

## **Impactos psíquicos e sociais na formação de médicos residentes: apontamentos da Psicologia**

### **Psychic and social impacts in the training of resident physicians: psychology notes**

Teresinha Bloemer Knabben<sup>1</sup>  
Fabíola Langaro<sup>2</sup>  
Allan Henrique Gomes<sup>3</sup>

#### **Resumo**

A Residência Médica envolve mudanças na vida do médico residente e intenso contato com a dor, a doença e a morte, colocando esses profissionais em risco de sofrimento emocional. Este estudo teve como objetivo analisar as experiências dos médicos residentes na sua formação em um hospital público de Santa Catarina. Participaram da pesquisa oito médicos residentes, alunos do segundo ano de residência (R2). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na análise de conteúdo. A técnica empregada para coleta de dados foi o grupo focal e utilizou-se um roteiro disparador de conversações composto por perguntas abertas. Os dois encontros realizados foram gravados e as informações transcritas. Os dados coletados foram ordenados e categorizados compondo categorias temáticas: (a) Impacto da Residência na Vida Pessoal do Médico; (b) Constituir-se Médico e Profissional; (c) Médicos Residentes e Aspectos Institucionais. O referencial utilizado foi da Psicologia da Saúde e Hospitalar. Concluiu-se que a Psicologia pode oferecer importante contribuição na formação médica no que se refere à pessoa do médico, bem como nos níveis técnico e institucional para propor medidas de promoção de saúde emocional aos residentes. A instituição hospitalar destacou-se como espaço potencial para criação de novas configurações do processo ensino-aprendizagem.

**Palavras-chave:** residência médica; psicologia; hospital; psicologia médica; formação continuada.

#### **Abstract**

The Medical Residency involves changes in the resident physician's life and intense contact with pain, illness and death, placing the professionals at risk of emotional distress. This study aims to analyze the experiences of resident physicians in their training in a public hospital in Santa Catarina. Eight students, in their second year of residence (R2), participated in the meetings. It is a qualitative research, based on content analysis. The techniques used for data collection

---

<sup>1</sup> Faculdade Guilherme Guimbala – Joinville/SC – [teresinhabl@gmail.com](mailto:teresinhabl@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina – Florianópolis/SC – [flangaro@hotmail.com](mailto:flangaro@hotmail.com)

<sup>3</sup> Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE – Joinville/SC – [allanpsi@yahoo.com.br](mailto:allanpsi@yahoo.com.br)

was the focus group and a script composed open-ended question that promoted conversation. The two meetings held were recorded and the information transcribed. The collected data was sorted and categorized creating thematic categories: (a) Impact of the Medical Residence on the Physician's Personal Life; (b) Becoming a Physician and Professional; (c) Resident Physicians and Institutional Aspects. The reference used was the Health and Hospital Psychology. It was concluded that Psychology can offer an important contribution in medical training with regard to the person of the doctor, as well as at the technical and institutional levels to propose measures to promote emotional health to residents. The hospital institution stood out as a potential space for the creation of new configurations of the teaching-learning process.

**Keywords:** medical residency; psychology; hospital; medical psychology; continuing education.

## Introdução

A Residência Médica, curso de especialização destinada a médicos, é caracterizada como treinamento em serviço sob supervisão e conjuga o processo de ensino-aprendizagem ao exercício profissional. Essa etapa da formação médica – a residência – traz características que suscitam sofrimento psíquico aos médicos residentes, relacionado principalmente à natureza estressante da atividade médica e ao modelo educacional existente. Diante disso, nas últimas décadas, diversos estudos e programas vem estimulando maior atenção e assistência aos profissionais da área médica, bem como suscitando novas pesquisas relacionadas ao tema (Martins, 2005/2010).

Os médicos em ambiente hospitalar são profissionais em contato direto e intenso com pacientes em sofrimento físico e emocional. Além disso, os turnos ampliados, pressões e iminência da morte exigem do profissional médico prontidão imediata no atendimento a urgências e emergências. Fatos que tornam muitos desses profissionais suscetíveis ao desgaste psíquico, repercutindo negativamente na qualidade de vida da equipe de saúde e nos serviços prestados (Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

A medicina, tradicionalmente, tem se pautado no referencial técnico das biociências que conferiu à formação médica a atenção e estudo da condição física do paciente. De forma semelhante, as biociências apoiam o modelo médico cartesiano que fundamenta sua prática numa visão mecanicista compreendendo o corpo como uma máquina e a doença como o mau funcionamento desse corpo, uma visão dualista que separa corpo e mente. Nessa ótica, pouca relevância é dada aos aspectos psicológicos e relacionais (Takei, Hupsel & Schnitman, 2017).

Ancorados no modelo biomédico, os médicos, de modo geral, edificam sua teoria e prática sem atribuir a devida importância aos aspectos psicossociais - dimensões psicológica e social – tanto dele mesmo como pessoa, quanto dos seus pacientes. No intuito de contrapor o modelo biomédico, que se cristalizou nos últimos séculos, tem sido crescente a tentativa de reintegração da dimensão psicossocial ao ensino e às práticas em saúde, objetivando a construção de um modelo biopsicossocial. Na área médica, emergiram, principalmente no século XX, várias áreas de ensino, investigação e prática, tais como a Psicanálise, Psicossomática e Psicologia da Saúde que influenciaram currículos e práticas em saúde (De Marco, 2006).

A Psicologia da Saúde, resultante da ampliação da Psicologia para além do modelo clínico tradicional, adentra aos hospitais e constrói sua atuação a partir de mudanças no próprio conceito de saúde. Numa nova perspectiva, passa a perceber os fatores psicológicos na etiologia das doenças e a incluir a dimensão social na compreensão do processo de saúde-doença (Takei, Hupsel & Schnitman, 2017).

Desse modo, para Botti e Rego (2010) a Residência Médica representa mais que um treinamento ou busca de aperfeiçoamento da competência profissional, a formação profissional durante a residência médica é para esses autores um processo educacional que, baseado

na nova ciência de ensino-aprendizagem, atua no desenvolvimento de diversas habilidades, conhecimentos, atributos técnicos e relacionais.

A partir do exposto, esta pesquisa delimitou como objetivo geral compreender os impactos psíquicos e sociais de médicos residentes em relação ao processo de formação da Residência Médica. Os objetivos específicos desta pesquisa foram conhecer a relação dos médicos residentes com aspectos institucionais e com o programa de residência médica, avaliar a percepção dos médicos residentes quanto à sua formação profissional e analisar os impactos da residência médica na vida pessoal do médico.

## Métodos e Procedimentos

O presente estudo foi realizado com médicos residentes de um hospital da rede pública da região norte de Santa Catarina após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de parecer 3.330.158.

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa. Estudos qualitativos fazem referência aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Para Minayo (2001) essa modalidade de pesquisa ocupa-se do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não se reduzem à operacionalização de variáveis.

Como técnica para coleta de dados foram realizados encontros de grupo focal. Para Gatti (2005), o grupo focal se apresenta como uma técnica de levantamento de dados produzidos pela dinâmica interacional de um grupo de pessoas, com um facilitador que proporciona estímulos para o debate.

Para guiar a discussão no grupo e estimular as discussões, sem perder de vista os objetivos da pesquisa, foi organizado um roteiro disparador de conversações composto por doze perguntas abertas, elaboradas pela pesquisadora. As questões abordadas foram relativas às experiências dos médicos residentes no âmbito pessoal, profissional e institucional, tais como: Houve mudanças na vida pessoal de vocês após o início da residência médica? Como vocês avaliam a saúde física e emocional após o início da residência? Como vocês avaliam as atividades e a carga horária de estudos e trabalho na residência? Quais dificuldades vocês encontram na realização das atividades da residência? Como é para vocês lidarem com o adoecimento e com a experiência de morte de paciente? Como são as relações de vocês com pacientes, familiares, professores e representantes da instituição? Segundo Gondim (2002), um roteiro deve permitir o aprofundamento progressivo, mas também a fluidez da discussão sem que o moderador precise intervir muitas vezes.

Para a coleta de dados foram planejados dois encontros com os participantes da pesquisa, de uma hora e trinta minutos cada. Participaram da pesquisa oito médicos residentes, todos alunos do segundo ano de residência (R2), atendendo ao critério de inclusão dos participantes na pesquisa. Desses, sete eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A média de idade entre os participantes foi de 28 anos. Quanto ao estado civil, em sua maioria eram solteiros. Os mesmos fizeram sua graduação em medicina em diferentes cidades e tinham seus familiares residindo em diferentes regiões e estados brasileiros.

Os encontros ocorreram em uma sala de estudos da instituição hospitalar previamente disponibilizada e organizada para tal finalidade. Foram tomados alguns cuidados com a iluminação, ventilação, cadeiras estofadas, para que o ambiente fosse agradável, confortável e acolhedor. A localização da sala utilizada para o grupo focal evitou interferências externas e garantiu a privacidade dos participantes. A formação em círculo facilitou a interação dos participantes e a visualização entre todos. Os encontros foram gravados em áudio com o propósito de transcrever as falas e posteriormente analisar seus conteúdos através da análise de conteúdo.

Os depoimentos coletados foram transcritos, produzindo textos para análise. Os médicos residentes foram identificados nas transcrições com a sigla MR (Médico Residente), acrescida dos números de 1 a 8 (MR1, MR2, MR3 e assim por diante) de modo a manter preservada a identidade dos mesmos. Em seguida, foram realizadas várias leituras deste material, em um processo de pré-análise das informações. Posteriormente, a análise de conteúdo foi realizada por categoria temática, os dados foram ordenados e categorizados de acordo com o destaque de temas recorrentes compondo as categorias. Segundo Gomes (2001), trabalhar com categorias temáticas constitui agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito, estabelecendo classificações.

Na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem. A análise de conteúdo trabalha com a materialidade linguística através das condições empíricas do texto - o conteúdo - estabelecendo categorias para sua interpretação (Caregnato, 2006).

As categorias temáticas elencadas foram: (a) Impacto da Residência na Vida Pessoal do Médico; (b) Constituir-se Médico e Profissional; (c) Médicos Residentes e Aspectos Institucionais. As mesmas foram analisadas de acordo com a abordagem qualitativa e com o referencial teórico da psicologia da saúde e hospitalar.

## **Análise e Discussão de Resultados**

A seguir serão apresentadas as discussões e análises acerca das informações produzidas nos encontros com os médicos residentes.

### ***Impacto da Residência na Vida Pessoal do Médico – Dificuldades Iniciais e Cuidados com a Saúde***

Através do roteiro de perguntas e da discussão no grupo, as informações referentes às mudanças na vida pessoal se constituíram material consistente para a análise do impacto da Residência Médica na vida pessoal do médico.

Os médicos relataram primeiramente os conflitos iniciais pertinentes à mudança de cidade, distanciamento do círculo de amizade, expectativas em relação à residência e incertezas diante do novo desafio. O enunciado de MR2 expressa o sofrimento dessas vivências: *“no início foi bem difícil, um período difícil que a gente passa muito tempo aqui no hospital, que a gente perde muita coisa com a família, com os amigos, deixou de fazer coisas que a gente gosta”*. O exposto pelo MR1 reitera a intensa mudança e as perdas relacionadas a ela: *“de negativo eu destaco o fato de muita mudança. Eu acho assim, a gente como médico, como residente, a gente tem que abrir mão de muita coisa, estar perto de quem a gente gostaria de estar”*.

As mudanças no estilo de vida e nas relações no início da residência repercutiram também em rupturas nos relacionamentos amorosos dos residentes. O depoimento de MR5 é demonstrativo dessa situação: *“Terminei um namoro de quase quatro anos, muito trabalho, mas...”*. O intenso trabalho diz respeito à elevada carga horária de estudos e atividades que desempenham no hospital. Em outro relato, para um dos residentes com relacionamento rompido depois de oito anos de namoro, o início da residência médica oportunizou novo relacionamento: *“Aí entrei na residência, cabeça nova, assim, não, esse ano vai ser pra mudar [...] aí conheci o [...] também da área médica, aí tudo parece que ficou mais tranquilo, assim sabe, ajuda muito”* (MR4). O trabalho sobrepujou relacionamentos amorosos de modo a deixar lacunas na vida pessoal, mesmo que temporariamente. No caso do MR4, o novo relacionamento implicou não somente num vínculo amoroso, mas também em suporte às intensas mudanças provocadas pela residência médica, atuando como um recurso protetivo para a saúde emocional e bem-estar do residente.

Em relação ao processo de adaptação do médico residente aos fatores estressantes da prática médica, Martins (2005/2010) em seus estudos alerta para possíveis inadequações que remetem o médico residente ao distanciamento de emoções e sentimentos, ao isolamento social, ao descaso com a própria saúde, entre outros.

Os médicos residentes quando questionados sobre sua saúde física e emocional destacaram vários pontos relacionados à carga horária, alimentação, lazer e atividades físicas. Afirmam (MR1): *“A parte da saúde física assim, não está dando ainda [...]. Estou mais ansiosa, parece em relação à comida e não faço atividade física. Então, isso não mudou, foi assim [referindo-se ao ano anterior] e continua sendo assim”*. As falas do MR7 corroboram: *“Fica bem de lado, eu acho, a gente é médico, mas não procura médico. [...]. Ir ao médico, vai deixando, eu não fui nenhuma vez desde que eu comecei a residência [...]. Parei de fazer terapia, quando eu morava em [...] eu fazia.”* O relato de MR8 confirma a mesma questão: *“Quando a gente tem tempo livre a gente não quer ir para a academia, sei lá, ir dar uma caminhada. Eu fico dormindo [risos]”*. Ao que MR3 complementa: *“Ah, eu só engordo”*.

Nota-se que ingressar na especialização e, conseqüentemente, o modo como a residência está estruturada e as exigências da profissão, demandou deles certo “sacrifício”. A elevada carga horária da residência apareceu no discurso dos médicos como impeditiva para o cuidado com a saúde física e emocional. Fica evidenciado que as exigências da Residência Médica interferem nos cuidados com a própria saúde e bem-estar.

Nas pesquisas sobre o estresse na Residência Médica, Martins (2005/2010), destaca os intensos estímulos emocionais do ambiente hospitalar que acompanham o adoecer, com os quais o médico residente irá se deparar: o contato íntimo e frequente com sofrimento e dor; o lidar com a intimidade corporal e emocional do paciente; o atendimento de pacientes terminais; o trato com pacientes resistentes; as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial; as demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias. Nesse cenário, pode-se afirmar que o ingresso na residência, exigiu dos médicos residentes recursos emocionais para suportar as mudanças e lidar diariamente com a complexidade do ambiente hospitalar.

No presente estudo, o sono frequente, a indisposição para atividade física e para o lazer, a ansiedade, o não dispor de tempo para o cuidado da saúde, que preencheram os relatos dos residentes, configuram uma sintomatologia do impacto na vida pessoal frente às exigências da formação da residência.

Em outra perspectiva, observou-se algumas experiências que viabilizaram o desejo dos médicos residentes. O relacionamento afetivo entre os colegas, relatado por alguns participantes, os novos relacionamentos amorosos que surgiram após o início da residência, assim como a atividade física - mencionada por um dos participantes do estudo - podem ser identificados como fatores protetivos que geram satisfação e contribuem para a qualidade de vida dos médicos dessa pesquisa. A satisfação e bem-estar do residente impactam na formação médica, uma vez que esta implica não somente no desenvolvimento profissional do médico, mas também no seu desenvolvimento pessoal e relacional.

Considerando-se possíveis recursos para lidar com as vicissitudes da residência médica, Martins (2005/2010) destaca a necessidade de que o médico residente tenha preservado sua saúde física e mental durante o processo formativo e dá ênfase ao acompanhamento psicológico, como suporte necessário para garantir a atenção integral ao cuidador. Nesse sentido, o cuidado do cuidador na Residência Médica, citado por ele, exige também medidas e ações institucionais que promovam o cuidado ao trabalhador da saúde, incluindo a atenção à saúde do médico, em especial, do médico residente que, abruptamente, no primeiro ano, depara-se com uma rotina de grande responsabilidade.

Em semelhante perspectiva, Souza, Carvalho, Nardini, Calvetti e Gil (2005) reafirmam que as ações de humanização devam incluir o profissional de saúde e não apenas o usuário do serviço, uma vez que este necessita de equilíbrio físico e emocional para suportar as exigências de sua área.

Do mesmo modo, a Psicologia da Saúde observa e busca compreender como o sofrimento repercute na vida da pessoa e planeja intervenções e ações em saúde buscando a integração da saúde física, social e emocional (Angerami-Camon, 2002). Sendo assim, a Medicina e a Psicologia poderiam aproximar-se mais, no sentido de complementaridade, de atenção integral ao sujeito, seja no cuidado da saúde do paciente ou no cuidado do trabalhador da saúde.

### *Constituir-Se Médico e Profissional – Responsabilidades, Preceptoria e Más Notícias/ Notícias Difíceis*

No campo de pesquisa, os participantes citaram diferentes aspectos de sua formação, do processo de constituir-se médico e profissional. Desses, destacaram-se o alto nível de responsabilidade atrelado ao modelo formativo, a função dos preceptores e a comunicação de más notícias/notícias difíceis no contexto de adoecimento, dor, sofrimento e morte, próprios do ambiente hospitalar.

Na perspectiva dos médicos residentes, a responsabilidade assumida ao ingressar na residência médica se diferencia da responsabilidade de quando eram alunos da graduação: *“vários aprendizados novos, várias... responsabilidades que não tínhamos na faculdade começam a aparecer, mesmo a gente sendo residente, nós temos muita responsabilidade perante os pacientes, logo de início assim”*(MR5). Essa responsabilidade surge com sentimentos conflitantes, um desconforto maior no início da residência, suscitado pela pouca experiência e a intensa carga de trabalho e estudos que configura o primeiro ano. O MR4 discorre sobre o medo e a preocupação inicial: *“no início você entra sem saber, meu Deus, acho que não vou aprender, não vou fazer, aí você vai fazendo coisas que você nem imagina, mas é por causa do aprendizado, vai perdendo alguns medos, alguns medos você sempre vai ter”*.

Aliado à essas percepções, as pesquisas de Souza, Gianini, Azevedo Neto e Eluf-Neto, (2009) abordam o elevado grau de responsabilidade e sinalizam o sofrimento emocional entre médicos e estudantes de medicina evidenciado nos transtornos de humor, conflitos psíquicos e transtornos de ansiedade. Desde o início da residência, os médicos residentes são muito cobrados a tomar decisões, a ter conhecimento técnico de fato. Essa pressão pelo conhecimento, pelo “saber fazer” porque eles já são médicos, pode gerar maior angústia e sofrimento emocional. Souza et al (2009) corroboram ao destacar a ambiguidade vivida pelos médicos residentes uma vez que já são médicos formados, mas encontram-se aprendendo sobre uma especialidade, na qual lhes carece experiência.

Em um projeto de educação permanente, De Marco (2006) tem buscado desenvolver metodologias nas quais os alunos de medicina são tanto alvo quanto agentes do processo educacional. Em uma perspectiva integral e integrada dos processos de ensino-aprendizagem, por exemplo, coloca alunos desde o primeiro ano de medicina em contato com a prática médica em diferentes ambientes, assim como aproxima professores de diferentes especialidades em aulas e discussões. De Marco (2006) destaca como fundamental a sensibilização e a educação para os fenômenos da vida mental, emocional e social.

Os médicos residentes desta pesquisa apontaram também possíveis falhas na graduação e relatam a necessidade da realização da Residência Médica para complementar a graduação, adquirir experiência e capacitarem-se profissionalmente. As falas transcritas do MR4 sintetizam essas percepções: *“mas eu acho que a questão da residência é uma coisa essencial, que eu vejo para a formação de qualquer médico. Infelizmente, seis anos a gente sai e não está preparado para enfrentar o que a gente enfrenta aqui”*.

Corroborando às citações dos residentes, Martins (2005/2010), em seu resgate da história da Medicina no Brasil, ressalta também as deficiências da formação acadêmica que fazem com que grande número de jovens médicos realizem a Residência Médica em busca de experiência clínica. Destaca ainda que o médico recém-formado está autorizado legalmente para

o exercício da profissão, mas de modo geral encontra-se despreparado para lidar sozinho com as exigências da vida profissional. Fato esse que faz com que a experiência clínica adquirida com os pacientes no percurso formativo da residência tenha um papel essencial na constituição do médico e profissional.

De modo semelhante, as considerações dos médicos residentes sobre o papel dos preceptores e da discussão de casos clínicos no processo formativo foram trazidas para esse estudo para conhecer um pouco mais da realidade educacional desses profissionais: *“Acho que na questão da preceptoria talvez, mais cobrança dos preceptores, os preceptores mais formados, discussão de caso, a gente não tem muito isso. [...] vamos sentar e vamos discutir os pacientes”* (MR4).

Na educação médica, o preceptor é um médico mais experiente que irá contribuir na formação do médico aprendiz. Segundo Santos et al. (2012), há um predomínio do domínio cognitivo e técnico na formação em saúde. Esses autores chamam atenção para o papel ativo do preceptor no desenvolvimento de dimensões profundas nos médicos residentes para que possam oferecer ao paciente uma atenção integral humanizada, considerando que a Residência Médica é o mais importante ambiente de aprendizagem depois da graduação. Para Botti e Rego (2011) o preceptor tem, entre outras funções, o papel de ensinar, mostrar o caminho, assim como também planejar, controlar o processo de aprendizagem e analisar o desempenho dos médicos residentes. Para esses autores, o preceptor é também aquele que vai atuar como moderador, estimular o raciocínio clínico dos residentes para promover uma condução adequada de cada caso.

Nesse estudo, ao questionar os médicos residentes sobre o modo como lidam com a finitude observou-se inicialmente um silêncio comunicador, reticências no discurso, um não dito que transmitiu em linguagem não verbal certa insegurança e medo da própria temática. Aos poucos, os participantes se posicionaram a respeito: *“É complicado, né, sempre a morte [...] é um pouco mais delicada. [pausa]. A gente tem que saber lidar também porque é o nosso cotidiano”* (MR5). Outro residente comentou: *“No dia que ele foi a óbito, fiquei triste, chorei, fiquei triste, mas passou, fiquei bem depois”* (MR1). Mesmo com dificuldades diante das situações que envolvem as más notícias/notícias difíceis, os residentes mostraram sua condição humana e sensível, expressadas em “fiquei triste”, “chorei”.

Segundo Borges, Freitas e Gurgel (2012) más notícias dizem respeito a todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis, ou seja, um impacto significativo na vida do sujeito, especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades e estão, de algum modo, ligadas às perdas e/ou morte. Na mesma linha de raciocínio, os estudos de Koifman (2001) apontam para possíveis falhas no processo de formação do médico que o distancia muitas vezes da condição humana que é de finitude. Para essa autora, o médico aprende a discorrer sobre as doenças para esquecer da morte, porém esse esquecimento afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana, a certeza da morte, a consciência da fragilidade humana. Desse modo, salienta a importância de uma educação para a morte, fundamental para os profissionais da saúde.

Nessa perspectiva, para Kovacs (2008) uma educação que dê suporte às situações que envolvem perdas “está calcada nos questionamentos, na procura do autoconhecimento, na busca de sentido para a vida, o verdadeiro sentido de aprendizagem significativa” (p. 466). Essa autora salienta que não se trata de dar receitas ou respostas simples, padrões, normas ou doutrinação, mas sim de uma busca do sentido para a existência. Koifman (2001) corrobora com essas afirmações na medida em que menciona que não negar a morte pode contribuir para o resgate das subjetividades do paciente e do próprio médico.

Nos temas discutidos com os médicos residentes, percebeu-se que suas trajetórias estão imbuídas de ansiedade e medo diante da intensa responsabilidade, da gravidade dos casos clínicos, da conduta dos preceptores e do lidar com os processos de perdas. Sendo assim, os

médicos residentes desse estudo sinalizaram a necessidade de uma metodologia de ensino que os preparasse gradativamente, tanto para as responsabilidades assumidas quanto ao enfrentamento das situações em que lidam com a complexidade dos processos efetivos da terminalidade da vida, a morte do paciente.

### *Residentes e Aspectos Institucionais - reconhecimento e valorização*

Os participantes da presente pesquisa evidenciaram dificuldades nas relações estabelecidas no âmbito hospitalar que dizem respeito, principalmente, ao desejo de reconhecimento e valorização pela instituição.

Durante o grupo focal, quando questionados sobre a interação com a instituição e com equipes de trabalho, relataram dificuldades nas interações e na comunicação com cargos de comando do hospital. A transcrição citada a seguir demonstra o desejo de comunicação e aproximação: *“ia ter uma reunião nós e direção pra gente se aproximar mais, só que até agora isso não aconteceu.”* (MR4). Em seus comentários, os médicos residentes reivindicam também o reconhecimento como médicos e profissionais que são: *“porque infelizmente com a direção a gente tem essa barreira, eles, muitas vezes, nem sabem se a gente é residente, se a gente é técnico ou sei lá o que”* (MR4).

Observa-se que os pontos mencionados pelos residentes também estão interligados ao que Martins (2005/2010) explana sobre o cuidado ao cuidador na Residência Médica. No tocante ao estresse na Residência Médica e ao aprimoramento do sistema de capacitação profissional, esse autor reitera a necessidade de medidas profiláticas nos programas de Residência Médica. Reforça que medidas institucionais transformadoras dependem do apoio e fortalecimento das Comissões de Residência Médica (COREMEs), órgão colegiado que prevê a participação de residentes. Desse modo, sugere programas de acolhimento, de suporte emocional, de comunicação e de atenção à saúde e qualidade de vida dos médicos residentes, entre outros. Medidas estas que vem ao encontro do reconhecimento e valorização desses profissionais.

Nesse sentido, os participantes da pesquisa também identificaram algumas ações por parte da instituição que impactaram positivamente e foram identificadas como práticas motivacionais de reconhecimento e valorização. Referiram-se principalmente às mudanças ocorridas no espaço físico de descanso e às novas atribuições de trabalho que lhes foram conferidas. Na fala de MR4, a seguir, pode-se perceber que a sala destinada aos residentes era pequena e que, uma vez ampliada, representou para eles maior pertencimento à instituição: *“Nossa, mas ficou tão bom, que ficou um espaço grande, que eu nem estava sentindo tanto a falta de computador, mas era o espaço mesmo”* (MR4).

Do mesmo modo, MR4 mencionou os novos trabalhos que assumiram no hospital, referindo-se aos plantões extras, além daqueles que compõem o programa de residência: *“Começamos a trabalhar, acho que isso foi legal. Chamaram nós para trabalhar aqui no hospital, os residentes, a gente se sentiu mais valorizado”*. Percebe-se que esse convite, possibilitou maior retorno financeiro e valorização pessoal aos residentes, mas representou também o reconhecimento por parte da instituição de que os residentes já são médicos profissionalmente preparados para a função, denotando um “lugar” para eles, uma forma de pertencimento à instituição.

Contrapondo a situação atual dos residentes dessa pesquisa, todos no segundo ano da residência, foram apontadas percepções e sensações experienciadas por eles em 2018, enquanto eram alunos do primeiro ano. Naquele ano participaram de alguns encontros de Roda de Conversa com intervenções da Psicologia. As queixas, segundo eles, eram relativas ao excesso de atividades, elevada carga horária, estresse, pressão, exaustão, ansiedade frente à emergência médica, improdutividade no tempo livre, dificuldades com a alimentação e com o sono, dificuldade de lidar com a responsabilidade, dificuldade de demonstrar emoções, medo



de errar, pouco reconhecimento como médicos. Relataram diversas pequenas situações que levavam a sentirem-se não pertencentes à equipe profissional do hospital.

No relato do MR4 há uma demonstração do que significou para eles os encontros de Rodas de Conversa: *“eu fiquei pensando assim, por que, será que vai mudar? E realmente assim, se percebeu bem, não sei se foi só por causa disso, mas foi depois, que melhorou, teve coisas que melhoraram realmente”*. O relato mencionado dá indicativos de que a Roda de Conversa foi avaliada por eles como uma iniciativa da instituição hospitalar que denotou cuidado, atenção, reconhecimento e valorização dos médicos residentes. O cenário, experienciado por eles em 2018 mudou qualitativamente segundo depoimentos dos médicos residentes participantes dessa pesquisa, como pode ser observado no pequeno trecho do diálogo entre MR5, MR2 e MR4: *“É só olhar para a [...], ela sorrindo. A [...] não sorria mais”* (MR5). *“Ano passado é... eu estava meio estressada”* (MR2). *“Você está nos pegando numa fase boa agora porque no ano passado a gente só reclamava. Este ano nós podemos dizer pra você que melhorou muito”* (MR4).

Desse modo, a Roda de Conversa, comentada pelos residentes, se apresentou como espaço significativamente potente de transformação pessoal, profissional e institucional explicitando transformações qualitativas na dinâmica dos médicos residentes. Ficou evidente em suas falas a importância de ter um espaço tal como foi a Roda de Conversa, no qual puderam discutir questões pertinentes à residência, ter um momento livre para críticas, sugestões, desabafos e de condução de suas demandas. Observou-se que a participação dos residentes na Roda de Conversa repercutiu em efeitos terapêuticos para questões conflitantes, contribuindo na promoção de saúde emocional.

Pelos depoimentos dos residentes, a instituição hospitalar da presente pesquisa apresenta-se compelida a ouvir suas demandas e a criar novas configurações do processo ensino-aprendizagem da Residência Médica que venham a preencher lacunas da formação médica. Essa constatação evidencia que a instituição hospitalar, uma vez ciente dos fatores de risco para o adoecimento dos médicos residentes, pode, com maior facilidade, inserir em seus programas ações de promoção de saúde que gerem maior satisfação pessoal e profissional.

A satisfação do médico residente, por conseguinte, poderá elevar a qualidade da formação por implicar em melhor relação médico-paciente, médico-família e médico-equipe. Assim, pode-se afirmar que as decisões e ações institucionais, de modo geral, impactam também na motivação dos médicos residentes em relação aos compromissos assumidos na residência médica. Além disso, o médico residente também difunde na sua prática suas impressões e avaliações vindas da experiência subjetiva, própria da vivência e das relações interpessoais estabelecidas na instituição.

Compreende-se então que a formação médica não se resume à graduação e/ou à residência, mas também à própria educação permanente em saúde que fortalece as reflexões sobre novos processos de ensino-aprendizagem e a construção de atividades colaborativas e significativas, favorecendo o trabalho em equipe e a gestão participativa (Ministério da Saúde, 2018). Considerando também que a Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, faz-se referência aqui ao seu princípio de transversalidade que tem a finalidade de transformar as relações de trabalho a partir de maior comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Pode-se considerar então que transversalizar não é apenas reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, mas é também sustentar a pluralidade de relações dentro de cada instituição (Ministério da Saúde, 2010).

Essa articulação, nem sempre fácil, pode exigir do conhecimento de outras áreas que deem sustentação aos saberes, que dilua resistências pessoais e institucionais e que promova ações que gerem dinâmicas humanizadas e, portanto, horizontalizadas nas instituições. Profissionais

da Psicologia podem ser contributivos nesse processo sensível e potencializador de avanços no reconhecimento e valorização dos profissionais da saúde.

## Considerações Finais

A presente pesquisa permitiu compreender quais são os impactos psíquicos e sociais da formação médica na vida e na profissão e oito residentes. Constatou-se que a experiência da residência, apesar de ser única e pertencer às vivências de cada residente, traz traços em comum. Como cada residente a experimenta está intrinsecamente ligado à sua história de vida, ao modo como subjetiva as experiências coletivas e individuais, mas pode-se perceber um pouco do que é próprio da residência em sua totalidade, daquilo que se pode generalizar.

Os médicos residentes realmente passam por sofrimento emocional durante a formação, uma vez que estão suscetíveis às mesmas aflições de qualquer outro trabalhador e, suas angústias podem ser ainda maiores pela constante exposição aos agentes estressores de suas rotinas. Ressalta-se que dentro da exaustiva carga horária da residência, atualmente de 60 horas semanais, seja permitido ao residente atividades que proporcionem relações saudáveis entre seus pares, que se reconheçam mutuamente como pessoas, colegas e profissionais. Sinaliza-se ainda a importância de disponibilizar serviços de psicologia para atendimentos individuais, grupais ou para elaborar e coordenar ações que garantam um suporte emocional para os médicos no período da residência.

Nessa perspectiva, a instituição hospitalar e de ensino além de oferecer aos médicos residentes as condições teóricas e técnicas para sua formação, proporciona bem-estar à equipe de residentes na medida em que disponibiliza espaço para o acolhimento da subjetividade destes. Desta forma, possibilita conhecer um pouco mais da realidade do médico residente, ouvir suas queixas, auxiliá-lo a encontrar estratégias que facilitem sua adaptação ao novo estilo de vida exigido pela residência médica.

Com o desenvolvimento de competências comportamentais e emocionais na formação médica, a instituição potencializará recursos para o médico lidar com o adoecimento, sofrimento e morte, próprios de um ambiente hospitalar. De algum modo, esse aprendizado poderá ser reproduzido pelo médico residente na sua interação com pacientes, familiares, equipe e com as próprias demandas institucionais funcionando como um fator protetivo à sua saúde. Tais ações repercutem na clínica médica através de uma prática mais humanizada, largamente preconizada na literatura, e que transpassa as fronteiras do modelo exclusivamente biomédico. Pensar a formação do residente é pensar a formação médica como um todo, é questionar modelos puramente biomédicos, é pensar nos aportes da Psicologia para esses profissionais desde a graduação. Sugere-se assim uma formação médica que considere além do profissional médico, também a pessoa do médico, em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico e funcional.

Assim, a partir da ponderação dos principais pontos observados na relação dos residentes consigo mesmos, com o processo formativo e com os aspectos institucionais concluiu-se que a residência médica, treinamento supervisionado em serviço, é na perspectiva dos jovens médicos dessa pesquisa, uma experiência desafiadora, conflitante, mas permeada de desenvolvimento profissional e pessoal e, por isso, fundamental na formação médica. A instituição hospitalar se destacou como um espaço potencial para a criação de novas configurações do processo ensino-aprendizagem, assim como de novos vínculos que se estabeleceram durante o processo da Residência Médica.

A Psicologia poderá colaborar com esse processo formativo dos médicos residentes uma vez que é pautada técnica e conceitualmente num processo científico de compreensão, análise e intervenção que podem contribuir com o enfrentamento dos conflitos e potencializar a saúde mental/emocional.

## Referências Bibliográficas

- Angerami-Camon, V. A. (org). (2002). *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira.
- Barbosa, S. da C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&tlng=pt).
- Borges, M. da S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 113-126. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>
- Botti, S. H. de O., & Rego, S. (2010). Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 132-140. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100016>
- Botti, S. H. de O., & Rego, S. T. de A. (2011). Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 65-85. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, 15(4), 679-684, dez. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60-72. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>
- Gatti, B. A. (2005). *Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber livro.
- Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. (2001). In: Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes. Cap. 4, p. 67-80.
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, 12, 149-161. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 8(1), 49-69. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200003>
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(41), 457-468. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>.
- Martins, L. A. N. (2010). *Residência Médica: estresse e crescimento*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. (trabalho original publicado em 2005)
- Minayo, M. C. de S. (org.) (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Editora MS
- Ministério da Saúde (2018) *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1ª edição revisada*, Brasília, DF: Editora MS
- Santos, E. G., Ferreira, Rafael Rodriguez, Mannarino, Vera Lúcia, Leher, Elizabeth Menezes Teixeira, Goldwasser, Rosane S., & Bravo Neto, Guilherme Pinto. (2012). Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 39(6), 547-552. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000600017>

- Souza, A. P. F. dos S., Carvalho, F. T. de, Nardini, M., Calvetti, P. Ü., & Gil, M. E. (2005). A humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. *Boletim da Saúde*, 19(2), Porto Alegre. [https://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs\\_online/producao\\_docente/prisla\\_calvetti/artigos/a\\_humanizacao\\_no\\_atendimento.pdf](https://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/producao_docente/prisla_calvetti/artigos/a_humanizacao_no_atendimento.pdf)
- Souza, E. N. de, Gianini, R. J., Azevedo Neto, R. S. de, & Eluf-Neto, J. (2009). Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(6), 684-691. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000600012>
- Takei, R. F. (coord.), Hupsel, T. M., & Schnitman, L. V. (2017). *Da atenção primária à atenção hospitalar*. Salvador: SANAR.

**Teresinha Bloemer Knabben** – Psicóloga.

**Fabíola Langaro** – Doutora em Psicologia.

**Allan Henrique Gomes** – Doutor em Psicologia.