

Tornar-se residente aprendendo a ser adulto: necessidades na formação médica

Becoming a resident learning to be adult: needs in medical training

Thiago Barros da Silva¹ , Alexandre Brasil Carvalho da Fonseca¹ 

RESUMO

Objetivo: Este estudo se propõe a analisar motivações, aprendizagens, sentimentos e necessidades dos médicos residentes de Clínica Médica que atuam em um hospital municipal. **Métodos:** Trata-se de um estudo de fundo qualitativo, que tem como propósito avaliar, apreciar e estimar os propósitos, objetivos e planos dos médicos que optam por essa especialização por meio da análise de seus discursos. **Resultados:** Apesar da extensa formação médica, os médicos residentes não se sentem seguros em ter a responsabilização de situações relativas às moléstias e enfermidades dos pacientes, tendo de traçar condutas e atitudes sem a segurança devida para a sua realização. Eles se referem a um estado de não finalização, de não preparação, de pouca capacidade de realização de suas atividades e de inefetividade em suas ações de interpretação dos achados, diagnóstico, tratamento e abordagem. Utilizam a residência médica como ferramenta para superação e enfrentamento, traçando alternativas para expansão dos limites. **Conclusões:** Refletir acerca dessas necessidades e motivações permite desenvolver e conhecer estratégias para melhor entendimento e desenvolvimento das questões a respeito da residência médica e sobre a formação em Medicina no Brasil.

Palavras-chave: internato e residência; educação médica; capacitação profissional; corpo clínico hospitalar; identificação (psicologia).

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze the motivations, learning, feelings and needs of medical residents of the Medical Clinic who work in a Municipal Hospital to specialize through the Medical Residency in Clinical Medicine. **Methods:** This is a qualitative study with the purpose of evaluating, assessing and estimating the purposes, goals and plans of the physicians who opt for this specialization through the analysis of their speeches. **Results:** Despite the extensive medical training, resident physicians do not feel secure in having responsibility for situations related to the diseases and illnesses of patients, and having to conduct behaviors and attitudes without the necessary safety to carry out such acts. They refer to a state of non-finalization, not being prepared, little able to perform their activities, ineffectiveness in their actions of interpretation of the findings, diagnosis, treatment, and approach. **Conclusions:** Discussing these needs and motivations allows us to develop and learn strategies for better understanding and development of issues regarding Medical Residency and on training in Medicine in Brazil.

Keywords: internship and residency; education, medical; professional training; medical staff, hospital; identification (psychology).

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Autor correspondente: Thiago Barros da Silva – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Laboratório de Estudos da Ciência, Centro de Ciências da Saúde – Avenida Carlos Chagas Filho, CCS, bloco A, sala 33 (subsolo) – CEP: 21941-590 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: thiagobarrosilva@yahoo.com.br
Recebido em 15/02/2019 – Aceito para publicação em 30/05/2019.

INTRODUÇÃO

A formação médica desenvolve-se de forma contínua e processual, entremeada com as incitações entre os trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme exposto por Vasconcelos et al.¹ O *feedback* dos alunos e dos professores cada vez mais vai trazendo ideias quanto a caminhos e percursos a seguir. Querer parecer-se com aqueles com cuja forma de trabalho e vivência do cotidiano profissional há identificação vai se tornando ato progressivamente mais comum.

A residência médica permite aos médicos uma adaptação formativa, com um ajustamento de condutas, uma habitação, e constitui instrumento de modificação e formação. Assim, representa para os médicos um processo contínuo, que permite a transformação e a assimilação de aptidões e conhecimentos. Além disso, possibilita aprendizado permanente e aquisição de bagagem intelectual. Este estudo se propõe a analisar motivações, aprendizagens, sentimentos e necessidades dos médicos residentes de Clínica Médica que atuam em um hospital municipal da região do Vale do Paraíba, no interior de São Paulo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os sujeitos de pesquisa investigados são os médicos residentes de Clínica Médica que atuam no referido hospital. Optou-se por entrevistar apenas os residentes de Clínica Médica, excluindo-se da amostra os demais residentes. Esse hospital conta hoje com oito médicos residentes de Clínica Médica do primeiro ano (R1) e oito médicos residentes de Clínica Médica do segundo ano (R2). Apenas um dos residentes se encontrava de férias no momento da coleta das entrevistas, sendo excluído da análise.

Realizou-se a coleta dos dados por meio de entrevistas guiadas por um roteiro de questionário semiestruturado. Estas foram conduzidas no ano de 2018, tiveram tempo médio de 25 minutos e foram registradas em gravador e transcritas, garantindo-se o anonimato dos entrevistados. Trata-se de um estudo de fundo qualitativo² que tem como propósito avaliar, apreciar e estimar os propósitos, objetivos e planos dos médicos que optam por essa especialização, por meio da análise de seus discursos.

Para a análise, seguiu-se o método de análise de discurso preconizado por Bardin.³ Após a gravação e a transcrição das entrevistas, delimitaram-se as análises, visando identificar elementos que auxiliassem a compreensão das motivações que levaram esses entrevistados à escolha pela residência médica. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 04955018.8.0000.5451).

RESULTADOS

Diante da perspectiva da residência médica como resposta às diversas questões, levantaram-se enfoques que se relacionavam à mudança de mentalidade do médico residente em frente do que se denominou de “aprender a ser adulto”. Essa categoria aponta para a mentalidade dos médicos ao

intencionarem tornar-se residentes, ajudando a entender sua inspiração e os meandros das suas decisões formativas.

Um dos elementos de destaque nas falas dos residentes foi a insegurança expressa ao longo de suas formações, como elemento crucial na escolha pela residência médica. Apesar da extensa formação médica, eles não se sentem seguros em se responsabilizar por situações relativas às moléstias e enfermidades dos pacientes, tendo de traçar condutas e atitudes sem a segurança devida para a realização de tais atos. Para a identificação do residente usou-se a codificação (se R1 ou R2), seguida do sexo (H para homem ou M para mulher) e idade do residente. Exemplo: residente do 1º ano (R1), mulher (M), de 31 anos – R1M31:

- “*Eu sempre fui muito insegura.*” (R1M31);
- “*Pra mim, ter feito a residência me deu muito mais segurança para poder trabalhar mesmo... nem que seja pra uma porta... pra pegar uma UTI*” (R2H32);
- “*Pra eu falar assim, pra me tornar médica mesmo, com segurança, eu não teria feito outro caminho, não*” (R2M33);
- “*No primeiro dia eu fiquei desesperada, né? Porque eu cheguei e lá tinha um montão de emergência pra gente resolver*” (R1M30);
- “*Quando você começa a fazer qualquer coisa, seja ela qual for, sempre dá uma insegurança. Com a medicina não é diferente*” (R1M29);
- “*Eu acho que também, com essa Residência, eu me sinto mais segura também para trabalhar... bem mais*” (R1H32);
- “*Mas eu acho que eu não me sentiria tão segura*” (R1M29);
- “*Eu acho que num primeiro momento pra mim eu precisava de uma residência mesmo... a partir daí que eu já criei uma maturidade pra me sentir mais segura*” (R2M28).

Tal insegurança refere-se também à extensão e profundidade dos assuntos discutidos ao longo da formação médica — expansão de conhecimento cada vez maior, com necessidade de reciclagem e conhecimento de conceitos e posturas que se vinculam diretamente à prática médica:

Na faculdade a gente tem muita... muita teoria... então é uma bagagem muito grande... não é uma especialidade só. Não é só Clínica Médica, tem a Clínica Cirúrgica, tem Anestésio. E subespecialidades. Tem Neuro, tem Nefro, tem tudo... então eu acho assim, que você tem uma bagagem muito ampla (R1M29).

A residência é necessária, sim — o contato que você tem com a vivência médica de uma maneira protegida como a residência te fornece — tem seus colegas, tem seu preceptor... isso é um treinamento fundamental (R2M28).

Quanto à discussão sobre “tornar-se residente”, um dos entrevistados mencionou que, tendo feito a residência, ele se

considera distinto: “*Sou outra pessoa*”. Tal afirmação pressupõe uma mudança de estado, uma modificação que promove o desenvolvimento de características diferentes das do estado habitual. Essa transformação é fruto de uma alteração no entendimento de que as mudanças e variações decorrentes da formação médica têm gerado uma transfiguração interior, um metamorfismo:

- “*Você se vira*” (R2M28);
- “*Eu acho que faz um profissional completo*” (R1M27);
- “*Inicialmente é bastante diferente, né? Uma mudança de cabeça*” (R1M26);
- “*Você cai numa faculdade tão séria quanto a faculdade de Medicina, mas foi uma adaptação rápida*” (R2H35);
- “*Então foi um período de muito amadurecimento em um tempo rápido*” (R2H33);
- “*A gente vai aprendendo a ser adulto*” (R1M29).

Outra questão que se relaciona à de “aprender a ser adulto” é a que envolve o exemplo daqueles que exercem as funções com mais experiência, de forma validada (mesmo que por seus cargos). Trata-se da prática por meio de um modelo, um arquétipo. Exemplo disso é a discussão acerca da confiança no ensino/aprendizagem decorrente da ação dos preceptores/chefes.

Você aprende com as orientações dos chefes... até pra onde você deveria mandar esse paciente se você tivesse num serviço que tivesse disponível isso... eu acho que a questão de você ter uma supervisão e ter uma retaguarda que faz muita diferença, e ter aquela retaguarda de uma pessoa que vai te ensinar corretamente (R1M30).

Outro aspecto levantado na fala dos residentes diz respeito ao peso das responsabilizações futuras. No manejo dessas questões no seu íntimo, eles utilizam a residência como ferramenta de superação e enfrentamento, traçando alternativas para a expansão dos limites e a superação de paralisações:

- “*Isso acabou gerando pontos a favor para eu não ficar de preguiça e fazer a residência. O medo do futuro foi maior que as motivações presentes para não fazer*” (R2H33);
- “*Não saber muito bem o que eu vou fazer pela frente, com tantas possibilidades, me mostra que minha decisão foi certa*” (R2H35).

Seguindo a reflexão proposta por Tavares,⁴ Belarmino et al.⁵ afirmam que “o professor é fundamental para a formação da identidade profissional do aluno, assim como a postura que adotará na prática profissional, valorizando a relação médico-paciente”. Tal análise se relaciona ao fato de a identidade profissional se vincular ao exemplo daqueles que exercem influência sobre os alunos, trazendo maior impulso aos caminhos formativos e gerando médicos de verdade, gerando adultos.

Integraram-se nesse ponto as falas vinculadas às aspirações e ao desejo de fazer parte, relacionando-se com a

questão do tornar-se, do converter-se e transformar-se em uma condição de feitura, de constituição, estabelecimento e de composição. Isso é, à compreensão de que diante de algumas necessidades, por meio da residência, mudanças são vivenciadas:

- “*A residência muda o profissional*” (R1M31);
- “*Depois que eu comecei a residência tenho certeza que não sou o mesmo que era antes*” (R2H32);
- “*É uma mudança da água para o vinho. Acho que tenho avançado na minha formação*” (R2M33);
- “*Ao longo da faculdade, eu não tinha mais a mesma cabeça que tinha quando eu entrei, sedento por querer saber mais e poder me transformar num profissional melhor. Eu tinha essa vontade*” (R1M30);
- “*A residência é o que vai te transformar em médico de verdade*” (R1H32);
- “*Hoje, terminando a residência, eu consigo ver que, sem, eu não seria nem metade do que eu sou*” (R2H33).

DISCUSSÃO

Discutir o papel da residência médica como meio de estímulo e propagação da educação permanente em saúde parece ser relevante, tendo como base os estímulos e práticas desenvolvidos por meio desse treinamento em serviço.⁶

Outra discussão levantada refere-se ao porquê de os residentes escolherem se submeter a um ambiente tão adverso, sacrificial e esforçoso, como amplamente discutido por Coimbra.⁷ Há de se debater o desejo de sentir-se distinto, diferenciado, especial. Tais características associam-se ao desejo intrínseco dos médicos de se apresentarem como peculiares, tendo suas ações e formação médica cada vez mais individualizadas. Tais posturas permitem desenvolver o ideário de contraste entre os profissionais, diferenciando os residentes dos demais, expondo-os ao mercado, aos pares, aos outros profissionais de saúde, aos pacientes e à família como ilustres, notáveis e eminentes médicos. Além disso, o desenvolvimento de redes de *networking* entre os profissionais com quem convivem no hospital, de outras especialidades, profissões e chefias, levantam a possibilidade de construção de amparo perante o mercado de trabalho e de manutenção e ascensão de suas carreiras.

Para a análise e o delineamento do que se denominou de motivação e necessidades, considerou-se a teoria das necessidades humanas de Maslow.⁸ As necessidades são divididas em uma hierarquia pela qual os indivíduos expressam alterações e mudanças de necessidades por outras mais fortes nos diversos estágios de hierarquia. As necessidades não são exclusivas e, portanto, um indivíduo pode estar satisfeito/motivado por várias delas. Maslow⁸ discorreu acerca das seguintes: fisiológica, de segurança, de afiliação, de autoestima e de autorrealização. É possível pensar que a categoria “aprender a ser adulto” relaciona-se às necessidades de segurança, afiliação e autorrealização.

A motivação é combustível para subir a estágios superiores de necessidades. Dessa forma, um indivíduo estará motivado a ir para um nível superior à medida que os níveis anteriores estiverem satisfatoriamente realizados e desenvol-

vidos. “O homem é um animal desejante e raramente atinge um estado de completa satisfação exceto por um curto período de tempo. Assim que um desejo é satisfeito, outro explode e assume o seu lugar”.⁸

Mas o que acontece aos desejos de um homem quando há suficiente pão e quando sua barriga está cronicamente cheia? Outras necessidades (superiores) emergem ao mesmo tempo e dominam o organismo, mais do que a fome fisiológica. E quando essas são, por sua vez, satisfeitas novamente novas necessidades (e ainda mais superiores) emergem: “Isto é o que eu quero dizer quando afirmo que as necessidades humanas básicas estão organizadas em uma hierarquia de relativa preponderância.”⁸

Algumas falas dos residentes, nesse quesito, trouxeram reflexões quanto à questão do estar sozinho. É uma discussão que preliminarmente parece ser constituída por palavras soltas no meio de um emaranhado de sentimentos, ou até por objeção à residência médica. É como se o residente necessitasse ter alguém por perto a todo tempo, confirmando ou alterando suas condutas, e dependesse do preceptor para executar suas ações. Tal pensamento reflete certo grau de insegurança e poderia ser concebido de outra maneira: o residente precisa ser supervisionado por alguém a quem presta contas de suas ações. Trata-se de um treinamento em serviço, em que há um preceptor com cujo auxílio o residente pode afirmar suas condutas. Isso permite discussão e aprendizado mais profundos sobre os diversos temas, porém precisa haver certo grau de distanciamento para que haja exercício de autonomia, laços e gatilhos mentais para desenvolvimento pessoal, crescimento e amadurecimento. Portanto, o residente tem de estar só, sem estar sozinho. Tem de exercer suas ações, sendo amparado e ajudado a se desenvolver, o que gera segurança e o fortalecimento de sua formação.

Essa afirmação também é exemplo da mudança de estado: refere-se ao residente que, preliminarmente, entende-se como iniciante, novato, e que, por meio da sua mudança de postura e condição, amadurece e agrega discernimento à sua nova posição.

CONCLUSÕES

A formação médica no Brasil, de modo geral, tem passado por uma série de mudanças que influenciam diretamente a carreira dos médicos recém-formados, trazendo consequências diretas para a capacitação profissional. Tal constatação se relaciona com as motivações, aprendizagens e sentimentos dos médicos mediante a sua escolha formativa pela residência médica. O histórico do aprendizado ao longo da graduação, além dos vestígios de sentimentos que motivam as escolhas, é fundamental para o desenvolvimento e a assimilação das motivações para a escolha dessa residência.

O exemplo de médicos mais experientes e de profissionais que exercem autoridade, vislumbrado pelos médicos desde a graduação, traz à tona questões que se relacionam com o desejo de fazer parte desse grupo mais seleto, exclusi-

vo. Tal desejo os motiva a se estabelecerem e amadurecerem na profissão, gerando uma percepção do fortalecimento de sua formação.

O aluno, ao ingressar no ensino superior por meio da faculdade de Medicina, desenvolve uma série de pensamentos que o fazem refletir e projetar planejamentos e expectativas. Ele é submetido a diversos confrontamentos, até mesmo de realidades, o que gera ansiedade quanto às dificuldades inerentes ao curso médico e ao desejo de intervir no processo de saúde-doença dos pacientes. Ele adquire a capacidade de desenvolver a solitude e o aprendizado de matérias fundamentais à progressão de sua graduação.

Isso parece ter um efeito motivador nos médicos, permitindo-os se especializar por meio de um arranjo formativo que considere tais planejamentos e expectativas e fazer parte do meio conhecido e compatível com as conexões construídas durante a graduação. Ao longo da formação, o estudante tem contato com outros profissionais (desde outros acadêmicos a residentes, *staff* e professores) nas enfermarias, no ambulatório, nos hospitais, formando-se de maneiras diferentes. Ele começa a conhecer a residência médica e vê que o acesso é restrito, com uma prova concorrida e difícil. Observa a necessidade de criação de novas mentalidades, educando-se por meio de treinamento em serviço contínuo, progressivo.

As falas relativas ao aprender a ser adulto se relacionaram a uma sensação de insegurança com a formação e a sua atuação como médicos. Elas refletem a necessidade dos residentes de fortalecer seus laços com a profissão e com os pacientes. Revela o sentimento de querer avançar diante das motivações da carreira, aprimorando e potencializando ações. A constatação de não haver segurança para exercer a profissão, tanto pela gama de assuntos e de situações pelas quais os pacientes podem passar, quanto pela profundidade das ações e atos médicos, foi tema constante e usual na fala dos residentes. Outra questão levantada pelos entrevistados foi a responsabilização por suas atitudes pelo viés judicial e pela percepção de que eles não estão conseguindo exercer suas ações de forma estruturada e convicta.

Tal perspectiva se ampara também no sentimento de não se sentirem capazes de trabalhar como médicos, temerosos quanto a suas ações. Assim sendo, reflete-se em seus discursos a questão de que a residência médica os destaca no mercado de trabalho, permitindo o aprendizado de forma orientada, tutorada, para que eles se tornem novos profissionais. Essa mudança acaba levando o residente a um novo patamar, convertendo e se transformando suas circunstâncias.

Como vimos, essa experiência é bem explicitada na fala de um dos entrevistados, para o qual a residência médica é o tempo de vivenciar processos que o permitam aprender a ser adulto. A questão da autonomia do educando é central nas discussões do campo da educação, e aparece de forma significativa nessa e em outras falas coletadas para esta pesquisa.

Discutir essas necessidades e motivações permite melhor desenvolvimento e o estabelecimento de estratégias que as considerem e que sejam acionadas para um melhor entendimento e desenvolvimento da residência médica e da formação em Medicina no Brasil.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. In-between policies (CEH - Continuing Education in Health and NHP - Humanization National Policy): towards a way to educate in/for the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):981-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0707>
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 1977.
4. Tavares FM. As contribuições da medicina psicossomática à formação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2005; 29(1):64-9.
5. Belarmino LNM, Martins MF, Franco MCA. Aspirações médicas: análise dos alunos do internato das instituições de ensino superior do Estado do Pará. *Rev Bras Educ Méd*. 2016;40(4):685-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01682015>
6. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>
7. Coimbra IB. Avaliação dos fatores psicossociais, estratégias de “coping” e síndrome de “Burnout” na residência médica [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2017.
8. Maslow AH. *Motivation and personality*. 2ª ed. Nova York: Harper & Row; 1970.

Como citar este artigo:

Silva TB, Fonseca ABC. Tornar-se residente aprendendo a ser adulto: necessidades na formação médica. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019;21(4):165-9. DOI: 10.23925/1984-4840.2019v21i4a5