medicina e indiferença aos afetos e sentimentos. Por outro lado, impõe-se a noção de que o exercício de uma Medicina de excelência precisa estar ancorado em um atendimento humanizado. Tomando a definição de atendimento humanizado como aquele que reconhece a relação entre duas pessoas (médico-paciente), pode-se considerar que é imprescindível para tal condição a afetação do profissional.

Nessa direção, cabe problematizar o quanto a necessária afetação não deve ser confundida com limitações à capacidade técnica. Quando um profissional consegue reconhecer os limites em seu anseio de curar, porque identifica que para aquele paciente naquela condição tal motivação não é pertinente, nada o impede de oferecer sua competência de cuidar. Observa-se, assim, que o profissional, ao deixar-se afetar no encontro com o outro, nem sempre sabe como administrar os efeitos em si mesmo de tal experiência. Oswaldo e Rita, ao contarem sobre suas práticas, denotam empatia ao “sentir com” o outro. Entretanto, do ponto de vista emocional, os médicos residentes precisam se recompor rapidamente para dar continuidade ao seu trabalho.

“Quando se perde uma vida ou quando se vê que o paciente está mal, nós também acabamos ficando mal, só que o problema é que daqui a pouco, daqui a 10, 15 minutos, a gente já tem que atender um outro paciente que também vai precisar de cuidados. Então, muitas vezes, isso eu percebo muito até em mim e nos colegas que, muitas vezes, a gente acaba deixando... tendo, obrigatoriamente, que deixar de lado o sentimento para ser muito racional nessas

horas. (...) Então, às vezes, pelo volume de atendimento, a gente acaba deixando a emoção, o sentimento um pouco de lado”. (Oswaldo).

“Não tem como não doer naquele momento. Mas daqui a pouco você tem que pensar que tem mais um monte de gente que está te esperando. Tem mais um monte de gente que está dependendo do teu trabalho. E tu tem que voltar a trabalhar”. (Rita).

Para o médico exercer sua prática profissional com efetiva excelência, cabe a ele reconhecer em si o impacto emocional de seu trabalho. Dessa forma, para Rios (2009), “saber administrar-se bem e com bom senso é a arte da relação interpessoal e do cuidado consigo mesmo” (p. 52). O risco, portanto, se apresenta quando não é permitido ao médico reconhecer em si o impacto emocional de suas práticas, imperando a necessidade de continuar trabalhando às custas dessa não percepção. Quando o médico é impedido de perceber e reconhecer sua afetação com as situações dos pacientes, acaba, assim, por estimular uma prática marcada pela indiferença. A narrativa de Rita mostra a preocupação da profissional em manter sua sensibilidade frente às pessoas cotidianamente atendidas por ela.

“Porque são histórias de vida. Às vezes são histórias de vida muito similares às tuas, às pessoas que... do teu convívio e, querendo ou não, quando são similares, mais próximas de ti, mais te mexem, porque tu pensa: ‘Pô, podia ser comigo isso que está acontecendo’.” (Rita).

“Situações em emergência (...) a gente acaba conhecendo muito os perfis dos pacientes e acaba tendo um... não um feeling, eu digo, que não é só a questão de sentir, mas é de conhecer, de juntar fatores e entender qual paciente vai ser um pouco pior que o outro. Então a gente acaba ficando preparado para algumas situações, mas tem situações que é muito difícil a gente se preparar, que é, no meu caso, o que é difícil é doença grave em criança e adolescente”. (Augusta).

A narrativa da entrevistada desvela a importância da sensibilidade afetiva do profissional atrelada ao imprescindível conhecimento técnico e científico. Destaca-se, também, a imprevisibilidade do trabalho do médico no contexto de urgência e emergência em que somente o

conhecimento técnico não se faz suficiente. Augusta, ao referir o sentimento como um dos fatores importantes de sua prática, também identifica aqueles que lhe exigirão maior demanda emocional. Assim, as situações inesperadas referidas pela participante aludem à singularidade do caso que poderá vir a atender. No entanto, é a capacidade de prestar atenção em si mesma que lhe possibilita seguir trabalhando com o inesperado.

Miranda, Serafini e Baracat (2012) constataram, a partir de um estudo qualitativo, que as situações de difícil manejo relatadas por médicos participantes de sua pesquisa estão associadas àquelas que estão para além dos aspectos teóricos e científicos, não podendo ser solucionadas apenas por meio desse saber. Os autores citam, por exemplo, situações que envolvem a relação médico-paciente, como por exemplo, a comunicação de más notícias.

Identificou-se, também, nas narrativas dos participantes, que a responsabilidade e a ocupação do médico emergencista é, na maior parte das vezes, breve, já que o profissional se responsabiliza e se ocupa dos pacientes durante o seu plantão. Findado seu expediente, o profissional passa integralmente os casos para o médico plantonista que assumirá o seu lugar. Por outro lado, observa-se a exigência de prontidão e o caráter intenso e de constante alerta da prática dessa especialidade médica, visto a complexidade e a intensidade demandada pela gravidade clínica dos pacientes. As narrativas a seguir retratam essa condição.

“Essa é a parte boa da emergência. (...) Que tu sai do teu plantão e tem alguém assumindo o teu plantão. O paciente não é teu paciente, digamos assim. Tu fez tudo por ele naquelas 12 horas, tu passou para o colega o que precisa ser feito”. (Elizabeth).

“Eu gosto muito de trabalhar em plantão por isso, porque eu não levo os casos para casa. (...) Então eu procuro fazer assim o meu atendimento: sentir, ter sensibilidade em relação ao caso, ter o afeto necessário para transmitir as informações, mas não levar isso para casa”. (Augusta).

Pode-se considerar, a partir dos relatos dos entrevistados, o reconhecimento da possibilidade de que o trabalho médico pode ser exercido com afetação e sem prejuízo da competência técnica.

Rita, ao mostrar-se crítica na manutenção de sua sensibilidade e humanização em sua prática profissional, revela o valor do constante exercício de reflexão do profissional sobre o seu fazer.

“Um coisa que me preocupa na emergência, como o contato é mais breve, de manter a sensibilidade. E não esse paciente ser mais um. Tu conseguir ver uma pessoa, uma história por trás de cada situação, porque daqui a pouco tu fica tão mecânico: ‘ah, é só mais um baleado, é só mais um’. (...) Porque daqui a pouco tu vira uma máquina, que só vai vendo paciente”. (Rita).

Constata-se, portanto, o essencial reconhecimento do outro no campo alteritário como fator que possibilita ao médico estabelecer relações permeadas pela condição de afetar-se e distanciar-se do risco de uma prática regida pela indiferença.

“Tu tem que se aproximar, tu não pode chegar assim: eu sou o doutor e tu é que sabe. Tu está ali para servir àquele paciente, tu está ali a serviço dele”. (Elizabeth).

Dessa forma, a narrativa de Elizabeth ressalta a imprescindível sensibilidade do médico no exercício de seu trabalho, podendo contrapor-se a uma forma de expressão da indiferença – a arrogância, conforme descreve Carlos.

“No plantão não tem tanto... eu acho que uma certa altivez que nas outras áreas médicas, por exemplo, tem mais um pouco, a arrogância. Não que não tenha [na emergência], mas acho que menos, comparativamente”. (Carlos).

O risco da indiferença pode ser compreendido sob a perspectiva na qual o profissional médico é visto e tratado como “super-herói”, prevalecendo, assim, o estímulo ao não reconhecimento ou o escamoteamento de suas limitações e fragilidades como ser humano. A figura mítica e onipotente do super-herói parece dar conta de um profissional invulnerável, que não é abalado tampouco afetado por nada. Porém, corre-se o risco, na prevalência de tal distorção, do surgimento de importante descuido aos aspectos subjetivos do médico.

“Trabalhar 24, às vezes 36 horas é normal. Tem essa coisa do super-herói, digamos assim”.
(Carlos).

“Parece que tu é um super homem que vai viver para sempre, essa é a impressão que eu tinha. Que nunca vai acontecer nada comigo. Daí tu vê que uma pessoa sai para trabalhar e de repente é atropelada por um ônibus. (...) Então eu fico pensando, tu começa a ver a vida de um jeito diferente. (...) Mas às vezes a gente não se coloca nessa posição”. (Rita).

Nesse sentido, Carlos alude à frequente desvalorização da subjetividade do profissional no campo da Medicina.

“Mesmo entre colegas e com a equipe eu acho que é uma coisa muito subvalorizada. Subvalorizada, não. Como que é a palavra? Subestimada na medicina, no ensino da medicina. (...) Acho que tem muito uma coisa, preocupação com a parte técnica e foda-se o resto das coisas”. (Carlos).

Desse modo, a formação médica ainda privilegia o modelo biomédico, predominantemente tecnicista, racional e individualizado, com tentativas, por vezes isoladas, de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade (Goulart & Chiari, 2010). Esse modelo, segundo os autores, é herança da ciência dura, pragmática e positivista que, com o passar do tempo, distanciou-se dos conhecimentos do campo das humanidades.

Rios (2016) executou uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo investigar o ambiente de uma faculdade de Medicina tradicional do Brasil, bem como explorar as dificuldades identificadas na formação dos médicos no que diz respeito à humanização da prática clínica. A autora aponta aspectos da cultura contemporânea (o narcisismo, a tecnologia e a comunicação como mera ferramenta de obtenção de informação) e o predomínio da lógica biomédica na formação em Medicina como elementos que interferem na construção da identidade médica no âmbito da graduação. Esses fatores dificultam o reconhecimento do outro em uma relação pautada na ética. Nesse modelo formativo vigente, segundo Rios (2016), corre-se o risco de o paciente, e também o médico, de perder seu lugar de sujeito, sendo ambos tratados como partes de uma engrenagem.

Esse modelo de formação da graduação em Medicina descrito por Rios (2016) pode ser ampliado para a Residência Médica. Embora ainda predomine uma lógica biomédica nesse

contexto, todos os participantes do estudo denotaram autocrítica e preocupação em refletir constantemente sobre a qualidade de sua prática. Nesse sentido, cabe ressaltar, como afirmam Gonzalez e Branco (2012), que a percepção de que a ciência médica, por si só, não explica o complexo processo de adoecimento do ser humano, tem levado os profissionais desse campo a repensar a relação médico-paciente a partir da retomada de conhecimentos oriundos das ciências humanas.

As narrativas dos participantes revelaram, também, a inexistência de momentos e de espaços formais na Residência que tenham o efetivo intuito de reconhecer, abordar e refletir sobre os aspectos subjetivos do residente.

“A gente acaba tendo essa parte mais emocional quando a gente fica fora do ambiente de assistência. Daqui a pouco num intervalo quando a gente vai almoçar com os colegas, a gente acabada discutindo os casos e comentando. (...) Se deixa de lado um pouco mais a ciência e vira mais emoção. (...) Ou simplesmente tu está indo de um lugar para o outro, de um andar para o outro e tu acaba encontrando um colega, aí tu acaba comentando com ele. Então a gente acaba tendo esses momentos. (...) Não tem um momento oficial que a gente possa discutir”. (Oswaldo).

Frente à necessidade do médico residente em dar um destino aos afetos relacionados ao trabalho, somada à falta de um espaço oficial para esse fim, Oswaldo e seus colegas encontram, em momentos informais, um meio de dar vazão aos afetos reconhecidos como decorrentes da prática médica. Nessa direção, o residente Giorgio é crítico ao reconhecer a pouca ênfase dada às relações humanas no trabalho durante a formação médica.

“Só que ninguém nos prepara para isso. Ninguém nos prepara para isso tanto na faculdade como na residência. Na residência menos ainda”. (Giorgio).

Os dados obtidos nesse estudo permitiram constatar a influência que exercem outros médicos tidos como modelos no processo de formação dos médicos residentes. Sophia faz uma analogia entre os residentes e preceptores com os adolescentes e adultos.

“Nós [residentes] somos os adolescentes da emergência ainda. Eles [preceptores] são os adultos, eles estão ali há anos, eles sabem que não adianta gritar e espernear. E aí a gente vai começando a aprender. Quando eu entrei na residência eu não tinha a menor noção disso, eu só sabia gritar e espernear. Eu acho que a gente vai olhando esses exemplos e a gente vai, aprende com a experiência, a gente vê o que funciona e o que não funciona. (...) Dos bons e dos maus exemplos. (...) Tem emergencistas muito bons, mas que são muito ruins como pessoas, que eu aprendi, eu comecei a enxergar isso neles e tentar não copiar eles. (...) Então a gente acaba observando, aprendendo”. (Sophia).

Diante da constatação da inegável influência exercida pelos modelos no processo formativo, questiona-se sobre os impactos na formação da identidade profissional do médico decorrentes de um cenário, na maioria das vezes, marcado pela “sobrecarga” na exigência de tarefas e pela desconsideração ao risco de indiferença ao outro e a si mesmo. Carlos faz menção à existência de um “currículo oculto”, ou seja, modalidades de aprendizado implícitas que ocorrem a partir dos modelos profissionais ofertados no processo de formação do médico.

“O currículo oculto. (...) O currículo não é só o que está escrito, a parte técnica, é também aprender com as posturas. Tu aprende muito com os chefes a maneira de se portar com o paciente, a maneira de se portar com o colega, a maneira de se portar com o familiar. Tudo isso é importante”. (Carlos).

Considerando os médicos preceptores como modelos profissionais, é evidente, portanto, a relevância da preceptoria na formação da identidade profissional do médico residente. Formação essa que deve contemplar não somente a competência técnica, mas, também deve abranger, com igual importância, os aspectos subjetivos do médico em formação. Desse modo, cabe destacar a relevância de uma reflexão a respeito da contribuição inegável ao curso formativo do médico, que decorre da possibilidade de estimular o exercício da capacidade crítica e reflexiva deste profissional, promovendo, assim, o fomento a uma prática que alie competência técnica e sensibilidade.

Segundo Ceccim e Merhy (2009), o profissional da saúde, em seu contexto laboral, está submetido a ordenamentos que definem, de forma imperativa, suas formas de agir e pensar no exercício da clínica. Frente a essa realidade, o profissional pode ser capturado por essas condições de trabalho, não agindo e tampouco pensando por si mesmo. Ou, como alternativa, cabe ao profissional o exercício reflexivo sobre sua prática de cuidado. Nesse sentido, uma micropolítica do trabalho em saúde, marcada pelo estímulo à capacidade criativa, se oporia à macropolítica do gerenciamento, da protocolização (Ceccim & Merhy, 2009). A “protocolização” citada pelos autores pode ser pensada na direção de um processo formativo que enfatize a mera aplicação de técnicas e de protocolos, deixando à margem tanto a singularidade do sujeito profissional como a do sujeito a quem é endereçado o cuidado.

Considerações Finais

Tendo em vista as demandas e exigências que constituem o processo formativo de um médico residente e as especificidades inerentes ao exercício laboral em contexto de urgência e emergência, é evidente a relevância de identificar, compreender e problematizar a experiência cotidiana desse profissional da saúde. Nesse estudo, buscou-se explorar em profundidade a experiência formativa e profissional de médicos residentes. Os dados obtidos na pesquisa permitem reconhecer que uma prática médica regida pela condição de cuidado integral ao outro está associada à condição de mutualidade de cuidado. Assim, é inegável o fato de que para um profissional capacitar-se ao efetivo exercício de cuidado ao outro, é necessário que ele próprio também seja alvo de práticas de cuidado.

Observou-se, nesse estudo, que o médico, ao buscar uma Residência, almeja a especialização e o aprimoramento técnico em determinada área da Medicina. Porém, ao efetivamente ingressar na Residência, o médico, muitas vezes recém formado, depara-se com um cenário marcado, na maior parte das vezes, pelo excesso de exigências demandadas a ele. Esse excesso é denominado pelos próprios participantes do estudo como “sobrecarga”, a qual, inegavelmente, gera efeitos, muitas vezes danosos, à subjetividade do residente.

Diante de intensidades de vivências relativas à Residência Médica e das particularidades das práticas no contexto de urgência e emergência, as quais demandam prontidão e presteza no atendimento ao outro, corre-se o risco de o médico, em seu fazer, exercer um cuidado meramente tecnicista marcado pela indiferença ao outro e a si mesmo. Em oposição ao risco da indiferença, destaca-se a necessária sensibilidade à afetação do profissional, de forma que lhe seja possível aliar competência técnica à sensibilidade. Nessa direção, entende-se, a partir das entrevistas realizadas, que o ritmo imprimido no processo da Residência Médica tem papel relevante tanto na possibilidade como na impossibilidade de que o profissional médico desenvolva e aprimore práticas identificadas como cuidado humanizado.

As Asserções desenvolvidas nesse estudo permitem afirmar a importância de um permanente exercício reflexivo sobre a formação médica. Observa-se, também, que o aceite dos entrevistados em participar desse estudo desvela o valor, para eles, desse exercício reflexivo, já que todos os participantes denotaram capacidade crítica acerca de seu fazer profissional.

As narrativas dos entrevistados conduzem à reflexão de que se estabeleçam, no contexto institucional, espaços que tenham como objetivo estimular e fomentar permanentemente a capacidade crítica, reflexiva e ética aliadas à prática profissional. Percebeu-se, também, como a sobrecarga e a experiência de desamparo decorrente da insuficiência da função a ser desenvolvida pelo preceptor acabam por distorcer a motivação inicial de buscar a Residência Médica como um espaço de aprimoramento e de continuidade da qualificação profissional. Trata-se, portanto, de destacar a implicação institucional dessas situações denunciadas pelos participantes do estudo.

Além disso, ressalta-se a escassez de estudos qualitativos acerca de impasses e de dificuldades que se apresentam na prática médica, considerando a inquestionável intensidade de demandas à figura do médico, independentemente de ela ocorrer em um contexto de urgência e emergência. Nessa direção, salienta-se a importância e o valor do conhecimento decorrente de pesquisas qualitativas, visto que essa modalidade de investigação evidencia a narrativa do sujeito da experiência, uma vez que ela possibilita descobrir e obter novos significados a respeito de aspectos

subjetivos e singulares dos fenômenos estudados. Desse modo, a pesquisa qualitativa dá espaço e atribui valor ao que é efetivamente experienciado pelo sujeito.

Ao reconhecer-se a heterogeneidade do campo de atuação profissional médico, não se tem, com esse estudo, a pretensão de esgotar a temática. Ao contrário, os dados decorrentes das narrativas dos médicos residentes participantes dessa investigação convidam a seguir explorando singulares aspectos que dão sustentação a uma produção de conhecimento na qual o espaço ao sujeito da experiência está garantido.

Referências

- Abdulghani, H. M., Al-Harbi, M. M., & Irshad, M. (2015). Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3023-3029.
- Arede, J. S., & Modesto, A. L. (2016). “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 435-453.
- Bittencourt, J. R., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439-1454.
- 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.
- Çalışkan Tür, F., Toker, I., Şaşmaz, C. T., Hacı, S., & Türe, B. (2016). Occupational stress experienced by residents and faculty physicians on night shifts. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24:34, 1-8.
- Campos, M. C. G., & Senger, M. H. (2013). O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 11(4), 355-359.

- Carvalho, C. N., Melo-Filho, D. A., Carvalho, J. A. G., & Amorim, A. C. G. (2013). Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 38-45.
- Cataldo Neto, A., Rosa, L. O., D'Ávila, C. S., Corsetti, F., & Restano, P. C. (2007). A vocação médica. In A. Cataldo Neto, I. Antonello, M. H. I. Lopes (Orgs). *O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica* (pp. 26-34) Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 13(Supl.1), 531-542.
- Cherer, E. Q., Quintana, A. M., & Pinheiro, U. M. S. (2015). A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 685-694.
- Christie, J. D., Rosen, I. M., Bellini, L. M., Inglesby, T. B., Lindsay, J., Alper, A., & Asch, D. A. (1998). Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA*, 280(14), 1253-1255.
- Corsi, P. R., Fernandes, E. L., Intelizano, P. M., Montagnini, C. C. B., Baracat, F. I., & Ribeiro, M. C. S. A. (2014). Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 213-220.
- Cruz, J. A. S., Sandy, N. S., Vannucchi, T. R., Gouveia, E. M., Passerotti, C. C., Bruschino, H., & Srougi, M. (2010). Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Revista de Medicina (São Paulo)*, 89(1), 32-42.
- Cunha, E. L. (2014). A dupla face do desmentido na atualidade: entre o aniquilamento do outro e a felicidade em simulacro. In J. Birman, D. Kupermann, E. L. Cunha, & L. Fulgencio (Orgs). *A fabricação do humano: Psicanálise, subjetivação e cultura* (pp. 45-60). São Paulo: Zagodoni.
- Decreto nº 80.281, de 05 setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. (1977). Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm.

- Diefenthaler, E. C., Cataldo Neto, A., Furtado, N. R., Zimmermann, P. R., & Coelho, M. R. M. (2006) O cuidado com as emoções. *Bioética*, 14(2), 181-192.
- Erickson, F. (1986). Métodos Qualitativos na Pesquisa sobre o Ensino. In M. Wittrock (Ed.), *Livro de bolso de Pesquisa sobre o Ensino* (pp.119-161). Nova Iorque: MacMillan.
- Erickson, F. (1997). Metodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. In M. Wittrock (Org.), *La investigación de la enseñanza* (pp. 195-301). Barcelona: Paidós.
- Ferreira, S. R., & Olschowsky, A. (2010). Residência: uma modalidade de ensino. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, V. L. Pasini (Orgs), *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp. 23-34). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Recuperado de <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf>
- Feuerwerker, L. C. M., & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 965-971.
- Gauer, G. J. C., Franco, R. S., Zogbi, H., Marini, P. A., Diefenthaler E. C., & Cataldo Neto, A. (2006). Estratégias dos profissionais da saúde para cuidar dos que cuidam. *Bioética*, 14(2), 171-180.
- Gonzalez, R. F., & Branco, R. (2012). Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. *Revista Bioética*, 20(2), 244-254.
- Goulart, B. N. G., & Chiari, B. B. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255-268.
- HumanizaSUS. (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
- Ilić, I. M., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M., & Nešić, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167-178.

- Joules, N., Williams, D. M., & Thompson, A. W. (2014). Depression in resident physicians: a systematic review. *Open Journal of Depression*, 3, 89-100.
- Kegler, P., Santos, R. L., & Macedo, M. M. K. (2011). La subjetividad en el mundo del trabajo: vivencias entre realidad psíquica y realidad material. *Acta Psiquátr Psicol Am Lat*, 57(4), 326-332.
- Kóvacs, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429.
- Kude, V. M. M. (1997). Como se faz análise de dados na pesquisa qualitativa. *Revista Psico*, 28(2), 183-202.
- Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981*. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. (1981). Brasil. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-6932-7-julho-1981-357276-normaatualizada-pl.pdf>
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81-91.
- Maeda, A. M. C., Pollak, D. F., & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 404-415.
- Marques, R. C., Martinhs Filho, E. D., Paula, G. S., & Santos, R. R. (2012). Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(3), 401-406.
- Martins, L. A. N. (2010). *Residência Médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mata, D. A., & Ramos, M. A. (2015). Letters to the Editor. Self-treatment and informal treatment for depression among residente physician. *Family Medicine*, 47(6), 487-488.

- Mendes, A. C. G. et al. (2013). Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 161-166.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Miranda, K. L., Serafini, P. C., & Baracat, E. C. (2012). O cuidado psicológico ao médico em reprodução assistida: um enquadre diferenciado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 71-79.
- Nunes, M. P. T. (2004). Residência Médica no Brasil – situação atual e perspectivas. *Cadernos ABEM*, 1, 30-32.
- O'Dwyer, G. O., Oliveira, S. P., & Seta, M. H. (2009). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1881-1890.
- Oliveira Filho, G. R., Sturm, E. J. H., & Sartorato, A. E. (2005). Compliance with common program requirements in Brazil: Its effects on resident's perceptions about quality of life and the educational environment. *Academic Medicine*, 80(1), 98-102.
- Palharini, L. A. (2015). *A história de atenção ao parto e nascimento: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e informação sobre o tema* (Tese de doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Peixoto Jr., C. A. (1999). *Metamorfoses entre o sexual e o social*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Pereira Jr., G. A., Fraga, G. P., Aranud, F., Gula, E. A., Slullitel, A., & Garcia, V. L. (2015). O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a lei do Mais Médicos. *Cadernos ABEM*, 11, 20-47.
- Poll, M. A., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2008). Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 509-514.

- Purim, K. S. M., Borges, L. M. C., & Possebom, A. C. (2016). Perfil do médico recém-formado no sul do Brasil e sua inserção profissional. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 43(4), 295-300.
- Ramminger, T., & Nardi, H. C. (2008). Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 12(25), 339-346.
- Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 02/2006, de 17 de maio de 2006.* Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. (2006). Comissão Nacional de Residência Médica. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf
- Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.149/2016.* Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. (2016). Recuperado de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2149_2016.pdf
- Resolução nº 03/2014, de 20 de junho de 2014.* Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. (2014). Ministério da Educação. Recuperado de <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>
- Rios, I. C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora. Recuperado de http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf
- Rios, I. C. (2016). The contemporary culture in medical school and its influence on training doctors in ethics and humanistic attitude to the clinical practice. *International Journal of Ethics Education*, 1, 173-182.
- Roberts, L. W., & Kim, J. P. (2015). Informal health care practices of residents: “curbside” consultation and self-diagnosis and treatment. *Acad. Psychiatry*, 39(1), 22-30.

- Rosado, I. V. M., Russo, G. H. A., & Maia, E. M. C. (2015). Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20(10), 3021-3032.
- Sant'Ana, E. R. R. B., & Pereira, E. R. S. (2016). Preceptoría médica em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 204-2015.
- Silva, A. A. D. (2007). *Personagens da História da Medicina*. Londrina: Ed. Autor.
- Silverstein, L. B., & Auerbach, C. F. (2006). Using qualitative research to strengthen clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. *American Psychological Association*, 37(4), 351-358.
- Stoesse, K., & Cobb, N. M. (2014). Self-treatment and informal treatment for depression among resident physician. *Family Medicine*, 46(10), 197-801.
- Stoesse, K., & Cobb, N. M. (2015). Letters to the Editor. Reply to "Self-treatment and informal treatment for depression among resident physician". *Family Medicine*, 47(6), 487-488.
- Turato, E. R. (2011). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (5 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Volz, N. B., Fringer, R., Walters, B., & Kowalenko, T. (2017). Prevalence of horizontal violence among emergency attending physicians, residents, and physician assistants. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(2), 213-218.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados durante o desenvolvimento da presente Dissertação de Mestrado procuraram refletir e problematizar a complexidade do cuidado no campo da saúde. Consta-se ainda, principalmente no contexto hospitalar, o predomínio da lógica biomédica, na qual aspectos subjetivos relativos aos profissionais da saúde são escamoteados da compreensão sobre a prática de cuidado. O estudo realizado permitiu vislumbrar os riscos decorrentes de situações nas quais o profissional da saúde não é incluído como alvo de práticas que fomentem condições genuínas de um cuidado integral e humanizado.

No que tange à Medicina, muitas vezes, no imaginário coletivo, há uma equivocada concepção de que o profissional médico é imune às repercussões emocionais em si de seu exercício laboral. A partir dos relatos dos entrevistados, observou-se que o sujeito médico sofre efeitos em sua subjetividade decorrentes tanto das experiências em seu trabalho quanto de circunstâncias que marcam seu processo formativo.

É evidente, tanto a partir da literatura revisada quanto dos achados desse estudo, a menção aos efeitos decorrentes de demandas laborais e formativas marcadas pelo excesso, o qual aparece nas narrativas dos entrevistados, nomeado como “sobrecarga”. Sublinha-se que é inerente ao exercício da Medicina, assim como o de outras profissões, uma “carga” de trabalho. O médico, principalmente o emergencista, depara-se, cotidianamente, com pacientes cuja complexidade e gravidade clínicas exigem uma prontidão no agir. Por outro lado, além dessas exigências inerentes à profissão, observou-se, a partir das narrativas, a existência de outras demandas e exigências que transformam a inerente “carga” de trabalho em “sobrecarga”, como mencionam os participantes.

O excesso da “sobrecarga” pôde ser identificado como oriundo de duas principais condições. A primeira diz respeito ao Sistema de Saúde brasileiro, que prioriza o investimento na atenção terciária, ou seja, na atenção de alta complexidade. Essa realidade incrementa o descuido no que diz respeito às práticas de caráter preventivo, privilegiando e instaurando, sob modalidades deficitárias, modelos curativos de intervenção em saúde. Essa organização do Sistema de Saúde nacional

contribui, portanto, para a superlotação das unidades de emergência nos hospitais do país, bem como para as precárias condições de atendimento às necessidades da população. Esse fato, corroborado pela revisão de literatura realizada nesse estudo, tem inegável impacto no trabalho do médico em contextos de urgência e emergência hospitalar. Essas precárias condições de trabalho são fonte de “sobrecarga” e geram inevitáveis efeitos na subjetividade do médico. A manutenção de tais condições vão na contramão da promoção de efetivas estratégias de cuidado humanizado.

A segunda condição de “sobrecarga” está relacionada à atual configuração dos programas de Residência Médica. Dessa forma, problematizou-se a continuidade do processo de formação médica após a graduação. Foi unânime, entre os entrevistados, a menção à busca da Residência Médica como complementariedade e aprimoramento de sua formação profissional. É notório, também, o valor atribuído ao treinamento e à capacitação técnica promovida pela Residência. Dessa forma, é indiscutível que o médico residente busca, assim, vivenciar situações profissionais, sob supervisão, com a finalidade de aprendizado. No entanto, destaca-se, a partir das falas dos entrevistados, que na medida em que a Residência Médica passa a ser marcada por uma “sobrecarga”, exigindo do residente o cumprimento de uma carga horária extenuante, tal objetivo inicial sofre importante impacto, passando a imperar parcas condições de aprendizado. Além da sobrecarga de horários a cumprir, os participantes mencionam a sobrecarga de exigências, como por exemplo, o volume de atendimentos destinado aos residentes e a realização de plantões que ultrapassam 24 horas. Somado a isso, os médicos entrevistados aludem, muitas vezes, ao despreparo e à insuficiência do suporte do preceptor, bem como a práticas de assédio moral por parte de preceptores e de outros médicos residentes. Portanto, os desdobramentos decorrentes das condições de “sobrecarga” na experiência de médicos residentes impõem urgente reflexão sobre as efetivas condições de aprimoramento e formação médica junto às diretrizes propostas como estratégias de trabalho no campo da saúde.

Cabe ressaltar que os médicos residentes entrevistados para esse estudo denotaram importante capacidade crítica em relação ao seu fazer profissional, reconhecendo ser necessária a atribuição de valor à capacidade de promover efetiva mutualidade de cuidado. Dessa forma, todos os

entrevistados demonstraram preocupação em manter tal sensibilidade em seu cotidiano laboral, mesmo diante da sobrecarga da profissão e da Residência.

Por fim, percebem-se profícuas e relevantes contribuições decorrentes dessa pesquisa, uma vez que são escassos estudos qualitativos que referem à identificação, discussão e problematização de experiências formativas de médicos residentes. O estudo realizado não teve como objetivo esgotar o fenômeno investigado. Trata-se, ao contrário, de reconhecer a inesgotável fonte de problemáticas e, portanto, de possibilidades efetivas e criativas de intervenção no campo da saúde quando se oferta ao profissional a possibilidade de narrar sua experiência. Tanto a literatura como os dados obtidos nessa pesquisa evidenciaram o caráter de urgência da atenção aos aspectos subjetivos impreterivelmente envolvidos em uma prática profissional.

Mais especificamente, a escuta de oito profissionais viabilizada por esta investigação permitiu identificar elementos que promovem sofrimento na realização do trabalho, mas também o valor atribuído à Residência pelos médicos. Assim, os próprios participantes da pesquisa apontam para alternativas que venham ajudá-los a não perder de vista a busca inicial de qualificação profissional por meio da Residência. Para finalizar, é importante referir o aprendizado decorrente da escuta desses profissionais no sentido dos particulares contornos que adquire uma prática laboral que se dá nos meandros singulares instaurados entre o cuidado e o caos. As narrativas dos participantes do estudo desvelaram, assim, suas próprias urgências e emergências no cotidiano exercício de cuidado ao outro.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O contexto de urgências e emergências: narrativas sobre sofrimento e cuidado

Pesquisador: Mônica Medeiros Kother Macedo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 51775215.9.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.638.256

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: O contexto de urgências e emergências: narrativas sobre sofrimento e cuidado

Pesquisadora Responsável: Mônica Medeiros Kother Macedo

OBS: A Pesquisadora Responsável encaminhou ao CEP-PUCRS, em 20/06/2016, a E2 nos seguintes termos:

"Considerando a inclusão do Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre (HPSPA) como instituição co-participante deste Projeto, foram solicitadas pelo HPSPA as inclusões destacadas, em itálico e sublinhadas, no corpo do Projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

A saber:

I. No corpo do Projeto:

- a. incluir no tópico "Participantes", na definição dos critérios de inclusão, que os profissionais de saúde podem ser médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou "auxiliares de enfermagem";
- b. incluir no tópico "Instrumentos para Coleta de Dados" o seguinte texto: "Durante a realização das entrevistas, caso seja observada a necessidade de acompanhamento psicológico, o participante terá assegurado seu encaminhamento ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP), Serviço-escola do Curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS. Poderá assim receber atendimento psicoterápico gratuito com frequência e duração a serem definidas de acordo com a necessidade identificada pelos profissionais do Serviço.";

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-000

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@puccs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.638.256

c. incluir na seção "Instrumentos para Coleta de Dados", o seguinte texto: "As entrevistas terão duração aproximada de 30-60 minutos";

II. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão incluídas as seguintes informações: Caso haja necessidade, está assegurada sua possibilidade de encaminhamento ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP), Serviço-escola do Curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS, "a fim de receber atendimento psicoterápico gratuito com frequência e duração a serem definidas de acordo com a necessidade identificada pelos profissionais do Serviço."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as modalidades narrativas produzidas a partir da experiência singular de profissionais de saúde em contextos hospitalares de urgência/emergência no exercício do cuidado ao outro.

Objetivo Secundário:

- Explorar em profundidade as vivências de cuidado relacionadas aos eventos da história de vida dos sujeitos pesquisados;
- Compreender os fatores referidos pelos profissionais da saúde como facilitadores de suas intervenções de cuidado no âmbito de urgência/emergência;
- Compreender os fatores referidos pelos profissionais da saúde como dificultadores de suas intervenções de cuidado no âmbito de urgência/emergência;
- Propor ações que visem à capacitação de profissionais de saúde que atuam no âmbito de urgência/emergência;
- Fazer um mapeamento do perfil sociodemográfico e profissional desses profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos, uma vez que se trata de uma situação em que o profissional relatará sua experiência laboral.

Benefícios:

Os benefícios serão oriundos do conhecimentos gerados pela pesquisa, em especial no que tange a dar voz à expressão da singularidade de uma classe de profissional cuidadores. Além disso, registra-se a possibilidade do participante refletir sobre sua prática laboral na presença de um profissional.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.638.256

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisadora Responsável encaminhou ao CEP-PUCRS, em 20/06/2016, a E2 nos seguintes termos:

"Considerando a inclusão do Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre (HPSPA) como instituição co-participante deste Projeto, foram solicitadas pelo HPSPA as inclusões destacadas, em itálico e sublinhadas, no corpo do Projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

A saber:

I. No corpo do Projeto:

- a. incluir no tópico "Participantes", na definição dos critérios de inclusão, que os profissionais de saúde podem ser médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou "auxiliares de enfermagem";
- b. incluir no tópico "Instrumentos para Coleta de Dados" o seguinte texto: "Durante a realização das entrevistas, caso seja observada a necessidade de acompanhamento psicológico, o participante terá assegurado seu encaminhamento ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP), Serviço-escola do Curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS. Poderá assim receber atendimento psicoterápico gratuito com frequência e duração a serem definidas de acordo com a necessidade identificada pelos profissionais do Serviço.";
- c. incluir na seção "Instrumentos para Coleta de Dados", o seguinte texto: "As entrevistas terão duração aproximada de 30-60 minutos";

II. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão incluídas as seguintes informações: Caso haja necessidade, está assegurada sua possibilidade de encaminhamento ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP), Serviço-escola do Curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS, "a fim de receber atendimento psicoterápico gratuito com frequência e duração a serem definidas de acordo com a necessidade identificada pelos profissionais do Serviço."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Atualizar o endereço do CEP-PUCRS no TCLE, conforme abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS)

Prédio 50 - 7º andar, Sala 703

Av. Ipiranga, 6681

CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto Alegre - RS.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: oep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.638.256

Fone: (51) 3320-3345

e-mail: cep@puccrs.br, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30min às 17h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_735074_E2.pdf	20/06/2016 18:34:52		Aceito
Outros	adendo_wordassinado_20_6_16.doc	20/06/2016 18:34:07	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_e_autorizacao_da_coorordenacao.pdf	26/04/2016 19:32:51	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_utilizacao_divulgacao_dos_dados.pdf	26/04/2016 19:28:42	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	formulario_de_submissao_de_projeto.pdf	26/04/2016 19:27:27	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	ADENDO.pdf	26/04/2016 19:03:23	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	28/01/2016 12:28:46	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado_27_1.pdf	28/01/2016 12:28:22	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alterado_27_1.pdf	28/01/2016 12:27:56	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	Link_Curriculos_Lattes_Pesquisadores.docx	10/12/2015 10:34:47	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	Ficha_Dados_Pessoais_Sociodemograficos.pdf	10/12/2015 10:33:00	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Outros	Documento_unificado.pdf	30/11/2015 17:21:36	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/11/2015 17:19:27	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.638.256

Outros	Carta_Com_Cient.pdf	30/11/2015 17:15:41	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Instituicao.pdf	30/11/2015 17:12:08	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/11/2015 17:10:10	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/11/2015 17:08:14	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2015 17:06:58	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/11/2015 17:06:00	Mônica Medeiros Kother Macedo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Julho de 2016

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccs.br

ANEXO B

FICHA DE DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS

Data: _____ / _____ / _____

Dados de Identificação:

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Estado: _____

Religião: _____ Praticante? () Sim () Não

Estado Civil:

() Solteiro (a) () Casado (a)

() Viúvo (a) () União Estável

() Divorciado (a)

Dados Familiares

Com quem você mora?

() Sozinho () Pai () Mãe

() Irmãos /Quantos? _____

() Companheiro (a) /Quanto tempo? _____

() Filhos (as) / Quantos? _____ Idades: _____

() Outros _____

Dados de Saúde

Você possui alguma doença crônica? () Sim () Não

Qual? _____

Você possui atividades de lazer? () Sim () Não

Quais e com qual frequência? _____

Você pratica atividade física? () Sim () Não

Quais e com qual frequência? _____

Você dorme quantas horas por noite? _____

Você fez/faz tratamento psicológico/psiquiátrico? () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

Motivo: _____

Faz uso de medicação psiquiátrica? () Sim () Não

Qual: _____

Há quanto tempo? _____

Dados Acadêmicos e Profissionais:

Escolaridade: () Ensino Superior

() Pós-Graduação

Data de formação em Medicina: ___ / ___ / ___

Instituição de formação (graduação): _____

Residência em curso em (especialidade): _____

Instituição: _____

Ingresso na Residência: ___ / ___ / ___

Ano do curso: () R1

() R2

() R3

Residência anterior em (especialidade): _____

Período: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

Atividades desempenhadas pelo profissional atualmente:

Carga horária diária: _____

Carga horária de plantão / escala de serviço: _____

Faz plantão em outro local? () Sim () Não

Locais de trabalho: _____

Frequência de plantões “extras”: _____

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O CONTEXTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: NARRATIVAS SOBRE SOFRIMENTO E CUIDADO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O contexto de urgências e emergências: narrativas sobre sofrimento e cuidado”, coordenada pela pesquisadora Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade Psicologia da PUCRS, que tem por objetivo investigar as modalidades narrativas produzidas a partir da experiência singular de profissionais de saúde em contextos hospitalares de urgência/emergência no exercício do cuidado ao outro. Para tanto é necessário que você responda às questões que lhe serão indagadas por meio de uma entrevista semiestruturada, com questões abertas, que será gravada em áudio, com duração aproximada de 30 a 60 minutos, e, posteriormente, transcrita para garantir a fidedignidade dos dados.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). O maior desconforto que você poderá experimentar relaciona-se ao fato de abordar situações que podem ter sido difíceis, podendo vir a lhe provocar alguma mobilização afetiva. O benefício desta entrevista será a contribuição que estará dando para o desenvolvimento de um estudo científico e, também, poderá ser uma oportunidade que lhe permitirá expressar suas percepções acerca do exercício e significado de sua profissão.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participação se assim eu o desejar.

Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo, fone (51) 3320-3633, ou pela entidade responsável, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, localizado no Hospital São Lucas da PUCRS, na Av. Ipiranga 6690, Prédio 60, Sala 314, Porto Alegre /RS, Brasil, CEP: 90610-900, Fone/Fax: (51) 3320.3345. E-mail: cep@pucls.br. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30min às 17h.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Data