



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

CAROLINA DE SOUSA MALCHER

**FORMAÇÃO MÉDICA E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: UM ESTUDO COM
RESIDENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**BELÉM
2015**

CAROLINA DE SOUSA MALCHER

**FORMAÇÃO MÉDICA E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: UM ESTUDO COM
RESIDENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará – UFPA, na linha de pesquisa Psicologia, Sociedade e Saúde, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

BELÉM

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Malcher, Carolina de Sousa, 1978-

Formação médica e modos de subjetivação: um estudo
com residentes em um hospital universitário / Carolina
de Sousa Malcher. - 2015.

Orientador: Pedro Paulo Freire Piani.
Dissertação (Mestrado) - Universidade
Federal do Pará, Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Belém, 2015.

1. Psicologia. 2. Formação profissional. 3.
Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 150

Carolina de Sousa Malcher

**FORMAÇÃO MÉDICA E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: um estudo com
residentes em um hospital universitário**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará – UFPA, na linha de pesquisa Psicologia, Sociedade e Saúde, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (Orientador)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profª. Dra. Maria Lúcia Chaves Lima (Membro)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (Membro)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profª. Dra. Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel (Suplente)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Apresentado em ____/____/____

Conceito: _____

*Ao Dr. Luiz de Gonzaga Rodrigues Malcher,
com todo meu amor e admiração.*

AGRADECIMENTOS

À família, meu pai Luiz, mãe Ismênia e irmãs Daniela e Farah pelo apoio constante em todos os momentos. Ao meu orientador Pedro Paulo Freire Piani, pela confiança e crédito que me incentivaram a novos vôos e construções. A todos os admirados docentes do programa, em especial à Flávia Cristina Silveira Lemos, pelo apoio e confiança que abriram portas à concretização de um sonho. Ao professor Maurício Souza, pelas significativas contribuições à metodologia de pesquisa. Aos colegas queridos de caminhada de mestrado Rafele Aquime, Evelyn Ferreira, Jorge Moraes Costa, José Neto e Luciana Norat pela prazerosa convivência. Em especial à amiga Josie Vieira, por sua disponibilidade e pelas importantes contribuições na elaboração do projeto inicial de dissertação, e à Bárbara Sordi por ser presença constante e grande incentivadora nos momentos difíceis em que mais precisei de apoio. À amiga Roberta Mendonça, por me ajudar carinhosamente na tradução do resumo. À sempre solícita e prestativa Tarsila, da secretaria do PPGP. À Silvia Maria de Souza Levy por sua escuta encorajadora. À coordenadoria acadêmica do Hospital João de Barros Barreto pela abertura de portas e fornecimento de importantes informações que contribuíram para a realização deste trabalho. Aos participantes desta pesquisa, por compartilharem comigo suas tão valiosas construções acerca da experiência da residência médica. Em especial, ao meu querido cunhado José Otávio, por sua ajuda na formatação desta dissertação e à minha querida irmã Farah, a quem tive a honra de compartilhar a experiência do mestrado e a quem admiro muito por sua capacidade e intelecto.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo compreender como o processo de formação dos médicos residentes de um programa de residência médica em infectologia, do Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará, repercute na subjetividade do médico a partir das suas práticas discursivas e de sua relação com a instituição. Para tal, uma pesquisa no cotidiano da instituição foi realizada, para que fosse possível entender quais as práticas discursivas atuantes na formação médica e como estas estão implicadas na construção de modos de subjetivação de três residentes e de uma preceptora/formadora. A descrição de documentos formais da residência e as contribuições do campo da psicologia social e da saúde coletiva foram recursos utilizados para refletir e demonstrar a circulação das práticas discursivas e a institucionalização desta modalidade de formação. A partir deste encontro, em que os entrevistados puderam compartilhar com a pesquisadora seus repertórios sobre a experiência da formação, houve aproximações, construções e desconstruções a partir dos posicionamentos. Foi possível o reconhecimento da importância da dimensão subjetiva na prática do cuidado, e a construção de uma ética e estética de si como um modo de invenção de diferentes formas de relação consigo e com o mundo. Os atores reconheceram a necessidade de uma revisão contínua para a melhoria da formação médica e as discussões feitas, a partir das construções dos residentes e da formadora, não puderam, por si só, esgotar as questões levantadas.

Palavras-chave: Formação médica. Residência. Práticas discursivas. Modos de subjetivação.

ABSTRACT

This research aims to understand how the training process of medical residents of a residency program in infectious diseases at the University Hospital João de Barros Barreto, of the Federal University of Pará affects doctor's subjectivity from its discursive practices and their relationship with the institution. To this end, it was applied a survey on daily routine in order to understand which discursive practices are active in medical education and how they are involved in the construction of subjectivity of three residents and a tutor/trainer. The description of the residency's formal documents and contributions of social psychology field and public health were the resources used to reflect and demonstrate the movement of discursive practices and the institutionalization of this type of training. The meeting in which the respondents were able to share with the researcher their repertoire on the experience of training generated approaches, constructions and deconstructions. It was possible to recognize the importance of subjective dimension in care practices and the construction of an ethics and aesthetics of its own as a way of creating kinds of relationship with the individual him/herself and with the world. The actors recognized the need for an ongoing review to improve medical education and the debates done based on the residents and the trainer were not enough to exhaust the issues raised.

Keywords: Medical education. Residency. Discursive Practices. Subjectivity Modes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 POSTURA METODOLÓGICA	16
1.1 A APROXIMAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA (BREVES NOTAS DO DIÁRIO DE CAMPO)	21
2 A CONSTRUÇÃO DO SABER MÉDICO E DA MEDICINA MODERNA	25
2.1 O SABER MÉDICO	25
2.2 A MEDICINA MODERNA	28
3 A RESIDÊNCIA MÉDICA	35
3.1 A RESIDÊNCIA MÉDICA DO HUIBB	39
4 PRÁTICAS DISCURSIVAS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO	46
4.1 PRÁTICAS DISCURSIVAS DO CAMPO DA SAÚDE	51
4.2 PRÁTICAS DISCURSIVAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA	53
5 CONVERSAS NO COTIDIANO: PRÁTICAS DISCURSIVAS DOS ATORES DA RESIDÊNCIA	59
5.1 OS PARTICIPANTES	59
5.1.1 Paulo (R1)	59
5.1.2 Tiago (R3)	73
5.1.3 Clara (R2)	87
5.1.4 Mariana (Formadora)	96
5.2 AS LINHAS NARRATIVAS	105
5.2.1 Importância da residência médica	105
5.2.2 Rigor Técnico	105
5.2.2 Rigor Técnico	106
5.2.3 Humanização	106
5.2.4 Limites da Prática	107
5.2.5 Construção do Conhecimento	107
5.2.6 Subjetivação: ética e estética de si	108

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS	113
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	121
ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	123
ANEXO III – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESIDENTES	125
ANEXO IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A FORMADORA	126
ANEXO V – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA PAULO (R1).....	127
ANEXO VI – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA TIAGO (R3).....	136
ANEXO VII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA CLARA (R2)	141
ANEXO VIII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA MARIANA (FORMADORA).....	146
ANEXO IX – REGIMENTO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	149

INTRODUÇÃO

Há uma extensa discussão na literatura a respeito dos problemas que surgem na prática da medicina e que apontam para a formação. A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Tal modelo, que tem seu fundamento em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, como relações de causa-efeito e distinção cartesiana entre mente e corpo.

Busquei refletir sobre este modelo biomédico, com ênfase na valorização da técnica, e sobre as construções dos residentes, ao falarem da importância da relação médico-paciente. Rios (2007) afirma que houve um tempo em que se acreditava que a relação médico-paciente era a expressão da arte médica, como aquela parte da medicina que não é ciência, que deriva da vocação, da bagagem cultural, do sexto sentido, da aura que envolve o médico e seu paciente em ato.

Relatos históricos que abordam a inflexão cartesiana falam sobre o paradigma no qual a medicina se apropriou para distinguir o corpo e suas funções, e que contribuiu para a valorização do fisiológico muito mais do que os componentes subjetivos. A concepção dualista até hoje enraizada nas práticas terapêuticas que buscam a cura, começaram a ser intensificadas e questionadas.

Meu interesse por estas questões iniciou pouco antes de finalizar minha formação acadêmica no ano de 2008, no momento em que tive que optar por um campo de estágio, etapa necessária a todo estudante de psicologia para ter a chamada “experiência prática”. A área da saúde e, especificamente, as instituições hospitalares, já eram uma escolha.

A primeira experiência que tive como psicóloga dentro de uma instituição de saúde foi em um hospital de grande porte, referência em Belém, voltado ao atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, especificamente, na Emergência Psiquiátrica desta instituição. Antes disso, enquanto ainda estava na academia, ao cursar a disciplina denominada “Psicologia da Saúde”, recebi como ensinamento que o atendimento psicológico no hospital deveria contemplar a tríade paciente, família e equipe de saúde.

Ao realizar os atendimentos seguindo às recomendações, observei peculiaridades, principalmente, aquelas que envolviam a equipe de saúde e, especificamente, o (a) médico (a). Foi em uma Emergência Psiquiátrica de um hospital que pude observar, pela primeira vez, aspectos da subjetividade médica, quando, por exemplo, o (a) médico (a) da Emergência, ao chegar para trabalhar, dirigia-se imediatamente ao consultório, em uma tentativa de atravessar

o caos que lhe cercava, como se nada pudesse chamar sua atenção, ou, para evitar qualquer tipo de interpelação comum dos pacientes em sofrimento psíquico, como um aperto de mão ou para falar de sua alta.

Convivendo com o médico na equipe de saúde e partilhando de suas experiências no cotidiano de sua prática, era constantemente procurada por este profissional, seja para atender a demanda subjetiva de um paciente ou para “resolver” alguns conflitos, quando, por exemplo, o paciente era considerado “problemático”, definido como aquele que “não obedece às recomendações do tratamento”, ou, para ouvir as dificuldades apontadas por muitos médicos no ato do cuidado. Dificuldades essas que apontavam aspectos da subjetividade dessas pessoas.

No momento em que concluí a graduação em psicologia, inquietações e reflexões já se faziam presentes em minha prática, o que me fez prosseguir neste campo de atuação. Optei por realizar um aprimoramento profissional em 2009, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), local para onde retornei em 2014, para a realização desta pesquisa.

Na época em que realizei este aprimoramento, outras vivências relacionadas à subjetividade médica deram continuidade ao interesse em problematizar este tema de pesquisa. Questões como a escuta do sofrimento destes profissionais, relacionadas às dificuldades relatadas por eles na relação médico-paciente, reflexões acerca da formação à qual são submetidos, discurso e prática médica dentro da instituição.

Uma questão importante que observei no decorrer da pesquisa é que o médico, muitas vezes, movido pelo discurso científico apreendido em sua formação e reafirmado em seu cotidiano, em uma tentativa de tratar o ser humano, depara-se com aspectos de sua própria subjetividade.

Ao iniciar as reflexões feitas nessa pesquisa, questionei: como surgiu o desejo por este tema e a minha preocupação com o médico? As inquietações permaneceram e compareceram nas experiências que vivi, e em outras instituições nas quais trabalhei, mas somente há pouco tempo, quando me debrucei sobre o tema como mestranda, é que pude perceber que desde muito cedo, ainda criança, ao acompanhar meu pai às aulas de anatomia prática que ele ministrava na Universidade Federal do Pará, já observava com curiosidade a relação dos acadêmicos com o seu chamado objeto de estudo: o corpo humano sem vida.

Convivi com os anos de prática médica de meu pai, ao visitá-lo em seus plantões nos hospitais, e constatei que sempre estive próxima deste universo da saúde, do ideal do médico humano e da experiência da docência, fomentadora de práticas discursivas.

A partir do exposto, torna-se claro o sentido de minhas inquietações. É através deste breve resgate da minha formação acadêmica, e das lembranças de infância, que inicio esta reflexão sobre a formação médica, e considero pertinente explicitar as etapas que cumpri nesta dissertação, com o objetivo de me fazer compreender.

Foi necessário explorar conceitos fundamentais relacionados ao tema de pesquisa, como por exemplo, noções importantes sobre subjetividade, modos de subjetivação, práticas discursivas, formação médica a partir da residência, aspectos da construção da medicina como ciência e prática, além de buscar as considerações de autores a partir da perspectiva e das contribuições do campo da Saúde Coletiva e da Psicologia Social.

De acordo com Birman (2005), a concepção de Saúde Coletiva se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico, pois a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. O autor afirma que:

A partir da década de 1920, as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Nelas haveria valores. Por isso, a instituição dessa problemática através da medicina produziu necessariamente uma série de efeitos nos planos político e social. O discurso da Saúde Coletiva, em suma, pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial (BIRMAN, 2005, p. 13).

Sobre a perspectiva da Psicologia Social, compartilho da noção de Spink (2013), que a define como um compromisso com os direitos sociais, pensados a partir de uma ótica coletiva, fugindo das perspectivas mais tradicionais da psicologia que se voltam à compreensão de processos individuais e intraindividuais. Estabelece um diálogo constante com teorias e autores que pensam as formas de vida e de organização na sociedade. A autora afirma (2013, p. 41): “caberia à Psicologia Social, recuperar o indivíduo na intersecção de sua história com a história de sua sociedade”.

Buscando resgatar um pouco da histórica nesta pesquisa, e os atores envolvidos, ressalto que ao realizar este trabalho, foi possível fazer questionamentos sobre a minha postura como pesquisadora, sobre a medicina, sobre o médico residente e seu desejo pela prática, a escolha pela especialização em medicina e as práticas discursivas na formação.

Ao falar sobre os modos de subjetivação na formação médica durante a residência, uma breve definição introdutória sobre a subjetivação se faz necessária como uma problematização inicial desta pesquisa. De acordo com Rabinow e Dreyfus, os modos de subjetivação podem ser compreendidos como (1995, p. 231): “[...] os diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos [...]”.

Os modos de subjetivação assumem diferentes configurações, e estas cooperam para produzir formas de vida e formas de organização social distintas e mutantes. A exemplo, cito o processo de formação da residência como uma prática institucional, que implica em pensar nos diversos mecanismos forjados para a transmissão deste saber, aquilo que, a partir do discurso e da linguagem, produz sentidos, evidenciando a relação entre as práticas discursivas da formação e a subjetividade.

Spink (2013) utiliza o termo “práticas discursivas” em lugar de discurso, e define tais práticas como sendo as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e assumem posições nas relações sociais do cotidiano. A autora trabalha com a noção de práticas discursivas como uma construção social, feita conjuntamente no espaço da formação e que produz modos de subjetivação.

Compartilharei desta noção de práticas discursivas abordada por Spink (2013) para refletir sobre quais práticas estão presentes na formação do médico a partir da Residência Médica. Desta maneira, será possível considerar aspectos sobre a forma como estes profissionais produzem sentido, buscando contribuir de forma significativa para as discussões sobre o tema.

Como problematização inicial desta pesquisa, começarei pontuando que Caprara e Franco (2000), afirmam que mesmo com a transformação da sociedade e dos modelos de saúde que vigoram nos hospitais, o que se vê é a valorização da ciência e a intelectualização dos saberes. A Medicina teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objeto científico o doente, que em tais condições, perde sua singularidade para ser objeto de um saber reconhecido cientificamente.

Sobre isso, Foucault (2012), em uma análise histórica sobre o nascimento do hospital, pontua que a formação normativa de um médico foi constituída no hospital, sendo este um lugar de formação de médicos no qual a clínica aparece como dimensão essencial da formação e transmissão do saber. Houve a disciplinarização do espaço médico, isolando e controlando os corpos. O indivíduo e a população são objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, através também, da tecnologia hospitalar.

Penso sobre o fazer médico que se caracteriza como um ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, sendo assim, comparado com o universo das séries de produção que marcam a sociedade industrial e tecnológica. O paciente entra no hospital para ser assistido e submetido a uma série de procedimentos padrões que se repetem. Ao final, o paciente deixa a instituição após passar por um processo de restabelecimento, cedendo o leito para outro.

Nesta dinâmica, atuando como coordenador na recuperação do doente, está o médico, que traz uma formação orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia e à clínica.

Há uma tradição no discurso médico de formação, que prioriza o não envolvimento como uma forma de proteção ao médico, evitando, assim, a dor e o sofrimento deste, entendidos como uma forma de adoecimento na profissão. Haveria a necessidade cada vez maior de um afastamento em relação a tudo que diz respeito às relações estabelecidas, e também, institucionalmente com o hospital, que representa lugar de sofrimento. No entanto, as construções feitas a partir dos repertórios dos (as) entrevistados (as), puderam desfazer alguns mitos possibilitando novas construções.

Souza (2001), em sua pesquisa sobre a formação médica, coloca a importância de incluir na formação uma disciplina que propicie ao aluno e futuro médico uma experiência de simbolização e significação, ao entrar em contato diário com os pacientes na prática hospitalar. A autora critica as dificuldades do ensino e aponta para uma crise na qual o professor se confronta com os alunos (2001, p. 28): “[...] quase cooptados por um pragmatismo, que exclui qualquer outro valor que não o da eficácia da ação e desconsidera o valor de verdade no discurso, como desconsidera o valor da palavra”.

Freud (2006 [1918-1919]), em seu artigo sobre o ensino da psicanálise nas universidades, enfatiza que a formação médica é orientada para o estudo da Anatomia, da Física, da Química, enquanto deixa a desejar no esclarecimento do significado de fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como, nas doenças e no seu tratamento, culminando em uma deficiência na educação médica.

De acordo com Souza (2001), o fazer médico se inicia efetivamente na prática, sem oportunidade de simbolização das experiências. Os futuros médicos desenvolvem uma experiência clínica intensa em enfermarias e ambulatórios, alegando que a Medicina para “os quase médicos” não parece ser pensada de forma predominante, como uma prática social na qual tudo ganha sentido, e sim, é voltada para uma prática de sentido único.

A autora tece uma crítica à formação médica, alegando que os estudantes se deparam em sua formação com uma experiência voltada para o ato e, muito cedo, confrontam-se com a tensão doente/doença no exercício e na apreciação do ato médico, que para além da eficácia da ação se realiza também como ato simbólico. Afirma que é na linguagem e pela linguagem que o estudante estrutura a experiência e constitui para além de um olhar anátomo-clínico, uma perspectiva com a qual exercerá a prática médica.

Ferla (2007) aborda a questão da necessidade de integralidade na atenção médica, com mais elementos, mais ferramentas e a potência de mais afetos. Ao mencionar os problemas do ensino médico, afirma que estes seriam recentes e derivados da qualidade da formação recebida pelos estudantes e dos modelos de profissionais aos quais são expostos.

Martins (1993) considera que o médico é, sobretudo, um observador, e como tal, é mais que um espectador, ao aplicar na sua prática os sentidos, o olhar, o ouvido, o olfato e o tato, a partir das queixas, da conduta e da história do paciente. Essa conduta aponta que apenas buscar a pesquisa do sofrimento orgânico não basta. O paciente precisa ser avaliado em termos globais, o que vale dizer, em termos de respeito à sua subjetividade.

Diante dessas observações preliminares acredito que, ao buscar compreender a formação deste profissional durante a residência, será possível considerar aspectos relevantes dos processos de subjetivação e das práticas discursivas presentes.

A proposta desta pesquisa, em suma, buscou compreender como o processo de formação dos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Infectologia, de um Hospital Universitário Público, repercute na construção da subjetividade do médico a partir de suas práticas discursivas.

A escolha pelos residentes de Infectologia é pelo fato de já ter sido anteriormente inserida no contexto de atendimento dos residentes de Infectologia, tendo sido possível observar a dinâmica de atendimento a pacientes graves acometidos de infecções. Neste local, a experiência freqüente dos residentes frente à alta possibilidade de morte dos pacientes, apareceu de forma significativa na subjetividade do médico.

O objetivo desta pesquisa é compreender através dos repertórios linguísticos dos residentes de medicina e de uma formadora, quais as práticas discursivas atuantes na formação médica e como estas estão implicadas na produção de sentidos no seu cotidiano institucional e de grupo.

A problematização inicial feita nesta introdução objetivou expor reflexões que se faziam presentes antes da realização desta pesquisa. Os (as) autores (as) até aqui citados (as) colocaram em discussão construções que permitiram inquietações, e também, contribuíram para o início do desenvolvimento de um novo olhar de compreensão sobre o tema a partir da fala dos atores expostas nesta pesquisa.

Os (as) leitores (as) encontrarão no corpo deste trabalho cinco capítulos e documentos em anexo nos quais busquei relatar uma experiência de pesquisa. No primeiro capítulo foi explicitada a postura metodológica adotada, construída a partir de referenciais teóricos e de anotações do diário de campo. As etapas de aproximação do campo de pesquisa foram

descritas, e busquei expor as ferramentas utilizadas, que foram as entrevistas, a observação no cotidiano e a descrição de documentos relacionados à formação. As linhas narrativas foram os recursos escolhidos para dar visibilidade aos repertórios.

No segundo capítulo desta dissertação, busquei ressaltar aspectos da história da construção do saber médico e da medicina moderna institucionalizada, enfatizando as condições que demarcaram essa passagem e que compõem o cenário atual da pesquisa.

A partir do terceiro capítulo, apresentou-se um relato sobre o surgimento da modalidade de ensino denominada de residência médica. Mais uma vez, busquei enfatizar os principais pontos que demonstraram as etapas de construção e institucionalização da residência. Dois documentos importantes de regulamentação foram descritos, e uma apresentação da instituição na qual realizei a pesquisa foi realizada.

No quarto capítulo, abordei noções que considero importantes sobre duas construções centrais deste trabalho: as práticas discursivas e os modos de subjetivação. Busquei discorrer sobre essas noções para que fosse possível correlacioná-las aos objetivos desta pesquisa. Considerações sobre algumas práticas discursivas discutidas na literatura sobre a educação médica na formação, e sobre o campo da saúde, também foram feitas com o auxílio das contribuições de autores que discutem esse tema.

No quinto capítulo, foram expostos os repertórios dos (as) residentes e da formadora, atores da pesquisa, em que busquei ressaltar os principais pontos abordados na entrevista, o que possibilitou um momento produtivo de análise e discussão. A partir desse momento, pude evidenciar, de forma mais explícita, a minha participação como membro atuante na pesquisa. As categorias de análise emergiram a partir desta etapa e a construção das linhas narrativas foi feita.

Nas considerações finais, busquei contextualizar e qualificar a experiência desta pesquisa, bem como, refletir sobre o lugar que almejei ocupar quando me propus a realizar esta dissertação. Mais do que isso, novas inquietações e questionamentos foram possíveis, compreendendo, ao final deste trabalho, que apenas uma nova etapa se inicia.

1 POSTURA METODOLÓGICA

Para melhor compreender o modo de produção de informação construído a partir da realização desta investigação coletiva, abordarei, neste capítulo, noções que nos levaram a compartilhar das práticas discursivas dos atores sobre o processo de formação na residência, explicitando as etapas percorridas e as ferramentas escolhidas.

Início refletindo que a produção do conhecimento construído neste trabalho está aliada à ideia de pesquisa como um processo contínuo. Trata-se de uma perspectiva de abertura ininterrupta ao novo, remetendo-nos a um processo inacabado e constante, que de acordo com Spink (2010), exige uma postura de busca permanente no campo teórico e no metodológico.

Nessa perspectiva, “os termos em que o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos das trocas historicamente situadas entre as pessoas” (SPINK, 2010, p. 54). Buscando compreender estas construções sociais, afirmo que a presente pesquisa foi realizada a partir da perspectiva e das contribuições do campo da Saúde Coletiva e da Psicologia Social.

Decidimos adotar como ferramentas metodológicas a observação no cotidiano, a entrevista e a descrição de dois documentos formais. Foi feito um levantamento bibliográfico e uma investigação a partir das observações no cotidiano hospitalar, além de entrevistas que possibilitaram a construção das práticas discursivas dos atores sobre a formação.

A observação no cotidiano é entendida como uma prática social, dialógica e reflexiva e uma das formas de se fazer pesquisa em psicologia.

“Ser um pesquisador no cotidiano se caracteriza frequentemente por conversas espontâneas em encontros situados. [...] são os pequenos momentos do fluxo diário, abertos às possibilidades da convivência cotidiana” (SPINK, 2008, p.72-73).

Pesquisar no cotidiano é, segundo Spink (2007), a convivência do (a) pesquisador (a) em espaços de natureza pública, participando ativamente das ações, buscando compreender os sentidos produzidos pelas pessoas nas interações do cotidiano. A produção de sentidos é compreendida por Spink (2010) como a maneira pela qual as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas.

Nesta perspectiva, a pesquisa é co-construída neste cotidiano, entendido como o espaço dos microlugares que são lugares de encontros e desencontros com as pessoas e as materialidades, ou, segundo Cardona, Cordeiro e Brasilino (2014), um lugar de conversa, debate e de inserção horizontal do pesquisador nesses encontros.

A observação que realizei nos encontros cotidianos possibilitou a compreensão da forma como os participantes produziram sentidos, a partir dos posicionamentos assumidos na construção de suas práticas discursivas.

Para Spink e Menegon (2013), conviver para observar situa a observação em uma perspectiva que busca tornar visível as contradições e possibilidades de produzir sentidos no processo de pesquisa. Desta forma, tanto fazer ciência, quanto desempenhar as atividades nos microlugares, é uma maneira de ressignificar a produção de sentidos sobre os eventos do mundo. Requer um esforço contínuo de ressignificação de aspectos que serão descritos por meio da observação neste cotidiano, que é: “significativamente composto de eventos de linguagem” (CLIFFORD, 1998, p. 44).

Ao mencionar o lugar de observação, compartilho da reflexão trazida por Peter Spink (2003) que esclarece que quando fazemos pesquisa, significa que não estamos apenas indo ao campo para a simples coleta de informações, significa que estamos no campo porque já estamos no tema. Segundo o autor, o campo é o argumento no qual estamos inseridos. Tal argumento tem múltiplas faces e materialidades que acontecem em muitos lugares diferentes.

“O que nós buscamos é nos localizar psicossocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontem [...]” (PETER SPINK, 2002, p. 36).

Buscando compreender o processo dialógico e a negociação dos pontos de vista dos participantes, a entrevista foi uma das fontes de informação utilizada e foi coproduzida em ato. Tratou-se de uma produção discursiva coconstruída por entrevistadora e entrevistados (as), pautada em uma ética dialógica.

A forma como esta etapa foi cumprida não representou uma simples coleta de informações prontas e acabadas a respeito dos repertórios dos residentes, e sim, contou com a participação ativa da pesquisadora e dos (as) participantes. Nas considerações de Aragaki e Lima et. al (2014), a entrevista deve ser compreendida como um processo dialógico em que há a negociação de pontos de vista e de versões sobre o assunto pesquisado, favorecendo o reposicionamento dos participantes durante a interanimação dialógica¹.

¹ Dialogia/interanimação dialógica: “[...] princípio básico da linguagem. Trata-se de reconhecer que os enunciados estão sempre em interação e diálogo, seja nos textos escritos, verbais ou mesmo nos diálogos que as pessoas travam consigo mesmas. [...] toda a linguagem é dialógica e fruto de processos coletivos. [...] os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com, ou são endereçados a, uma ou mais pessoas e essas se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos.” (BAKHTIN, 1994, p. 60-102).

Nessa perspectiva, a entrevista teve por finalidade entender a circulação dos repertórios dos residentes sobre a formação, uma vez que estão inseridos histórica e socialmente na circulação das práticas discursivas da residência médica.

Para a realização desta etapa, optamos por utilizar questões semiestruturadas, também reconhecidas por semidiretivas ou semiabertas. Este enquadre possui como característica a possibilidade da construção de um roteiro norteador, proporcionando a liberdade da ordem de perguntas, facilitando os momentos de construção, negociação e transformação de sentidos, colaborando para a interanimação e manutenção do foco da entrevista. Foi possível, no decorrer do processo, acrescentar perguntas que complementaram e/ou aprofundaram determinado tema durante o estudo.

Desta forma, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas para registro das práticas discursivas dos médicos residentes de primeiro ano (R1), segundo ano (R2) e terceiro ano (R3). Além dos residentes, incluí uma formadora da residência, integrante ativa na formação médica. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido conjuntamente, e busquei expor de forma clara os objetivos da pesquisa e as condições de realização do estudo. Após o aceite, cada participante assinou o documento, manifestando por escrito o desejo de participar da construção da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com a autorização dos (as) mesmos (as). Residentes e formadora puderam discorrer sobre suas experiências a partir de um roteiro previamente elaborado e em conformidade com os objetivos da pesquisa. Busquei adotar uma postura interativa e dialógica, e utilizei um gravador digital. A gravação do conteúdo e a transcrição foram feitos na íntegra, respeitando quaisquer manifestações apresentadas.

Nesta etapa objetivei entender, através da fala dos residentes de medicina e da formadora, quais as práticas discursivas e os modos de subjetivação presentes na formação da Residência em Infectologia.

Nos roteiros de entrevista², busquei construir perguntas que pudessem gerar outros questionamentos adotando uma postura de abertura ao diálogo e à troca, para que fosse possível registrar o máximo dos sentidos que ali estavam emergindo.

O roteiro destinado aos residentes possui um total de oito perguntas norteadoras que abordaram temas sobre a importância atribuída à realização de uma residência médica para a formação, com o intuito de conhecer a dinâmica do binômio assistência-ensino; sobre os aspectos que influenciaram a escolha da especialidade em infectologia e seu universo de

² Disponível em anexos.

sentidos que apontou para inclinações, ideais e perspectivas; sobre o motivo da escolha em realizar a residência na instituição, desvelando as referências da área de atuação.

Foi solicitada uma descrição da experiência da residência para que pudesse ser visualizada a rede de atores e suas conexões. Quais as aprendizagens consideradas pelos entrevistados como as mais significativas e que construíram novas perspectivas e subjetivações no decorrer da prática. Também busquei conhecer as relações estabelecidas com os chamados preceptores, e das relações estabelecidas entre os residentes e a residência e pelo o que eles compreendem por modos de subjetivação. E por fim, questionei sobre os aspectos que não estão presentes na formação do HUIBB e que os residentes atribuíram como faltantes, mostrando a movimentação política e a implicação deles com os diálogos da instituição e a formação.

Para a entrevista com a formadora as 07 (sete) perguntas norteadoras foram sobre a importância da residência médica para a formação do médico. Sobre o motivo que a fez optar em realizar a atividade de preceptoria/supervisão e coordenação da residência na instituição. Solicitei uma descrição da experiência vivida até o momento como formadora. Pedi que discorresse sobre as aprendizagens mais significativas na formação, sobre como ela descreve a relação com os residentes, sobre o fornecimento de uma relação de aspectos importantes que não estão presentes na formação da residência e, por último, uma explanação sobre a situação da residência atualmente, considerando o cenário político atual. A etapa das entrevistas foi cumprida e representou um momento rico de discussões conforme será constatado no decorrer deste material.

A descrição de documentos foi também uma das ferramentas utilizadas, compreendendo que há um universo escrito que está presente no cotidiano. Os registros escritos, conforme Peter Spink, têm uma presença física (2014, p. 207): “que fala sobre algo e é também algo”.

Os documentos apresentam ideias, trazem argumentos, produzem sentidos e estão em circulação. Nesta pesquisa, destaco o uso de dois documentos formais: o Regimento de Residência Médica da instituição e o documento do Programa de Residência Médica em Infectologia (PRM). O Diário de Campo foi utilizado com algumas observações que puderam contribuir na descrição das vivências no cotidiano e na produção discursiva.

Os dois primeiros documentos citados possibilitaram a visualização da dinâmica construída na elaboração formal do programa de residência médica e sua institucionalização.

A produção discursiva do diário de campo juntamente com os documentos, foram considerados instrumentos participantes da pesquisa e actantes³ no processo.

A análise dos dados colhidos foi construída a partir de um diálogo com os autores que discutem a temática, além de todos os atores até aqui citados. Foi mantido o sigilo sobre a identidade dos (as) entrevistados (as) e os resultados poderão ser publicados, respeitando o anonimato e as normas do consentimento informado. O período para a realização de observação no cotidiano foi de maio a dezembro de 2014 e obedeceu a um critério de agendamento das entrevistas e de eventos relacionados às atividades da residência.

Em pesquisas com práticas discursivas, Spink (2013) esclarece que o ato de interpretação dos dados é concebido como um processo de produção de sentido. Sendo assim, o sentido é o meio e o fim da tarefa de pesquisa. A interpretação é elemento intrínseco do processo de pesquisa, não havendo distinção entre o levantamento das informações e a interpretação. Afirma que estamos em processo de interpretação constante durante toda a pesquisa.

Para nós, o trabalho de análise realizado significou o entrelaçamento dos sentidos construídos e a interpretação dos momentos das vivências em campo de estudo, possibilitado também, pela revisão bibliográfica, momento em que emergiram as categorias de análise.

As categorias constituem importantes estratégias lingüísticas presentes na organização da linguagem. Para Spink (2013, p. 57): “Utilizamos categorias para organizar, classificar e explicar o mundo. Falamos por categorias”.

Nesta pesquisa, utilizei como técnica de visibilização das entrevistas, as linhas narrativas que possuem como duplo objetivo dar subsídios para a análise e visibilidade aos resultados.

As linhas narrativas são recursos analíticos, que, de acordo com Spink (2013), constituem esforços de compreensão pautados em uma perspectiva temporal. É mais uma ferramenta que auxilia na construção argumentativa, e que nesta pesquisa, foi apropriada para esquematizar os conteúdos das histórias como ilustrações e/ou posicionamentos identitários no decorrer da entrevista.

O que se buscou a partir do uso dessa ferramenta foi um rigor metodológico que em pesquisas científicas prima pela “explicitação dos passos de busca e de análise das

³ Denominação dada por Latour (2001) para designar atores que entram em relação agenciando-se mutuamente. “Conjugação de fluxos em agenciamentos coletivos produzindo a ação de pesquisar” (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, p. 278, 2014).

informações obtidas e visa à reflexividade do/a pesquisador/a no processo da pesquisa” (SPINK, MJ.; LIMA, 1999; MENEGON, 2013).

1.1 A APROXIMAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA (BREVES NOTAS DO DIÁRIO DE CAMPO)

Compreendo como noção de campo de pesquisa um lugar no qual já estamos inseridos antes mesmo de adentrar no local (instituição), onde de fato será realizada a pesquisa, o presente tema já vinha sendo refletido e discutido através dos encontros realizados para orientação e também pelo início do levantamento bibliográfico.

De acordo com Cardona e Brasilino (2014), o início da observação em campo requer um amplo processo de negociação com atores diversos, e é no âmbito desse processo de negociação que o projeto de pesquisa será apresentado e debatido. A descrição que farei a seguir é uma forma de apresentação desses atores que estiveram envolvidos nesta etapa de aproximação.

Um período extenso foi dedicado a obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, fato este que já era esperado, e que teve o parecer emitido como aprovado em 12 de maio de 2014.

Uma semana após a emissão do parecer estive pela primeira vez me apresentando, agora de maneira oficial, na Coordenadoria Acadêmica da instituição, para informar sobre a autorização do comitê para a realização da pesquisa. Fui recebida pelo coordenador de atividades acadêmicas, e orientador deste trabalho, que me encaminhou para falar com uma agente administrativa, diretamente vinculada às atividades da residência.

Como primeira contribuição à pesquisa, a agente Ana, forneceu-me dois documentos. O primeiro foi o Regimento da Residência Médica da instituição, e o segundo, o Pedido de Credenciamento do Programa de Residência, formulado em 2008, e enviado à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de acordo com as informações fornecidas pela agente administrativa, e que me forneceu dados específicos sobre o Programa de Residência Médica em Infectologia.

Neste encontro, também fui informada sobre o nome da supervisora da Comissão de Residência Estadual, e da vice-supervisora. Achei também o momento oportuno para solicitar que eu pudesse acompanhar alguma atividade acadêmica da residência e recebi o convite para participar como ouvinte, de uma palestra intitulada “Erro Médico: aspectos ético-jurídicos”,

que seria realizada no dia 22 de maio de 2014, no auditório do centro de estudos da instituição.

Obtive também a informação, através de Ana, de que não houve a semana de atividades ligadas à recepção dos novos residentes do ano de 2014, e que, atualmente, fazem parte do programa de residência em infectologia 08 (oito) residentes, contabilizando 05 (cinco) do primeiro ano (R1), 02 (dois) do segundo ano (R2), e apenas 01 (um) do terceiro ano (R3).

Segundo ela, nem todas as vagas são preenchidas no processo seletivo da residência. Quando questionei sobre o não preenchimento de todas as vagas, a mesma me informou de que houve uma desistência por motivo de mudança de cidade, e que alguns candidatos aprovados no concurso não retornam para fazer a inscrição no programa. Achei relevante citar este dado, que nos possibilita visualizar um pouco da dinâmica dos residentes pós-seleção para o concurso de residência médica.

No dia programado para a realização da palestra a qual fui convidada, às quatorze horas e trinta minutos fiz minha segunda visita à instituição, apresentando-me novamente à coordenadoria acadêmica. Recebi a informação do coordenador acadêmico, de que o evento é uma atividade que faz parte da programação científica habitual oferecida ao corpo clínico, conforme preconizada pelo documento de pedido de credenciamento de programa, enviado à CNRM.

Ao chegar ao local destinado ao evento, o auditório localizado no Centro de Estudos da instituição, pude constatar a presença de um grande número de residentes oriundos de todos os programas oferecidos, incluindo os de infectologia.

O tema da palestra proporcionou um encontro propício para o debate que abordou situações que envolvem a problemática do erro médico. Foram discutidas conceituações, diferenças existentes entre a noção de imperícia, negligência, omissão de socorro, aspectos da relação médico-paciente e direitos e deveres do médico. O palestrante forneceu exemplos de processos reais sofridos por médicos no Estado do Pará e situações hipotéticas expostas pelos residentes foram recursos utilizados para o debate.

Pude perceber um grande interesse dos médicos justificado pela participação maciça nos questionamentos, considerações e reflexões sobre a prática médica. Um exemplo disto, foi o intenso debate que realizaram entre si, sobre uma prática discursiva na medicina bastante conhecida por eles de que o fazer médico é considerado um “sacerdócio”, submetendo-os à pressão de “não errar”. A complexa rede das relações no campo da saúde, incluindo o manejo com familiares e com outros profissionais também foi tema de preocupação.

Alguns médicos revelaram a preocupação em proteger a categoria de possíveis processos decorrentes do erro médico e do medo em cometer tais erros. O assunto discutido na palestra sobre erro médico foi considerado por eles como de grande interesse para a formação na residência.

Ao término do evento o coordenador acadêmico informou-me sobre a periodicidade destes encontros oferecidos à residência e que a instituição oferece um cronograma bimestral para estes eventos, com o objetivo de proporcionar a discussão de temas de interesse dos residentes, como bioética e relações humanas. Mais uma vez recebi convite para participar das próximas atividades a serem programadas.

O tema da bioética e das relações humanas no contexto da saúde foi abordado em momento posterior, e oferecido à residência multiprofissional da instituição. Compareci ao encontro que ocorreu em fevereiro do ano de 2015, e também mobilizou um intenso debate facilitado pelo coordenador acadêmico. A forma de cuidado em saúde foi um dos temas abordados, com a exibição de um vídeo sobre o assunto. Referências bibliográficas também foram disponibilizadas.

Outro momento de observação no cotidiano da instituição foi a etapa destinada às entrevistas realizadas com os residentes e com a formadora. Este passo teve o seu início e conclusão no decorrer de 2014, especificamente nos meses de junho a dezembro daquele ano. Durante este processo, a busca por uma postura empática permaneceu durante todas as entrevistas, o que tornou os momentos bastante agradáveis e produtivos. Esta etapa foi descrita mais adiante, em um capítulo destinado às práticas discursivas dos atores e ao relato dos encontros realizados.

As notas do diário de campo que expus nesta breve narrativa, constituem-se como estratégia de adensamento e qualificação das análises, pois como foi posteriormente constatado no repertório dos (as) entrevistados (as), os temas discutidos nos eventos realizados na instituição, apareceram nas construções dos participantes e foram melhor ilustrados. Esta produção discursiva teve como objetivo, conforme Medrado, Spink e Mélo (2014, p. 273): “[...] evidenciar que os diários potencializam nossas pesquisas, quando os retiramos da sombra, configurando-os como espectros importantes na luz que se refrata no campo-tema”.

Após a descrição da etapa metodológica que especificou a forma de execução desta pesquisa, no capítulo a seguir, busquei oferecer um caminho que pudesse expor um recorte histórico e que nos permitisse conhecer algumas condições atuantes na construção do saber

médico e da medicina moderna, e que emergem de modo recente nos repertórios dos atores desta pesquisa.

2 A CONSTRUÇÃO DO SABER MÉDICO E DA MEDICINA MODERNA

Os saberes são, em muitos momentos, independentes das ciências, já que encontram suas regras de formação nos mais variados campos discursivos; entretanto todas as ciências se localizam em campos do saber (p. 154).

FOUCAULT A CIÊNCIA E O SABER – Roberto Machado.

2.1 O SABER MÉDICO

Abordarei neste capítulo aspectos sobre a construção do saber médico e das articulações estabelecidas entre ciência, medicina e Estado vistas na prática da medicina atual. Meu objetivo é fazer uma breve digressão histórica sobre o surgimento da medicina moderna, evidenciando, conforme Ferla, Oliveira e Lemos (2011), o modo como a organização da atenção à saúde se configurou em torno da tecnologia hospitalar, e na instituição de uma anátomo-política e de uma biopolítica no campo da organização e da gestão dos serviços médicos, e visualizada através das práticas discursivas da educação médica na residência.

Trata-se de mais uma etapa da pesquisa que nos ajudará a cumprir o objetivo de compreender como o processo de formação dos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Infectologia, do Hospital Universitário João de Barros Barreto, repercute na subjetividade do médico. A partir deste capítulo, será possível ampliar o olhar sobre a rede das práticas discursivas da formação médica, e sobre como esta rede articula-se politicamente, produzindo modos de subjetivação.

Iniciarei esta reflexão, reconhecendo a importância da história da ciência, pois a construção desta é realizada a partir da história da humanidade. Para tal, cito a arqueologia de Foucault, que realiza uma história dos saberes, visando entender como tal saber foi possível através de uma busca das origens históricas, em uma postura diferente de um olhar que privilegia a lógica do positivismo e da razão.

A arqueologia se preocupa em interrogar as condições de existência dos discursos, incluindo os científicos. Em a *Arqueologia do Saber*, Foucault (2008) procura entender a ordem interna que constitui um determinado saber, sendo necessária uma análise arqueológica que deverá transitar por diferentes formulações conceituais pertencentes a diferentes saberes. Neste capítulo, não intencionei realizar tal análise arqueológica conforme foi citada, mas, cuidadosamente, busquei compreender as condições para o surgimento de uma medicina científica.

Ao pensar no nascimento da ciência moderna e em como se deu esta passagem na construção de uma razão e racionalidade médicas, inicio ressaltando a importância de dois textos de Michel Foucault: *A História da Loucura* (2008), que representa uma crítica a esta razão, aos seus fundamentos, e a tudo aquilo que a legitima, e *O Nascimento da Clínica* (2011), que segundo Machado (2009), dá prosseguimento às análises arqueológicas iniciadas com o primeiro texto citado.

A análise arqueológica em *A História da Loucura* é baseada na percepção institucional e do conhecimento. Em *O Nascimento da Clínica*, uma perspectiva do olhar e da linguagem é caracterizada, segundo o autor, como uma arqueologia do olhar.

O primeiro texto mostra-nos como se deu a relação com a loucura antes e depois da medicina ter estabelecido a sua classificação como doença mental e como o saber médico, através da psiquiatrização e psicologização, foi capaz de unir a percepção social à científica, representada pela Psiquiatria como discurso da moralidade, transformando as concepções morais em causas de doenças.

A loucura antes do final do século XVIII, não integrava a ordem do patológico, não se falando em doença mental. A ruptura veio com a Psiquiatria. Acerca do assunto, Machado refere que:

[...] o livro demonstra que a psiquiatria é o resultado de um processo histórico mais amplo, que pode ser balizado em períodos ou épocas, que de modo algum diz respeito à descoberta de uma natureza específica, de uma essência da loucura, mas à sua progressiva dominação e integração à ordem da razão. [...] desmascara as imagens que dão à psiquiatria o mérito de ter possibilitado à loucura ser finalmente reconhecida e tratada segundo a sua verdade, mostrando o caminho que a história precisou seguir para que a psiquiatria tornasse o louco doente mental (MACHADO, 2009, p.52).

Cito esta passagem para ressaltar que a marca desse período foi a relação que se estabeleceu entre loucura e razão, aquela entendida como uma ameaça a esta. Loucura era sinônimo de ausência de razão, de desrazão. Formula-se, portanto, uma consciência crítica da loucura, fundamentada não em um conhecimento científico, mas em uma percepção. Nas palavras de Foucault (2008, p.33), “a loucura torna-se uma das próprias formas da razão”. A loucura só terá sentido e valor no próprio campo da razão.

A loucura é excluída do campo da razão. Descartes a exclui da ordem do pensamento ao afirmar que se alguém é capaz de pensar, não pode, por conseguinte, ser louco. Trata-se de uma visão extremada da loucura pela razão cartesiana. Não foi a Medicina que definiu os limites entre a razão e a loucura, e sim, a percepção social e moral que se construiu acerca do louco durante séculos na história da humanidade e que se vê ainda refletida na atualidade.

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault dá prosseguimento às análises arqueológicas, sendo, agora, a própria doença e não a loucura, seu objeto crítico. A partir de então, o conhecimento, que se tornou científico a partir de uma concepção de medicina moderna, uma ciência empírica, baseada na observação, percepção e não totalmente teórica, promoveu uma mudança na noção de conhecimento. Este texto aborda o conhecimento médico através do olhar e da linguagem, definindo uma normatividade própria da medicina em épocas diferentes.

De acordo com Machado (2009), Foucault faz uma crítica à dicotomia estabelecida por alguns historiadores que afirmaram ser a medicina moderna científica, exclusivamente empírica, em oposição a uma atitude teórica, filosófica e sistemática própria de seu passado. Para a arqueologia, tal transformação não é explicada por esta oposição, e sim, a partir da relação entre dois níveis do conhecimento médicos sendo estes o olhar e a linguagem.

Houve uma transformação do discurso médico em uma nova forma de linguagem, que demarcou uma ruptura entre a medicina clássica e a medicina moderna, assim subdividida e denominada como: medicina clássica dos séculos XVII e XVIII (protoclínica), a clínica do final do século XVIII e a anátomo-clínica do século XIX.

A medicina da época clássica retoma e aprofunda aspectos de uma medicina classificatória sistemática, baseada no modelo de uma história natural, privilegiando o olhar daquilo que é visível na aparência dos sintomas, ou, nas palavras de Machado (2009, p. 89): “Definir uma doença é enumerar seus sintomas”.

Ainda de acordo com aquele autor:

Seguindo o modelo da história natural, a medicina clássica tem como sujeito e como objeto, respectivamente, o olhar de superfície do médico e o espaço plano de classificação das doenças. Ora, isso acarreta uma diferença básica com relação à medicina moderna: o conhecimento da doença, para se produzir, deve abstrair o doente. Se a doença é uma essência nosográfica, e se o papel do conhecimento médico é a fixação de seu lugar na ordem ideal das espécies, a consideração do doente só pode introduzir um elemento contingente, acidental, opaco, exterior em relação à doença tomada como pura essência [...] (MACHADO, 2009, p. 89).

Temos assim, o conhecimento que é desvinculado do exame do corpo humano. A doença como essência, independente do corpo do doente e uma medicina a partir da análise de gêneros e espécies, de analogias e formas, subordinada a uma elaboração teórica, e não o exame clínico do doente que ensina sobre a doença.

A clínica é a primeira tentativa de um saber baseado na percepção, através de um olhar que observa, e passa a produzir conhecimento, não significando, contudo, empirismo ou

recusa da teoria. Na clínica, a existência da doença baseia-se no que é visível e enunciado, estabelecendo uma especificidade entre percepção e linguagem.

Ao referir-se à análise foucaultiana, Machado diz que:

[...] é através da correlação entre linguagem médica e seu objeto que ele pretende analisar o modo como diferentes tipos históricos de medicina se exercem, assinalando rupturas arqueológicas a partir das transformações do olhar médico (MACHADO, 2009, p. 95).

O olhar anátomo-clínico foi possível através da relação entre os métodos da clínica (leitura dos sintomas) e da anatomia patológica (alterações dos tecidos). Trata-se de um olhar ao interior do corpo doente. A doença como o próprio corpo tornado doente. Uma concepção patológica da vida, vista como um desvio. Este aspecto é a característica principal da transformação que deu início à clínica moderna, baseada em relações causais, orgânicas com fenômenos anatômicos e fisiológicos.

O entendimento desta dinâmica também se situa na passagem do poder soberano para o biopoder, ocorrida entre os séculos XVIII e XIX, que tem o seu fundamento no princípio de domínio e da submissão exercido pelo soberano, com o objetivo primeiro de administração da territorialidade, controle da guerra e poder de vida e morte sobre seus súditos.

De forma contrária ao que acontecia na sociedade de soberania, as biopolíticas investirão sobre a vida visando o seu prolongamento, intensificando suas forças, no intuito de utilizar os indivíduos conforme os interesses do Estado. Nas considerações de Alves (2012), a população então aparece como fim e instrumento de governo.

2.2 A MEDICINA MODERNA

A partir do que foi exposto, temos o marco da passagem para uma medicina moderna e de uma nova racionalidade científica, marcada pela produção de técnicas médicas e por um movimento de objetivação da saúde caracterizado pela instauração do corpo anátomo-patológico como objeto de preocupação e, com isso, conforme Ferla, Oliveira e Lemos (2011), o surgimento de uma relação de saber/poder sobre os corpos e também sobre a vida.

Surge uma nova maneira de gestão da vida configurada por um poder político que se desenvolve nas formas de uma anátomo-política do corpo humano (centrada no corpo como espécie e suporte dos processos biológicos), e o nascimento de uma biopolítica.

Para melhor compreender como isto aconteceu, Foucault (2008) ressalta que a partir do século XVIII, as sociedades ocidentais modernas retomam o fator biológico fundamental de que o ser humano constitui a espécie humana. O conjunto de mecanismos pelos quais a

espécie humana constitui suas características biológicas fundamentais, a partir daquele século, entra na política, ou melhor, em uma estratégia política geral de poder denominada de biopoder ou biopolítica.

Por biopolítica ou biopoder, conforme a concepção foucaultiana, entendemos como a política de gestão dos corpos e da vida que se constituiu na nova tecnologia de poder da Modernidade. Cumpre ressaltar que alguns autores consideram distintos os sentidos dos termos biopoder e biopolítica. Para Rancière (1996), enquanto biopolítica é a diferença específica nas práticas do poder e nos efeitos de poder, na maneira como o poder opera nos efeitos de individualização dos corpos e na socialização das populações; o biopoder seria um modo de pensar o poder e sua ação sobre a vida. Nesta configuração, temos a anátomo-política do corpo humano e a biopolítica da população. “Pela primeira vez na história, o biológico reflete-se no político” (FOUCAULT, 1988, p. 34).

As condições do surgimento da medicina moderna estão relacionadas ao aparecimento da anatomia patológica em fins do século XVIII, o que Foucault (2012) afirma ser uma prática social que revela uma tecnologia do corpo social e de razões estatais. Segundo ele, o que marca a medicina como uma realidade e uma estratégia biopolítica, são as dimensões coletivas da atividade médica, visualizadas através do pensamento do autor em *O Nascimento da Medicina Social*.

Nas palavras de Foucault (2012, p. 144), “o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho”. Foi sobre o corpo biológico, somático, que o controle da sociedade sobre os indivíduos teve o seu início e foi alvo de investimento da sociedade capitalista.

Para compreender o corpo como uma realidade biopolítica e a medicina como uma estratégia biopolítica, foi necessário conhecer como se deu a evolução da medicina social no ocidente, que culminou na preocupação com o corpo, com a saúde e com o nível da força produtiva dos indivíduos na segunda metade do século XIX.

Foucault (2012) reconstituiu três etapas na formação desta medicina social, denominadas: *medicina do estado*, desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII; *medicina urbana francesa*, em fins do mesmo século; e *a medicina da força de trabalho*, na Inglaterra no século XIX.

Foi na Alemanha que se constatou uma preocupação com o estabelecimento de uma ciência do Estado, que passou a ser objeto de conhecimento, instrumento e lugar de formação. Os inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos Estados foram uma especialidade e

disciplina alemã daquele século, em razão da necessidade da instauração de um Estado moderno, com potência política e desenvolvimento econômico.

Sobre a medicina social na Alemanha, ressalto aqui o fenômeno da normalização⁴ da prática e do saber médico, aspecto importante, presente na formação médica e nas reflexões desta pesquisa. Para Foucault, na Alemanha:

Procura-se deixar às universidades e, sobretudo, à própria corporação dos médicos o encargo de decidir em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. Aparece a ideia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha (FOUCAULT, 2012, p. 149).

A partir daí organizou-se o saber médico estatal orientado pela normalização da profissão médica. A medicina de Estado, conforme nos indica Foucault (2012), é caracterizada pela subordinação dos médicos a uma administração central e por um movimento de integrar vários médicos em uma organização médica estatal.

Como segunda direção no desenvolvimento da medicina social, Foucault (2012) nos falou sobre o fenômeno da medicina urbana francesa, e o caracteriza pelo problema da unificação do poder urbano, pela necessidade de constituição da cidade como unidade, de organização do corpo urbano de forma homogênea e dependente de um poder único e regulamentado.

As razões disto seriam econômicas e políticas, para que a cidade pudesse ser um lugar de mercado, produtiva com mecanismos de regulação homogêneos e coerentes, além de conter os problemas surgidos pelo aparecimento de uma população operária, responsável pelas tensões no interior das cidades. Nas palavras de Foucault (2012, p. 154): “Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar essa população urbana”.

Modelos como o da quarentena surgem como intervenção política para a organização sanitária das cidades. Um rígido regime de controle da população foi estabelecido para o afastamento do perigo público (reconhecido nos pobres), caracterizado pelo isolamento, divisão, hospitalização, vigilância e controle:

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido inspecionado, percorrido

⁴ A noção de norma em Foucault está ligada ao campo dos saberes, das ciências que têm por objeto a vida, tais como a medicina e a psiquiatria. “A norma em Foucault remete antes ao funcionamento dos organismos e aos domínios de saber e de práticas que lhes correspondem [...]” (FONSECA, 2002, p. 37).

por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (FOUCAULT, 2012, p. 157).

Uma reorganização da cidade foi possível com a medicina urbana francesa, que buscou analisar regiões de amontoamento, cemitérios, perigo e confusão do espaço urbano, condições de salubridade com o controle e estabelecimento de boa circulação da água e do ar, dos esgotos responsáveis pelas doenças epidêmicas das cidades. Uma polícia médica urbana estabeleceu o fio diretor da organização de saúde na cidade. Segundo Foucault (2012, p. 163): “A noção essencial da medicina social francesa é o controle político-científico do meio”.

Foucault (2012) ressaltou que a passagem para uma medicina científica não foi possível através da medicina privada individualista caracterizada por um olhar médico mais atento ao indivíduo, mas por uma inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico através do estabelecimento de uma medicina coletiva, social e urbana.

Sobre o terceiro modelo exposto por Foucault (2012), identificado pela medicina inglesa e caracterizado por uma medicina dirigida aos pobres, da força de trabalho operária, a preocupação com esta população teve diversas razões que apontaram para questões políticas, pois os pobres eram vistos como uma massa detentora de força para participação em revoltas, a necessidade de criação de novos mecanismos de organização de serviços prestados pela população, retirando do pobre o trabalho que antes realizava, e a cólera de 1832 que desencadeou o medo da população. A plebe urbana passa a ser considerada como um perigo médico a partir do século XIX.

Na França, organizou-se um serviço autoritário destinado à população e mascarado por “cuidados médicos” que garantia o controle médico dos pobres:

Com a lei dos pobres, aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (FOUCAULT, 2012, p. 166-167).

Com isso, ficou evidente a intervenção realizada em locais insalubres através de vacinas e registros de doenças que objetivavam o controle das classes mais pobres e que também culminou em uma série de reações violentas da população, como uma forma de resistência e luta contra a medicalização imposta pela medicina oficial.

Para o autor, a medicina social inglesa articulou três sistemas médicos superpostos e coexistentes e que constituem os sistemas médicos dos países mais ricos e industrializados da atualidade (2012, p. 170): “uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma

medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la”.

Para Foucault (2012), o sistema inglês revela uma medicina com faces e formas de poder que permitiu, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, um esquadramento médico completo. De acordo com Ferla, Oliveira e Lemos (2011), a partir deste cenário, é que o corpo humano foi sendo construído como realidade biopolítica e como estratégia de gestão das populações pelo Estado moderno.

Como complemento a esta lógica, Foucault (2008) nos fala de um poder disciplinar, extensivo a todo o campo social. Mecanismos de uma microfísica das relações de poder, normalizando e individualizando os corpos, e também, de uma biopolítica de efeitos totalizantes que recaem sobre a população:

Novos dispositivos para normalizar e padronizar a experiência clínica dos médicos foram desenvolvidos por instituições correlatas as que em modo geral veiculam estes saberes. Uma nova área de conhecimentos, como a Epidemiologia Clínica, apresentou-se como possibilidade de padronizar a clínica médica, por meio da incorporação de supostas evidências ‘mais’ científicas (FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011, p. 492).

Segundo os autores, estas considerações ganham visibilidade através da normalização da prática e do saber médico com os dispositivos universitários e hospitalares, como no caso desta pesquisa, que desvelam de forma mais concisa o controle do corpo social (poder disciplinar) e sobre o corpo individual (anátomo-patológico), no qual o hospital será o principal lugar de aquisição e sistematização da experiência clínica.

Foucault (2012), ao falar sobre o aparecimento do hospital na tecnologia médica, demarca o momento em que o hospital passou a ser considerado como um instrumento terapêutico de intervenção sobre a doença e o doente, sendo uma invenção que data do final do século XVIII.

Antes disso, era uma instituição de assistência destinada aos pobres, que servia de instrumento para a separação e a exclusão, (2012, p. 174): “o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna”. O hospital era lugar de internamento no qual se misturavam doentes, loucos, devassos e prostitutas que recebiam assistência caritativa e na qual a função médica não aparecia.

O ponto de partida da reforma hospitalar, segundo Foucault, foi a busca pela solução de problemas relacionados a desordens econômicas identificadas no hospital marítimo na França, lugar de tráfico de mercadorias e objetos trazidos das colônias, além de uma preocupação em anular os aspectos negativos do hospital através de uma reorganização e

esquadrinhamento do espaço interno, neutralizando efeitos nocivos de doenças que poderiam ser espalhadas pela cidade, além do índice de mortalidade elevado de soldados que gerava custos para a sociedade.

A reorganização do espaço hospitalar foi possível através de uma técnica médica aplicada aos hospitais marítimos e militares com o estabelecimento de uma política de disciplina. “A disciplina é antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (FOUCAULT, 2012, p. 181).

O autor afirma ser a disciplina uma técnica de poder que visa a uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos e foi através da introdução dos mecanismos disciplinares no espaço hospitalar que foi possível a sua medicalização. O deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar constituem a origem do hospital médico e, segundo Foucault (2012, p. 187) do: “grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar [...]”.

Alves (2012) complementa a questão ao afirmar que as disciplinas asseguraram a construção de corpos dóceis e codificáveis, manipuláveis em todos os sentidos e que as instituições estão ligadas a imperativos econômicos e políticos e organizadas em torno dessas disciplinas.

O saber técnico constituído pelo conjunto medicina e higiene no século XIX, vai ser o mais importante atributo das biopolíticas sobre os corpos, transformando-se em um saber-poder que incide individual e coletivamente, produzindo efeitos de verdade em relação aos seres vivos e, nas palavras de Alves (2012, p. 24), “a construção de um corpo de especialistas autorizados em proliferar estas verdades; estratégias de atuação coletiva com poder de vida e morte sobre os indivíduos”.

As tecnologias de poder, que são o poder disciplinar e a biopolítica, estão ligadas à razão estatal, que é a forma como o Estado racionaliza suas práticas. Penso na analogia que se pode estabelecer entre biopolítica e formação médica, que representa o saber legitimado nas práticas de poder, a exemplo das práticas discursivas que falam do poder de cura, de vida, de fazer viver. “O discurso médico configurado pela contemporaneidade permanece sendo uma referência importante para a definição da qualidade de vida das pessoas” (FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011, p. 495).

Nesta dinâmica das relações de poder, a residência médica representa uma estrutura institucionalizada para o disciplinamento da profissão que acontece no interior do hospital

médico, onde os residentes se submetem a diversas práticas e saberes amparados na medicina científica, configurando-se em mais um desdobramento da racionalidade científica moderna.

Em uma análise sobre as instituições como núcleos específicos de poder, Luz (2014) afirma que a escola, o hospital, assim como outros, têm a função de formar, moldar e estabelecer regras que fundamentem as relações institucionais e mantenham a ordem que garanta a estrutura e a disciplina que assegura as relações sociais. Trata-se de um complexo destinado a não só fixar o homem ao aparelho de produção, mas também (2014, p. 47), “enquadrar o homem e os indivíduos às relações sociais e a dominá-los em seus corpos”. E isto os torna submissos às normas que regem as relações sociais.

Desta forma, a residência revela o seu poder institucional em uma rede de normas fixadas através de regras institucionais e de sua hierarquia:

Na dimensão estrutural, temos, sobretudo, o aspecto ‘organizacional’ das instituições: o discurso oficial, hierárquico das normas e também sua aparência abstrata, ‘universal’. Na dimensão das relações sociais temos predominantemente o aspecto ‘grupal’, a dominação concretizada em forma de comandantes e subordinados, de autoridade e obediência (LUZ, 2014, p. 47).

A partir desta crítica, acredito ser necessário, portanto, conhecer as condições do surgimento dessa modalidade institucionalizada de ensino, conhecida como residência médica, e os atores que compõem essa prática, o que será abordado no capítulo seguinte deste trabalho.

Até aqui foi possível percorrer as condições para a construção do saber médico e do estabelecimento de uma medicina moderna. Acredito ser uma etapa importante para o objetivo desta pesquisa, que é entender, através dos repertórios dos residentes de medicina e formadores, quais as práticas discursivas atuantes na formação médica e como estas estão implicadas na produção de sentido no cotidiano institucional e do grupo no qual estão inseridos.

Busco demonstrar a circulação das práticas discursivas e a institucionalização desta modalidade de formação para compreender como o processo de formação dos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Infectologia, do Hospital Universitário João de Barros Barreto repercute na construção da subjetividade do médico, em seu discurso e em sua prática.

3 A RESIDÊNCIA MÉDICA

Deparamo-nos com múltiplos sentidos de uma palavra. Surpresas da retórica... Para qualquer pessoa abordada na rua, residência é o lugar onde se mora. Para o dicionário, modernamente o detentor da verdade sobre as palavras, residência é: casa; domicílio; trecho de uma rodovia, ou parte de uma rede rodoviária, em construção ou em tráfego, sob a jurisdição de um engenheiro-residente. Para os médicos, parece ser um laboratório, o lugar da experimentação e do aprendizado [...] (p. 221).

NO OLHO DO FURACÃO, NA ILHA DA FANTASIA
– Daniela Dallegrave e Maria H. L. Kruse.

A proposta deste capítulo é situar o leitor historicamente sobre o tema da formação médica da residência, discorrer sobre como e quando surgiu esta modalidade de ensino e aprendizagem, problematizando-a de acordo com o contexto atual. Foi realizada também, uma descrição do Programa de Residência Médica de Infectologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), baseada nos documentos do Regimento Interno da instituição e do Programa de Residência Médica em Infectologia (PRM). Estes documentos possibilitaram a visualização da dinâmica construída na elaboração formal do programa de residência médica e sua institucionalização.

Iniciarei com as contribuições teóricas da obra de Martins (2005), que realizou um amplo estudo sobre a residência desde seu aparecimento nos Estados Unidos e no Brasil, enfatizando as relações humanas e a formação destes profissionais.

Dar voz aos residentes é algo que o autor destacou como importante, pois permite a eles a participação na construção da história da medicina fazendo com que os residentes se ouçam e sejam ouvidos.

De acordo com Martins (2005), o primeiro programa de residência médica (RM) existente data de 1889, implantado por um médico chamado Willian Halsted, do Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins. Mais tarde, outro médico, Willian Osler, implantou o sistema de RM para a especialização em clínica médica. Nunes (2003) acrescenta que o uso do termo “residência” é resultante de uma prática em que era requisito morar na instituição onde era desenvolvido o programa, pois os médicos deveriam estar à disposição do hospital em tempo integral.

Em 1933, houve a institucionalização da RM nos Estados Unidos, momento em que a obtenção do certificado de residência passou a ser exigência para o exercício da medicina. Tal sistema de capacitação profissional do médico caracterizava-se por ser um treinamento em

serviço sob supervisão, considerado como uma forma eficaz de aperfeiçoamento e especialização na área médica.

No Brasil, o primeiro programa de RM implantado foi na especialidade de Ortopedia, no Hospital das Clínicas da FMUSP em 1944/45, tendo em seu período de existência quatro fases, segundo Martins (2005).

A primeira fase marcante do surgimento da RM dava ênfase aos aspectos idealistas da profissão, datada no período de 1944 a 1955. A característica marcante era a baixa procura pela RM, pois o valor das bolsas era abaixo da renda daqueles que se inseriam diretamente no mercado de trabalho. Tal condição atraía somente aqueles com vocação elevada para a profissão, dotados de grande capacidade de limitar seus gastos ou provenientes de famílias abastadas.

A segunda fase da RM foi caracterizada por um período de consolidação, entre os anos de 1956 a 1970. A pós-graduação passou a ser considerada como uma necessidade premente por uma maioria de médicos recém formados.

Na terceira fase, ainda segundo Martins (2005), com a expansão do ensino superior, entre 1971 a 1977, houve uma verdadeira explosão desordenada de novos cursos superiores, inclusive por entidades particulares, e novos programas de RM foram implantados, somando o dobro do total de programas existentes no país.

A quarta etapa da história da residência no Brasil teve seu início em 1977 e tem como característica principal a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão do Ministério da Educação e Cultura, que passa então a legislar sobre a RM. Vale ressaltar que a situação que antecedeu à criação da Comissão Nacional foi marcada por um processo de desvirtuamento dos programas de residência, apresentando problemas como a criação de programas considerados de níveis inaceitáveis e com distorções, o que culminou em movimentos reivindicatórios baseados na necessidade de se criar uma regulamentação em relação à residência.

Ainda segundo aquele autor, o movimento dos residentes reivindicava a regulamentação pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pelo estabelecimento de um nível mínimo de remuneração pelos serviços prestados. Ao longo de toda a década de 70, um movimento nacional foi deflagrado pelos residentes com formas inéditas de mobilização, como a paralização geral da categoria no ano de 1977, sendo considerada a primeira greve de médicos no Brasil.

A residência médica passa, então, a ser regulamentada pelo MEC, sendo instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que a considerou como uma modalidade

de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Conforme o Decreto acima:

[...] a Residência Médica constitui modalidade de 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 (BRASIL. DECRETO 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977).

Após a criação da CNRM pelo decreto nº 80.281/77, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº. 6.932, em 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente. É considerado, segundo Martins (2005), o texto legal mais relevante em vigor, abrangendo um conjunto de disposições. Segundo Nunes (2003), esta Lei estabelece que o uso da expressão “residência médica” é restrito aos programas para graduados em medicina e que a conclusão em um programa credenciado garante o título de especialista na área.

Ainda segundo Nunes (2003), em 1987, a CNRM criou as Comissões Estaduais de RM, com o objetivo de dividir responsabilidades. Onde houvesse programas, deveriam se constituir as Comissões de Residência Médica (COREME), constituídas por médicos residentes, supervisores dos programas e direção da instituição, com regimento próprio, porém obedecendo às determinações da CNRM.

Martins (2005) destaca que no Brasil ainda há crises e conflitos e ressalta uma característica marcante do médico residente: a sua dualidade de função. O residente é estudante e trabalhador, fato este que tem provocado controvérsias no que diz respeito ao treinamento dos médicos residentes, além de discussões sobre autonomia universitária, a relação entre a residência médica e o sistema de pós-graduação, o mercado de trabalho do médico, os limites da especialização médica e a produção de conhecimento científico na área, além de questões de natureza trabalhista.

Em meio a tantos problemas, o autor ressalta que a RM foi se modificando de forma gradativa, recuperando a sua importância durante os anos de 1993/94. Considerada um instrumento de especialização e aprimoramento profissional em medicina, houve um relativo aumento do número de pedidos de credenciamento de Programas de Residência Médica em instituições renomadas, que haviam suspenso temporariamente seus programas junto à CNRM. Houve, então, um período de revitalização da residência médica.

Contudo, ainda hoje, a residência tem sido alvo de críticas relacionadas à sobrecarga assistencial, excessiva carga horária de trabalho e privação do sono. A experiência da residência tem demonstrado também, questões relativas aos efeitos prejudiciais na

sensibilidade dos médicos em relação aos pacientes e na qualidade de vida pessoal, exacerbando o que o autor nomeia de “mecanismos de auto-proteção”, como uma resposta individual inconsciente ao estresse.

Martins (2005), ao falar de tais mecanismos, faz uma relação dos mais observados e que foram alvo de análise, tais como: a construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos expressados por um embotamento emocional ou “frieza”, observados no contato com os pacientes e com outras pessoas, favorecendo o isolamento social. A negação ou minimização dos problemas da profissão, buscando afastar as dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa médica, contribuindo para atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis. O uso da ironia ou humor como uma forma de adaptação aos rigores da profissão, revelando, por vezes, uma dificuldade em lidar com as frustrações, tristezas e situações da vida profissional.

Tal processo se acentua de forma gradual e progressiva durante o curso de medicina, e por vezes, culmina em morbidades psicológicas e psiquiátricas na população médica. Martins (2005, p. 45) ressalta que: “o tema dos médicos emocionalmente perturbados é doloroso”.

Frequentemente, o médico que passa por tais problemas esconde suas dificuldades emocionais dos colegas, da família e de si mesmo, porque isto ameaça sua auto-estima, seus ganhos e seu direito à prática profissional. Os colegas e a família, em contrapartida, mantêm uma espécie de conspiração do silêncio ao acreditar no mito de que os médicos deveriam ser capazes de curar a si próprios.

Das morbidades relacionadas pelo autor, ressalto o estresse psicológico, definido por ele como um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige um esforço adaptativo.

Mello Filho (1978) afirma que na residência há a presença de elementos estressógenos como as tarefas de responsabilidade, as reações a eventos inesperados e as situações de expectativa e de contato com o novo.

A RM é comparada por Martins (2005) a um ritual de passagem e a um teste de resistência pelo qual o médico recém-formado deve passar para que possa pertencer à ordem dos “verdadeiros médicos”.

No Brasil, o exercício atual da medicina tem se tornado cada vez mais difícil, sendo considerado um complexo fenômeno com um conjunto de variáveis que envolvem a vocação médica, as motivações conscientes e inconscientes da escolha da profissão e da especialidade, as características psicossociais da população assistida, as peculiaridades do mercado de trabalho, tais como: grau de autonomia profissional, trabalho assalariado, atendimentos via

convênios, plantões e relações institucionais. Além dessas variáveis, o médico lida com as situações consideradas mais temidas pelo ser humano, como: a doença, o sofrimento, o desamparo e a morte, fatores estressantes que permeiam a formação médica e o exercício profissional.

A tarefa assistencial realizada na residência é mencionada como um grande fator de estresse profissional do médico pela sobrecarga a qual são submetidos. No entanto, a RM também é considerada como um processo de desenvolvimento em que o residente deverá lidar com os sentimentos de vulnerabilidade e desamparo em relação ao complexo sistema assistencial, se permitindo um constante movimento de reflexão sobre o desejo de cuidar.

Sobre todos os problemas até aqui mencionados, Nunes (2003) afirma a necessidade de mais discussões sobre a participação de outros segmentos na elaboração do projeto da RM no país, como: gestores, usuários e estudantes. Há a necessidade do envolvimento das entidades médicas, dos alunos, das escolas médicas, dos ministérios da Educação e da Saúde para o início de uma busca de resoluções para várias questões que permeiam a RM.

Ao falar sobre a RM no Estado do Pará no contexto das discussões e reivindicações que ocorreram na histórica Paralisação Nacional dos Residentes, houve a necessidade da criação da Associação dos Médicos Residentes do Pará (AMEREPA), fundada no dia 15 de setembro de 2010. A Gestão fundadora da AMEREPA foi eleita em Assembléia Geral por maioria de votos. O momento propiciou a aproximação de residentes de todas as instituições paraenses com programas de residência médica, incluindo o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB).

3.1 A RESIDÊNCIA MÉDICA DO HUIBB

De acordo com o site do HUIBB, o hospital é uma instituição de assistência, ensino e pesquisa, ligada à Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviços à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo recebido sua certificação como hospital de ensino no ano de 2004.

Hoje é considerado um dos principais prestadores de serviços de saúde do Estado do Pará e Região Norte, sendo referência nacional em AIDS e referência estadual em pneumologia, infectologia, endocrinologia, diabetes e atenção à saúde do idoso. Ainda segundo o site do HUIBB, oferece internato em medicina, programas de residência médica, acompanhamento docente para os estudantes de graduação, desenvolve atividades de

pesquisa, tem uma biblioteca especializada na área da saúde e é considerado um dos principais serviços de saúde do Estado do Pará e da Região Norte.

O Programa de Residência em Infectologia do HUIBB foi implantado em 2005, a partir da elaboração do regimento da residência médica, formulado pela Coordenadoria de Atividades Acadêmicas e pela Comissão de Residência Médica do hospital, conforme está exposto no referido documento.

O Regimento de Residência Médica⁵ possui sete capítulos e quarenta e seis artigos distribuídos entre esses capítulos. São eles: Capítulo I da Residência, Capítulo II da Comissão de Residência Médica, Capítulo III da Inscrição, Seleção e Admissão, Capítulo IV dos Residentes, Capítulo V do Regime Disciplinar, Capítulo VI da Avaliação e Capítulo VII das Disposições Gerais. Nestes capítulos, encontrei uma descrição detalhada que rege o Programa de Residência Médica do HUIBB. Dentre as informações encontradas, apresento aquelas que caracterizaram e ajudaram a elaborar uma descrição do programa de residência, especificamente, em infectologia, objeto de estudo desta pesquisa.

De acordo com o Capítulo I do regimento, os programas de residência médica oferecidos pelo HUIBB poderão ser realizados nos diversos setores de atividades das unidades hospitalares e sob a supervisão de docentes e médicos da UFPA. Os programas oferecidos são nas especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Digestiva, Anestesiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia Clínica, Infectologia, Pneumologia, além de outros do interesse do hospital.

Poderão participar do programa os médicos registrados no Conselho Regional de Medicina, de acordo com as condições de inscrição, seleção e admissão estabelecidas no regimento, com número de vagas estabelecido anualmente pela Comissão de Residência Médica. Os programas têm a duração de dois a três anos, conforme especialidades. O programa de residência em infectologia tem a duração de três anos.

Cada especialidade possui uma carga horária anual mínima de 2.880 horas e máxima de 3.120 horas. Os programas, ainda segundo o regimento, deverão oferecer de 80% a 90% de sua carga horária para treinamento prático em serviço com a orientação de preceptores e o restante da carga horária (10% a 20%) ao treinamento teórico-prático.

O treinamento prático em serviço será desenvolvido em Unidade de Internação, Ambulatório, Serviço de Emergência e outros setores, de acordo com o programa específico de cada área. As atividades teórico-práticas serão desenvolvidas sob a forma de discussão de

⁵ O documento está disponível em anexos.

casos clínicos, sessões clínico-radiológicas e anátomo-clínicas, sessão de revisão e atualização de temas, seminários e clubes de revista, curso de embasamento sobre a área administrativa, arquivo e estatística e noções teórico-práticas do programa específico. Alguns médicos residentes de algumas especialidades, incluindo os de infectologia (R1), participam do Programa de Interiorização (em cidades do interior), com escala elaborada e comunicada a cada um com a supervisão dos preceptores.

A duração e a programação das atividades serão cumpridas em um período máximo de 60 horas semanais, com um máximo de 24 horas de plantão, um dia de folga semanal e trinta dias consecutivos de repouso no ano de atividade.

A promoção para 2º e 3º ano e a emissão do certificado, será conferida segundo a Resolução nº 06/80 e o artigo 1º da Resolução nº 13/81, da Comissão Nacional de Residência Médica. Os residentes que não completarem a carga horária prevista, receberão uma declaração, com a ressalva de que o tempo total não foi cumprido. O desligamento a pedido deverá ser formulado por escrito.

O capítulo II do regimento dispõe sobre a Comissão de Residência Médica e afirma que o programa de residência médica deverá ser coordenado e dirigido por uma Comissão de Residência Médica (COREME), que estará vinculada técnica e administrativamente à Coordenadoria de Atividades Acadêmicas (C.A.A.) São membros da COREME: dois representantes de cada programa (1º supervisor e 2º vice-supervisor), um representante dos preceptores, um representante dos residentes e um representante da Divisão de Ensino/CAA. Os membros da COREME e preceptores do HUIBB devem ser escolhidos entre os médicos dos programas de residência médica e terão mandato de dois anos. Os membros serão escolhidos por eleição direta, obedecendo a uma série de critérios descritos no regimento.

São elencadas ainda no capítulo II todas as atribuições outorgadas à Comissão de Residência Médica, coordenador, supervisor, preceptor e ao representante dos residentes.

O capítulo III aborda os critérios de inscrição, seleção e admissão, esclarecendo que as vagas são oferecidas anualmente em prazos e condições estabelecidas em edital elaborado pela Comissão de Residência Médica em conformidade com as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica. Poderão se candidatar todos os graduados em escolas médicas reconhecidas oficialmente. Uma comissão examinadora responsável pelo processo de seleção será constituída sob a responsabilidade da COREME. A seleção dos candidatos é feita mediante prova escrita e oral. Os candidatos classificados serão submetidos a exame médico.

O capítulo IV versa sobre os residentes, classificando-os por etapas da formação. O residente do primeiro ano é denominado de R1, o do segundo ano R2 e do terceiro R3.

Ficarão sujeitos ao regime de tempo integral, não podendo ter nenhum vínculo empregatício com o HUIBB ou outra instituição. Ficarão subordinados ao preceptor e supervisor do programa, ao coordenador da COREME e à Comissão Nacional de Residência Médica. Os residentes receberão bolsa de estudo de acordo com os valores vigentes fixados pela CNRM. Nos casos de gravidez, a médica residente estará assegurada com a continuidade da bolsa durante o período de quatro meses da gestação, com possibilidade de prorrogação.

Os residentes deverão ter deveres e obrigações, como estar devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-Pa), no prazo máximo de sessenta dias após o início da residência, dedicar-se com zelo, responsabilidade e cumprir com as normas e rotinas da residência, comparecer às reuniões convocadas pela COREME, chefes de serviço e pelos representantes dos residentes; usar uniformes adequados durante as atividades, prestar colaboração aos colegas em situações especiais ou de emergência, mesmo fora do período de plantão, zelar pela economia e conservação do material para o desempenho das atividades, cumprir rigorosamente os horários de trabalhos fixados, registrando presença em folha de frequência adequada, cumprir toda a programação de treinamento da COREME, participar de atividades didáticas e plantões, respeitando o código de Ética Médica e o regimento interno da instituição.

É vedado ao residente internar ou dar alta aos pacientes sem autorização do preceptor ou médico de plantão, fornecer atestado médico aos servidores das unidades e intervir em questões disciplinares destes.

O capítulo V aborda o regime disciplinar dos residentes, estabelecendo as sanções disciplinares: advertência, repreensão e desligamento. A pena de advertência verbal será aplicada quando verificada a falta de cumprimento dos deveres e obrigações estabelecidos no regimento. A repreensão será aplicada por escrito nas situações de ausência das dependências do hospital sem autorização prévia do preceptor, docente ou supervisor. Reincidência na falta de cumprimento dos artigos do regimento e falta ao plantão sem prévia designação de substituto. A pena de desligamento poderá ocorrer pela reiterada falta de assiduidade às atividades programadas, ausência no serviço não justificada por período superior a dez dias e sem comunicação à Comissão de Residência Médica, rendimento considerado insuficiente e infringência ao Código de Ética Profissional, após um processo no Conselho Regional de Medicina.

O capítulo VI esclarece os critérios de avaliação dos residentes, afirmando que serão avaliados ao final de cada módulo e ao final de cada ano do programa. A avaliação ao final de cada módulo do programa será feita através de uma escala de atitudes que inclua atributos,

tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o cliente e interesse pelas atividades. A avaliação ao final de cada ano do programa será feita através de prova escrita e prática e conceito, que abrangerá desempenho profissional, assiduidade, responsabilidade, iniciativa, conhecimentos adquiridos, comportamento e habilidades técnicas, ética e relacionamento com o corpo docente e discente.

A média mínima para aprovação é sete. A reprovação na avaliação anual desliga o residente do programa e a avaliação do último ano do curso é feita através da apresentação de um trabalho científico a ser entregue até no máximo em 60 dias após o término da residência e deverá tratar de assuntos relacionados com a especialidade, sob a orientação de docente preceptor ou do supervisor do programa.

Finalmente, o capítulo VII aborda as disposições gerais afirmando que o presente regimento deverá ser revisto anualmente pela COREME, podendo sofrer alterações quando forem necessárias. Os casos omissos deverão ser resolvidos pela COREME ou pelo coordenador geral e o regimento deverá entrar em vigor na data de sua aprovação pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Outro documento que versa sobre a RM do HUIBB e que está disponível apenas no sistema da CNRM, é o Programa de Residência Médica em Infectologia (PRM). Este documento foi fornecido pela Coordenadoria Acadêmica e aqui farei uma descrição de seu conteúdo, em virtude de especificar em detalhes informações de credenciamento do programa de residência médica do HUIBB.

Na primeira página do PRM, consta o pedido de credenciamento do programa, feito ao Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, datado e assinado pela Supervisora do Programa de Residência Médica em Infectologia. Na segunda e terceira páginas, há uma lista de nomes de todos os residentes correspondentes a cada especialidade e suas respectivas cargas horárias semanais divididas nos tempos: parciais e integrais, de cada residente em formação na instituição.

A partir da quarta página do documento há uma descrição detalhada do Programa de Treinamento em Serviço da Residência Médica em Infectologia destinada aos R1, com o objetivo de fornecer dados específicos sobre a organização do treinamento prático para os residentes de primeiro ano, obedecendo à devida diferenciação em conteúdo e complexidade. As atividades para os R1 são oferecidas em três hospitais de referência em Belém: o HUIBB, o Hospital do Pronto Socorro Municipal (HPSM) e a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

No HUIBB as atividades são oferecidas na Enfermaria e Ambulatório de Infectologia, na Enfermaria de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva, ambulatórios de Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, ambulatório e enfermaria de Endocrinologia e Nefrologia, além de atividades de plantão. No HPSM, as atividades são oferecidas nos serviços de Urgência e Emergência, e na Fundação Santa Casa de Misericórdia, no ambulatório de Dermatologia em sistema de rodízio. Todas estas atividades estão relacionadas em um quadro, com as suas respectivas cargas horárias em horas/ano.

Para os R2, as atividades são realizadas no HUIBB (enfermaria e ambulatório de Infectologia, enfermaria e ambulatório de Infectologia Pediátrica, incluindo plantões); no Instituto Evandro Chagas (ambulatórios e laboratórios do IEC); e no Hospital do Pronto Socorro Municipal (serviço de Urgência e Emergência). Uma carga horária para um estágio opcional também é oferecida e todas as atividades constam com as respectivas cargas horárias.

Para os R3, são disponibilizados o HUIBB, nas atividades de racionalização e controle de antimicrobianos, controle e prevenção de IH e interconsultas); os ambulatórios especializados da URE-DIPE, Casa Dia, FSCMPA e HUIBB, desempenhando as atividades de SIDA, hepatites virais/HIV, TBMR e TB em situações especiais, malária e leishmaniose, e hanseníase e HTLV. Todas com carga horária específica e estágio opcional.

Ainda descrevendo o documento PRM, há uma tabela especificando a metodologia da avaliação do aprendizado com um detalhamento dos procedimentos e da periodicidade de aplicação. Desta forma, na Unidade de Internação, são destinados 20% do tempo, compreendendo as atividades de visitas diárias, prescrição e evolução dos pacientes sob supervisão.

No Ambulatório, são destinados os mesmos 20% de segunda à quinta-feira, nos períodos de manhã e tarde, com atividades ambulatoriais sob supervisão. No Centro Cirúrgico, com 20% das atividades nos procedimentos cirúrgicos. Na Cirurgia Ambulatorial, com 10% e compreendendo atividades em pequenos procedimentos cirúrgicos. Na UTI/UR, 10% com atividades supervisionadas e orientadas. No Pronto Socorro, 10% com atividades no setor de urgência e emergência sob supervisão e, por último, a interiorização com 10% do tempo disponibilizado para as atividades supervisionadas.

Há uma descrição da Programação Científica habitual oferecida ao corpo clínico, especificando os itens com funcionamento regular, vinculados ou não aos programas de residência. Esclarece que as atividades teóricas são desenvolvidas ao longo do ano, de acordo com as programações da COREME do HUIBB e do PRM em Infectologia, correspondendo

de 10% a 20% da carga horária anual. As atividades segundo o documento são: discussão de casos e artigos, seminários, sessão clínico-radiológica, sessão anátomo-clínica, curso de metodologia científica, sessão de antimicrobianos, cursos e palestras programados pelo HUIBB, cursos de epidemiologia e bioestatística, bioética e ética médica e biologia molecular.

As últimas páginas do documento versam sobre o pedido de credenciamento do programa com a validade de cinco anos e o número de vagas oferecidas para os residentes de primeiro, segundo e terceiro ano. Um formulário para pedido de aumento de vagas dos programas de residência e, por fim, informações sobre o HUIBB, como nome completo da instituição, endereço, telefone, e-mail da COREME do HUIBB e informação da dependência administrativa da instituição que é federal.

Neste capítulo, objetivei fazer uma descrição detalhada dos aspectos que envolvem a RM, desde a sua construção histórica, com considerações importantes sobre os documentos que estabelecem a regulamentação no Brasil e no Pará. Uma apresentação do hospital e a descrição dos documentos do Regimento Interno e do Programa de Residência Médica em Infectologia (PRM) também foram realizadas, para que o leitor pudesse compreender o funcionamento da RM na instituição na qual foi realizada a pesquisa.

Esta etapa buscou corresponder ao objetivo de entender, através dos repertórios construídos historicamente, quais as práticas discursivas atuantes na formação médica e como estas estão implicadas na produção de sentido no cotidiano institucional dos atores. Descrever os documentos da residência médica é trazer à luz a circulação das práticas discursivas que demonstram a institucionalização desta modalidade de formação e suas repercussões.

4 PRÁTICAS DISCURSIVAS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

As noções de práticas discursivas e modos de subjetivação são construções centrais deste trabalho. Sendo assim, neste capítulo, procurei caminhar em direção a expor de forma mais elucidativa, a compreensão fornecida por alguns autores sobre essas noções, uma vez que me propus a investigar quais as práticas discursivas da formação na residência médica e os modos de subjetivação possíveis.

Início adotando a perspectiva da Psicologia Social, com uma reflexão de Spink (2004), que afirma que no cotidiano de nossas vidas, somos produtos de nossa época, não sendo possível assim, escapar das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação. Pensar sobre tal afirmação é um convite a examinar mais atentamente estas convenções e compreender como regras sociais são construídas e historicamente localizadas.

As práticas discursivas são, portanto, um caminho para o estudo da produção de sentidos, entendendo que se trata de uma construção dialógica a partir de uma realidade socialmente construída. Tais práticas, segundo Foucault (2000), se referem a uma maneira de entender a linguagem como uma ação no mundo. O discurso deve ser compreendido como uma prática, uma ação no mundo.

De acordo com Mello (2006), discurso e ação são indissociáveis e fazem parte do mesmo processo que se constituem em práticas que permitem a criação e a circulação de sentidos. O autor esclarece que se trata das motivações do falar e suas implicações. Trata-se do (2006, p. 66): “jogo de posicionamentos, negociações e estratégias que estão implicados em qualquer enunciado”.

As práticas discursivas se referem aos processos de produção de sentidos. Para Spink e Medrado (2000, p. 45) são “as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”.

Na perspectiva do construcionismo social, Spink (2004) afirma que tal postura está interessada em identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou compreendem o mundo em que vivem e de que lugar estão produzindo sentidos. O foco dos estudos deixa de ser as estruturas sociais e mentais, e sim, as ações e práticas sociais e seus sistemas de significação.

De acordo com Gergen (1985), para o construcionismo, os termos pelos quais entendemos o mundo são artefatos sociais, produzidos e situados historicamente por meio de intercâmbios contínuos entre pessoas. É caracterizado como uma postura crítica e

antiessencialista, em um movimento ininterrupto de questionamento das verdades universais.

A postura construcionista que busquei adotar nesta pesquisa abdica da epistemologia tradicional que trata da diferença interno-subjetivo-mente de externo-objetivo-mundo. Entende o conhecimento como uma interanimação dialógica⁶, situado no espaço coletivo da relação com o outro, abandonando a visão representacional do conhecimento, como algo que se possui, mas construído coletivamente em um tempo e espaço específicos a partir de uma realidade intersubjetiva. Nessa perspectiva, é uma reação ao representacionismo e uma desconstrução da retórica da verdade.

A desconstrução se refere ao trabalho de reflexão que possibilita uma desfamiliarização de construções conceituais que são vistas como naturalizações e se constituem como obstáculos para novas construções. Para Spink (2004), a desfamiliarização da objetividade implícita na retórica da verdade baseia-se na crítica da concepção de verdade como conhecimento absoluto. Não há verdade absoluta, sendo esta produto de nossas convenções e não menos impositiva.

Na perspectiva construcionista, sujeito e objeto são construções sócio-históricas devendo ser problematizadas e desfamiliarizadas. Neste contexto da ação social, a produção de sentidos se processa no jogo das relações sociais, como uma prática inserida em um constante processo de negociação, promovendo trocas simbólicas através da linguagem, compreendida também, como prática social.

Através da prática de produção de sentidos, é possível visualizar as ressignificações, rupturas e o uso da linguagem em ação, entendida aqui como linguagem em uso e como prática social, trabalhando a interface entre os aspectos performáticos da linguagem⁷ e as condições de produção, seja no contexto das construções históricas como no contexto social e interacional.

Nesta pesquisa - em que busco compreender como o processo de formação dos médicos residentes repercute na construção de subjetividades - entender, através dos repertórios dos residentes de medicina e formadores, quais as práticas discursivas e como

⁶ Bakhtin (1994) compreende a dialogia como princípio básico da linguagem em que os enunciados estão constantemente em interação e diálogo, sejam eles escritos ou verbais entre as pessoas. Nesta linha de pensamento, toda a linguagem é dialógica e produto de processos coletivos. Os conceitos de vozes e enunciados estão sempre juntos e descrevem o processo de interanimação que ocorre em uma conversação. Os enunciados se interanimam mutuamente.

⁷ [...] “as regras da pragmática (ou melhor, as máximas da pragmática) têm a ver com quando, em que condições, com que intenção e, obviamente de que modo devemos falar [...]” (SPINK, 2004, p. 35).

acontece a dinâmica de produção e circulação destas sobre a formação, é condição indispensável para conhecer como se dá a dinâmica de subjetivação do médico residente, pois as práticas discursivas produzem modos de subjetivação.

É importante mencionar algumas contribuições sobre a noção de sujeito, a partir da perspectiva adotada nesta pesquisa. Foucault (1995) discute e faz críticas à ideia de universalidade e aos generalismos que circundam a noção de sujeito, como se este fosse compreendido como um ser essencial. O autor rompe com a ideia de sujeito como essência, como substância. Faz-nos entender que somos produtos de uma constituição histórica, primeiramente atravessada por relações de saber-poder, em que o sujeito aparece como resultado de uma operação de assujeitamento a um dispositivo⁸, e posteriormente, nos fala de uma nova perspectiva, na qual a subjetivação é concebida como um processo em que o sujeito participa ativamente.

Foucault se debruçou sobre a tarefa de questionar sobre como se construiu essa noção de sujeito, e também se interessou em problematizar sobre a maneira pela qual nós nos constituímos como sujeitos modernos. Em *O sujeito e o poder*, Foucault (1995), ao falar sobre o objetivo de seu trabalho, pontua que não pretendeu analisar o fenômeno do poder e elaborar os fundamentos de tal análise, e sim, criar uma história dos diferentes modos através dos quais, em nossa cultura, nos tornamos sujeitos.

Não há uma natureza humana, e sim, uma crítica a todo o essencialismo presente na concepção moderna de sujeito. Assim, em lugar de sujeito, há um deslocamento para a noção mais apropriada de subjetividade, que se opõe à ordem das essências e substâncias. A subjetividade, portanto, é uma experiência histórica e coletiva a partir das práticas sociais.

[...] Enquanto o termo ‘sujeito’ remete a algo já dado, os processos de subjetivação perguntam, antes, pelas condições de produção do ser humano. Ou seja, são algumas condições de possibilidade que permitem o surgimento de determinados modos de subjetivação (LIMA, 2008, p. 47).

De acordo com Cardoso Jr. (2005), adotando também a compreensão foucaultiana, as práticas discursivas são definidas como saberes e práticas de poder. Os códigos morais presentes em nossa cultura e a sua articulação com os saberes e os poderes ao longo da história, repercutem nos processos de subjetivação. Para Foucault (1997), a subjetivação se

⁸ [...] “Essa nova conceituação requer que se pense um dispositivo como um conjunto heterogêneo de práticas de saber, de poder e de subjetivação. [...] Deleuze postula que um dispositivo é um conjunto multilinear, composto de linhas de distintas naturezas, as quais percorrem esse dispositivo em todos os sentidos, delineando processos diversos, os quais se encontram em permanente desequilíbrio” (WEINMANN, 2006, p. 20).

constitui como um processo contínuo, estabelecido de acordo com a configuração sócio-histórica em que se situam os sujeitos.

Os modos de subjetivação podem tomar as mais diferentes configurações e cooperam para a produção de formas de vida e de organização social distintas e mutantes, sofrendo as mais variadas transformações no decorrer da história.

Sobre essas transformações, penso que os médicos residentes que passam pela formação especialista da residência, entram em contato com a circulação de um saber institucionalizado que é representado pelo ensino e pesquisa, e que vem sendo construído e modificado no decorrer da história da medicina.

Para melhor compreender, nas contribuições de Luz, ao esclarecer sobre o que seriam essas instituições e os efeitos que elas desencadeiam na forma como o ser humano é subjetivado, afirma que as instituições representam (2013, p. 41-42): “[...] um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais)”. As instituições seriam, portanto, um conjunto articulado de saberes e práticas, que nesta pesquisa, é representado pelo hospital universitário. Este conjunto articulado emana efeitos políticos que visam permear grande parte das atividades humanas e, no caso específico, do médico residente.

Ao passar pelo processo de formação da residência, vários códigos são postos em circulação através deste conjunto articulado de saberes e práticas. Isto não significa afirmar que tal condição seja simplesmente absorvida pelos residentes de forma igual e meramente reprodutiva. Foi possível observar que o modo como os médicos residentes são subjetivados assumem diferentes configurações.

Cada um dos participantes do estudo pôde subjetivar-se de maneiras diferentes e mutantes. Isto é observado com nitidez nos repertórios dos entrevistados, quando afirmam que a experiência da residência possibilitou novas construções, a exemplo da fala de uma das entrevistadas, Clara (R2), quando afirmou que: “ambiente de universidade é um ambiente de construção, onde você questiona você traz coisas novas [...]”. Na opinião de Paulo (R1), durante a residência, é possível visualizar “o que não se quer ser também”.

Para Deleuze (1992), o que conta para Foucault é que a subjetivação se distingue de toda moral, de todo código moral: ela é ética e estética, por oposição à moral que participa do saber e do poder. A ética e a estética entendidas como uma invenção da vida, de modos de viver. Pensar a vida como uma obra de arte, é construir modos de subjetivação. É pensar sobre como eu dobro tudo isto e construo uma vida singular, um processo de si e de estar no mundo, a exemplo do que foi dito acima pelos residentes. Dessa maneira, a questão da subjetividade

para Foucault envolve um modo de vida, uma construção de modos de viver, a expressão de como o sujeito se relaciona com as coisas e com o mundo.

A subjetivação é entendida como processo, uma individuação pessoal ou coletiva, de um ou de vários. É a produção dos modos de existência ou estilos de vida. É dar uma curvatura a uma linha, que retorne sobre si mesma. Uma força que afete a si mesma.

Os modos de subjetivação a partir desta perspectiva são entendidos como um processo pelo qual há a produção de uma dobra, uma espécie de curvatura, de um certo tipo de relação de forças resultantes da criação de determinados territórios existenciais, a partir de uma formação histórica específica. Esta dobra demonstra a invenção de diferentes formas de relação consigo e com o mundo através do tempo e está vinculada ao campo social. Para Lima, ao comentar a dobra deleuziana, afirma que:

[...] a subjetivação é um processo que se constitui a partir da dobra do que está fora. A figura da dobra possibilita o abandono da imagem de um círculo em que a parte interna corresponde ao "eu" e a externa, ao "mundo", pois a parte de “dentro” é o “fora” dobrado. O conceito de dobra escapa ao dualismo de uma exterioridade absoluta e de uma interioridade unificada, negando, assim, qualquer possibilidade de uma ‘identidade’ essencialista (LIMA, 2008, p. 49).

Os processos de subjetivação são diversos, a produção de subjetividade, individual ou coletiva, toma todo tipo de caminho. Para Guattari e Rolnik (2011), a subjetividade é de natureza industrial, maquina, fabricada, modelada, recebida e consumida e as máquinas de produção desta subjetividade variam.

Os autores falam de uma subjetividade produzida nos mais variados campos, na qual se faz necessária todo um aparato advindo do campo social, uma multiplicidade de agenciamentos subjetivos. A subjetividade é fabricada e modelada no registro do social, não sendo passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Esclarece que a subjetividade não é possuída, no sentido de uma apropriação, mas produzida de forma incessante e a partir dos encontros que vivemos com os outros. O outro compreendido como o outro social, produzindo efeitos nos corpos e nas maneiras de viver.

De acordo com Mansano (2009), a subjetividade é compreendida como um processo de produção no qual comparecem e participam múltiplos componentes. Tais componentes são resultantes da apreensão parcial que o humano realiza de forma permanente a partir de uma heterogeneidade de elementos no contexto social. A autora afirma que:

Nesse sentido, valores, ideias e sentidos ganham um registro singular, tornando-se matéria prima para expressão dos afetos vividos nesses encontros. Essa produção de subjetividades, da qual o sujeito é um efeito provisório, mantém-se em aberto uma vez que cada um, ao mesmo tempo

em que acolhe os componentes de subjetivação em circulação, também os emite, fazendo dessas trocas uma construção coletiva viva (MANSANO, 2009, p. 111).

Os componentes de subjetivação e a difusão destes se dá a partir de uma série de instituições, práticas e procedimentos vigentes. É através desta dinâmica mutante que os processos de subjetivação vão tomando forma, com a participação das instituições, da linguagem, da tecnologia, da ciência, da mídia, do trabalho, do capital, da informação, entre outros, permanentemente reinventada e posta em circulação na vida social. Esses componentes ganham importância coletiva e são atualizados de diferentes maneiras no cotidiano de cada vivente. Eles difundem-se como fluxos que percorrem o meio social, dando-lhe movimento.

Neste trabalho, conhecer as práticas discursivas do campo da saúde e da educação médica construídas coletivamente e postas em circulação, nos ofereceram caminhos para o reconhecimento da dinâmica dos processos de subjetivação dos atores desta pesquisa.

4.1 PRÁTICAS DISCURSIVAS DO CAMPO DA SAÚDE

*Podemos então afirmar que sujeitos são diálogos
(p. 68).*

O CUIDADO, OS MODOS DE SER (DO) HUMANO
E AS PRÁTICAS DE SAÚDE - José Ricardo C. M.
Aires.

Ao refletir sobre os modos de subjetivação e as práticas discursivas no campo da saúde, algumas considerações, construções conceituais e reflexões de autores da saúde coletiva, e que estabelecem um diálogo com o tema desta pesquisa, foram necessárias.

Considerando que a residência médica é parte da educação em saúde, e que a mesma acontece no cenário da saúde pública, uma diferenciação relevante trazida por Birman (2005) é a da importância em desnaturalizar a noção de sinônimos, atribuída às expressões saúde pública e saúde coletiva. Não se tratam de campos homogêneos e se referem a diferentes modalidades de práticas discursivas com fundamentos epistemológicos e origens históricas distintas.

O campo da saúde pública traz como marco a constituição de uma medicina política e social das enfermidades, caracterizada por uma medicina moderna do final do século XVIII. Esta noção trazida pelo autor, e que remete à conferência realizada por Foucault, em 1974, sobre o Nascimento da Medicina Social, atribui à saúde pública a responsabilidade pela construção de uma nova estrutura urbana, de estratégias preventivas, de discursos científicos

baseados no naturalismo médico com crescente medicalização do espaço social. Nas palavras de Birman (2005, p. 12): “A leitura naturalista se impôs como razão triunfante”.

Desta maneira, a saúde pública fez da biologia seu solo fundador, atribuindo uma legitimidade que desconsidera as dimensões históricas e simbólicas das práticas sanitárias. É, pois, neste cenário, que a formação da residência médica se perpetua.

A construção da noção de saúde coletiva é baseada no reconhecimento da necessidade de uma crítica sistemática ao universalismo naturalista do saber médico, pois, compreende-se que a problemática da saúde é bem mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. As ciências humanas se encarregaram de problematizar incessantemente as categorias normal, anormal e patológica, promovendo uma revolução na compreensão destas, e atribuindo uma dimensão simbólica, ética e política, relativizando o discurso biológico. As práticas discursivas da saúde coletiva se propõem a realizar uma leitura crítica do projeto médico-naturalista produzido na sociedade industrial.

Ayres (2001), ao refletir sobre as noções de sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, afirma que a concepção de sujeito posta em circulação através de algumas práticas discursivas, não está em sintonia com as principais propostas de renovação de conceitos e formas de se pensar a saúde na atualidade. Há ainda uma compreensão de um sujeito ligado à ideia de identidade, de uma natureza dada em um contraponto com outro sujeito, agente e produtor de sua história. Uma crise na saúde que envolve aspectos de ordem econômica, de crise do modelo assistencial e de uma crise paradigmática.

Merhy e Franco (2003), ao falarem do modelo assistencial de saúde, referem que há uma necessidade de mudança deste modelo que se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos. Dessa forma, a necessidade de uma mudança se dá em um espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho, que é um lugar de tensões permanentes tanto políticas, quanto pessoais, construído a partir de certas contratualidades entre atores sociais e políticos.

Os autores refletem sobre o cuidado em saúde, alegando que a operacionalização deste cuidado se dá pela prática de um trabalho morto (instrumental) e trabalho vivo em ato que formam entre si a composição técnica do trabalho. Isto significa que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de trabalho vivo em ato. A partir desta constatação, a mudança do modelo assistencial é cada vez mais necessária e tem por objetivo impactar o núcleo do cuidado, através de uma hegemonia do trabalho vivo sobre o morto.

A complexidade dos problemas de saúde conforme Merhy e Franco (2003), precisa do debate dos saberes e fazeres da clínica para que seja possível uma transição tecnológica que

leve em conta a produção da saúde com base nas tecnologias leves, relacionais e a produção de um cuidado integralizado e com o objetivo de atender as necessidades dos usuários, como boas condições de vida, acesso e consumo da tecnologia de saúde para a qualidade de vida, vínculos (a)efetivos entre usuários e profissionais e autonomia crescente em seus modos de vida.

A discussão dos modelos tecnoassistenciais trata da necessidade de uma reestruturação produtiva, onde a transição tecnológica será possível. Segundo os autores, será sempre um processo de construção social, envolvendo as esferas política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. O desafio que enfrentamos na contemporaneidade é o da busca por um novo sentido para as práticas assistenciais, visando resultados e resolução dos problemas em conjunto com os usuários.

4.2 PRÁTICAS DISCURSIVAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Ao realizar um levantamento bibliográfico sobre a educação médica, vi com frequência o uso das expressões *modelo biomédico flexneriano*, paradigmas educacionais e científicos da formação e questionamentos sobre a necessidade de uma reforma no ensino médico, justificado por uma crise desencadeada pelo paradigma cartesiano com base disciplinar, que desvaloriza o saber global, vê o ser humano como uma máquina desvinculada da sociedade, e com uma visão biologista do ensino hospitalar.

Início esta reflexão com as construções trazidas pelo Relatório Flexner. Almeida Filho (2010) afirma que tal documento, que completa um século de sua publicação, foi elaborado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano, que desencadeou uma profunda reforma no ensino médico, consolidando a arquitetura curricular que predomina na rede universitária dos países industrializados. O relatório introduziu de forma prática critérios de cientificidade e institucionalidade para a formação acadêmica e profissional no campo da saúde, além de uma nova matriz disciplinar e pedagógica chamada de Modelo Flexneriano, considerado um processo de restauração da educação médica.

O relatório propôs algumas medidas normalizadoras que deveriam ser adotadas pelas faculdades de medicina, tais como: regime de ciclos, critério de entrada, redução do número de alunos nas salas de aula, hospitais com enfermarias de ensino, dedicação exclusiva com proibição da prática privada aos médicos docentes, etc. O relatório é considerado um documento que propaga uma perspectiva biologicista da doença, exclusão da determinação social da saúde, formação laboratorial no ciclo básico, formação clínica em hospitais, estímulo a disciplinaridade com uma abordagem reducionista do conhecimento.

Do ponto de vista pedagógico, o modelo de Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico e individualista, tendendo à superespecialização. Consequências do ponto de vista da prática de saúde também foram detectadas, conforme afirma Almeida Filho (2010), ao ser considerado por alguns críticos como favorecedor de uma educação superior elitizada, com subordinação do ensino à pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde e controle social da prática pelas corporações profissionais.

Outro fator mencionado nas críticas do autor e que contribuiu para que o documento não fosse visto com bons olhos, é a afirmação de que este modelo foi implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, incompatibilizando-o com o desejo de democracia.

A reforma na educação médica brasileira a partir do Relatório Flexner foi iniciada nas primeiras décadas do século XX e as faculdades de medicina, até então, ofereciam modelos retóricos de formação com forte foco na clínica e na pesquisa laboratorial. As repercussões das primeiras propostas de educação médica brasileira baseadas no relatório, representavam um marco conceitual de base científica, de dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, método pedagógico baseado na prática com a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e produção de conhecimento, com turmas menores em laboratórios e clínicas.

De acordo com Almeida Filho (2010), o modelo biomédico dito flexneriano apresenta em sua estrutura pressupostos que o caracterizam como mecanicista (pela analogia do corpo humano com a máquina), biologicista (reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças e de suas causas), individualista (o indivíduo como objeto separando-o dos aspectos sociais), especializado (valorização do conhecimento específico), excludente das práticas alternativas (consideradas ineficazes), tecnificação do cuidado (foco em uma nova tecnologia) e ênfase na prática curativa. Entretanto, contesta esta caracterização em alguns aspectos, no que o autor chama de equívoco, ao afirmar que:

[...] equivocam-se os que consideram Flexner como defensor de uma formação com base em conteúdos e não em métodos, que sua visão da saúde era exclusivamente biológica e reducionista, e não social e humanista, que a vertente principal do seu modelo de prática é a da medicina curativa e individual, e que Flexner apoiava a prática privada da medicina e o controle social da formação médica pelas corporações profissionais. Porém estão corretos os que acham que ele propunha uma reorganização do conhecimento com base numa abordagem disciplinar (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2247).

Em sua análise, Almeida Filho (2010) problematiza e desconstrói o que ele chama de montagem de um dispositivo retórico, em uma tentativa de demonizar Flexner, em um movimento de alguns autores em produzir efeitos imaginários de exclusão, negatividade e repulsa ao criticar o relatório. Cito tal discussão, por compreender que esta faz parte das práticas discursivas presentes no campo da saúde que trata da educação médica e que considero como útil para as construções feitas nesta pesquisa, mas que não será aprofundada, por não ser o objeto principal de análise.

A partir do que foi exposto, faz-se premente a análise das fragilidades do paradigma de abordagem mecanicista e a conseqüente fragmentação do conhecimento e seus modelos educacionais. Rodriguez, Neto e Behrens (2004), no artigo intitulado *Paradigmas Educacionais e a Formação Médica*, discutem o tema e afirmam que o paradigma educacional acompanha a evolução do paradigma científico, promovendo uma modificação contínua e uma transição paradigmática.

Afirmam que a prática médica sempre esteve ligada à transformação histórica do processo de produção econômica, acompanhando o desenvolvimento da ciência nos diferentes períodos históricos, caminhando paralelamente com a biologia em uma visão biologista e mecanicista que predomina no ensino e na prática médica. Mencionam dois sistemas de formação denominados Paradigma Educacional Tradicional (PET) e o Paradigma Educacional Inovador (PEI), e suas repercussões no ensino médico.

O PET seria reflexo do paradigma cartesiano de bases flexnerianas, caracterizado pelo ensino disciplinar, incompatível com o saber global. O ensino médico é traduzido pelo predomínio das aulas teóricas expositivas, pela formação basicamente hospitalar, pela visão fragmentada dos pacientes, pelo dualismo mente-corpo e pela formação especializada e individual do aluno que é visto como um receptor passivo de informação, prejudicando a visão humanista da formação médica, afastando-a da compreensão da visão comunitária e social do processo saúde-enfermidade e desprivilegiando as atividades preventivas, educativas e de trabalho em equipe. Rodriguez, Neto e Behrens afirmam que:

Os avanços experimentados desde o século XVIII até o presente são o fundamento da concepção reducionista, analítica, mecanicista e tecnicista que ainda caracteriza a prática médica. Essa concepção se manifesta, na atualidade, nas inúmeras especialidades médicas, no uso exagerado da tecnologia, na formação basicamente hospitalar e especializada do ensino, em lugar de generalista e integral (RODRIGUEZ; NETO; BEHRENS, 2004, p. 235).

Estas considerações correspondem ao que os autores chamam de Ensino Médico Tradicional (EMT). Um ensino que investe apenas na transmissão de informação e vê o aluno como um mero armazenador dos conhecimentos que são repassados pelos docentes de forma passiva.

Diante da necessidade de novas construções que dessem conta de tal problemática aliada às mudanças paradigmáticas vistas como indispensáveis, em um processo de transição histórica, as mudanças da ciência a partir do século XIX, facilitaram o surgimento de um pensamento de abordagem holística que supera o saber especializado, promovendo uma discussão ética curricular. O Paradigma Educacional Inovador (PEI) surge como uma resposta à visão pedagógica tradicional.

O PEI tem como prática discursiva uma visão holística do mundo que o compreende como, nos dizeres de Rodriguez; Neto; Behrens (2004, p. 237), “um todo integrado e não como uma coleção de partes iguais, deixando de lado a ênfase nas partes pela ênfase no todo”.

Os autores assim o caracterizam:

Essa concepção do ensino é universal e integral, e acompanha o movimento da ciência e da sociedade com o objetivo de garantir a formação de um cidadão que saiba viver em seu contexto social como um ser ético e solidário diante dos padrões da convivência coletiva. [...] A visão holística supera o saber disciplinar do ensino tradicional, resgata o conhecimento do ser humano na sua totalidade e estabelece a necessidade de uma educação global, em que os temas éticos, humanos e sociais estão inseridos nos temas instrutivos (RODRIGUEZ; NETO; BEHRENS, 2004, p. 237).

Penso na concepção de ensino mencionada pelos autores, em que estes a consideram como uma dinâmica que entende o sistema de educação em suas múltiplas inteligências e como parte de um todo, em que o conhecimento adquirido e produzido tem por finalidade a coletividade e a si mesmo, relacionando esta concepção a um modo de ver esta realidade como uma rede, espécie de teia de interconexão de todos os sistemas vivos, formando um todo e, ao mesmo tempo, parte de um todo.

Acrescento ainda à afirmação dos autores, que ao falar sobre esta ciência produzida neste contexto, não posso deixar de mencionar as contribuições da teoria ator-rede desenvolvida por Latour (1994) e outros autores, que compreendem o processo de uma ciência em ação, construída no cotidiano e que é composta de múltiplos elementos atuantes. A teoria ator-rede se baseia na crítica de uma ciência que separa sujeito e objeto investigado, colocando humanos e não-humanos em pólos diferentes.

Para Lima (2008, p. 51), “a ciência é considerada, portanto, uma prática híbrida que articula atores heterogêneos, não havendo separação entre os humanos de um lado e os objetos de outro [...]”

A noção de rede trazida por Latour (1994) nos fala de uma constante transformação proporcionada por uma ação de fabricação do mundo, que se faz em rede, através de alianças entre atores humanos e não-humanos. Um entrelaçamento que liga diversos pontos e faz conexões em um movimento contínuo de interligar todos os componentes a ela ligados, e sempre aberta ao novo. Todos são considerados atuantes e vistos como atores nessa dinâmica. Para Latour (1994), um ator se define pelos efeitos de suas ações e não pelo que ele faz, sendo heterogêneo, diverso e híbrido. A teoria ator-rede é um caminho para seguir a construção e fabricação dos fatos. Penso que a noção de rede na qual a construção do ensino médico acontece, deve levar em consideração todos os componentes vivos e não-vivos como atuantes nesse processo.

Segundo Rodriguez, Neto e Behrens (2004), como consequência do PEI, há no campo das práticas discursivas da formação médica o que está sendo chamado de Educação Médica Inovadora (EMI). Uma forma de ensino emergente baseada em problemas e em evidências, centrada no estudante e no paciente e em defesa de uma educação generalista, integral e comunitária. Segundo eles, uma reorientação da educação médica deverá incluir:

[...] uma gestão de qualidade na educação médica; processos educacionais aperfeiçoados em torno do conhecimento relativo ao processo saúde-doença; seleção de conteúdos para evitar a sobrecarga informativa; facilitar o trabalho independente como via para cultivar a educação permanente; desenvolvimento de um enfoque interdisciplinar; promover o nexo existente entre as ciências básicas e as ciências clínicas; integração docente/assistencial concebida como um processo de serviço à comunidade e como gerador de conhecimentos, desenvolvimento da visão social da medicina; inserção da universidade nos processos de transformação dos sistemas de saúde; ênfase na aquisição de conhecimentos, destrezas e atitudes; inclusão de tempo eletivo no programa; métodos avaliativos mais formativos e menos somatórios; preparação do futuro egresso para tomar decisões; desenvolvimento de sua capacidade para comunicar-se e estabelecer uma relação médico-paciente que responda aos princípios éticos e técnico-científicos adequados e legitimados; enfim, uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde (RODRIGUEZ; NETO; BEHRENS, 2004, p. 239).

Para o sucesso das metas citadas, os autores defendem a participação ativa no descobrimento do conhecimento através da solução dos problemas médicos e assistenciais nos atendimentos às enfermarias, discussão de casos e trabalho docente educativo nas unidades de saúde.

A partir destas construções, em que busquei expor algumas práticas discursivas atribuídas aos modelos de educação médica na contemporaneidade, a próxima etapa aborda a discussão empreendida pelos atores em formação.

5 CONVERSAS NO COTIDIANO: PRÁTICAS DISCURSIVAS DOS ATORES DA RESIDÊNCIA

5.1 OS PARTICIPANTES

5.1.1 Paulo (R1)

O primeiro contato realizado com o residente do primeiro ano de formação (R1), foi feito pelo coordenador acadêmico da instituição e orientador deste trabalho, que o convidou para participar do estudo.

Após o convite realizado e de posse do número do telefone do residente o qual chamarei de Paulo, fiz meu primeiro contato para que fosse possível um encontro no Centro de Estudos do HUIBB. A princípio, Paulo demonstrou interesse pelo tema de pesquisa, disponibilizando-se para que fosse marcada a entrevista, que aconteceu na semana seguinte ao convite.

No dia marcado, procurei por um colaborador do Centro de Estudos que já estava informado pelo coordenador acadêmico da realização da entrevista, e que ficou com a tarefa de disponibilizar uma sala que oferecesse um ambiente silencioso e privativo para o encontro.

Não demorou muito para que o residente chegasse e que pudéssemos então começar a entrevista. Iniciei fornecendo informações sobre o tema de pesquisa, fazendo uma breve explanação com a leitura do TCLE, colhendo assim, o aceite por escrito de Paulo, cumprindo com uma etapa protocolar do processo de pesquisa, estabelecido pelo Conselho de Ética. Paulo autorizou o uso do gravador e assim demos início à primeira entrevista.

Obedecendo à ordem de perguntas estabelecida no roteiro pré-elaborado para os residentes, comecei perguntando sobre a opinião de Paulo a respeito da importância da residência médica para a formação do médico. Tratarei a resposta a partir da transcrição de trechos do repertório do entrevistado:

[...] a escolha da residência médica dentro da nossa categoria profissional é tida como “o padrão ouro” da escolha de uma especialização [...].

Porque você vai aprofundar os seus estudos em determinada área, você vai ter um conhecimento geral daquelas grandes áreas, mas como são muito grandes, né? Você pode se aprofundar em determinada área, pra atuar naquele segmento.

[...] nesses seis anos você tem uma formação geral, mas você não tem ainda tantas habilidades e competências necessárias pra atuar em uma determinada especialidade [...].

[...] hoje em dia a residência médica prega muito a especialização e a subspecialização a nível terciário, quaternário e fica cada vez mais a

especialidade, o especialista do especialista em detrimento da formação geral.

[...] dentro do curso tem professores que dizem que seis anos não é o suficiente para formar um médico e você tem que fazer uma residência médica. Se você não faz uma residência médica, você é um “curioso em medicina... cheguei a escutar isso [...].

[...] você vai poder se desenvolver mais, porque é eminentemente prático, então você passa o dia inteiro fazendo aquilo, então você vai exercitando cada vez mais e aprendendo. Então há um grande incentivo e mesmo dentro da própria faculdade né? Há um incentivo, tantos dos professores, quanto entre os alunos que se sentem motivados [...].

Como já foi dito anteriormente no capítulo em que abordei as práticas discursivas da formação médica, há uma valorização excessiva por parte dos acadêmicos de medicina, difundida ainda na graduação, a respeito da formação do especialista em detrimento da formação geral. Tal valorização é constatada ao pensarmos na afirmação de Paulo de que a residência médica seria o padrão “ouro” da escolha de uma especialização e da afirmação feita ainda na academia, de que se o médico não faz uma residência, é apenas um “curioso em medicina”. Ser um curioso é, segundo o dicionário da língua portuguesa, adjetivo de quem tem vontade de saber; e como substantivo, uma pessoa que cultiva uma arte, sem dela fazer profissão, um amador.

Ao pensar em tais expressões, fica mais clara a importância atribuída à especialização, uma vez que, o ouro nos remete à ideia de algo valioso, que tem valor financeiro e afetivo. A especialização aponta para uma necessidade de possuir um valor através do conhecimento específico e que também possui um valor de mercado, e para uma conseqüente desvalorização da graduação. A graduação em medicina perderia então o seu valor? A formação em medicina faria do médico um amador?

É importante pontuar que não advogo a favor da não especialização. Ao pensar nas formações não só da medicina, mas de outras áreas de saúde e ciências humanas, inclusive a psicologia, vejo um movimento de especialização na pós-graduação. A questão é: para ser especialista é preciso abandonar a visão global e as construções gerais feitas na graduação? Generalista e especialista são antônimos? O problema aqui está no fato de, ao praticar a medicina especialista, o médico deixar de olhar para a complexidade não só do ser humano em suas múltiplas demandas, mas de todo um sistema que envolve o ato de cuidar. Sou a favor do resgate de uma construção de conhecimento do ser humano em sua totalidade, com uma orientação global que leve em consideração os temas éticos, humanos e sociais.

Outro ponto que foi constatado nos repertórios de Paulo e que é observada e valorizada na residência médica é a prática tão fortemente entendida como indispensável na experiência da formação. Só se torna médico, quem de fato vivencia o cotidiano da prática médica. Tal condição possibilita que o médico se depare com as situações no cotidiano de sua prática. A questão aqui é pensar de que forma o médico está vivenciando este cotidiano e quais as subjetivações possíveis. Existe uma diferença entre aplicar os saberes e tecnologias, entendendo o espaço do cotidiano, como um mero recebedor das ações médicas, um lugar em que apenas acatará as ações diagnósticas, curativas e pré-concebidas, e compreender que o lugar da prática, representa construções que não se cessam.

Sobre isso, cito a contribuição de Spink (2007), em seu artigo que aborda a diferença entre pesquisar *o cotidiano* e pesquisar *no cotidiano*. A autora afirma que ao pesquisar *no cotidiano*, nos tornamos partícipes nos espaços de convivência. Ressalta a importância da inserção do (a) pesquisador (a) na comunidade e do papel social destes, pois junto com a comunidade, constroem soluções, pensam em alternativas e produzem conhecimento, assumindo o controle e as decisões daquilo que a afeta.

É importante cindir com a dicotomia entre conhecimento científico de acesso restrito e o conhecimento popular, colocar as ferramentas de produção de conhecimento à disposição da produção coletiva e abandonar a concepção de um conhecimento pré concebido sobre um outro-exótico. É necessária uma atitude empática, um olhar-horizontal que se reflete no olhar do outro.

Merhy (2004) nos fala de um encontro em que o cuidado é um acontecimento e não um ato. Um lugar de encontro com atores sociais/sujeitos que estabelecem entre si um espaço intercessor, que sempre existirá em seus encontros e em ato:

A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro (MERHY, 2004, p. 2).

Percebo haver nos repertórios de Paulo a importância desta prática que produz um aprendizado, que é desde a graduação incentivado pelos professores que falam aos seus alunos. Mas há nesse movimento um desejo em construir com esse outro um saber de si mesmo? Ou há ainda um olhar disciplinar sobre esse outro-exótico?

O segundo questionamento que fiz ao residente foi sobre a escolha da especialidade médica, esta aparece ainda durante os anos de faculdade, e sobre ela, resalto as construções de Paulo:

[...] conversamos especialmente sobre a especialidade. Desde o início já pensando nessa escolha profissional, no que vai fazer, preparação mesmo... então nos últimos anos é... se prepara pro concurso de residência médica [...].

[...] desde o início da faculdade hum... acho que até antes da faculdade eu já sempre gostei de questionar assim a origem de algumas doenças então, sempre as doenças infecciosas sempre me chamaram a atenção.

[...] eu fui estagiário do Evandro Chagas três anos, então, eu tive uma proximidade muito grande com a especialidade é... gosto muito da parte de pesquisa né? Então de estar em uma instituição atrelada à pesquisa e vivenciando a área, isso me ajudou bastante assim a desenvolver assim uma aptidão.

Então sempre me fizeram ter um olhar sobre a infectologia como uma grande opção, que eu sempre gostei sempre tive aptidão [...].

Aí fiz meu TCC também na área e foi quase uma escolha ao longo do curso mesmo. Sempre gostei. Então essa vontade sempre foi desde lá do início e no final só foi, acho, que a conseqüência.

Por haver desde a faculdade uma prática discursiva que aponta em direção da necessidade em se fazer uma residência médica, o próximo passo seria então, a escolha da especialidade. Segundo Paulo, há uma preparação que se concentra nos últimos anos de graduação para o concurso de residência. O entrevistado afirmou que, particularmente, a escolha pela especialidade teve início com o questionamento sobre a origem das doenças infecciosas, feito antes mesmo do curso de medicina.

Chamo a atenção para a expressão “origem das doenças infecciosas”. Um primeiro ponto é o de mencionar o biologismo atribuído por Almeida Filho (2010), baseado no modelo flexneriano, de conhecimento da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências. Cito também a análise realizada por Laplantine (1991), que afirma haver duas grandes tendências na medicina no que diz respeito aos sistemas de representações sobre a doença: a primeira orientada por uma compreensão ontológica de natureza física como causa das doenças, e a segunda baseada em uma concepção relacional, pensada em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos e sociais.

Um modelo ontológico que traz três abordagens. A medicina das espécies, em que é privilegiada a localização essencial das doenças que podem ser catalogadas, divididas, classificadas em gêneros, espécies e subespécies, famílias, seguindo um modelo botânico de classificação e isolamento das doenças a partir dos doentes. Um modelo fundamentalmente biológico.

A medicina das lesões, pensamento médico predominante do século XIX, é baseada em uma procura pela localização da doença, dá ênfase ao anatomismo e à anatomopatologia.

A etiologia das doenças é explicada pela anatomia, concepção ainda visualizada na prática da medicina contemporânea.

A terceira abordagem, medicina das especificidades, temos o ser da doença, que provoca lesões vistas como sintomas, que tem sempre uma causa precisa. Combater a entidade inimiga e estranha ao doente como a infecção virótica ou microbiana. “O especificismo está, sobretudo preocupado em descobrir a origem do mal e a encontra no exterior do corpo, em uma entidade patogênica” (LAPLANTINE, 1991, p. 52).

Isolar, localizar em um órgão ou agente externo a causa das doenças, possui efeito tranquilizador na medida em que as doenças passam a ser uma realidade que pouco tem a ver com a pessoa do doente. Segundo o autor, trata-se de representações localizadoras que tranquilizam a pessoa do doente e acrescento a pessoa do médico. A partir daí, a representação doença-objeto, o discurso passa a ser um discurso do espaço corporal ou sobre uma parte deste corpo. A doença é vista como totalmente distinta do sujeito que veio se fixar em um órgão específico. Observo que Paulo fala de uma preferência por este modelo de representação, ao discorrer sobre o motivo que o levou a escolher a infectologia como especialidade.

Paulo faz menção ao Instituto Evandro Chagas, local de referência em pesquisas e eminentemente científico. Lá foi possível, então, fazer ciência não só na perspectiva descrita acima, mas uma ciência que teve para o entrevistado um valor afetivo, sobre o qual ele se debruçou desenvolvendo assim a aptidão referida, e que se transformou em trabalho de conclusão de curso. A escolha por um objeto de pesquisa parte das inquietações, dos questionamentos e daquilo que nos traz sentido e pelo qual é preciso se dedicar para além da busca pelo agente causador da doença.

Obedecendo à ordem de perguntas do roteiro, o terceiro questionamento feito ao entrevistado, foi sobre o motivo pela escolha do HUIBB como instituição promotora da residência em infectologia. O residente então esclarece:

[...] como o hospital está com diversas dificuldades, eu tinha optado por Manaus, tanto que quando eu terminei a faculdade eu já tinha feito prova pra lá, passei e estava trancada a minha vaga. Só que mudou de gestão, e aí, os professores também, aqui, conversando com os residentes... aí resolvi prestar pro Barros Barreto, porque, primeiro, por ser um hospital de referência né, em infectologia, uma área que eu gosto, em doenças tropicais, e também pelo contato com os professores. [...]

[...] aí eu resolvi fazer o do Barros Barreto por causa disso. Proximidade profissional e também família influenciou bastante.

[...] eu pesei assim entre ir pra fora morar só e eu não conhecia ninguém em Manaus... e aqui também a proximidade da família. As condições seriam mais favoráveis pra mim e pros meus estudos.

De acordo com as considerações de Paulo, que referiu o desejo de pesquisar sobre as doenças tropicais, a escolha pela região Norte se tornou importante por ser um local considerado pelos residentes como rico para o fenômeno. No entanto, por questões de diversas dificuldades atribuídas ao hospital, dentre as quais foram citadas: questões da gestão política, falta de infraestrutura, de tecnologia, e de recursos humanos e pessoais, Paulo optou em fazer a prova da residência em Manaus, local que também correspondia aos seus anseios.

Para o residente, três questões foram determinantes para a escolha do HUIBB: a primeira foi o fato da instituição ser uma referência na área, a segunda pelo incentivo e contato com os professores de faculdade que orientaram seus alunos a escolher o HUIBB e a terceira razão atribuída à proximidade com a família.

Algumas considerações sobre as construções instituição e referência. Falo aqui da instituição hospitalar que é local de formação escolhido pelo entrevistado e que representa um lugar onde há a perspectiva do olhar, tão indispensável. Refiro-me ao conhecimento que se tornou científico, a partir de uma concepção de medicina moderna, como uma ciência empírica, baseada na observação, percepção e não totalmente teórica. A clínica é o local em que o médico irá, através do olhar e da linguagem, definir a normatividade própria da medicina. Este olhar foi possível historicamente a partir de uma nova forma de pedagogia, referenciada.

Sobre isso, Foucault afirma que:

[...] esse retorno à clínica é de fato a primeira organização de um campo médico simultaneamente misto e fundamental: misto, porque a experiência hospitalar em sua prática cotidiana nele encontra a forma geral de uma pedagogia; mas também é fundamental, pois, diferentemente da clínica do século XVIII, não se trata do posterior encontro entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar; trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é, em si mesma, escola (FOUCAULT, 2011, p. 73-74).

A instituição hospitalar tida como fundamental ao ensino da prática médica é confirmada pelas palavras de Paulo como um local de referência, não só pela especialidade escolhida, mas por ser referenciada pelos mestres. E o que fará o médico senão seguir às orientações de seus mestres? “Aquele que o guiará, considerado autoridade da ciência. O

Mestre por não ser contestável pelos alunos que não conhecem suas fontes, e o aluno que só deve seu saber a seu Mestre” (CLAVREUL, 1983, p. 87).

A terceira razão relatada por Paulo revela a dimensão pessoal da escolha pela residência no HUIBB: a proximidade com a família e o fato de morar só. Martins (2005), ao realizar uma pesquisa sobre os fatores de estresse na residência médica, pontuou que a escolha por essa especialização envolve elementos pessoais e profissionais. Em uma pesquisa realizada com residentes de medicina, mostrou que a falta de tempo para a família e a solidão foram fatores importantes no que diz respeito à qualidade de vida, sendo considerados os segundos maiores fatores de insatisfação, reconhecidos pelos residentes R1, sendo o primeiro a fadiga como consequência do treinamento. Foram identificados como fatores estressantes (2005, p. 85): “a fadiga, falta de tempo para a família, para os amigos, para as necessidades pessoais e o temor de cometer erros”.

Paulo descreveu a experiência com a residência em três meses iniciais de treinamento e ressaltou os seguintes pontos:

[...] as atividades são bem é... nós somos bastante exigidos então a gente tem que estar sempre indo atrás de atualização e pensar nas hipóteses diagnósticas. Agora assim, o que eu sinto um pouquinho de dificuldade é na nossa infra-estrutura aqui que dificulta muito. Isso tem dificultado bastante.

Eu acho assim que é um fator limitante. Pessoal tem também as suas dificuldades porque faltam profissionais ainda né, dentro das enfermarias, mas o que dificulta bastante assim esse nosso progresso. Você chegar a uma definição diagnóstica, essa falta de infra-estrutura que o hospital tá vivenciando, falta de medicamentos, então isso tem dificultado e às vezes até desestimula a gente, porque são fatores que fogem da nossa responsabilidade.

Isso acaba deixando a gente frustrado. Você poderia chegar a tal coisa, mas, se você não tem essas possibilidades terapêuticas pro diagnóstico, você acaba limitado [...]

[...] é e são às vezes coisas simples, mas que estão faltando né? Então pra minha especialidade né, em infectologia, é muito importante ter culturas então a gente vai isolar algum agente etiológico, e ao que ele é resistente, qual o antimicrobiano usar, não tem... aí fica muito difícil de... a gente não tem também todas as linhas de antibióticos, nós somos uma referência em infectologia que não tem uma CCIH que funcione, que não tem a sua terapêutica né, guiada por a cultura, o MIC concentração inibitória mínima, tudo isso me faz perguntar assim, poxa, a gente tá muito atrás [...]

[...] então a gente ainda tem que melhorar e ir atrás dessas dificuldades porque dentro de uma referência de infectologia para o estado, foi a primeira CCIH a gente estar passando por essa situação é muito difícil você formar profissionais capacitados se você não tem uma infra-estrutura [...]

[...] ah não tem isso, não tem aquilo outro... a gente acaba pulando etapas e isso compromete também a nossa formação porque a gente acaba não vivenciando o certo. Acaba fazendo o “jeitinho”, mas não é o adequado [...]

O rigor técnico aparece nas práticas discursivas da medicina como uma condição primordial para a formação. O treinamento da residência exige o que Paulo chamou de uma busca por uma atualização constante e um esforço para se pensar nas hipóteses diagnósticas. Para isso, o uso de tecnologia é necessário, revelando uma tecnificação do cuidado.

O trabalho em saúde, conforme afirma Merhy (2005), pode ser percebido se usarmos como exemplo o trabalho do médico, que de forma imaginária, utiliza três valises que demonstram o arsenal tecnológico do qual precisa. A primeira valise carrega os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leveduras) e na terceira as relações que só existem em ato, na produção do cuidado (tecnologias leves). Nas palavras de Merhy e Franco:

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho, pode se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros como as máquinas (MERHY; FRANCO, 2005, p. 3).

Observo a predominância nas considerações de Paulo de uma lógica instrumental, que impacta também na produção do conhecimento técnico, quando, por exemplo, menciona a infra-estrutura deficitária, que inclui a falta de recursos humanos nas enfermarias, falta de medicamentos (antibióticos, o que para um médico que se especializa em infectologia o torna engessado em termos de intervenção clínica), ocasionando limitações, frustrações e principalmente impossibilitando um dos principais atos médicos que é o diagnóstico e a formulação deste, que conseqüentemente acarretará em uma grave interferência na busca e na aplicação de um saber técnico.

Para Moretto (2002), é no ato inicial de diagnosticar que o médico começa a afirmar a sua mestria, o seu poder e o seu domínio. Para o médico, a não sustentação dessa prática discursiva proposta pela medicina, acarretará no desconforto relatado por Paulo, em expressões como limitação, frustração e desestímulo.

Para Paulo, não há como formar profissionais capacitados sem a infra-estrutura necessária. Diante dessas dificuldades, Paulo afirma que “é preciso melhorar e ir atrás dessas

dificuldades”, demonstrando que há um interesse, comprometimento e principalmente um movimento dos residentes na busca pelas soluções dos problemas vivenciados no sistema de saúde. “O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva” (MERHY; FRANCO, 2005, p. 4).

Ao questionar sobre que tipos de aprendizagens na residência do hospital, Paulo considera como as mais significativas para a formação, e de que forma elas aparecem no cotidiano da sua prática, o entrevistado ressaltou:

Assim, eu acho que a gente cresce bastante na residência porque a gente tá lidando diretamente com o paciente. Então o paciente internado ele é um pouquinho diferente do paciente ambulatorial. Nesse primeiro ano a gente lida muito com o paciente a nível hospitalar, então, o paciente que está internado.

Então, assim, eu acho que a gente tem tipos de aprendizado, a gente tem bastante que saber lidar com o paciente é... de uma forma... como eu diria assim... mais próxima, mais humana, mais ética, também o cuidado com o paciente com a equipe multidisciplinar, então, isso é muito importante, eu vejo que isso tem muito impacto, então, a gente trabalhar com a equipe, conversar em equipe, isso tem... eu já tinha essa ideia e tenho cada vez mais certeza que trabalhando em conjunto a gente ganha muito mais.

Também lidar com situações assim que exige contar um diagnóstico pra um paciente de HIV, já vivenciei, de câncer, os cuidados paliativos também que agora estou vivenciando. Paciente grave, lidar com o familiar, de como dar essas notícias, né?

O perder o paciente também... infelizmente a nossa atenção a nível de saúde é muito precária, nossos pronto socorros... então quando alguns pacientes quando chegam, já chegam muito avançados, então infelizmente a gente acaba não tendo leitos de UTIs necessários. A gente acaba perdendo muitos pacientes. Eu vejo que esse lidar com a perda também... eu não era muito preparado. Hoje em dia eu já consigo me ver um pouquinho a mais... ganhar um pouquinho mais de experiência. Não a ponto de ficar frio frente à morte, mas perceber que às vezes a nossa limitação técnica chega a um limite e é um limite aceitável também.

Apesar da gente não ter mais opção terapêutica que vá trazer uma sobrevida ou uma cura, mas que você possa pelo menos garantir uma qualidade de morte. Então, isso eu também não tinha essa experiência, então hoje eu tenho vivenciado um pouquinho mais e esse cuidado com os familiares com o paciente a esse ponto né, chegar a esse nível, apesar da gente não ter essa perspectiva de cura, mas, pelo menos de aliviar, né, a dor o sofrimento e tentar conduzir ao desfecho que a gente já espera, mas de uma forma menos dolorosa e não tão assim intempestiva.

A gente não tem esses momentos assim, de reflexão, de falar mesmo, de externalizar, muitas vezes esses sentimentos assim de perdas, de às vezes de culpa, ah se eu tivesse feito diferente... no dia a dia acaba se esvaindo, né?

Chamo a atenção para a dimensão relacional do cuidado que caracteriza a produção de saúde voltada para as tecnologias leves. Paulo considerou como aprendizagens mais significativas aspectos da relação médico-paciente e também com a família no hospital. Mencionou questões que envolvem a humanização, a ética, a importância do trabalho em equipe, o lidar com a perda, com a culpa e os limites de sua prática.

A pergunta sobre os tipos de aprendizagens possibilitou que eu pudesse notar que a experiência da formação representa para o residente, reconhecer que para além dos conhecimentos técnicos, as relações estabelecidas dentro do hospital são elementos fundamentais na formação do médico, e que há uma linha tênue entre o profissional tecnicamente qualificado e a pessoa humana, revelando um aspecto interessante no modo de Paulo subjetivar-se com a experiência da residência.

Ao considerar esta dimensão humana na prática do cuidado, Ayres afirma que (2004, p. 22): “O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas”.

Paulo atribuiu à experiência da relação com o outro, a aprendizagem que considerou como a mais significativa. Afirmou a importância de estar mais próximo do paciente de forma mais humana, valorizando a experiência do envolvimento.

Há uma tradição no discurso médico de formação que prioriza o não envolvimento subjetivo, como uma forma de proteção ao médico, evitando assim a dor e o sofrimento deste, entendidos como uma forma de adoecimento na profissão. Segundo a tradição, haveria a necessidade cada vez maior de um afastamento em relação a tudo que diz respeito às relações estabelecidas no hospital que representa lugar de sofrimento.

Acho oportuno esclarecer uma diferença importante sobre a chamada desumanização da medicina supostamente pregada na formação médica. Nas considerações de Goldenstein (2007), a desumanização deve ser pensada não só a partir de um ponto de vista relacional e ético, mas também de forma epistemológica. Esse autor faz um importante esclarecimento sobre a crise humanística na prática médica, afirmando que um recente estudo encontrou a gênese dos termos humanização e desumanização no século XVIII, em que o anatomista e cirurgião Hunter exigia de seus discípulos na época, uma “necessária desumanização”, com o objetivo de preservá-los emocionalmente para que eles conseguissem suportar as dissecações de cadáveres e pudessem participar e proceder às cirurgias de maneira rápida e eficaz, pois não contavam com anestésicos, medidas de assepsia e transfusões de sangue.

“[...] a expressão de Hunter tem um conteúdo humanístico, por requerer dos médicos da época uma alienação necessária, com tempo determinado e em circunstâncias bastante pontuais” (GOLDENSTEIN, 2007, p. 36).

Esta noção de desumanização não deve ser confundida com as ideias de desapego e objetividade atualmente associadas ao termo em questão. Este autor considera a medicina uma ciência humanística com bases construídas na filosofia da natureza e na concepção holística do ser humano e atribui a ideia da desumanização da medicina à supervalorização das ciências biológicas e dos meios tecnológicos.

Esta breve digressão feita com base nos argumentos de Paulo pôde melhor esclarecer o preconceito acerca de algumas práticas discursivas que falam sobre o distanciamento na relação médico-paciente atribuído à formação e, por vezes, visto na prática médica.

No caso de Paulo, a dimensão relacional toma o lugar de destaque, envolvendo e reconhecendo também a importância da equipe multidisciplinar, afirmando que trabalhar em conjunto na construção do cuidado, significa ganhar muito mais. Para Ferreira et. al (2009), o trabalho em equipe possibilita a construção de ações coletivas em saúde, permitindo a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico em que a cooperação é um instrumento para enfrentar os desafios do fazer em grupo.

Lidar com os limites de sua prática e com a perda de pacientes foram aspectos considerados por Paulo como importantes no processo de formação da residência e acrescentou também, que a limitação técnica do médico existe e que ela é aceitável. A forma que Paulo encontrou de subjetivar-se foi compreender que a experiência adquirida nessas situações não representou um motivo para que se tornasse “frio frente à morte”.

Acredito haver sofrimento quando o médico “perde” um paciente. Quando tem que dar a notícia de morte aos familiares dizendo não às expectativas de cura. Com isso, Paulo revela mais uma vez a dimensão subjetiva de sua formação, ao compreender que apesar de não ter a perspectiva de cura de alguns pacientes, é possível garantir uma “qualidade de morte” ao tentar conduzir a situação a um desfecho menos doloroso para o paciente, para ele e para a família.

A partir daí Paulo revela a aprendizagem adquirida na prática da residência e o modo como se subjetiva. Resgatou a dimensão humana ao falar de uma ética de si, da importância do apoio mútuo entre ele e a equipe de saúde diante da complexidade da experiência de adoeecer e de lidar com os seus limites.

Refere o desejo de haver no processo de formação da residência médica momentos de reflexão das experiências vividas, especificamente dos sentimentos relatados por ele, e que no

dia a dia acabam se esvaindo. Sobre isso Souza (2001), em sua pesquisa sobre a formação médica, racionalidade e experiência, fala da importância de incluir na formação um momento que propicie uma oportunidade de simbolização e significação das experiências vividas por médicos em formação ao entrar em contato diário com os pacientes na prática hospitalar.

Nas contribuições de Goldenstein (2007), a medicina sempre foi e provavelmente sempre será um encontro e uma prática e não somente uma ciência e uma tecnologia. A ciência médica é uma parte integrada do acontecimento do encontro médico e não sua própria essência.

Neste contexto da importância dada à relação no ato do cuidado, o vínculo com os preceptores na residência também foi descrita e qualificada por Paulo:

Eu vejo o preceptor como um profissional que tem uma capacitação, que já tem uma experiência, uma capacitação na área, então, assim, é um condutor do conhecimento. Então acho que é aquele que facilita o seu conhecimento [...]

[...] mas a experiência profissional conta muito nessas horas, então essa vivência prática [...]. Então é um profissional que já tem uma qualificação, uma experiência que você vai aprender com ele a ter esse maior contato em lidar com a informação científica e torná-la prática. Eu acho que é principalmente essa a função dele.

Nós também somos médicos né... então, a responsabilidade ela é compartilhada.

Às vezes a gente tem que saber lidar com quando discordar também... às vezes a gente concorda e as vezes também discorda... como isso é resolvido também depende de como é o profissional né, o preceptor. Tem preceptor que aceita e tem preceptor que não, não aceita sua interferência [...]

Então eu acho que é uma via de mão dupla, eu acho que a gente aprende com eles e eles aprendem com a gente porque sempre o conhecimento está se ampliando nossas evidências num ano dizem uma coisa, no outro diz outro... outros estudos mostram né, então... eu vejo que é muito importante assim também essa troca de experiência, de referências às vezes quando a gente está nas discussões clínicas, discussões científicas a gente aprofunda e vivencia essas trocas.

Destaca-se nas considerações de Paulo uma prática discursiva que vai ao encontro com a crítica que Freire (1971, p. 71) faz da “educação bancária,” modelo em que o saber era considerado como “[...] uma doação dos que se julgam sábios aos que nada sabem”. Da mesma forma, o incontestável discurso do mestre, como citado anteriormente, em que o aluno vê os ensinamentos de seu professor como inquestionáveis e que estimulam a passividade do aluno diante da autoridade do professor.

Curioso observar nos repertórios de Paulo, ao discorrer sobre a relação com os preceptores, a construção de uma noção de facilitador e condutor do conhecimento. Refere uma responsabilidade compartilhada e uma via de mão dupla, assumindo um lugar de médico formado, em que há uma permanente troca de experiência entre iguais, na qual o preceptor poderá se atualizar de informações científicas e, o residente, poderá compartilhar do conhecimento tornado prático.

Parece haver uma diferença entre o aluno concluinte da graduação que absorve o conselho de seu professor sobre a necessidade de se fazer uma residência médica em um local de referência, e o residente em formação, já assumindo uma postura profissional implicada.

Sobre a relação que Paulo estabeleceu entre a formação da residência e a sua subjetividade, resalto os seguintes pontos:

[...] Não se conversava então cada um queria dar toda a sua especialidade e você acabava ou não cumprindo e isso a gente sente muito na prática, que você aprende muito do específico e não sabe o geral. Aí você é demandado do geral e você não tem esse conhecimento.

Então, essas discussões da formação médica, das diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina desde 2001 com a implantação... agora tá saindo a nova, né? A de 2014, elas têm discutido mais essa questão não só técnica, não só os conhecimentos técnicos, mas também as habilidades, as atitudes, então, isso é muito importante às vezes a gente não é tão cobrado [...]

[...] eu acho que talvez os nossos preceptores, professores eles não foram formados nessa ótica de formação ampliada, competências, habilidades, atitudes, então a gente não tem muito essa cobrança, mas a nível técnico mesmo, você tem que saber muito bem manejar um paciente com dengue, com hemorragia digestiva alta, mas lidar com essas situações de como lidar com a equipe, com o paciente com a família, às vezes a gente não tem essa formação, então eu acho assim que, a residência médica ela ainda hoje tem muito essa visão técnica [...]

[...] Então, essas instruções da residência médica do ponto de vista subjetivo eu acho que vai muito das suas relações, da sua formação como pessoa, né? Eu acho que elas são muito influenciadas eu digo até que... eu tava falando com uns amigos que estão se formando também, que a nossa identidade médica a gente acaba se moldando durante a faculdade.

Então, eu acho que é muito difícil... a gente não é acostumado, a gente negligencia isso dentro da faculdade. Essa formação de Antropologia, de Bioética, e a gente acaba aprendendo no dia-a-dia né? Com os bons e os maus exemplos. Então, o que eu quero ser? Eu visualizo na prática o que eu não quero ser também. É muito pautado acho que por isso essa subjetividade vai muito das suas experiências. Se você teve experiências boas você vai ganhar muito, agora se você teve más experiências, você também vai ganhar. Vai depender da forma como você olha aquilo [...]

[...] mas o como lidar, vai da experiência pessoal e da busca de autoconhecimento de outras formas... [...]

[...] pra você refletir suas práticas, mas muitas das vezes a gente não tem isso porque não são oportunizados esses espaços ou quando são, são negligenciados... ah não, mas... essa discussão não vai me acrescentar. Dentro da própria prática médica a gente não valoriza muito isso. Não escuta o outro também... não valoriza as outras experiências profissionais [...]

Eu acho que a gente negligencia muito essa parte. Eu acho que a gente não se sente às vezes como parte do cuidado. Aí acaba até sendo prepotente né, acaba não compartilhando e não tendo esse preparo, não entende as suas limitações e faz besteira. Aí depois fica pro outro profissional recolher a sua besteira, ou fica o paciente em sofrimento, né?

Ao compartilhar das considerações de Paulo e a relação que ele pôde estabelecer entre o modo como constrói sua subjetividade, chamo a atenção para alguns pontos. O primeiro é a crítica que faz o residente a respeito da valorização do conhecimento específico em detrimento do geral, já discutido anteriormente, desencadeando dificuldades e uma visão parcial e não global do ser humano, gerando formas limitadas de cuidado.

Para Paulo, é preciso ir além da técnica, ou melhor, além de um cuidado baseado no conhecimento específico. Há outra dimensão que envolve o campo relacional, no que ele chamou de habilidades e atitudes. Faz uma crítica a uma identidade médica adquirida na graduação quando esta não inclui outros saberes, como a Antropologia e a Bioética. Afirma que a residência médica ainda possui este enfoque técnico. Não houve na formação dos professores uma ótica ampliada do cuidado.

Paulo chama a atenção para a necessidade de “ir além”. Afirma que na prática da residência é possível visualizar “o que não se quer ser também”. Fala de uma subjetividade indo além das experiências. Um novo modo de subjetivar-se. Uma ética e estética de si, um fazer, pensar e sentir entendido como uma invenção da vida, de modos de viver e construir modos de subjetivação. Entendendo a ética como uma prática refletida da liberdade. É pensar sobre como eu dobro tudo isto e construo uma vida singular, um processo de si e de estar no mundo.

Sobre os aspectos que Paulo considerou importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da residência, ressalto as seguintes contribuições:

[...] Eu vivenciei lá na faculdade um processo de reconstrução, da reforma curricular, então a gente como presidente discente, participou das capacitações, chegamos a ir pra os congressos de educação médica, então a gente vê que a formação médica ela necessita ser continuamente avaliada, então não basta... time que tá ganhando não se mexe. Nem sempre!

[...] a gente não têm esse hábito de discutir, de sentar e reavaliar o processo de formação. [...] acho que falta isso, um diálogo do que a gente tem e o que é necessário...

[...] mas a gente também enquanto participante do processo, se a gente não se colocar pra ser ouvido... a gente não... ah eu só quero sair dessa residência... mas eu acho que a gente tem que fazer parte, contribuir, discutir, é a formação em jogo né?

A gente não está parando pra discutir as nossas dificuldades as nossas fragilidades. Essa é a minha principal queixa. E também que a gente não... acho que isso já é crônico. A gente não discute com outros profissionais a situação do paciente. Eu tento fazer isso. Mas eu vejo que nem todo mundo faz e nem todo mundo tá falando a mesma língua às vezes.

[...] mas eu acho que a gente teria esses espaços de formação conjunta, eu acho que são necessários e a gente não tem. Exceto na Geriatria que reúne a residência multiprofissional e a residência médica. É o único momento. No resto eu não vejo essa ação conjunta né? Então eu acho que às vezes a gente poderia ser melhor orientado, a gente poderia dar uma melhor condução se tivesse essa formação.

Paulo falou da importância da participação efetiva nas discussões da reconstrução curricular do curso de medicina. Afirmou ter participado ativamente, freqüentando fóruns e debates sobre a educação médica. Com isso, nos fala de um envolvimento necessário dos acadêmicos e médicos na política de formação que impacta no cuidado em saúde.

No entanto, afirma haver na residência médica um desejo dos residentes pela abertura de espaços para as discussões de reavaliação do processo de formação, mas afirmou que ainda há uma falta de diálogo com os atores envolvidos.

Outra consideração importante foi a de compreender a importância do diálogo com outros saberes e espaços de formação conjunta, entendendo que se trata de uma rede. Entende a dinâmica do sistema de educação em suas múltiplas inteligências e como parte de um todo em que o conhecimento adquirido e produzido tem por finalidade a coletividade e a si mesmo.

5.1.2 Tiago (R3)

A segunda etapa foi possível vinte e cinco dias após a realização da primeira entrevista feita com Paulo, no Centro de Estudos do HUIBB. O convite para a participação na pesquisa foi feito da mesma forma pelo coordenador acadêmico que posteriormente me forneceu o número do telefone do residente do terceiro ano, Tiago. A segunda etapa demorou um pouco mais, em razão da intensa rotina de afazeres do residente, mas que ao primeiro contato realizado, demonstrou interesse pelo tema de pesquisa, dispondo-se a contribuir.

O local do encontro foi a biblioteca do HUIBB, local em que foi possível contactar o mesmo colaborador da instituição que me auxiliou na primeira entrevista. Uma grande sala de aula vazia foi disponibilizada.

Tiago chegou com 10 minutos de atraso pedindo desculpas, pois estava ocupado e avisou da necessidade de não demorar a retornar ao local em que estava atendendo. Na medida do possível, me propus a ser breve em meus questionamentos. Ele então fez a leitura do TCLE e consentiu com os termos de sua participação e com o uso do gravador digital.

Fiz então a primeira pergunta sobre qual a importância da residência para a formação do médico. Tiago fez suas primeiras construções:

A residência médica é bem importante porque como a medicina ela é muito ampla, existe essa necessidade de ser dividida em especialidades e apesar da infectologia ser uma especialidade muito ampla, a residência ela te dá muita segurança em termos de conduta médica, procedimentos médicos... Porque você sai querendo ou não da faculdade muito cru. Não que você saia despreparado, mas você sai sem experiência, isso é inevitável né? As práticas durante o curso elas são sempre muito poucas né? A residência ela faz com que você tenha muita prática, no lidar com os pacientes, na conduta, nos procedimentos necessários entendeu? E principalmente te direciona muito no diagnóstico clínico, te faz pensar mais na questão dos diagnósticos diferenciados, você estuda mais, é muito importante para o preparo né, para a vida.

[...] na graduação eu já tinha essa ideia. A gente já sabe que tem como necessidade, que se especializar né? Principalmente hoje em dia com a competitividade do mercado, você tem que ser especialista em alguma coisa. Não adianta você ser só um médico formado de faculdade. A especialização é pra você e pro paciente que procura uma mão de obra especializada.

As primeiras considerações de Tiago falam de uma necessidade em fazer a residência como uma forma encontrada pelos concluintes da graduação, segundo ele, de não saírem sem a experiência da prática médica. Embora tenha afirmado que não se trata de sair da faculdade “despreparado”, utilizou uma figura de linguagem com o objetivo de expor de forma clara que, querendo ou não, o que acontece com frequência, é que o recém formado médico sai da faculdade “muito cru”, como uma crítica à pouca experiência prática vivenciada pelo residente durante a graduação.

De acordo com o documento das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001), disponível no portal do Ministério da Educação, especificamente, no quesito que trata da estrutura do curso de graduação em medicina, a questão da prática dentro da formação está preconizada de forma a inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a futura vida profissional, utilizando para isso diferentes cenários de ensino e aprendizagem que permitam ao aluno conhecer e

vivenciar as mais variadas situações de vida, de organização e da prática do trabalho em saúde.

Segundo o documento, o curso deverá proporcionar ao graduando a interação ativa com usuários e profissionais de saúde desde o início da formação, possibilitando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados, favorecendo a autonomia que se consolida na graduação com o internato. O internato, por sua vez, caracteriza-se por ser um estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, com supervisão direta dos docentes da própria escola/faculdade com duração mínima de 2.700 horas.

Cito este documento para abordar a questão da experiência prática durante a graduação em medicina, ressaltando que algumas publicações de autores interessados no tema, têm problematizado a qualidade da experiência percebida pelos alunos e chamam a atenção para aspectos que tratam dessa prática, como eixo fundamental de aprendizagem na graduação.

Batista (2008) afirma que o ensino médico na graduação tem sido objeto de inúmeras discussões no Brasil e no mundo e que há desafios que apontam para a necessidade de uma reforma curricular, no sentido de evitar a compartimentalização disciplinar e implantar práticas interdisciplinares que propiciem ao aluno, a vivência em diferentes cenários de ensino e aprendizagem, aproximando-o do universo da prática profissional desde o início do curso:

[...] preconiza-se que os cursos estejam organizados, em sua estrutura curricular, de tal maneira, que permitam a inserção do aluno em contextos reais da prática médica, em complexidade crescente durante a graduação, utilizando vários cenários de aprendizagem, através da integração ensino-serviço-comunidade” (BATISTA, 2008 p. 102).

Pergunto de que maneira a integração ensino-serviço-comunidade vem acontecendo nos cursos de graduação em medicina no Pará e que sentido os alunos estão dando às experiências vividas nesse período? De acordo com Tiago, é somente na residência que se tem a intensificação da prática e de forma mais específica, citou “o lidar com os pacientes, a conduta, os procedimentos necessários e principalmente o direcionamento do diagnóstico clínico”, como fatores importantes de preparo para a vida. Segundo ele, a residência oferece “muita segurança”.

Embora tenha citado o aspecto do relacionamento com os pacientes como fator importante da prática da residência, percebo nas construções de Tiago, uma maior ênfase à questão da técnica e da conduta médica, que ofereceria a segurança mencionada por ele.

Contudo, penso que mesmo colocando em primeiro plano a técnica e a importância do diagnóstico na experiência da residência, Tiago pôde se deparar com outra possibilidade, a da

experiência/sentido. No decorrer da entrevista, isso ficou mais claro. O que quero dizer, é que embora a técnica tenha sido colocada em primeiro plano, a residência o colocou frente a potentes mecanismos de subjetivação proporcionados pela experiência. Bondía (2002) afirma que é necessário que separemos a experiência da informação. A formação técnica (informação) buscada por Tiago, não abrange toda experiência que a residência proporciona, pois (2002, p. 24): “o sujeito da experiência é, sobretudo um espaço onde têm lugar os acontecimentos. “[...] Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação”.

Indo atrás de uma formação técnica que ofereça um solo seguro, Tiago se deparou com muito mais do que talvez gostaria de ter encontrado ao fazer a residência, que é a vivência de uma experiência que traz a dimensão subjetiva, diferente da “segurança” científica oferecida pela técnica.

Outra questão colocada por Tiago e um tanto polêmica por estar presente em discussões da formação médica, é a afirmação do residente acerca da necessidade de se fazer uma residência para se tornar “especialista em alguma coisa”. Ele fala de exigências como a “competitividade do mercado” e o oferecimento de “mão de obra especializada” para o paciente, que também procura por isso.

Para debater essa questão, recorro às contribuições de Ceccim e colaboradores (2008) na publicação dos (as) autores (as) que tratam dos imaginários da formação em saúde no Brasil. Para discutir este tema, eles/elas realizaram uma pesquisa que buscou compreender quais os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde no que diz respeito à regulação e ao exercício da profissão.

Sobre os imaginários, a compreensão dos (as) autores (as), é a de que estes “funcionam como operadores de virtualidades e realidades contendo potências de afirmação ou negação de formas e conteúdos ao ser profissional ou ao estar na profissão” (CECCIM et. al, 2008, p. 1567).

Afirmam que é durante a educação profissional que critérios e valores são construídos como perfil ao exercício da profissão. Para eles/elas, conhecer os imaginários da formação é ter acesso às características dessa formação, ao miolo produtor de sentidos e também aos desafios para alcançar uma formação em defesa de um processo de relevância pública. Afirmam que um imaginário não funciona como um determinismo, e sim, como um campo de possibilidades que proporciona o agenciamento de marcas e signos, inscrevendo memórias afetivas e promessas de futuro.

O que se tem observado através das considerações de Tiago e dos autores (as), é que essas marcas simbólicas começam a tomar forma durante a graduação e que os imaginários sobre a profissão e o exercício profissional estarão na base do que acontece nas ações e nos serviços de saúde.

Ao considerar a competitividade e o valor de mercado que possui a especialização citados pelo residente, há segundo Ceccim e colaboradores (2008, p. 1569), uma subordinação dos próprios profissionais a: “paradigmas científicos tributários da economia capitalista mundial e aos padrões disciplinares das sociedades de conhecimento em detrimento do cuidado propriamente dito [...]”.

A superioridade que se busca é a da educação que marca o lugar de sucesso na carreira como superioridade de classe (2008, p. 1569), “[...] os efeitos da formação social capitalista no interior da prática profissional (saber universitário como prática de classe social) [...]”. O exercício da profissão é visto como uma prática social que está identificada com o capital e não com o trabalho.

Outro importante estudo realizado por Luz e colaboradores (2013), sobre o imaginário social contemporâneo, que traz uma contribuição ao estudo da retórica e imagens das biociências em periódicos científicos, vem corroborar com a afirmação de Tiago sobre a procura do paciente “por mão de obra especializada”. Segundo o residente, o paciente busca no mercado profissionais especializados. Uma das representações sociais no imaginário contemporâneo sobre o profissional médico e que são construídas e postas em circulação também, através dos meios de comunicação, propagando ideias, interesses econômicos e estratégias de poder, estão vinculadas ao pensamento biocientífico, que possui uma potência de persuasão e convencimento de caráter normativo. Desse modo, as práticas discursivas construídas e postas em circulação demonstram a valorização do saber científico nas representações sociais sobre saúde-doença.

Podemos pensar que o especialista é alguém que construiu seu conhecimento específico baseado em uma ciência que alcançou historicamente credibilidade e fincou seu estatuto de normatividade na sociedade. A medicina amparada nesse saber, o utilizou como recurso persuasivo.

Ao refletir sobre isso, levando em consideração a dimensão histórica e sociológica da profissão médica, Pereira-Neto (1995) afirma que a medicina, e seu estatuto de profissão, está amparada em dois elementos que a caracterizam como tal, que é o domínio de certo conhecimento e o controle do mercado de trabalho. O autor faz considerações sobre a profissão médica, alegando que desde o final do século XIX até a metade do século XX, a

medicina enquanto profissão passou no Brasil por uma crise que culminou em um debate realizado no Congresso Nacional dos Práticos no ano de 1922, que abordou dois temas de relevância na época, que eram o domínio do conhecimento e o monopólio do mercado de serviços de assistência médica que estavam abalados.

Dentre as discussões que ocorreram no evento, cito considerações importantes feitas por Pereira-Neto e que dialogam com as construções de Tiago:

O profissional deve empreender todo um conjunto de estratégias de convencimento da clientela. A sociedade deve acreditar que apenas o profissional tem condições de resolver seus problemas. Não é necessário que ele os solucione. O público precisa continuar acreditando, no entanto, nesta capacidade. A profissão detém o monopólio sobre determinada atividade porque persuade a sociedade a crer que ninguém mais, salvo o profissional, pode fazer este trabalho com sucesso. O profissional deve ser capaz de dominar certa base de conhecimento para que tenha condições de convencer a clientela de sua importância, único modo de alcançar o prestígio e o poder almejados (PEREIRA-NETO, 1995, p. 602).

Para melhor compreender o contexto das reivindicações, os temas discutidos no congresso relacionavam-se com o desejo dos médicos de exclusividade na “arte de curar”, no combate ao “charlatanismo” e no estabelecimento de uma hierarquia entre os profissionais da saúde. O objetivo de tais ações, segundo Pereira-Neto, era de persuadir o público de que (1995, p. 607): “apenas os médicos, por dominarem o conhecimento científico e academicamente organizado, tinham a autoridade para o exercício da prática de saúde”.

Houve neste evento uma clara demonstração da necessidade de reafirmação da soberania da profissão médica. A polêmica criada em torno dos charlatões e a necessidade de imposição de uma hierarquia entre os que atuam na área da saúde, foram duas questões que são próprias à história da profissão médica dos anos 20 no Brasil. Ao pensar na necessidade da especialização como um desejo da clientela alegado por Tiago, fica mais clara a posição de destaque possibilitada pelo processo de especialização do trabalho técnico na residência.

Sobre o motivo da escolha pela especialização em infectologia, Tiago considerou:

[...] desde quando eu vi a cadeira de infectologia na faculdade, que foi no terceiro ano, quando eu vi a matéria Doenças Infecciosas e Parasitárias, a partir daquele momento eu passei a gostar bastante de infectologia.

Principalmente com o meu trabalho de conclusão de curso que foi em HIV-AIDS e sempre na minha vida acadêmica eu fui direcionado pra essa área e principalmente porque eu gostava muito né. Eu acho que é uma área que te faz pensar muito, é muita clínica.

Você faz muito diagnóstico diferencial. É muito interessante do ponto de vista clínico.

A ênfase dada por Tiago de que a infectologia é uma área que o fez “pensar muito” e que oferece “muita clínica”, possibilitando ao residente fazer “muito diagnóstico diferencial”, me fez pensar sobre a importância disto para o médico. Pensei sobre a clínica em medicina e no diagnóstico diferencial. De acordo com Tiago, gostar de infectologia foi possível, ao estudar as doenças infecciosas e parasitárias na cadeira de infectologia da faculdade.

A clínica conforme Foucault (2011) nos fala de um princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente e que todas as revoluções da medicina foram feitas em nome dessa experiência colocada como fonte primeira e como norma constante. Segundo ele, a experiência clínica é uma forma de manifestação das coisas em sua verdade, forma de iniciação na verdade das coisas. “A clínica médica pode ser considerada tanto como ciência quanto como modo de ensino da medicina” (FOUCAULT, 2011, p. 127).

Sobre o diagnóstico, compreendo como parte indispensável da clínica médica, sendo o ato de determinar uma doença, nomeando, dando-lhe, assim, um nome. Para Lima Souza et. al (2014, p. 131): “[...] é um ato médico mobilizado por dois objetivos: o de observação (destinado a identificar a natureza de uma afecção) e o de classificação (que visa a localizar em termos objetivos um quadro patológico)”.

Segundo Moretto (2002), a relação médico-paciente tem como ponto de partida o desejo do paciente que, movido por uma suposição de saber, dirige ao médico o próprio desejo de se apropriar do seu saber. Segundo a autora, seria no ato inicial de diagnosticar, que o médico começa a afirmar a sua mestria, poder e domínio.

Tiago fala de um diagnóstico diferencial⁹ e da importância dele do ponto de vista clínico. Em medicina, é um método sistemático com o objetivo de analisar, discriminar e identificar características de doenças que apresentam semelhanças na sintomatologia que dificultam sua compreensão.

Ao demarcar a importância da clínica e dos diagnósticos, penso na discussão empreendida por estudiosos da saúde coletiva sobre o cuidado dos profissionais de medicina amparado em uma racionalidade biomédica no campo da saúde. A saúde para o médico parece ser pensada a partir da ótica da doença, e conseqüentemente refletida nas práticas assistenciais em saúde.

⁹ Definido como uma hipótese formulada pelo médico - tendo como base a sintomatologia (sinais e sintomas) apresentada pelo paciente durante o exame clínico - segundo a qual ele restringe o seu diagnóstico a um grupo de possibilidades que, dadas as suas semelhanças com o quadro clínico em questão, não podem deixar de ser elencadas como prováveis. A partir do diagnóstico diferencial, o médico pode selecionar testes terapêuticos, ou ainda, exames complementares específicos a fim de se obter um diagnóstico final ou de certeza. Disponível em: <<http://medicosdeportugal.sapo.pt/directorio>>. Acesso em: 10. jan 2014.

Tesser (2010) afirma que no percurso histórico da biomedicina, houve uma progressiva separação entre dois aspectos da medicina, que são a arte de curar e a ciência das doenças. O que sempre se buscou foi a separação e uma prevalência da segunda sobre a primeira. Luz contribui afirmando que (2000, p. 188), “a diagnose teve hegemonia progressiva sobre a terapêutica”, sendo cada vez mais direcionada para uma busca sistemática de identificação e combate das doenças.

Tesser pontua que:

Essa tendência reforçou a hegemonia das intervenções e tecnologias duras através do arsenal diagnóstico e químico-cirúrgico, cuja realização é amplamente centrada nas doenças, contribuindo para um baixo teor de integralidade. O conjunto de saberes biomédicos dificulta uma abordagem integral dos sujeitos na prática profissional (TESSER, 2010, p. 79).

Para Clavreul (1983), o saber médico é um saber sobre a doença e não sobre o homem, só interessando ao médico enquanto terreno onde a doença evolui. Para isso, os estudos sobre a anatomia e fisiologia humanas tornaram-se necessários para o conhecimento deste terreno. A residência parece proporcionar esta experiência e recebe a devida importância de Tiago ao fazê-lo “pensar muito”.

Sobre o motivo pelo qual Tiago optou em fazer a residência no HUIBB, ele explicou:

Porque o Barros Barreto ele sempre foi referência em doenças infecciosas e parasitárias e no tratamento HIV-AIDS na região norte né. Primeiro pelo número de casos interessantes na região amazônica... é muito rica.

[...] tanto que vem gente da Europa pra cá, Estados Unidos, eles optam em vir pra cá, fazem estágios por causa desse rico material humano, vamos dizer assim.

E pela referência né, bons professores regionais né, então o Barros Barreto acabou sendo uma referência nas doenças infecciosas e, além disso, né, a gente olha assim pro lado também pessoal né, família porque eu já era casado e sair pra fora pra fazer residência se tornava mais difícil [...]

Assim como nas considerações de Paulo (R1) fornecidas na primeira entrevista, na opinião de Tiago, a instituição representa também a referência em doenças infecciosas e parasitárias buscada para estudo e aperfeiçoamento, justificada pelo reconhecimento fornecido pela comunidade científica internacional que dará a potência e o valor de verdade deste discurso.

A região amazônica segundo ele é considerada rica em número de casos interessantes. Aqui, há a possibilidade de estudo de doenças tropicais não muito vistas na região sudeste. Desta forma, percebo mais claramente o diferencial atribuído por Tiago à escolha feita por ele. O conhecimento adquirido aqui representa o poder de um saber científico

institucionalizado e referenciado proporcionado pelo HUIBB. Penso nas considerações de Foucault, que nos diz que (1999, p. 44): “todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo”.

O saber dos mestres representado pelos “bons professores regionais”, também constitui a referência de Tiago para justificar a sua escolha, assim como o fator pessoal teve também uma importância. Conciliar a boa referência da instituição e a proximidade com a família foi o aspecto comum detectado nas construções feitas pelos dois residentes entrevistados.

A expressão “rico material humano” me fez refletir sobre que tipo de material humano Tiago estava se referindo. Cabe ressaltar, diante da expressão utilizada pelo residente, que é de fundamental importância considerar que o cuidado nos fala sempre de um encontro entre pessoas, em que o paciente deverá participar ativamente nas decisões sobre a própria saúde e, da mesma forma, na construção do processo de ensino-aprendizagem. Para Kipper e Loch (2002, p. 118): “O médico não deve ter com o paciente uma relação sujeito-objeto ou de objeto-objeto, mas de sujeito-sujeito”.

Sobre como Tiago descreve a experiência da residência até o presente momento, o mesmo considerou:

Muito boa né... eu acho assim que: eu peguei uma fase no hospital, em termos de estrutura ruim. O hospital ele está numa fase em que... ele vinha assim, já, numa decadência muito ruim... até recentemente em termos de infra estrutura mesmo... material pra você fazer diagnóstico, tomografia aqui não se tem [...]

[...] a maior frustração durante a residência foi você ficar muitas vezes de mãos atadas em relação aos recursos humanos... ops... recursos humanos não, recursos materiais né. Um exame que demora muito... aí o paciente agrava... ou um antibiótico que tá em falta... isso é muito comum aqui, entendeu?

O hospital deixa muito a desejar em termos de infra-estrutura e quem sai sempre mais prejudicado acaba sendo o paciente no final de tudo.

[...] a residência foi muito completa, tem muitas aulas, eu aprendi bastante, eu sei que está quase acabando e a gente tem muita experiência, mas lógico, dúvidas ainda né.

Eu acho que foi uma residência bem completa com adendo a essa parte de recursos né? Eu acho que isso realmente deixou a desejar e de certa forma, querendo ou não, ela prejudica. Porque prejudica a conduta, o diagnóstico né... Então assim, nesse ponto foi ruim. De material, estrutural.

Por conta de muita briga por parte dos residentes né, a gente brigou muito, até Ministério Público nós envolvemos pra nós termos hemodiálise [...]

Os residentes sempre se envolvem politicamente, porque é a nossa formação né, a gente fica três anos, alguns dois anos com o pessoal da clínica médica, então eu acho que o investimento tinha que ser feito, até porque existe um investimento do MEC no hospital [...]

Na opinião de Tiago a residência foi “muito boa”. Justificou como sendo uma experiência completa em que foi possível aprender bastante. Mesmo tendo mencionado o fato de ser completa, pareceu compreender que a formação na residência oferece um bom embasamento, porém também dúvidas, e que elas sempre estarão presentes.

Criticou a infra-estrutura, a falta de recursos tecnológicos, a demora na realização de exames, a falta de material para diagnóstico e de medicamentos que o deixou “de mãos atadas” em algumas ocasiões, prejudicando o paciente e a ele, que fica sem as condições favoráveis para fornecer um diagnóstico ao paciente. Nesse ponto, não foi diferente do que também alegou Paulo (R1) sobre a experiência da residência. A falta de recursos (tecnologias duras) parece ser a principal queixa quando se trata da realização da conduta médica no ato do cuidado e ela é inegável. Basta uma breve consulta à internet sobre as dificuldades enfrentadas pela instituição desta pesquisa, para ter acesso a um histórico preocupante que confirmam as queixas feitas por Tiago.

Na opinião de Martins (2005), esta temática é um ponto central e complexo do treinamento da residência, na medida em que estão envolvidas questões de políticas públicas de saúde e de financiamento do sistema de saúde. Para ele, as condições de trabalho representam no treinamento dos residentes e na assistência aos pacientes um fator crucial:

Para atingir os objetivos de aprimoramento das instalações físicas e dos equipamentos, a ação política com o exercício de pressões sobre os gestores da administração pública é uma das medidas imperativas. Outras envolvem pressões organizadas e articuladas com as entidades profissionais da área da saúde em conjunto com lideranças da sociedade civil em defesa de uma assistência à saúde digna e humanizada (MARTINS, 2005, p. 160).

Embora a descrição da situação faça parte das práticas discursivas dos médicos residentes e seja vista como um sério problema e concordo com isso, este fato, possibilita também pensar na intrincada rede que compõe a saúde pública e que tem possibilitado um exercício também crítico dos residentes ao se depararem com o problema da falta de recursos. Isto é constatado quando Tiago ressalta o envolvimento constante dos residentes com a política durante a formação. A residência médica também proporciona esse tipo de iniciação, porém, parece não haver um aprofundamento que permita uma visão ampliada de todos os

aspectos que compõem a rede. Fica-se restrito à lógica da medicina tecnológica (modelo médico-hegemônico) e à falta dela, como um dos principais problemas da prática médica. O olhar sobre as dificuldades da saúde pública se reduz à falta dos instrumentos necessários para as suas ações.

As aprendizagens proporcionadas pela residência e que foram consideradas por Tiago como as mais significativas foram:

[...] a gente aprende muito na prática do dia-a-dia. Procedimentos médicos também, que na residência de infectologia isso é bem completo, punção lombar, intubação orotraqueal, passagem de acesso venoso central, esses procedimentos a residência de infectologia, por ela ter muito paciente grave, a gente acaba que pega muito “mão” desses pacientes, muito mão de procedimento desse tipo né [...]

[...] e a questão da humanização também. Eu acho que na infectologia principalmente no tratamento do HIV-AIDS, você precisa ser muito humano entendeu? Porque às vezes, a grande maioria dos nossos pacientes têm problemas sociais muito grandes [...]

[...] então assim você tem que ser muito humano pra esses pacientes não é? E eu acho que a Residência ajudou muito nisso na aproximação, porque principalmente no R2 a gente fica dez meses na Enfermaria, então você tem muito contato com os pacientes no dia-a-dia, na beira do leito.

[...] foi bastante recompensador também... ver alguns pacientes bem ruins saírem de alta, eu acho que isso é muito importante, assim, esse feedback... alguns voltaram me abraçaram, agradeceram... eu acho que isso foi muito importante assim na minha vida, na minha formação, entendeu?

Duas aprendizagens significativas foram consideradas. A primeira é a dos procedimentos médicos apreendidos na prática do dia-a-dia e possibilitados pelo contato com muitos pacientes graves. A segunda foi a dimensão relacional do cuidado, aproximando o residente dos problemas sociais dos pacientes. Ainda é possível perceber duas lógicas operando no núcleo do cuidado. Conforme nos indica Merhy (2009), lidar com o trabalho e com as tecnologias em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, e os modos como o trabalhador e o usuário se constituem como sujeito ético e político.

Na opinião do residente, “ser muito humano” é a dobra subjetiva que pôde fazer a partir do contato com os pacientes à beira do leito, a partir do reconhecimento da dimensão de um outro em que as relações são construídas. Nas contribuições de Rolnik, trata-se (1992, p. 1): “[...] do plano das forças e das relações, onde se dá o inelutável encontro dos seres, encontro no qual cada um afeta e é afetado [...]”.

Sobre a relação com os preceptores Tiago forneceu as seguintes informações:

[...] eles são bem envolvidos com os residentes. Participam, discutem, tiram as nossas dúvidas, na hora dos procedimentos sempre estão presentes. Eles não são aqueles preceptores que vêm e vão logo embora... não, eles sempre estão presentes o dia todo na enfermaria junto com a gente, para o que a gente precisar.

Eles sempre foram muito ligados. Eu acho que o único ponto eu acho que quando é guerra política, eles não se envolvem né... porque muitos são concursados, não gostam de se indispor mesmo né, com a direção.

Acho que os preceptores que são mais ligados com a gente são os da enfermaria mesmo, que estão no dia-a-dia né. Esses preceptores de ambulatório, de consultório, os da CCIH que é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar... esses são mais afastados um pouquinho, entendeu? Mas sempre foi muito boa a relação com todos eles, não tive problema graças a Deus com nenhum deles.

A boa relação com os preceptores, segundo Martins (2005), contribui para uma melhor adaptação dos residentes, manejando possíveis frustrações e aumento da autoconfiança, diminuindo o índice de desistências e abandonos nos programas de residência médica. Ao levar em consideração as colocações de Tiago, penso que há um bom nível de envolvimento e proximidade dos preceptores com os residentes, principalmente aqueles que compartilham as experiências do dia-a-dia na enfermaria. Os preceptores cumprem o papel de participação, discussão e tiram as dúvidas sobre os procedimentos, o que como já foi mencionado, é de grande importância para Tiago. Ensinar como proceder, como já foi afirmado, possibilita ao residente sentir-se seguro.

Tiago faz uma crítica sobre as questões políticas, do não envolvimento dos preceptores, por estarem ligados à função via concurso público. Para Martins (2005), um dos requisitos importantes do preceptor é que haja um compromisso com a melhoria das condições de ensino, de trabalho e de atendimento. Para Tiago, isto parece não ser diferente, e como já mencionado anteriormente por Paulo (R1), a residência possibilita que se visualize “o que não se quer ser também”.

Sobre a formação da residência e a relação dessa experiência com a forma de subjetivar-se, Tiago afirmou:

[...] eu acho que a residência contribuiu muito para a minha humanização como médico, né. Eu acho que com ela eu acabei sendo mais sensível aos pacientes... muitas vezes a gente acha que a queixa do paciente é besteira. A gente sabe também que muitas vezes tem o lado psicológico da coisa né?

[...] eu acho que a residência médica ela me ensinou muito isso, a ser mais subjetivo, mais humano, a ter um olhar mais diferenciado para os pacientes, a cuidar melhor, na assistência à saúde... eu acho que todo mundo tem falhas, todo mundo um dia tem erros né?

[...] a residência, a principal característica dela e que mudou muito comigo é que primeiro ampliou muito a minha visão sobre o que é a medicina porque a gente tem uma visão muito pequena dentro da faculdade e principalmente em relação ao SUS. A gente realmente dentro da faculdade não tem muita noção das dificuldades do SUS. Eu acho que a residência médica ela ampliou essa visão.

[...] a humanização foi a principal característica né, que a residência mudou em mim. Hoje eu posso dizer que eu sou um pouquinho mais humano nesses três anos de residência.

Eu acho que isso é que é a principal frustração... você perder um paciente que poderia sair bem, podia sair andando do hospital, estar com a família... é a principal frustração ao longo desses três anos aí.

Ao iniciar a reflexão sobre as considerações de Tiago feitas acima, resgato a afirmação feita por Moretto (2002), acerca da experiência vivida por médicos em hospitais, e que vem contribuir com uma das hipóteses desta pesquisa, de que muitas vezes, o médico, movido pelo discurso científico e pela obrigação com a objetividade aprendidos em sua formação, torna-se vítima de seu próprio discurso, numa tentativa de objetivar o corpo, acaba por deparar-se com aspectos de sua própria subjetividade.

A experiência da formação na residência produz subjetividade, mesmo que a porta de entrada e a lógica do cuidado estejam justificadas e amparadas na importância dada à técnica e aos procedimentos. Tornar-se mais humano e sensível, foram as palavras usadas por Tiago para explicar que a residência médica o “ensinou” a ser mais subjetivo.

Somente a partir da residência foi possível vivenciar de forma ampliada o Sistema Único de Saúde (SUS), visto de forma insatisfatória na graduação, conforme criticou Tiago. Sobre isso, Cavalheiro e Guimarães (2011) em um estudo sobre a *Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço*, discutem a questão ao afirmarem que é necessário incluir no ambiente da formação a discussão das potencialidades e desafios na formação para o SUS, tanto no ensino como no serviço. “Identifica-se que, em algumas situações, o contato do estudante com o sistema ocorre num período avançado do curso ou por meio de uma única disciplina” (CAVALHEIROS E GUIMARÃES, 2011, p. 26).

Há uma necessidade na formação e que é abordada na literatura, sobre as universidades ampliarem e aprofundarem as discussões sobre a formação profissional na área da saúde:

Tradicionalmente circunscrito aos docentes da área de saúde coletiva, o debate sobre a formação para o SUS precisa incorporar os demais atores envolvidos nesse processo, com o objetivo de promover uma visão ampliada do Sistema Único de Saúde, que enfatize o princípio da integralidade das práticas de saúde. Apostar na possibilidade de construção do novo, investir

no estabelecimento de relações horizontalizadas, onde todo o produto e frutos são compartilhados, onde não há uma academia que simplesmente se utiliza do serviço como local de estágio, nem um serviço que se utiliza do estudante como mera “mão-de-obra” tem sido o esforço empreendido por quem está à frente do trabalho de integração ensino-serviço (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011, p. 26).

Sobre os aspectos que Tiago considerou importantes e que não estão presentes na formação da residência, ele ressaltou:

Número de staffs, preceptores, isso é uma deficiência aqui no hospital, principalmente na infectologia nós temos poucos staffs. Isso na verdade é um reflexo de todo o Brasil, eu acho que a formação médica no Brasil hoje em dia, ela não prioriza muito as doenças infecciosas, e é cada vez menor o número de infectologistas nas residências médicas.

Acho que agora né, nos últimos anos que tá sendo melhor esse reconhecimento do infectologista com o surgimento de algumas doenças né, essas gripes, essas pandemias... eu acho que com isso é que o pessoal tá começando mais a reconhecer o médico infectologista.

[...] em termos de infra-estrutura, maior número de staffs, eu acho também que haveria a necessidade de nós termos maior número de discussões clínicas. É deficiente esse ponto, em termos de aula mesmo.

E investimentos eu acho que precisaria se investir mais no médico residente, financiar cursos mesmo de ATLS, ACLS como a gente vê pra fora, nas outras residências... congressos, pelo menos na metade do valor... eu acho que o MEC, enfim, cada residente, cada bolsa de residente, ele tem um valor que enviado pelo MEC... eu acho que isso deveria ser investido nesse ponto, de congressos, cursos, e não há esse investimento. Acho que os pontos principais são estes mesmo.

A infra-estrutura é mais uma vez colocada por Tiago como algo que ou precisa ser melhorado, ou implantado. Uma informação nova que ele acrescentou, foi a do número insuficiente de *staffs*, termo comum utilizado na medicina para designar a equipe de trabalho. A falta de pessoas na equipe constitui para ele uma deficiência no hospital, o que demonstra uma valorização do mesmo, da importância do trabalho em equipe na formação da residência, pois sendo o conhecimento uma construção social, a falta de pessoas e de um maior número de discussões clínicas é reconhecidamente algo que faz falta na formação. Ele considera essa dificuldade como sendo reflexo de todo o Brasil. Faz uma crítica à formação médica que não prioriza muito as doenças infecciosas, sendo cada vez menor o número de infectologistas nas residências médicas nas quais sobram vagas.

Segundo ele o profissional de infectologia não é tão bem remunerado por ser um médico basicamente clínico, de diagnóstico clínico e que não faz procedimento não sendo tão

reconhecido. Apenas nos últimos anos, com o surgimento de algumas doenças como gripes e pandemias é que se começou a reconhecer o médico infectologista.

Há a necessidade de um maior número de aulas, pois Tiago alega que os residentes ficam no dia-a-dia na enfermaria com os pacientes graves, e que isso “se perde algumas vezes”. Falou sobre a falta de investimentos no médico residente, no financiamento de cursos e congressos, questionando sobre os recursos enviados pelo Ministério da Educação (MEC) que, na opinião dele, não são aplicados corretamente.

5.1.3 Clara (R2)

Com apenas dois dias de diferença da última entrevista realizada com Tiago, foi possível o encontro com Clara, residente do segundo ano da formação, em uma sala de aula do Centro de Estudos da instituição. O contato telefônico foi realizado com duas semanas de antecedência, porém, Clara demorou um pouco mais em razão de seus afazeres, para conseguir um tempo em sua agenda para que pudéssemos nos encontrar.

O local marcado foi na biblioteca e, posteriormente, em uma sala de aula onde foi realizada a entrevista. O termo de consentimento foi lido e assinado pela entrevistada, e foi permitido o uso do gravador digital.

Ao questionar Clara sobre a importância da residência médica para a formação do médico, ela respondeu:

Total! É porque assim... na residência médica eu acho que você consegue resumir tudo assim o que você aprendeu durante a faculdade e acaba pondo em prática de uma forma mais assim... profissional do que no internato.

No internato você tem muito aquela coisa assim: ah... eu sou acadêmico, eu tô na faculdade, então você não tem aquela responsabilidade sobre o paciente total. Na residência, como você já é médico, já tem essa responsabilidade.

[...] todo mundo cobra muito mais do residente do que do interno. Então assim, os preceptores vão cobrar mais de você uma conduta, uma postura certa, então eu acho que isso acaba te forçando mais a estudar... te forçando mais também a querer acertar... coisa que no internato você não tem muito. No internato você empurra mais com a barriga e tal, quer acabar. Você não tem muito esse senso de responsabilidade de quando você já é residente.

A importância é que na residência você acaba aprimorando todo o conhecimento que você aprendeu durante a faculdade. Por isso eu acho muito importante você fazer uma residência médica. Onde você acaba fechando com chave de ouro aquilo... amadurecendo digamos assim, as ideias durante a residência.

A primeira construção de Clara para definir a importância da residência foi “total”. Para ela, é somente na residência médica e através da prática já como uma profissional, que

será possível diferenciar o médico do aprendiz. É na residência e de posse do título fornecido pela graduação que o médico se torna realmente médico, pelo fato de já assumir a responsabilidade total sobre o paciente.

Para Clara, a experiência do internato não a tornou médica. Embora o período chamado internato seja uma etapa integrante da graduação, caracterizada por um estágio curricular obrigatório de formação em serviço sob supervisão, e tenha como finalidade integrar o aluno nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem nas redes de serviços de saúde, para Clara, é somente na residência que o médico será mais cobrado e terá a oportunidade de aprimorar todo o conhecimento que aprendeu durante a faculdade permitindo o amadurecimento. A residente usou a expressão “fechar com chave de ouro”, um modo de expressar-se parecido com o utilizado por Paulo (R1), ao referir-se à residência como algo de grande valor (padrão ouro da formação). Sentir-se responsável e profissional, é a forma como Clara subjetiva a experiência da residência.

Sobre a escolha da especialidade em infectologia, a residente justificou:

Cara, eu queria fazer biologia. Então eu fui falar pra minha família e meu pai não deixou muuuuito... achou que era melhor eu fazer medicina [...]

E a infecto também é uma área que se aproxima muito da biologia... então você tem doença, você tem o ciclo da doença, entendeu? Você estuda os bichinhos, os patógenos... diferente de uma Endócrino por exemplo, em que você não vê nada disso.

[...] por eu gostar muito de biologia, de ver o ciclo dos animais e tudo o mais... eu acho que eu acabei indo pro lado da infecto porque você acaba estudando também. Você não estuda só o ser humano em si, você estuda também o transmissor, o vetor... eu adoro.

Dois fatores foram considerados: a influência da família e a preferência de Clara pela biologia. Sobre isso, Ribeiro et. al (2011), em um estudo realizado sobre a opção profissional de jovens pela medicina, enfatizam que as motivações para a escolha da medicina são complexas e mutáveis. Para Santos (2005), muitos fatores influenciam na escolha de uma profissão, como características individuais, convicções políticas, religiosas, valores e crenças, cenário político-econômico de um país, e a família, que figura como um dos principais fatores que ajudam ou dificultam no momento da escolha do jovem. As escolhas vivenciadas acontecem a partir de modelos familiares que influenciam no juízo de valor acerca das profissões. “A escolha profissional é uma oportunidade de provar a lealdade à família e de cumprir com a sua missão não apenas individual, mas familiar” (SANTOS, 2005, p. 59).

Para Clara, a opinião do pai foi um dos motivos que influenciou a escolha profissional, em que uma espécie de solução foi encontrada por ela, para aliar o desejo do pai à preferência pela biologia. A especialização em infectologia foi uma saída encontrada por ela.

Outro ponto interessante é o da preferência pela biologia e a aplicação desta à medicina. Laplantine (1991), ao falar dos modelos de representação da doença, afirma que o modelo da exterioridade patogênica, entendido como a existência de um agente externo causador de doenças, ainda exerce forte influência no campo da medicina ocidental. Clara, ao falar de sua predileção em estudar “os bichinhos”, “os patógenos”, e a relação destes com o ser humano, estabelece uma relação etiológico-terapêutica (LAPLANTINE, 1991).

Esta relação freqüente feita pelos residentes, determina a preferência da representação terapêutica que possuem e justifica a importância do diagnóstico, tão bem reafirmada nas entrevistas de Paulo (R1) e Tiago (R3), e que Clara corrobora. Sobre esta relação:

[...] o diagnóstico determina a natureza do tratamento, da mesma forma que nas sociedades tradicionais a adivinhação induz o ritual a ser efetuado. Portanto, são os conhecimentos e as habilidades que determinam os poderes. Para intervir eficaz e duradouramente, acredita-se, com efeito, que é preciso conhecer, de início, a causa da doença. Esse processo lógico – que consiste em identificar e designar com clareza o adversário, a torná-lo nominalmente responsável pela doença – é de longe, evidentemente, o mais tranquilizador tanto para o espírito humano quanto para o grupo social (LAPLANTINE, 1991, p. 207).

É em razão da procura pela cura, que se procede preferencialmente a uma localização e a uma objetivação da doença, sendo a construção da representação de uma agressão patogênica muito mais tranquilizadora.

Sobre a preferência do HUIBB como local escolhido para a realização da residência médica, a entrevistada fez as suas considerações:

Olha não foi bem uma opção. Foi o que me restou. Eu queria fazer na verdade... eu fiz medicina fora, eu fiz na UEL em Londrina... e eu queria fazer na USP em São Paulo. Mais aí eu não passei né.

[...] aí eu falei não... deixa eu fazer o Barros, é referência e tal... é um hospital bom e tudo... vou fazer lá.

A infecto de lá é muito mais voltada para a... só a parte de hepatites e HIV e não vê muito o resto da infecto em geral e pra cá você já acaba vendo. No HC da USP você acaba vendo... você tem muito caso que eles encaminham pra lá. Então você acaba tendo uma amostragem não muito rica e aqui você tem uma amostragem que tem naturalmente.

Tem de tudo aqui por causa da própria região que a gente vive. Então você acaba vendo Malária, você acaba tendo Leishmaniose, acaba vendo micoses profundas em pacientes que não são imunodeprimidos... então você vê AIDS, principalmente em um estágio muito avançado em que você já não

tem mais no Sul e Sudeste... aqui a gente tem muito. Então... aqui é assim, por questão de pacientes e amostragem eu fico e não me arrependo.

A princípio, Clara deu preferência para uma residência fora da região Norte, na instituição citada por ela na qual não obteve aprovação. Posteriormente, alegou que o HUIBB é uma instituição de referência, aspecto que também já foi citado pelos outros dois residentes entrevistados.

A referência consiste no fato da riqueza de amostragem e no tipo de paciente para o estudo em infectologia. A discussão que foi empreendida nas duas entrevistas anteriores corrobora com as opiniões de Clara sobre este quesito.

Sobre as impressões da entrevistada acerca da experiência da residência, ela destacou:

[...] o Barros tá passando por uma série de problemas eu acho que isso acaba interferindo é na sua... digamos assim, é na sua satisfação quanto a estar aqui dentro né, na sua vontade de... sei lá, de querer aprender, de querer crescer também, porque quando você é muito limitado, você fica desestimulado tá. Eu acho que o que está acontecendo aqui no Barros por várias limitações de recursos, por exemplo, você acaba ficando um pouquinho desestimulado.

Agora uma questão profissional minha com os pacientes, por exemplo, que eu tô achando ao fazer residência, eu to gostando tá.

Pacientes que são difíceis, pacientes com uma história de vida muito difícil, dramática, trágica até às vezes, tá... e são pacientes que já chegam pra ti num estágio também trágico tá, então muitas vezes você quer fazer muito por esse paciente e não pode, aí você acaba entrando às vezes um pouco em colapso porque você quer fazer, você sabe que pode ser feito mas você esbarra numa condição já debilitada dele, você esbarra numa falta de recursos do hospital, você esbarra numa falta de vontade de algumas pessoas, então, é todo um conjunto né, que acaba te deixando assim um pouco é... sei lá... como é que eu posso... frustrado, um pouco decepcionado.

[...] no meu atual estado, eu tô um pouco assim amortecida. Você vai se acostumando com a coisa. É... eu não gostaria disso pra mim, mas é uma coisa que você acaba tendo depois. Ah... morreu, ele estava muito grave... era um paciente que chegou num estado muito terminal... tá... eu aceito, mas chegou num estado terminal ponto! Se nós tivéssemos isso, isso, isso, isso... talvez a história dele pudesse ser diferente [...]

Clara, assim como os seus colegas de formação, criticou as limitações provocadas pela falta de recursos no hospital. Ao abordar isso, ela considerou a experiência a partir de dois pontos de vista. Da dificuldade técnica em razão da limitação de recursos que causa desestímulo e frustração. E do ponto de vista profissional, enfocando a relação com os pacientes que trouxe situações ricas e diferentes.

A residente ressaltou, ao descrever a experiência da residência, uma série de entraves e barreiras as quais se depara, e que me faz pensar sobre a afirmação de Martins (2005) já

mencionada neste trabalho, sobre o complexo sistema assistencial que coloca muitas vezes o residente em uma condição de sobrecarga, ao lidarem com sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. A residência descrita sob o ponto de vista de Clara seria realmente um teste de resistência, conforme considerou aquele autor.

Apesar da decepção e frustração da residente diante dos entraves que ela enumerou, há segundo ela, uma sensação de amortecimento, mas que considero ser diferente da frieza considerada como um mecanismo de defesa atribuído aos médicos, como forma de proteção e discutido na literatura. Ressalto que, especificamente no caso de Clara, penso que amortecer é a forma como ela recebe o impacto dessas experiências relatadas, e que demonstra o modo como ela se subjetiva. A forma de conduzir-se diante dos problemas é a de buscar soluções, recusando-se conforme ela afirmará mais adiante, “ir na crista da onda”.

Sobre o ponto de vista do cuidado na relação com os pacientes, a questão subsequente sobre que tipo de aprendizagens foi considerada por ela como as mais significativas durante a residência, forneceu exemplos do que Clara argumentou na questão acima:

[...] olha, é que assim, eu não tenho coisas muito boas pra te falar. O que eu ando aprendendo... porque não são coisas certas, sabe? Então por exemplo: é... infelizmente aqui no Barros... eu vou esbarrar de novo na questão da falta de recursos... a gente aprende a deixar o paciente morrer, tá.

Por outro lado, é... o que eu pude aprender também aqui, é que assim... sempre vale, você tentar fazer o seu máximo em todas as situações e nunca deixar de fazer isto. Entendestes?

Uma preceptora disse pra mim: por que que você fez isso? Essa paciente vai morrer e ocupar um leito de UTI pra nada, e quando eu fui conversar com o médico da UTI ele me disse mais ou menos a mesma coisa. Mas eu falei assim: olha, não é bem assim, a paciente é nova, é uma paciente que tem uma condição reversível, ela é SIDA, com uma Estoplasmosse disseminada, então são coisas totalmente reversíveis... ela está sangrando porque está muito plaquetopênica e muito citopênica mas é um quadro reversível.

Essa paciente ficou em terapia intensiva, ficou quase um mês internada na UTI, saiu da UTI, foi pra Enfermaria e recebeu alta quase normal. Isso é uma experiência boa, tá. Mas as experiências ruins, é que eu acabo vendo e sentindo é tanto da preceptoria quanto de um espírito no Barros Barreto em geral de todos os médicos, é que: nós não temos muito o que fazer pelo paciente. Nós somos limitados, nós... ah! É grave. Deixa morrer.

[...] é... mais ou menos assim que eu tive que me comportar algumas vezes... com as impossibilidades de fazer mais né. E esse é o aprendizado que eu não quero levar pra minha vida. Por exemplo, é uma coisa negativa que eu aprendi aqui na residência, um espírito assim da residência, contaminando todo o hospital de uma forma geral, mais ou menos... eu sei que é meio pesado falar isso, mas... tô sendo sincera contigo.

Eu me recuso, por exemplo, a ir na “crista da onda”. Eu fui obrigada algumas vezes por ser obrigada, por não ter o que fazer, os recursos se esgotarem, não ter vaga na UTI, de não aceitarem o paciente, eticétera, e... mas não assim, desistir sem lutar. Entendeu?

De acordo com estas considerações nas quais foi possível visualizar a complexidade do cenário que Clara descreveu, acredito ser pertinente pensar sobre as construções da residente, a partir de uma ética que demonstra a maneira como ela subjetiva as dificuldades e que delinea a maneira de conduzir-se. Para ela, fazer o máximo em todas as situações e desistir sem lutar, não indo “na crista da onda”, é o que pôde aprender de forma significativa durante a residência. Na análise de Clara, na instituição aprende-se a “deixar o paciente morrer”, referindo-se às dificuldades da falta de recursos e da perspectiva de alguns profissionais que afirmam que, pela gravidade do paciente, não há o que fazer.

O exemplo trazido por Clara coloca em tela o tema da bioética e que também ocupa um espaço cada vez maior nas discussões sobre a formação. Rego et al. (2008) tecem considerações sobre a noção de ética na medicina, esclarecendo que o conceito de bioética foi construído ao longo dos anos, adquirindo diferentes conotações em torno de uma nova ética biomédica emergente. Eles/elas compreendem originariamente a bioética como uma nova ética científica capaz de fornecer respostas às relações homem-natureza, preocupando-se com a qualidade de vida e também entendida como uma nova ética biomédica que contempla um conjunto de conceitos, argumentos e normas que visam à valorização e legitimidade ética dos atos humanos, cujos efeitos afetam profundamente os sistemas vivos.

O campo da bioética, ao considerar as ações humanas em termos morais, preocupa-se em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem estar dos humanos. Não só no campo da saúde pública, o que se defende hoje, é que a proteção seja o princípio norteador das análises e decisões a serem tomadas.

Como já foi dito anteriormente, a ética se distingue da moral. A primeira se refere ao modo de agir resultante do exercício das construções críticas, e a segunda, às próprias normas de conduta vigentes em dada sociedade. De acordo com Rego et al. (2008), todo indivíduo é capaz de realizar julgamentos morais, capacidade esta que se desenvolverá de acordo com as características e as oportunidades de interação dos sujeitos com o seu meio. Para os/as autores/autoras, o que figura nesses julgamentos são:

[...] razões heterônomas ao fundamentado em razões autônomas e dos interesses egoísticos aos baseados em princípios éticos universais. Neste movimento, as condições da interação dos indivíduos com o seu meio social – e as oportunidades que esse meio social lhes oferece – é que são

determinantes para a compreensão das resultantes deste processo. Isto confere grande responsabilidade ao sistema educacional – e, no caso em análise, ao sistema de ensino de nível superior -, posto que é sua missão formar os profissionais de saúde nos aspectos não apenas técnicos, mas também morais e éticos. A pertinência desta atribuição é reconhecida ou determinada pelas próprias diretrizes curriculares nacionais, embora, em geral, as instituições de ensino superior tratem da formação moral como se ela ocorresse naturalmente em decorrência da formação técnica (REGO et al. 2008, p. 484).

Vejo que a experiência da residência constitui-se neste campo rico de interação e que oferece uma multiplicidade de eventos a exemplo do que Clara relatou, revelando a potência e a riqueza de acontecimentos na formação que propiciam o terreno para o debate e o exercício crítico, se assim incentivados. Porém, a crítica feita pelos (as) autores (as) é a de que não é raro constatar a dificuldade de compreender, que as complexidades encontradas no campo, no que diz respeito à ética e à bioética, são bem mais densas do que as discutidas no seio da ética médica tradicional, centrada nos conceitos da não-maleficência e beneficência.

Ainda é preciso transcender horizontalmente na educação médica a questão de prescrever as melhores condutas nas atividades profissionais, pois a bioética inclui em seu corpo teórico-prático referenciais como os de autonomia, justiça e proteção ao aproximar-se mais do homem, considerando-o não apenas como paciente. Não basta apenas a explanação sobre conceitos abstratos e normatizações de conduta corporativa, como realizado pela disciplina de deontologia médica. “Para sua real incorporação na realidade diária do sujeito/médico, é preciso saber mais que citar – ou recitar – o atual Código de Ética Médica” (REGO et al. 2008, p. 485).

A partir destas considerações, percebo que a residência médica proporcionou uma experiência que vai muito além da técnica. Vejo que o caminho percorrido por Clara e pelos outros residentes, ainda é solitário, sendo imprescindível ampliar coletivamente o debate sobre as experiências na residência.

Sobre a relação com os preceptores Clara a descreveu:

Acho a minha relação com os preceptores boa.

Eu guardo mais ou menos o que eu penso de cada um, é... procuro tirar o que cada um tem de bom. Assim, se uma preceptora é melhor em diagnósticos diferenciais e um pouco pior em antibióticos, então eu não peço muita consultoria de antibióticos pra ela. Eu discuto com ela mais diagnósticos diferenciais. Se outra é formada na USP e é conhecedora e PhD em antibióticos, então é com ela que eu vou discutir antibióticos né?

[...] então é assim, acaba vendo cada ponto forte de cada preceptor. Eu tento é... assim... tirar um pouquinho deles né, aprender um pouco com eles todos os preceptores aqui da infecto do Barros são muito bons.

A gente conversa, sobre o paciente, sobre coisas e pronto acabou. Com as outras não. Com as outras a gente já conversa mais coisas da vida pessoal. A gente tem tipo uma amizade.

De acordo com a descrição da residente, a relação foi considerada como boa e foi possível visualizar a dinâmica da construção dos saberes desenvolvida por Clara, ao discernir as competências técnicas que cada preceptor pode oferecer e, assim, construir o conhecimento técnico desejado. Percebo mais uma vez a valorização e a importância da técnica oferecida pelo saber dos mestres, mas também da dimensão subjetiva e relacional proporcionado pelo vínculo de amizade estabelecido com alguns preceptores. Neste quesito, assim como na descrição de Paulo e Tiago, Clara demonstra um modo próprio de conduzir-se na relação com os preceptores.

Sobre a relação que Clara estabelece entre a formação da residência e a sua subjetividade, ela considerou:

Na minha formação, por exemplo, eu fui me deparar várias vezes com uma questão de princípios e caráter. Entendeu? Então assim, muitas vezes eu poderia ter negado os meus princípios e meu caráter e ter virado as costas para aquilo que eu acho que é certo. Mas eu nunca fiz isso. Então assim, toda vez que eu acho que uma coisa é certa, eu vou atrás e busco fazer aquilo que eu acredito. Entendeu?

Não concordo com a conduta x então a senhora pode carimbar aqui e escrever que a conduta não é minha, é sua tá? Eu sou muito chata com relação a isso. Assim... eu acho que... não sei, eu tenho a minha opinião, eu tenho o meu conhecimento... estou formando o meu conhecimento.

Eu concordo, aceito, fico muito grata pelo conhecimento dos preceptores, mas eu não acho que o que eles falam é 100% verdade. É altamente questionável, acho que um ambiente de universidade é para isso, para você gerar mais conhecimento, agregar mais conhecimento, e eu busco fazer isso né? E quando eu não concordo com x conduta eu no máximo tento me sair dessa x conduta, tá. A não ser quando eu não saiba né?

Em relação à subjetividade eu acho que é isso não sei... acho que é a sua formação. Eu não sei, eu acho que são os seus princípios, o seu caráter e a linha de trabalho entendeu... não sei. Mas... eu acho que é isso mesmo, ambiente de universidade é um ambiente de construção, um ambiente onde você questiona, você traz coisas novas, você traz artigos novos, é você tentar pegar o conhecimento assim na ponta, na crista da onda e sei lá, dividir. Essa troca de conhecimento assim eu acho fantástica e eu acho que é um ponto válido da residência... você se atualizar digamos assim.

Ao responder esta questão, o posicionamento de Clara em relação a uma ética e estética de si aparece mais uma vez quando a mesma relaciona a subjetividade aos princípios e caráter, a partir da reflexão sobre o que ela considera como correto ou não. Mais uma vez, os signos morais presentes na sociedade e a experiência construída com o outro, revelam-se

articulados fazendo emergir uma nova forma de si. Cita também como exemplo, situações com os preceptores em que ressalta a importância de questionar o saber dos mestres e a criação de uma forma própria de interação que ela nomeou de “linha de trabalho”. Interessante ouvir de Clara sobre a necessidade em se questionar as verdades universais, sendo o ambiente da universidade um local propício. Avaliou a troca de conhecimento como “fantástica” e como ponto positivo da residência.

Contudo, existem aspectos que ainda não estão presentes na residência e Clara os ressaltou:

Eu acho que o que falta aqui nessa formação do hospital, primeiro, recursos. A gente não tem um tomógrafo, a gente não tem um aparelho de ressonância [...]

Eu não tenho nenhuma Tomo. Como eu vou saber se o que ele tem é uma neurotriptocose, uma toxoplasmose ou um linfoma do sistema nervoso, entendeu?

E isso acaba interferindo diretamente no resultado do paciente porque, você acaba atrasando no diagnóstico, você deixa esse paciente esperando muitas vezes, quer dizer, uma coisa que você poderia resolver em uma ou duas semanas, você vai só vai resolver em um mês ou um mês e meio, entendeu?

[...] faltam antibióticos, pra uma residência em infectologia não ter antibiótico é um crime estás entendendo? Quer dizer, o que é que se vai fazer com o paciente? Nada! Tô brincando aqui de ser médico, tu estás entendendo?

Como é que eu vou treinar meu conhecimento do livro? Tás entendendo, quer dizer eu abro lá x coisas: neutropênico febril, a gente geralmente inicia Cefepime... Tem um ano que não tem Cefepime no hospital! Então aqui a gente inicia com Vanco que não é o protocolo. Tá? Então quer dizer, eu sou impedida de fazer o protocolo corretamente por limitações do hospital tá? Outra coisa, cultura... aqui vive faltando cultura, então a gente não tem perfil de resistência microbiana no hospital, coisas que são essenciais pra uma CCIH.

Saber o perfil de resistência, saber quais bactérias são mais frequentes aqui é... saber por exemplo as infecções mais prevalentes no hospital... a gente não tem dado de nada disso! Como é que eu vou fazer uma CCIH aqui? Isso é um ponto que me preocupa. A gente tá num ponto que a gente tá fazendo CCIH fora, porque assim, a gente não tem conhecimento de nada aqui no hospital e a CCIH fica aí sem função, tá. Então tudo isso eu acho que são pontos que prejudicam a minha formação enquanto infectologista, porque eu acabo não podendo fazer aquilo que eu poderia fazer, aquilo que eu aprendi como certo, como os deadlines, como os protocolos... a gente não consegue aplicar direito aqui no hospital [...]

Outro ponto que prejudica eu acho que a infecto, é a questão de aulas, a gente tem poucas aulas... a gente tá até querendo articular isso pra ter mais aulas... é... pra que os preceptores participem mais, para que haja mais discussão. A gente tá querendo reformular os protocolos que a gente tem...

são os próprios da instituição né... tentar adaptar às nossas verdades né, à nossa realidade [...]

[...] mas a questão de recursos infelizmente... é a principal né... a principal é a falta e o que é mais complicado.

A falta de recursos aparece mais uma vez como fator primordial para a formação e para se fazer um bom trabalho em infectologia. Clara se vê prejudicada pela impossibilidade do cumprimento do protocolo, e de colocar em prática o que se vê nos livros conforme afirmou. Nota-se que, apesar das dificuldades, a residente movimenta-se no sentido de reformular condutas adequando-as à realidade vivida pelos residentes. Percebo haver por parte de todos os entrevistados uma forma semelhante de inquietação e envolvimento com as dificuldades, buscando de forma constante alternativas de cuidado.

É inquestionável a pertinência das reivindicações dos residentes, principalmente no que se refere à especialidade em infectologia. Ficou evidente a situação de crise vivenciada por pacientes e médicos, comprometendo sobremaneira a forma de cuidado.

Outro ponto mencionado por Clara é o desejo de que os residentes tenham mais aulas e momentos com os preceptores que propiciem discussões e contemplem todas as questões apontadas pela entrevistada.

Por fim, Clara pergunta se esta pesquisa resultará em mudanças no atual cenário e experimento junto com ela a sensação de responsabilidade pela co-construção de alternativas e busca pela superação desses impasses. Questiono-me sobre o lugar que ocupo ao pesquisar neste cotidiano. Penso nas considerações de Spink (2007) ao afirmar que ao realizar uma pesquisa, nos posicionamos como membros da comunidade a qual pesquisamos, e como tal, somos capazes de interpretar as ações que se desenrolam nos espaços e lugares, porque compartilhamos cada um a seu modo, as experiências e expectativas.

5.1.4 Mariana (Formadora)

A quarta e última entrevista foi realizada com uma das formadoras da residência a qual chamarei de Mariana. Percebi uma dificuldade maior para o agendamento, tendo sido feitas várias tentativas de contato telefônico sem sucesso. Mesmo após o aceite de Maria em participar, houve um tempo muito maior em relação aos residentes para que a mesma pudesse me receber, e o encontro só aconteceu no início do mês de dezembro de 2014, quase cinco meses após a entrevista com Clara (R2).

Menciono o tempo de agendamento entre as entrevistas por acreditar ser este um dado interessante observado durante a pesquisa, e que de certa forma, nos apresenta um sentido. A disponibilidade dos residentes foi maior que a da formadora e penso estar relacionada à

intensa rotina vivida por Mariana, uma vez que esta preceptora é uma profissional que possui um reconhecido trabalho em Belém como médica infectologista e no qual eu mesma, como psicóloga, tive a oportunidade de conviver em instituições pelas quais passei. De certa forma, talvez eu já esperasse que ao chegar à etapa da entrevista com a formadora, haveria uma dificuldade maior para o encontro, o que me levou a fazer conjecturas a respeito do tempo dedicado à atividade profissional do médico, que é exposto a um excesso de trabalho e, muitas vezes, conforme observa Martins (2005), tendo que se dedicar a múltiplos empregos na atividade assistencial.

O tempo de entrevista foi outro fator interessante a ser mencionado, uma vez que ao comparar o tempo registrado entre os participantes, houve uma diferença significativa, sendo a participação de Mariana contabilizada em apenas oito minutos, e a de Paulo (R1), por exemplo, obteve a duração de uma hora aproximadamente.

O local marcado para o encontro foi em um consultório localizado no Núcleo de Medicina Tropical, no Instituto de Ciências da Saúde (ICS), prédio da faculdade de medicina da Universidade Federal do Pará, local onde Mariana estaria atendendo no período da manhã.

Cheguei ao local da entrevista no horário marcado pela formadora e aguardei em sala de espera junto com os pacientes, para que a médica pudesse terminar os atendimentos que estavam agendados naquela manhã.

Após o último paciente, fui autorizada a entrar na sala de consultas para a entrevista. Expliquei à entrevistada sobre o tema da pesquisa e o motivo do convite para sua participação. Obtive a assinatura de Mariana no documento de consentimento e, antes de iniciar, a médica forneceu informações sobre o tempo de formação (vinte e um anos) e de atuação como formadora na residência, contabilizando doze anos nesta atividade. No decorrer do encontro, fomos interrompidas algumas vezes, em razão de membros da equipe que vinham sanar dúvidas sobre processos e rotinas de trabalho, e que por este motivo, fez com que Mariana fosse sucinta ao responder às perguntas, demonstrando certa pressa em finalizar sua participação.

Iniciei perguntando qual a importância da residência médica para a formação do médico. Mariana afirmou:

É... toda! Porque eu não acredito em uma formação de seis anos. O médico não está pronto com seis anos de formação. É mandatório fazer a residência médica.

Só depois desse treinamento em serviço e que é intensivo, né, onde ele realmente assume responsabilidades, ele tem um rodízio muito intenso com

sessenta horas semanais, é aí que ele vai de fato aprender e ser direcionado... ganhar confiança, além de mais experiência.

Não tem jeito. Tem que fazer a residência médica. Deveria ser obrigatório no Brasil já. Infelizmente a gente não tem vaga pra todo mundo, suficientes para todo o egresso de medicina, mas esse é um planejamento do governo que em até 2018 nós tenhamos vaga para todos os egressos de medicina. E aí a partir de então vai ser colocada a residência como obrigatória para todo o médico.

[...] Todo o médico que se forma a imensa maioria, têm consciência de que é necessário fazer a residência.

Ao escutar as primeiras considerações de Mariana sobre a pergunta, constato a unanimidade dos entrevistados em afirmar que é fundamentalmente importante e indispensável que se faça uma residência médica. No caso da formadora, a formação de seis anos obtida pela graduação não merece seu crédito pelo fato de que, em sua opinião, um médico não está pronto ao sair da universidade. A expressão “mandatório” utilizada pela médica traz uma conotação de algo que é obrigatório ou indispensável. Embora ainda não seja obrigatório no Brasil, conforme afirmou Mariana, parece haver uma ideia circulando entre os médicos formados ou ainda em formação, de que a residência é um requisito fundamental para ser considerado realmente médico. Segundo ela, é necessário que se faça um intensivo treinamento em serviço, no qual o médico assumirá responsabilidades durante as sessenta horas semanais, nas quais ganhará confiança e experiência.

Um dado fornecido por Mariana e que merece atenção é a existência de um planejamento do governo de que, até 2018, haverá vagas de residência para todos os egressos de medicina, e que na opinião dela, será um ponto positivo a ser alcançado. A informação tem fundamento na Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que instituiu o recente Programa Mais Médicos do Governo Federal, e é abordada no capítulo III que trata da formação médica no Brasil. O artigo 5º dessa lei estabelece que:

Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o *caput* é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018 (BRASIL, LEI Nº 12.871 DE 22 DE OUTUBRO DE 2013).

Há uma grande discussão na atualidade sobre o Programa Mais Médicos no Brasil, sendo objeto de críticas por parte de membros da comunidade médica e outras organizações políticas. Para citar um exemplo, em recente visita ao portal eletrônico da revista Academia

Médica¹⁰, um dos principais questionamentos de leitores sobre a residência médica, seria a obrigatoriedade do médico recém formado realizar de um a dois anos de treinamento em uma residência da atenção básica. Haveria, segundo a publicação, a necessidade de aplicar um ano, do total de três, em alguma residência de Saúde da Família e Comunidade.

De acordo com aquela revista eletrônica, a medida teria como objetivo aproximar os profissionais das necessidades do Sistema Único de Saúde, o que culminou em uma intensa insatisfação por parte de alguns médicos, que alegaram que o oferecimento de 30% de carga horária ao SUS já é cumprido de forma ampla pelas escolas tradicionais que têm a prática direta com o paciente desde o início do 3º ano do curso de medicina.

No entanto, esta medida seria válida para as especialidades mais carentes no Brasil e que sofreriam a interferência da necessidade da prática de um ano em Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, a exemplo da Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Medicina Preventiva e Social, que são especialidades consideradas sem acesso direto.

Considero oportuno citar estas informações por compreender que ela está presente nas práticas discursivas da residência médica na atualidade, revelando a tensão existente entre governo e comunidade médica, além de influenciar sobremaneira os rumos da formação da residência médica e a forma como é vista por médicos e acadêmicos.

O segundo questionamento foi sobre o motivo de Mariana ter optado em realizar a atividade de coordenação da residência médica no HUIBB. Sobre isso ela respondeu:

Na verdade isso a gente não optou. Isso a gente é levado a fazer. Coordenação e supervisão de residência médica no Barros Barreto, na universidade, não é uma atividade paga. Não há bolsa de preceptoria, não há bolsa de supervisão, então quem faz, faz porque tem consciência da importância do processo.

Mariana aborda dois pontos interessantes, que é o reconhecimento da importância do papel desempenhado pelas atividades de coordenação e supervisão na educação médica da residência e da ausência de bolsa de preceptoria.

Botti e Rego (2008) também reconhecem esta importância, ao afirmarem que sempre houve uma preocupação com o preparo daqueles que cuidam da saúde da população e que por este motivo, a figura de um profissional experiente que auxilia na formação é imprescindível. Afirmam que o valor dado a este profissional está relacionado ao papel que desempenha na

¹⁰ O Academia Médica é uma revista online que tem como público alvo médicos e acadêmicos de medicina. Disponível em: < <http://academiamedica.com.br/como-fica-a-residencia-medica-nos-proximos-4-anos/>>. Acesso em 22. fev 2014.

residência médica, contribuindo para melhorar o nível de qualidade da atuação profissional auxiliando o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos médicos em início de carreira e dos próprios ambientes clínicos. Complementam afirmando que ao oferecer suporte, o supervisor estimula o novo profissional no processo de aprendizagem, ajudando-o também na construção da autoconfiança.

Mariana revela possuir um comprometimento com a formação dos residentes, tendo sido levada a esta função por doze anos, reconhecendo o compromisso social desta atividade. Percebo nas construções da entrevistada um comprometimento aliado a noção de envolvimento abordada por Bastos:

[...] se reporta a uma dimensão afetiva que vincula o sujeito aquele objeto do compromisso. Na realidade o sentimento de obrigação para com, de responsabilidade em relação ao objeto do compromisso, ancora-se em sentimentos positivos que nascem de processos de identificação ou de congruência com valores e crenças pessoalmente significativas (BASTOS, 2009, p. 13).

Segundo o autor, a questão do compromisso social deve ser objeto de análise e estudo cuidadoso pelo potencial que possui de criar horizontes diferentes para o exercício da profissão. Trata-se de reconhecer a importância da construção de uma ciência e profissão voltada aos desafios do nosso mundo contemporâneo repleto de diversidade e profundas contradições. Mariana reconhece a importância disto, embora demonstre insatisfação pela ausência de bolsa de preceptor para apoio a esta atividade potencialmente importante.

Ao ser solicitada a fornecer uma descrição da experiência como formadora da residência, considerando as dificuldades e desafios, a entrevistada declarou:

A residência assim como na graduação é extremamente importante inclusive na contínua formação de um preceptor né. O preceptor também se retroalimenta através desses diferentes níveis de participação na formação de um médico, tanto na graduação, como na pós-graduação.

[...] a dificuldade é inerente à assistência mesmo ao que nós temos de limitações dentro do SUS, mas a gente supera as limitações através de um bom direcionamento acadêmico da formação.

A residência e a graduação foram consideradas relevantes para a contínua formação do preceptor. Segundo a entrevistada, há uma retroalimentação em diferentes níveis, proporcionadas por esta experiência, em um movimento de construção com o outro. Nessa perspectiva, o preceptor posiciona-se como um educador, em que desempenha a função de trocar, construir e reconstruir conhecimentos, em um caminho que se trilha para formar pessoas ativas na sociedade a que pertencemos, e que, segundo Botti e Rego (2011, p. 72), “comprometidas com essa sociedade e que percebem a importância de seus papéis

profissionais na construção da cidadania. Nesse sentido, educar é muito diferente de treinar [...]”.

As dificuldades mencionadas são relativas às limitações também relatadas pelos residentes e que na opinião da formadora são superadas com o que ela chamou de “um bom direcionamento acadêmico da formação”. Embora Mariana não tenha esclarecido melhor esta questão, penso no valor dado à competência técnica enfatizada por todos os entrevistados na busca pela superação das dificuldades, a exemplo do que Clara (R2) considerou, sobre traçar alternativas que se adequem à realidade vivenciada por eles, a exemplo de rever os protocolos assistenciais, ou seja, fazer uso do conhecimento técnico adquirido para a superação das dificuldades no cotidiano.

A pergunta subsequente foi sobre que tipos de aprendizagens na residência são consideradas por ela, como as mais significativas para a formação do médico. Mariana esclareceu:

Você aprofunda nos temas mais específicos da especialidade né... e você assume é... importantes missões no dia-a-dia. Na verdade o médico residente ele assume totalmente o paciente. O paciente é dele. Ele não fica como um observador, como mais um observador quando ele está na graduação, então ele é o médico responsável.

Claro, com a supervisão de um médico preceptor. Então, de um preceptor de outras áreas, dependendo do rodízio de onde ele esteja. Então é... há um amadurecimento tanto de conteúdo da especialidade, como de profissional no relacionamento com o sistema e no relacionamento com o paciente.

Aprofundar em temas específicos da especialidade foi também algo considerado pelos residentes entrevistados, ao falarem das especificidades da infectologia. Mariana, assim como Clara (R2), também mencionou como ponto positivo a responsabilidade pelo paciente assumida na residência em comparação à graduação, em que esta responsabilidade não é total. Percebo haver com isso, uma busca por uma autonomia profissional do médico, na assunção de uma segurança técnica, mas também verifico que assumir totalmente o paciente e referir que “o paciente é dele” pode favorecer um modelo paternalista de cuidado, no qual o paciente é dependente do julgamento e das ideias do médico.

Sobre isso, Caprara e Franco (1999), ao tratarem da relação médico-paciente, referem que este modelo ainda precisa ser superado, e que é necessário que o médico reconheça a necessidade de assumir um modelo de comunicação bidirecional, de responsabilidade compartilhada, com o intuito de estabelecer uma relação empática e acima de tudo participativa, que ofereça ao paciente a possibilidade de também decidir no tratamento.

A supervisão de um médico preceptor é reconhecidamente importante na formação da residência e Mariana considera como aprendizagem significativa o amadurecimento profissional no relacionamento com o paciente e no conteúdo da especialidade, aspecto também observado no repertório da residente Clara, que mencionou a questão profissional e relacional.

Ao descrever a relação estabelecida com os residentes, Mariana declarou:

É boa. É muito boa. Como eu sempre estive em supervisão eu fui a presidente da comissão estadual, então eu sempre tive um bom relacionamento com os residentes, tanto na colocação das obrigações deles como também na defesa dos direitos deles.

Ao considerar “muito boa” a relação com os residentes, a entrevistada utilizou como parâmetro a observância das obrigações e direitos dos residentes, a partir do que é estabelecido pela Comissão Estadual de Residência Médica (COREME). Ao se posicionar desta forma, Mariana revela uma dimensão subjetiva pautada em uma ética, que visa à adoção de padrões normativos construídos coletivamente.

Sobre os aspectos que a entrevistada considera importantes, e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da residência, ela esclareceu:

É... só a limitação em relação a estrutura que a gente ainda, de vez em quando, tem problemas para tratamento e para diagnóstico. A falta de uma tomografia, a falta de uma ressonância magnética, a falta de alguns medicamentos... isso às vezes complica na resolução dos problemas com os pacientes.

Novamente constato a unanimidade no repertório dos residentes e da formadora a respeito da falta de estrutura tecnológica e de medicamentos, que interfere na formação e na resolução dos problemas dos pacientes. São barreiras impostas que impedem a execução do tratamento e estabelecimento do diagnóstico, causando o sentimento de impotência e insatisfação diante de algumas situações, mas que também, funciona como bandeira de luta e implicação na busca por soluções, como já foi ressaltado por todos os entrevistados.

A última pergunta feita à formadora teve como objetivo abordar o tema da residência médica no Brasil e no Pará. Sobre isso, Mariana declarou:

Há um grande incentivo pelo governo federal e também o estadual de ampliar bastante as vagas de residência médica. Nós conquistamos muitas vagas nos últimos cinco anos principalmente, e ampliou bastante o número de vagas de residência médica no Estado do Pará. Não só em Belém, também interiorizou. Então hoje nós temos vagas em Santarém, temos vagas em Bragança, é... em Redenção. Altamira está pleiteando.

Então isso é muito importante porque é a melhor forma de fixação do profissional médico, é ter a residência médica no local. É por isso que nós perdemos muitos médicos que vão fazer residência em outro estado, eles

acabam ficando por lá por vários fatores. Então ter os programas de residência aqui dentro, em áreas estratégicas principalmente que nós temos muita carência, isso é fundamental para a saúde do estado.

[...] basta ter os serviços organizados e pessoas que queiram oferecer programas de residência médica.

As informações fornecidas pela entrevistada demonstram uma postura favorável à criação de novas vagas de residência médica, fato este abordado pela nova política do governo federal que visa incentivar a formação de médicos mais comprometidos com o Sistema Único de Saúde. De acordo com o Jornal Eletrônico do Complexo Acadêmico de Saúde¹¹, ao abordar os desafios da residência médica, alegaram que a nova política visa inserir os profissionais no Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB),¹² para atuarem na Estratégia de Saúde da Família¹³ em regiões carentes, estabelecendo a concessão de bônus de 10% na pontuação das provas de residência médica para o candidato que tiver participado e cumprido integralmente os critérios do PROVAB durante um ano.

A insatisfação ocasionada pela nova política, como já mencionada nesta pesquisa, é confirmada pela publicação, justificada pela geração de um impacto nos processos seletivos de residência médica. A justificativa para a polêmica seria de que o candidato, ao receber os 10% de bonificação, subiria 200 colocações na classificação em concursos do SUS e que ao participarem do PROVAB atestariam o interesse de apenas receber a bonificação.

Considerando que o PROVAB é importante e que possui relação com a fixação do médico, mas que a bonificação era abusiva e que alterava significativamente o resultado do concurso, as instituições de ensino tentaram negociar com a Comissão Nacional de Residência Médica. Os argumentos defendiam que o PROVAB valesse para áreas prioritárias de

¹¹ Jornal Eletrônico do Complexo Acadêmico de Saúde – FMRP – HCFMRP – FAEPA. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/os-desafios-da-residencia-medica-em-face-da-instituicao-do-provab-e-mais-medicos/>>. Acesso em 26. fev 2015.

¹² Programa que visa estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família levando-o para localidades com maior carência para este serviço. Ministério da Educação em conjunto com o Ministério da saúde instituíram a Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Documento disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 26. fev 2015.

¹³ A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 26. fev 2015.

necessidade de fixação do médico (regiões norte, nordeste e centro-oeste), ou que valesse, em especial, para programas básicos de residência médica como a medicina de família, clínica médica, cirurgia, ginecologia e pediatria.

Os fatos mencionados demonstram a discussão atual sobre os rumos da residência médica e que repercutem na criação de novos programas e na formação médica. Mariana, ao falar disso, defende a interiorização dos programas de residência no Estado do Pará, afirmando conquistas em municípios como Santarém, Bragança, Redenção e futuramente Altamira.

Mariana afirma ser esta a melhor forma de fixação do médico evitando, assim, a perda de profissionais que procuram fazer a residência em outros estados. Ter programas estrategicamente criados em locais de carência, é fundamental para a saúde do estado. Basta que, para isso, hajam serviços organizados e pessoas que queiram oferecer os programas.

A preocupação da entrevistada com a saúde no estado corrobora com a noção de promoção de saúde abordada por Souza, de que (2012, p. 124), “[...] promover saúde significa atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação e condicionantes da saúde, no sentido de fortalecer os indivíduos e o entorno onde vivem”. Para a autora, é importante que os serviços se aproximem das pessoas, e é dessa maneira que Mariana subjetiva-se com a experiência da residência médica.

Ao finalizar este capítulo, em que foram expostas e debatidas as práticas discursivas presentes na formação da residência médica na voz dos entrevistados, e de todos os atores citados em suas produções, foi possível perceber momentos de aproximação de algumas opiniões fornecidas, construções novas e surpreendentes feitas em alguns posicionamentos, que me levaram a desfazer alguns equívocos, em um movimento de desconstrução de noções pré-concebidas antes da realização desta pesquisa.

Como exemplo, cito o que foi mencionado a respeito da experiência da residência, como o reconhecimento da importância da dimensão subjetiva na relação médico-paciente, da visão que possuem sobre o relacionamento com os mestres, marcado por uma postura de construção conjunta e retroalimentação, de uma ética e estética de si, ao falarem dos eventos difíceis que envolvem limitações da prática a partir de situações consideradas inadequadas por eles/elas, e que representaram o exemplo daquilo que não desejam repetir, e do compromisso na luta pela melhoria do serviço prestado, na superação de barreiras e no reconhecimento da necessidade de uma revisão contínua da formação, com a participação de todos.

Destaco que este momento representou a etapa mais dinâmica desta pesquisa e que contribuiu para mais inquietações. A discussão feita a partir das construções dos residentes e da literatura não objetivou o esgotamento das questões levantadas.

Assim, como perguntei aos participantes sobre a relação que poderiam fazer entre a formação e a subjetividade, para mim, ao empreender as construções dessa pesquisa, também me questioneei sobre a repercussão disto em mim.

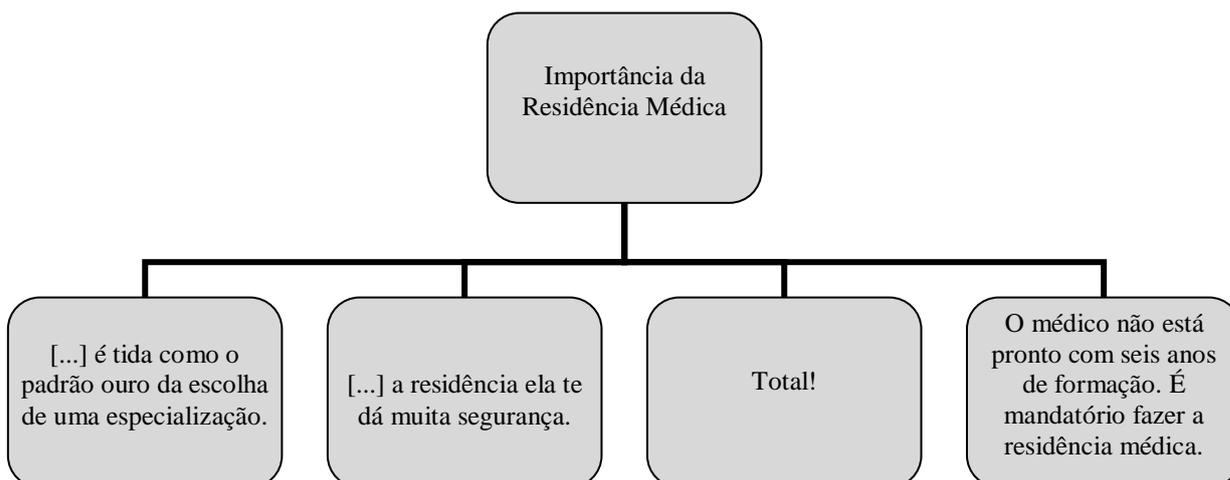
Resgatando a dobra da subjetivação de Deleuze, em que é possível a invenção de diferentes formas de relação consigo e com o mundo, Silva afirma que (2004, p. 68): “ao expressar tanto um território subjetivo quanto o processo de produção desse território a dobra afirma o próprio mundo como potência de invenção: nela é cada vez o novo que se produz”. A dobra coloca em questão o que somos, criando novas possibilidades de produção de sentido. Ao realizar esta pesquisa, pude reposicionar-me.

5.2 AS LINHAS NARRATIVAS

Para dar visibilidade aos aspectos importantes, discutidos a partir dos repertórios dos entrevistados, nos quais foi possível o reconhecimento de categorias, apresento o desenho das linhas narrativas como recurso metodológico. Dentre os temas recorrentes que figuraram nas construções dos (as) entrevistados (as), produziu-se as seguintes categorias:

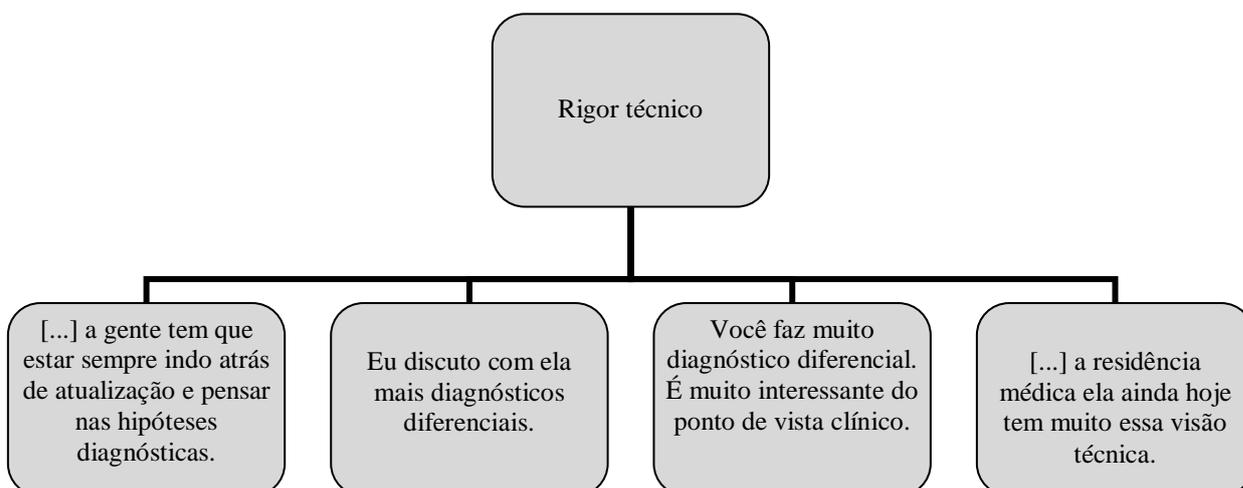
5.2.1 *Importância da residência médica*

Esta categoria foi construída considerando o lugar da modalidade “residência” na formação do médico, ou seja, qual valor, aqui entendido como produção de sentido, é dado para a residência. Os repertórios foram respostas dadas às perguntas 1 e 2 do roteiro. O que se destaca nos enunciados como linha central de argumento é a uniformidade da importância da residência para a formação médica.



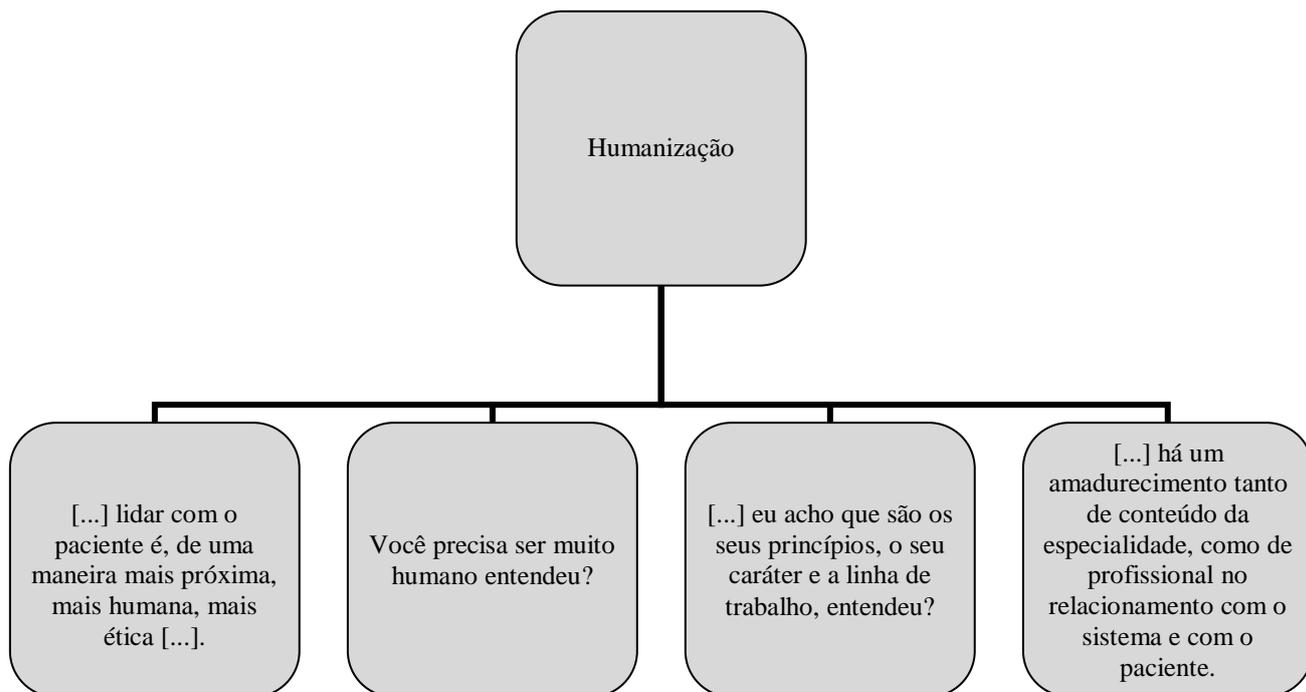
5.2.2 Rigor Técnico

O rigor técnico é uma categoria construída com base nas respostas que faziam referência ao saber técnico na residência. Os repertórios abaixo foram respostas dadas às perguntas 1 e 6 do roteiro. Esta categoria expressa que a obtenção da técnica na residência se dá de diversas formas: relação com o saber do preceptor, experiência clínica do residente e aquisição de um raciocínio clínico baseado em atualização e clínica.



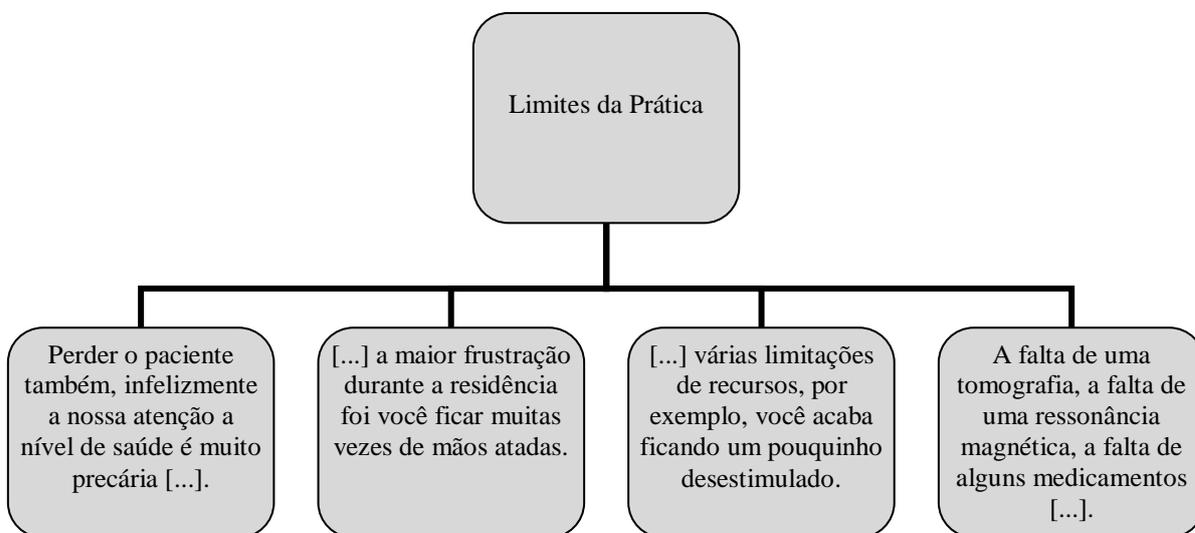
5.2.3 Humanização

A construção desta categoria foi possível com base nos repertórios fornecidos sobre os questionamentos 4, 5 e 7 do roteiro de perguntas, a respeito da descrição dos participantes sobre a experiência da residência, os tipos de aprendizagens significativas do cotidiano e da relação que estabeleceram entre a formação da residência e a subjetividade. Houve o reconhecimento de dois aspectos importantes. O primeiro nos fala da necessidade de tornar-se mais humano a partir da experiência do contato com o paciente, e o segundo, relacionado aos princípios, caráter, linha de trabalho e amadurecimento na profissão.



5.2.4 Limites da Prática

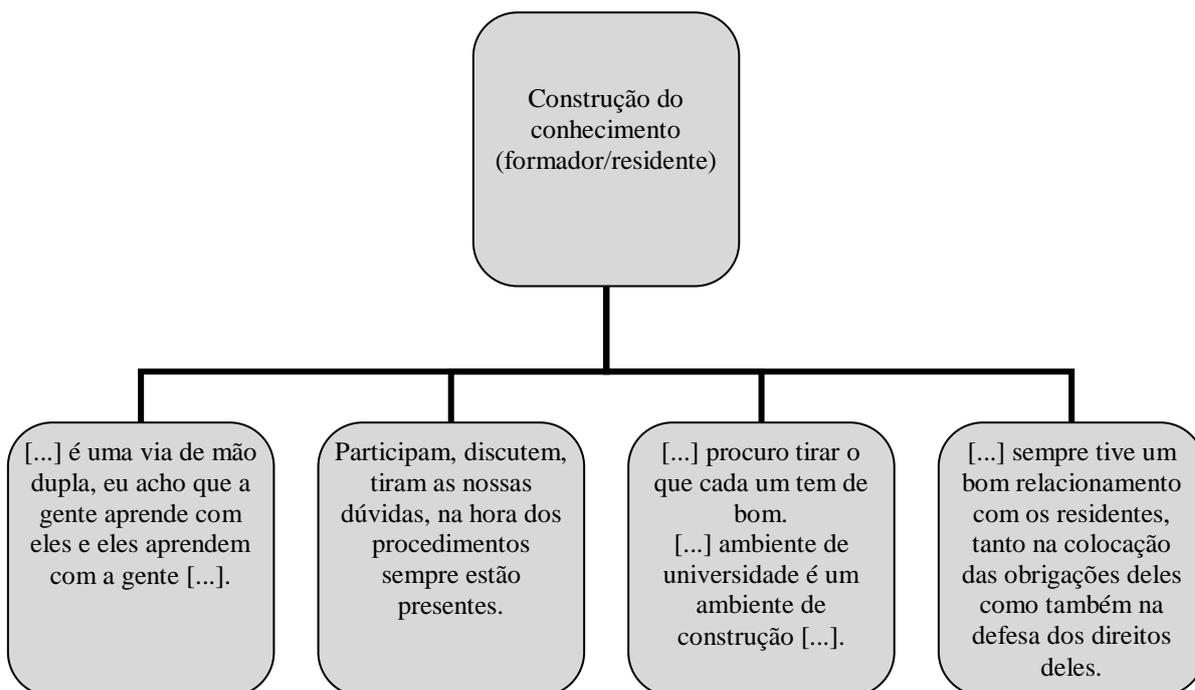
A partir dos questionamentos 4, 7 e 8 do roteiro sobre a experiência da residência, relação entre formação e subjetividade e aspectos importantes que não estão presentes, foi possível a construção desta categoria que está relacionada às dificuldades atribuídas à falta de recursos no hospital.



5.2.5 Construção do Conhecimento

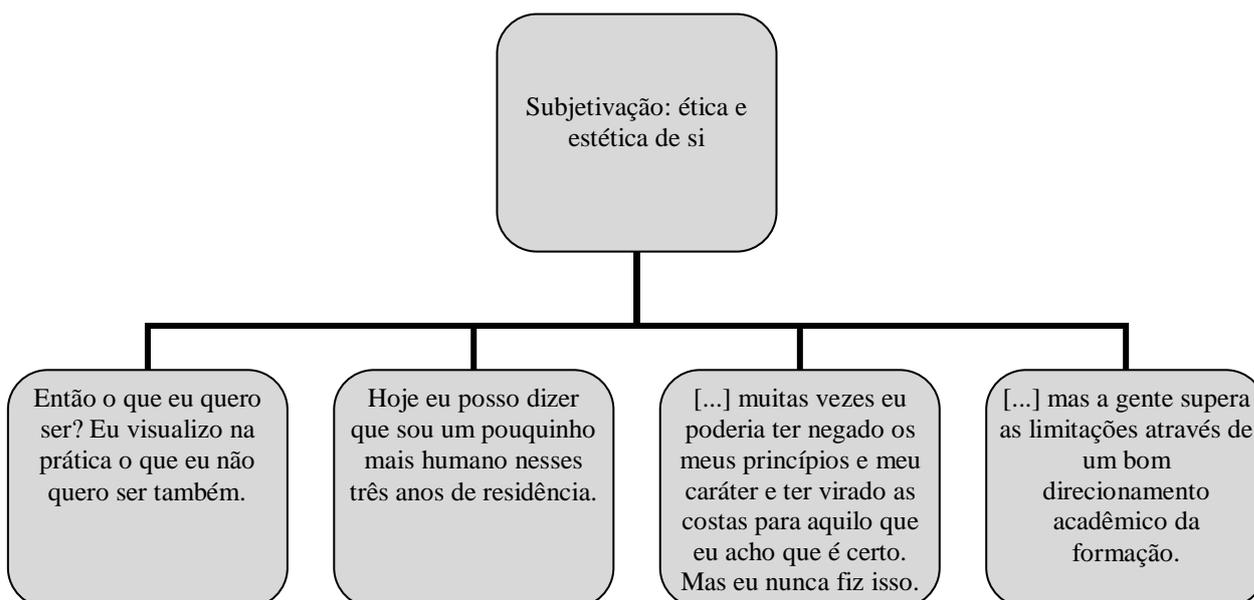
Categoria construída a partir do questionamento 6 sobre a descrição da relação com os (as) preceptores (as). Há uma relação de troca e construção conjunta de conhecimento. A

relação também demonstrou a importância dada ao exercício de cidadania e respeito aos direitos e deveres dos residentes.



5.2.6 Subjetivação: ética e estética de si

A partir dos questionamentos 5 e 7 sobre as aprendizagens significativas no cotidiano e a relação que estabeleceram entre formação da residência e subjetividade, a categoria subjetivação: ética e estética de si foi construída. A experiência negativa, vista como aquilo que os (as) residentes consideraram como uma forma errada de cuidado possibilitou que pudessem construir novas formas de si. A formação da residência favoreceu um modo de ser mais humano. A ética e a estética foram relacionadas com o agir corretamente, baseado em princípios e caráter. Diante das limitações, um bom direcionamento acadêmico foi considerado como uma forma de subjetivação na busca da superação das dificuldades.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aluno não pode ser entendido somente como um sujeito formado nas carteiras da sala de aula, recebendo e assimilando os conteúdos das disciplinas escolares a fim de obter a posse e o valor exato de um saber intelectual, mas deve-se considerar, sobretudo, que se trata da produção histórica de um determinado tipo de ser (p. 3).

O GOVERNO DE SI MESMO - JORGE RAMOS DO Ó.

Na etapa final desta pesquisa, reconheço que a experiência proporcionada pela oportunidade do encontro com o outro, representado por um sujeito em constante construção, possibilitou a abertura à minha própria transformação enquanto pesquisadora. Houve momentos importantes que puderam demarcar este acontecimento, a exemplo dos questionamentos realizados, sobre quais as práticas discursivas da formação dos médicos residentes e as repercussões disto para eles.

Quando iniciei a discussão a respeito dos problemas que apontavam para as práticas discursivas da formação, busquei em um movimento de confirmação de que os médicos, ao serem expostos a um modelo atualmente criticado de ensino, eram, de certa maneira, produtos de práticas que enfocavam e priorizavam o corpo e a doença como objeto de cuidado, e que isto era visualizado através da forma de cuidado deste profissional com o seu paciente nas instituições de saúde.

Recorri a um equívoco talvez comum a todo (a) pesquisador (a) ao iniciar o seu percurso, que é o de buscar compreender o problema de pesquisa a partir de confirmações de hipóteses previamente levantadas. O que obtive com esta experiência foi a constatação de que através dela, assim como dos participantes, realizei um movimento de curva subjetiva, em que foi possível uma nova ética e estética de si.

Isto foi possível porque a subjetividade da pesquisadora atuou como mais um recurso no processo de pesquisa, em um movimento de implicação na construção coletiva do conhecimento e no rigor na forma de explicitação dos dados obtidos, com uma postura reflexiva sobre valores próprios, interesses, contextos, influências e reconhecimento de possibilidades de interpretação.

Os modos de subjetivação possíveis foram visualizados através deste trabalho de construção reflexiva a partir dos repertórios dos residentes, e por inesperadas considerações

feitas por eles (as), a exemplo do que foi dito sobre as experiências qualificadas como ruins e que propiciaram uma construção de um modo de fazer diferente, nos apontando um caminho oposto ao assujeitamento das práticas institucionalizadas da formação.

Outro ponto importante de subjetivação foi a postura metodológica adotada, de abertura ininterrupta ao novo e de uma ética dialógica operando neste encontro no cotidiano, que abriu portas para um universo significativo de linguagem e possibilidades.

A construção histórica da modalidade de ensino da residência desde o início, até a sua estrutura atual institucionalizada, com todos os seus percalços, foi exposta na fala dos participantes e incluíram a constatação da valorização indispensável da técnica operando no núcleo do cuidado em saúde.

A escolha pela especialidade sobreposta à formação geral em toda a sua complexidade, as relações construídas com todos os atores envolvidos que compõem a rede, as dificuldades atribuídas à falta de recursos tecnológicos e medicamentosos, as perdas e frustrações, o envolvimento político de residentes e da formadora para construção de novas formas de ensino e alternativas de cuidado adequadas à realidade individual vivenciada, foram fatores que propiciaram o encontro de todos os participantes com a própria dimensão subjetiva e com a possibilidade de reposicionamento constante, não importando se a experiência foi considerada boa ou ruim. Não houve uma escolha determinante entre estas duas opções, e sim, a produção de novas formas de sentido e experiência de si a partir da formação.

A ciência construída a partir das relações de saber, que inaugurou uma nova forma de olhar biopolítico, trouxe profundas transformações que impactaram a formação médica e o modo como a medicina se estabeleceu como profissão. A potência das práticas discursivas, postas em circulação e construídas em bases científicas com seus saberes aparentemente incontestáveis, permearam o imaginário social, e também, influenciaram o modo como os residentes definiram e qualificaram suas práticas.

A partir disto, foi impossível escapar da experiência significativa relatada por todos os entrevistados, sobre tornar-se mais humano. Neste trabalho, curiosamente, a importância dada à técnica nos apontou a porta de entrada para o subjetivo. Os residentes, ao atravessarem a experiência da formação especialista, puderam encontrar-se com o que há de mais subjetivo em si.

Diante disto, pergunto-me quais as possibilidades a partir da discussão empreendida, uma vez que os residentes e formadores têm em suas práticas uma preocupação recorrente com o subjetivo, com o relacional, com uma prática que não seja apenas técnica, de articularem isso com a prática médica?

Parece haver um desafio que consiste em agregar aspectos da técnica com uma formação integral e humanizada. Não basta apenas reconhecer a dimensão subjetiva, mas é preciso que isto apareça na prática do cuidado, tal como foi possível visualizar nas considerações dos (as) entrevistados (as), quando afirmaram não se acomodar diante das dificuldades enfrentadas, do reconhecimento de questões sociais graves de seus pacientes, que os colocaram em uma condição de fragilidade diante do complexo sistema de saúde.

Quando foi preciso, lutaram pelo que consideravam correto, como a reversão de um quadro grave, em razão da não desistência do cuidado ao paciente, por uma vaga em UTI, pela obtenção do tomógrafo reduzindo o tempo de espera. Pelo estabelecimento e sustentação de um modo próprio de conduzir-se, a exemplo da adoção de uma conduta diferente da sugerida pelo (a) preceptor (a) e do envolvimento na política da formação.

A partir desta experiência subjetiva, pergunto-me: o que é necessário que façamos? Alguns caminhos foram sugeridos pelos próprios participantes para a superação das dificuldades e do desafio que nos apresenta. Caminhos estes, que se entrecruzaram e apontaram para discussões transversais, com envolvimento e participação coletiva, reconhecendo que não se trata apenas de uma preocupação de médicos e formadores. A necessidade de abertura às discussões sobre a forma de produzir cuidado na residência foi uma das formas sugeridas pelos residentes.

Merhy e Franco (2013), sobre esta questão, também afirmaram que uma mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção deste cuidado, com abertura para o encontro com usuários para espaços de fala, escuta, olhares e signos. Para eles, os processos de mudança, até o momento, têm sido sempre parciais, não conseguindo produzir do lugar em que se encontram, um modelo diferente do médico hegemônico que opera o cuidado, centrado na lógica da produção de procedimentos. As mudanças buscadas no modo de produzir o cuidado ainda acontecem nos limites deste modelo que opera ativamente mesmo sob mudanças no processo de trabalho.

Outro caminho apontado pelos (as) participantes foi a necessidade de uma revisão contínua sobre a formação médica, tanto na graduação como na pós-graduação, e isto foi considerado um ponto importante, principalmente para a construção coletiva de novas formas de produção de conhecimento. O ambiente da universidade foi considerado como lugar propício para trocas e discussões, e acrescento que esta troca deve acontecer não somente no campo de saber da medicina, mas também, com o envolvimento e participação de outros atores, e que ultrapasse os muros do ambiente acadêmico.

Ao finalizar este trabalho, considero que a discussão empreendida não objetivou esgotar as questões levantadas e que neste percurso, foi preciso entregar-se. Pude reconhecer que esta experiência não significou um caminho percorrido até um objetivo previsto ou uma meta pré-estabelecida de antemão, mas representou um encontro subjetivo indispensável e que conforme afirmou Bondía (2002, p.19), “uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem pré-ver nem pré-dizer”.

REFERÊNCIAS

ADLER R; WERNER ER; KORSCHC BM. *Systematic study of four years of internship*. Pediatrics 66(6): 1000-8, 1980.

ALMEIDA FILHO; Naomar. *Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (12): 2234-2249. Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003>. Acesso em 02 jun. 2014

ALVES, Ismael Gonçalves. *Da soberania às biopolíticas: a medicina como instrumento de governo e a inserção da vida biológica na contemporaneidade*. Contemporâneos Revista de Artes e Humanidades, n. 9, pp. 01-26, 2012. Disponível em: <<http://revistacontemporaneos.com.br>. Acesso em 02 dez. 2014>.

AMEREP. *Boletim Eletrônico*. Disponível em: <<http://amerepa.wordpress.com/about/>>. Acesso em 02 fev. 2014.

ARAGAKI, Sérgio Seiji; LIMA, Maria Lúcia C; PEREIRA, Camila Claudiano Q.; NASCIMENTO; Vanda Lúcia V. *Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade*. In: SPINK; BRIGADÃO; NASCIMENTO E CORDEIRO (org). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas sociais, p. 57-72. 2014.

AYRES, José Ricardo C. M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Saúde e Sociedade v.13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

_____, José Ricardo C. M. *Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 6. Nº 1. Rio de Janeiro. 2001.

BAKHTIN, Mikhail. *The problem of speech genres*. In: EMERSON, Caryl; HOLQUIST, Michael (Ed.). Speech genres and other late essays. Austin, Texas: University of Texas Press, 1994. p. 60-102.

BATISTA, NA; e BATISTA; SHSS. *A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica*. In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo. Editora Unifesp, 2008. pp. 101-115. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 20 jan 2015.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. *O mundo das organizações e do trabalho: o que significa compromisso social para a Psicologia?* In: SOUZA, Maurício Rodrigues de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira (orgs). *Psicologia e compromisso social: unidade na diversidade*. São Paulo: Escuta, 2009, pp. 09-42.

BRASIL. Decreto 80.281, 05/09/1977. *Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06/09/1977.

BRASIL. Lei 6.932 de 07/06/1981. *Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 09/07/1981.

BRASIL. Lei 12.871 de 22/10/2013. *Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências*. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 22/10/2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina*. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da Família*. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF) 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 26 fev 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. *Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 26 fev. 2015.

BIRMAN, Joel. *A Physis da Saúde Coletiva*. Physis [online]. 2005, vol. 15, suppl., pp. 11-16. Disponível em: <[HTTP://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300002&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 mar 2014.

BONDÍA, Jorge Larrossa. *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. Revista Brasileira de Educação. Jan/Fev/Mar/Abr. nº 19. P. 20-28. 2002.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. *Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis*. Revista Brasileira de Educação Médica. 32 (3): 363–373; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2015.

_____. *Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica*. Physis [online]. 2011, vol. 21, n.1, pp. 65-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04.pdf>. Acesso em: 22 fev 2015.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. *A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica*. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2011.

CARBONIERI, Fernando Todt. *Academia Médica*. Desenvolvido por médicos e acadêmicos de medicina, 2012-2015. Apresenta textos sobre gestão, empreendedorismo, direito, marketing, desenvolvimento da carreira médica, novas tecnologias aplicáveis e medicina. Disponível em: <<http://academiamedica.com.br/>>. Acesso em: 22 fev 2015.

CAVALHEIRO, Maria Tereza. GUIMARÃES, Alóide Ladeia. *Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço*. Caderno FNEPAS, vol. 1, 2011, p. 19-27. Disponível

em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

CLAVREUL, Jean. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1983.

CECCIM, Ricardo Burg et al. *Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n.5, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2015.

CLIFFORD, J. *Sobre a autoridade etnográfica*. In: *A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1998, p. 17-62.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria H. L. *No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde*. Interface. Comunicação Saúde Educação. V. 13, n. 28, p. 213-37, jan./mar. 2009. Disponível em: <[HTTP:// http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf)>.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo. Ed. 34. 1992.

DO Ó, Jorge Ramos. *O governo de si mesmo: modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno liceal*. Lisboa: Educa, 2003.

FERREIRA, Ricardo. VARGA, Cássia Regina. SILVA, Roseli F. *Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1): 1421-1428, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: 23 jan 2015.

FERLA, Alcindo Antônio. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul, RS: Educs, 2007.

_____. Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. *Medicina e Hospital*. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n.3, p. 487-500, Set./Dez. 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1971.

FREUD, Sigmund. *O Ensino da Psicanálise nas Universidades*, (2006 [1919-1909]). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 2006, vol. XI.

FONSECA, Márcio Alves. *Michel Foucault e o direito*. São Paulo: Editora Max Limonad, 2002.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1999.

_____. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2008.

_____. *A História da Loucura*. São Paulo. Ed. Perspectiva, 2008.

_____. *A História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro. Edições Graal. 1988.

_____. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2011.

_____. *O Nascimento da Medicina Social*. In: *Microfísica do Poder*. São Paulo. Graal, 2012.

_____. *O Nascimento do Hospital*. In: *Microfísica do Poder*. São Paulo. Graal, 2012.

_____. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. Michel Foucault - Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1997.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Rio e Janeiro. Vozes, 2011.

GERGEN, Kenneth. *The social constructionist movement in modern psychology*. American Psychologist, v.40, n.3, p. 266-275, março, 1985.

GOLDENSTEIN, Eduardo. *O fator humano na prática médica: pesquisa com pediatras intensivistas*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2007.

HUJBB. *Hospital Universitário João de Barros Barreto*. Publicação da Assessoria de Comunicação (ASCOM). Apresenta textos institucionais. Disponível em: <HTTP: // <http://www.barrosbarreto.ufpa.br/>>. Acesso em 30 jan. 2014.

JORNAL ELETRÔNICO. Complexo Acadêmico de Saúde. *Os desafios da residência médica em face da instituição do PROVAB e Mais Médicos*. Ano 53, 2015. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/os-desafios-da-residencia-medica-em-face-da-instituicao-doprovab-e-mais-medicos/>>. Acesso em 26 fev 2015.

KIPPER, Délio J.; LOCH, Jussara A. *Questionamentos éticos relativos à graduação e à residência médica*. Bioética 2002, vol. 10, nº 2, p. 107-128. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/217>. Acesso em: 05 out 2014.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*. Martins Fontes. São Paulo, 1991.

LATOURE, Bruno. A. *Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP, Brasil, EDUSC, 2001.

LIMA, Maria Lúcia Chaves. *Homens no cenário da Lei Maria da Penha: entre (des)naturalizações, punições e subversões*. 2008. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

LIMA SOUZA, Alan; RIBEIRO, Felipe Figueiredo; SOUZA, Maurício Rodrigues; CHAVES, Ernani. *Psicanálise e Psiquiatria: perícia, produção de verdade e crime*. In: Cuidado e Saúde. Práticas e sentidos em construção. Belém: Paka-Tatu, 2014, pp. 109-135.

LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil*. Porto Alegre. Editora Rede Unida, 2013. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva>>. Acesso em: 02 set 2014.

_____. *Medicina e racionalidades médicas: um estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica*. In: CANESQUI, A.M. (Org). Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico. São Paulo, Hucitec, p. 181-200, 2000.

_____. SABINO, Cesar. MATTOS, Rafael. FERLA, Alcindo. ANDRES, Barbara. ALBA, Rafael. MACHADO, Anderson. ASSIMOS, Richard. *Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica*. Interface. Comunicação saúde educação, v. 12, n. 47, p. 901-12, out/dez.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan 2015.

MACHADO, Roberto. *Foucault a ciência e o saber*. Rio de Janeiro. Zahar, 2009.

MANSANO, Sônia Regina V. *Sujeito, Subjetividade e Modos de Subjetivação na Contemporaneidade*. Revista de Psicologia da UNESP, 8(2). 2009. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/139/172>>. Acesso em: 23 jan 2014.

MARTINS, Cyro. *Perspectivas da Relação Médico-Paciente*. Porto Alegre. Editora Artes Médicas. 1993.

MARTINS, Luiz Antônio Nogueira. *Residência Médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo Pimentel. *Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas*. In: A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 273-294. 2014.

MELLO FILHO J. *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro. 1978.

MÉLLO, Ricardo Pimentel. *A construção da noção de abuso sexual infantil*. Belém: EDUFPA, 2006.

MERHY, Emerson Elias. *O cuidado é um acontecimento e não um ato*. In: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Hucitec, São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>>. Acesso em: 02 jul 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. *O Trabalho em Saúde*. Fiocruz. 2005. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 01 jul 2014.

_____.; FRANCO, T. B. *Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: <[HTTP://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf)>. Acesso em: 01 jul 2014.

_____.; FRANCO, T. B. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde*. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>>. Acesso em: 16, ago., 2009.

_____.; FRANCO, T. B. *O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado*. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec Editora. São Paulo, 2013.

MILAGROS, García C; CORDEIRO, Rosineide M; BRASILINO, Jullyane. *Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social*. In: SPINK; BRIGADÃO; NASCIMENTO E CORDEIRO (org). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas sociais, p. 123-148. 2014.

MORETTO, Maria L. T. *O que pode um analista no Hospital?* Casa do Psicólogo. São Paulo, 2002.

NASCIMENTO, Vanda Lúcia V; MININGUINE, Roberth T; PEREIRA, Camila Claudino Q. *O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas*. In: SPINK; BRIGADÃO; NASCIMENTO E CORDEIRO (org). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas sociais, p. 247-272. 2014.

NUNES, Maria P. T. *Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas*. Cadernos ABEM. V. 1. 2004. Disponível em: <[HTTP://http://www.abemeducmed.org.br/raem/kit/ABEM_CADERNOS_2004_ARTE.PDF#page=30](http://www.abemeducmed.org.br/raem/kit/ABEM_CADERNOS_2004_ARTE.PDF#page=30)>. Acesso em 02 fev. 2014.

VOLICH, Rubens M. *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2000.

PEREIRA-NETO, André. *A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11(4): 600-615, out/dez, 1995.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA. Pedido de Credenciamento de Programa. Documento de 11 de junho de 2007. Dispõe sobre o pedido de

credenciamento à Comissão Nacional de Residência Médica e sobre o Programa de Residência Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Coordenadoria de Atividades Acadêmicas. Belém, 11 jun 2007.

RABINOW, P. & DREYFUS, H. *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica* (V. P. Carrero, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, (1995).

RANCIÈRE, Jacques. *O Desentendimento*. São Paulo: Editora 34, 1996.

REGIMENTO RESIDÊNCIA MÉDICA. *Regimento de 01 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre os Programas de Residência Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto*. Coordenadoria de Atividades Acadêmicas. Belém, 01 fev 2005.

REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. *Bioética e humanização como temas transversais na formação médica*. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2008, vol. 32, n.4, pp. 482-491. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011>>. Acesso em: 10 fev 2015.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; LEAL, Sebastião Soares; DIAMANTINO, Flávia Cristina; BIANCHI, Hellen de Andrade. *A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública Brasileira*. *Rev. bras. educ. med.* 2011, vol. 35, n.3, pp. 405-411. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a15v35n3.pdf>>. Acesso em: 4 jan 2015.

RIOS, Izabel Cristina. *Relação médico-paciente: desafios para a formação de profissionais da saúde*. Interface: comunicação, saúde e educação. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.interface@fmb.unesp.br>>. Acesso em: 02 nov 2011.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1998.

ROLNIK, Suely. *Diálogo e alteridade*. Boletim de Novidades, v. 5, n. 44, p. 35-44, 1992.

SANTOS, Larissa Medeiros Marinho. *O papel da família e dos pares na escolha profissional*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 57-66, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a07.pdf>>. Acesso em 05 fev 2015.

SOUZA, Alícia N. *Formação Médica, Racionalidade e Experiência*. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1): 87-96, 2001.

SOUZA, Ana Vicentina Santiago. *A formação do psicólogo para a sociedade e para o sistema de saúde*. In: *Psicologia: políticas, formação, profissão e pesquisa*. Belém: Paka-Tatu, 2012, pp. 104-131.

SILVA, Rosane Neves. *A dobra deleuziana: políticas de subjetivação*. *Rev. Dep. Psicol., UFF;16(1): pp. 55-75, jan.-jul. 2004. Disponível em: <<http://www.ichf.uff.br/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap4.pdf>>. Acesso em: 26 fev 2015.*

SCHREIBER SC. *Emotional problems of physicians: nature and extend of problem*. Ariz Med 1977; 34:323-5. Edição virtual. Rio de Janeiro.

SPINK. Mary Jane P.; BRIGADÃO. Jacqueline I. M; NASCIMENTO. Vanda Lúcia V; CORDEIRO, Mariana Prioli. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Centro Edelstein de Pesquisas sociais, 2014.

_____. Mary Jane P. *Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Edição Virtual. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <HTTP://www.bvce.org>. Acesso em: 15 dez 2013.

_____. Mary Jane P. *Linguagem e Produção de Sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Mary Jane. *Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social*. In: Revista Psicologia & Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 7-14, jan-abr., 2007.

_____. Mary Jane; MEDRADO, Benedito. *Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas*. In: SPINK, Mary Jane (org) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo. Cortez, 2000.

_____. Mary Jane; MENEGON, Vera. *A Pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos*. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Edição Virtual. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <HTTP://www.bvce.org>. Acesso em: 15 dez 2013.

_____. Peter Kevin. *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista*. In: Psicologia & Sociedade; 15 (2): 18-42; jul./dez. São Paulo. 2003.

_____. Peter; RIBEIRO, Maria Auxiliadora T; CONEJO, Simone P; SOUZA, Eliete. *Documentos de domínio público e a produção de informações*. In: SPINK; BRIGADÃO; NASCIMENTO E CORDEIRO (org). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Centro Edelstein de Pesquisas sociais, p. 207-228. 2014.

TESSER, Charles D. *Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a saúde coletiva e o SUS*. In: Por uma sociedade cuidadora. CEPESC- IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro. 2010, p. 77-100.

WEINMANN, Amadeu. *Dispositivo: um solo para a subjetivação*. In: Revista Psicologia & Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 16-22, set-dez. 2006.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: Formação médica e modos de subjetivação: um estudo com residentes em um hospital universitário.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa: Formação médica e modos de subjetivação: um estudo com residentes em um hospital universitário, que tem por objetivo analisar como o processo de formação dos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Infectologia, do Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará, repercute na constituição da subjetividade do médico.

Sua participação é muito importante por que você estará colaborando para o desenvolvimento científico de pesquisas em Psicologia da Saúde e Ciências Humanas. Porém é possível sua desistência a qualquer momento sem nenhum prejuízo, punição, multa ou comprometimento junto à instituição.

Sua participação é voluntária e não implica em remuneração de espécie alguma. Os benefícios esperados são a ampliação das discussões e reflexões realizadas sobre o Processo de educação em saúde para os profissionais em formação de Residência Médica.

Esta pesquisa não envolve uso de substâncias ou risco físico, pois sua participação é feita exclusivamente por meio de entrevistas individuais feitas na instituição e gravadas eletronicamente, cujo acesso é exclusivo à pesquisadora e aos orientadores que a supervisionam.

Ao término desta, poderá ser solicitado o acesso aos dados obtidos sem nenhum comprometimento ou prejuízo à sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual realiza formação, estando assegurados os princípios da confidencialidade e sigilo dos dados, pois é vetada a identificação dos participantes envolvidos nessa pesquisa, apesar da divulgação dos dados coletados em relatórios para artigos científicos, seminários e congressos. Está garantido o acesso em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A pesquisadora responsável é Carolina de Sousa Malcher, RG: 2596830, CPF: 509.619.342-04, CRP: 02975-10°, Matrícula: 201318970004, telefone: (91) 81449993/e-mail: carolinamalcher@yahoo.com.br; que poderá ser encontrada no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Rua Augusto Correa, nº 01 (Núcleo Universitário), Bairro do Guamá, CEP: 66075-900 Belém, Pará Fone/Fax: (91) 3201-7782.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º andar. Campus Universitário do Guamá. FONE: (91) 3201.7775 – E-mail: cepcs@ufpa.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Formação médica e modos de subjetivação: um estudo com residentes em um hospital universitário.

Eu discuti com a pesquisadora Carolina de Sousa Malcher sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Belém, _____/_____/_____

Assinatura do entrevistado

Belém, _____/_____/_____

Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a realização deste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: _____

End: _____

Fone: _____

Reg. Conselho: _____

Belém, _____/_____/_____

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - ICS/ PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador:

Título da Pesquisa:

Instituição Proponente:

Versão:

CAAE:

Formação médica e modos de subjetivação: um estudo com residentes em um hospital universitário.

Carolina de Sousa Malcher

Universidade Federal do Pará

2

20748614.9.0000.0018

Área Temática:

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer:

Data da Relatoria:

643.317

30/04/2014

DADOS DO PARECER

O estudo pretende analisar como o processo de formação dos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Infectologia, do Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará, repercute na constituição da subjetividade do médico. Focalizará a observação e análise das vivências dos residentes de medicina do referido hospital em seu cotidiano de atividades, durante o processo de formação de residência médica. Buscará identificar e descrever as práticas discursivas presentes na formação médica, e como estas estão implicadas na produção de sentidos. Ao investigar sobre a formação deste profissional durante a residência, será possível considerar aspectos relevantes dos processos de subjetivação e construção da identidade destes sujeitos. Destacará a visão dos médicos residentes sobre as diferentes vivências deste processo dentro do hospital, e que sentidos são produzidos a partir deste contexto. Abordará o desejo pela prática, a escolha pela formação e especialização em medicina e seu discurso no hospital. O que pensam sobre o modelo de formação utilizado, no qual o discurso da formação em medicina está amparado? Espera-se que seja possível considerar aspectos relevantes a partir da formação, e que repercutem na relação médico-paciente no hospital, e na subjetividade do médico. Buscará dialogar com a literatura acerca do tema a partir das contribuições do campo da Saúde Coletiva e da Psicologia Social. Será necessário apreender a visão dos residentes sobre a sua formação, uma vez que considerações e críticas sobre o ensino passaram a circundar as discussões acadêmicas e, conseqüentemente, as práticas médicas, propiciando uma reflexão sobre as dimensões subjetivas e relacionais, como sendo implicadoras nas manifestações fisiológicas. Espera-se contribuir para o campo da formação em saúde, que passa atualmente por transformações na compreensão terapêutica das enfermidades e da conduta e da formação médica.

Objetivo Primário:

Analisar práticas discursivas dos residentes de medicina do Hospital Universitário João de Barros Barreto, focalizando a formação médica, em seu cotidiano de atividades durante o processo de formação de residência médica.

Objetivo Secundário:

Entender, através da fala dos residentes de medicina, quais as práticas discursivas presentes na formação médica e como estas estão implicadas na produção de sentido.

Objetivo da Pesquisa:

Riscos:

Riscos Éticos (quebra de sigilo, revelação de identidades dos usuários, exposição de nomes de profissionais e locais da rede de serviços). - Riscos Subjetivos (carga emocional dos residentes interferindo nas atividades).

Benefícios:

- Sem juízos de valor moral, possibilitando a livre expressão dos usuários em relação as suas impressões e práticas discursivas; - Garantia aos residentes de sigilo absoluto de informações. - Análise qualitativa da formação a partir das falas dos residentes. Beneficiando formações futuras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos em conformidade com a resolução 466/12 do CNS/MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entre os termos apresentados o TCLE está com endereço do CEP do HUIBB, co-participante no projeto. Sugerimos a modificação pelo endereço deste CEP/ICS-UFPA, responsável por este parecer e acompanhamento do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sugerimos modificação do endereço do CEP no TCLE.

Recomendações:

Somos pela aprovação do projeto e pelo atendimento a sugestão posta nas recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado

Situação do Parecer: Não Necessita Apreciação da CONEP:

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 12 de Maio de 2014

Wallace Raimundo Araujo dos Santos (Coordenador) Assinador por:

66.075-110

(91)3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Campus Universitário do Guamá

UF: PA Município: BELEM

Fax: (91)3201-8028

Página 03 de 03

ANEXO III – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESIDENTES

INICIAIS DO ENTREVISTADO: _____

Idade: _____

Tempo de conclusão do curso de graduação: _____

R1 () R2 () R3 ()

Data da realização da entrevista: ____/____/____

Perguntas:

1. Em sua opinião, qual a importância da residência médica para a formação do médico? (ver considerações sobre o binômio assistência/ensino.)
2. Por que você escolheu a especialidade em Infectologia?
3. Por que você optou em realizar a residência médica nesta instituição?
4. Como você descreve a sua experiência com a residência até o presente momento?
5. Que tipos de aprendizagens na residência do HUIBB você considera como mais significativas em sua formação como médico (a) e de que forma aparecem no cotidiano de sua prática?
6. Como você descreveria a sua relação com os preceptores? (dinâmica assistência/ensino)
7. Que relação você estabelece entre a formação da residência e a sua subjetividade?
8. Existem aspectos que você considera importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da Residência do HUIBB? (opiniões e sugestões).

ANEXO IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A FORMADORA

INICIAIS DO ENTREVISTADO: _____

Idade: _____

Tempo de conclusão do curso de graduação: _____

Tempo de atuação como formador da Residência: _____

Data da realização da entrevista: ____/____/____

Perguntas:

1. Em sua opinião, qual a importância da residência médica para a formação do médico? (ver considerações sobre o binômio assistência/ensino).
2. Como e porque você optou em realizar a atividade de coordenação da residência médica nesta instituição?
3. Como você descreve a sua experiência como formador da residência até o presente momento? (desafios, dificuldades).
4. Que tipos de aprendizagens na residência do HUIBB você considera como mais significativas para a formação do médico (a)?
5. Como você descreveria a sua relação com os residentes?
6. Existem aspectos que você considera importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da Residência do HUIBB? (opiniões e sugestões).
7. Considerando a história da residência médica no Brasil e no Pará como está a situação da residência atualmente? (crises, fatores políticos, sociais, pessoais).

ANEXO V – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA PAULO (R1)

12.06.14

Pesquisadora: *na tua opinião Paulo, qual a importância da residência médica para a formação do médico? Por que você acha que a Residência é importante?*

Paulo: *é assim... dentro da nossa graduação, nos seis anos, a gente tem uma vivência muito grande na formação do médico generalista, então nas grandes áreas, preconizadas pelo MEC, nós temos uma capacitação geral das doenças mais prevalentes dentro de cada área. Então Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia Obstetrícia, Pediatria e Medicina Social, a gente tem uma visão ampla de todas as áreas, né, e assim, primeiro: a escolha da residência médica dentro da nossa categoria profissional é tida como “o padrão ouro” da especialização da escolha de uma especialização. Porque essa escolha dessa especialização? Porque você vai aprofundar os seus estudos em determinada área, você vai ter um conhecimento geral daquelas grandes áreas, mas como são muito grandes, né, você pode se aprofundar em determinada área, pra atuar naquele segmento. Porque assim, é uma grande discussão, não sei como é pra Psico também, mas é... nesses seis anos você tem uma formação geral, mas você não tem ainda tantas é... habilidades e competências necessárias pra atuar em uma determinada especialidade... você pode atuar como clínico geral, a gente sai com uma boa formação, mas assim, é... você ganha em experiência, em contato profissional, crescimento, é... acadêmico também, você faz uma especialização, uma Residência Médica, você escolhe a sua área, que você quer fazer, né? E você faz o concurso e você irá fazer o treinamento em serviço, que aí você vai passar de dois a três anos, atuando naquela área, atendendo dentro de um serviço com outros profissionais que já tenham o título, que seja uma referência né, pra aquela especialidade médica. É basicamente isso sobre a residência médica, assim... qual foi mesmo a pergunta que tu fizestes?*

Pesquisadora: *na tua opinião qual a importância da Residência...*

Paulo: *ah qual a importância... é justamente você ampliar seu conhecimento em uma determinada área... agora assim né..., não é que isso também vá fazer com que o médico generalista não tenha a sua importância, é... isso faz parte de uma discussão do nosso currículo que é sim muito importante essa formação geral, não especializada nos seis anos, mas que você tenha a opção de poder fazer uma especialização posteriormente, que está sendo ainda... a residência médica foi implantada na década de 70, e regulamentada né? De lá pra cá, não se tem... o governo né, não teve uma estratégia de implementação. Tava muito assimétrica a distribuição das residências médicas em relação aos estados. Hoje, até com a implementação do programa Mais Médicos, o objetivo é que ao final da graduação, nos próximos quatro ou cinco anos, todo o egresso do curso de medicina tenha disponível uma vaga na residência médica, pra continuar seus estudos na área de uma forma regulada né? Que isso seria a grande discussão, porque antes era a... é uma nova etapa de, de... você gradua em medicina e vai prestar o concurso e em determinadas áreas têm uma grande concorrência, já outras não...então isso vai ... tá sendo... era uma regulação meio que do mercado né? Então hoje tá se tentando mudar pra ter uma formação, uma regulação das necessidades do sistema de saúde... não sei se vamos conseguir... avançar a esse nível, como há em outros países que cinquenta por cento em média dos egressos fazem medicina na comunidade que é uma área de atuação em atenção primária e secundária, não sei se a gente vai conseguir porque o objetivo é que a porta de entrada e a resolutividade, fossem na*

atenção primária e secundária, hoje em dia a residência médica prega muito e especialização e a subspecialização a nível terciário, quaternário e fica cada vez mais a especialidade, o especialista do especialista em detrimento da formação geral.

Pesquisadora: *e essa ideia que você trouxe agora, você escuta isso durante a formação? Essas considerações sobre a importância de você fazer uma especialização?*

Paulo: *é assim, dentro do curso tem professores que dizem que seis anos não é o suficiente para formar um médico e você tem que fazer uma residência médica. Se você não faz uma residência médica, você é um curioso em medicina... cheguei a escutar isso (risos). Mas assim, tem outros também que te incentivam: “olha é importante ver o que vocês gostam, o que você tem aptidão na especialidade, você quer se aprofundar nesse assunto... é importante você fazer, porque você vai ganhar experiência prática, você vai ter ao seu lado o preceptor né... a figura do médico mais experiente os que já têm experiência naquela área, então você vai ter um aprendizado maior com as atividades científicas, você vai poder se desenvolver mais, porque é eminentemente prático, então você passa o dia inteiro fazendo aquilo, então você vai exercitando cada vez mais e aprendendo. Então há um grande incentivo e mesmo dentro da própria faculdade né? Há um incentivo tanto dos professores quanto entre os alunos que se sentem motivados...*

Pesquisadora: *vocês conversam entre si durante a formação?*

Paulo: *conversamos especialmente sobre a especialidade. Desde o início já pensando nessa escolha profissional, no que vai fazer, preparação mesmo... então nos últimos anos é... se prepara pro concurso de residência médica é... fazendo , procurando até fora mesmo, fazendo cursos fora pra se preparar pra fazer essas provas de residência médica que quanto mais difíceis forem, maior exigem a sua dedicação... aí vão ser notas maiores...*

Pesquisadora: *quanto tempo você tem de formado Paulo?*

Paulo: *um ano e meio.*

Pesquisadora: *you fez a prova de residência logo depois de formado?*

Paulo: *não. Eu fiz em janeiro do ano passado... terminaram todas as minhas atividades em dezembro. Eu passei na residência médica em Manaus, só que aí como eu tava no serviço militar obrigatório, aí fica trancada a vaga durante um ano... aí enquanto isso tava trancada a minha vaga, só que aí eu mudei de ideia, e aí resolvi prestar a prova do Barros Barreto esse ano. Aí eu passei no Barros e fiquei aqui.*

Pesquisadora: *bom, você começou a falar, mas assim, a segunda pergunta é porque você escolheu essa especialidade em infectologia? O que que te trouxe pra essa especialidade?*

Paulo: *assim... eu sempre é... desde o início da faculdade hum... acho que até antes da faculdade eu já sempre gostei de questionar assim em algum é... a origem de algumas doenças então, sempre... as doenças infecciosas sempre me chamaram a atenção. Desde o meu segundo ano eu participei de iniciação científica, aí eu fui estagiário do Evandro Chagas três anos, então, eu tive uma proximidade muito grande com a especialidade é... gosto muito da parte de pesquisa né, então de estar em uma instituição atrelada à pesquisa e vivenciando a área, isso me ajudou bastante assim a desenvolver assim uma aptidão, um*

incentivo dos profissionais assim, também, a falta de... de... profissionais na área. Então sempre me fizeram ter um olhar sobre a infectologia como uma grande opção, que eu sempre gostei sempre tive aptidão... assim me estimulava... aí ao longo do curso isso foi só aumentando, passei pela disciplina no terceiro ano de faculdade, fui vendo que cada vez mais era aquilo mesmo que eu queria fazer. Aí fiz meu TCC também na área e foi quase uma escolha ao longo do curso mesmo... sempre gostei. Então essa vontade sempre foi desde lá do início e... no final só foi acho que a consequência.

Pesquisadora: *porque que você optou em realizar a residência médica nessa instituição? Aqui no Barros?*

Paulo: *tá... (risos) assim, primeiramente eu queria fazer residência médica em infectologia. Foi a minha decisão. Dentro da infectologia assim... eu com a minha vivência maior, o que eu sempre gostei de trabalhar foram com doenças tropicais que é um campo da infectologia, em que a infectologia atua. Por gostar muito de doenças tropicais é... cheguei a cogitar, em fazer infectologia fora do estado, só que eu achava que eu iria perder muita visão das doenças tropicais. Então pra mim, veio como uma ideia das opções: vou fazer em Manaus que é um centro próximo daqui e que tem também a mesma diversidade e é muito forte em doenças tropicais ou fazer aqui. Como o hospital está com diversas dificuldades, eu tinha optado por Manaus, tanto que quando eu terminei a faculdade eu já tinha feito prova pra lá, passei e estava trancada a minha vaga. Só que mudou de gestão, e aí, os professores também, aqui, conversando com os residentes... aí resolvi prestar pro Barros Barreto, porque, primeiro, por ser um hospital de referência né, em infectologia, uma área que eu gosto, em doenças tropicais, e também pelo contato com os professores. Eu já conhecia os professores, os profissionais que trabalhavam, tinha feito o meu internato eletivo, a gente escolhe dentro dos dois anos finais do internato a gente tem um módulo eletivo que você pode optar aonde que você quer fazer é... esse módulo, né, são dois meses. Eu optei por fazer dentro da infectologia... em fazer aqui no Barros e no Ambulatório do Núcleo de Medicina Tropical. Aí a proximidade... conhecer mais o serviço, porque na época, a gente não tinha, não passava do estágio de enfermagem do hospital. Aí eu optei por fazer... aí eu gostei bastante e tinha essa opção... aí eu resolvi fazer o do Barros Barreto por causa disso. Proximidade profissional e também família influenciou bastante.*

Pesquisadora: *você escutou na sua família conselhos pra você vir pra cá?*

Paulo: *não... assim (risos), eu pesei assim entre ir pra fora morar só e eu não conhecia ninguém em Manaus... e aqui também a proximidade da família. As condições seriam mais favoráveis pra mim e pros meus estudos.*

Pesquisadora: *como é que você descreve a sua experiência com a residência até agora? Como é que você se sente aqui na residência? Descreva um pouco...*

Paulo: *tá. Hoje eu tô... iniciou em março né, já são três meses. É... um pouquinho diferente do que a gente vivia na... durante o internato né... nosso estágio prático. Então assim, a gente já tem um... pelo menos pra mim que já tenho um ano de formado, foi melhor ter esperado um pouquinho mais, porque eu já entrei com uma segurança maior, um lidar com o paciente já um pouco melhor, é... não senti tanta dificuldade nesse aspecto, mas as atividades são bem é... nós somos bastante exigidos então a gente tem que estar sempre indo atrás de atualização e pensar nas hipóteses diagnósticas. Agora assim, o que eu sinto um pouquinho de*

dificuldade é na nossa infra-estrutura aqui que dificulta muito. Isso tem dificultado bastante. Eu acho assim que é um fator limitante. Pessoal tem também as suas dificuldades porque faltam profissionais ainda né, dentro das enfermarias, mas o que dificulta bastante assim esse nosso progresso. Você chegar a uma definição diagnóstica, essa falta de infra-estrutura que o hospital tá vivenciando, falta de medicamentos, então isso tem dificultado e às vezes até desestimula a gente, porque são fatores que fogem da nossa responsabilidade... E se tivesse isso, ou aquilo outro, se a gente pudesse acelerar isso... aí infelizmente já chega numa parte que a gente não tem muito domínio. Isso acaba deixando a gente frustrado. Você poderia chegar a tal coisa mas, se você não tem essas possibilidades terapêuticas pro diagnóstico, você acaba limitado...

Pesquisadora: *essa é uma das dificuldades né Paulo? Eu te diria uma das, mas talvez a que mais mobiliza vocês assim, no sentido de vocês lidarem com essa impossibilidade de ter uma infra-estrutura, de tecnologia que ajude vocês né?*

Paulo: *é e são às vezes coisas simples, mas que estão faltando né? Então pra minha especialidade né em infectologia, é muito importante ter culturas então a gente vai isolar algum agente etiológico, e ao que que ele é resistente, qual o antimicrobiano usar, não tem... aí fica muito difícil de... a gente não tem também todas as linhas de antibióticos, nós somos uma referência em infectologia que não tem uma CCIH que funcione, que não tem a sua terapêutica né, guiada por a cultura, o MIC concentração inibitória mínima, tudo isso me faz perguntar assim, poxa, a gente tá muito atrás... então a gente ainda tem que melhorar e ir atrás dessas dificuldades porque dentro de uma referência de infectologia para o estado foi a primeira CCIH a gente estar passando por essa situação é muito difícil você formar profissionais capacitados se você não tem uma infra-estrutura... ah não tem isso, não tem aquilo outro... a gente acaba pulando etapas e isso compromete também a nossa formação porque a gente acaba não vivenciando o certo. Acaba fazendo o “jeitinho” mas não é o adequado, não é o ideal e quando a gente vai lá pra fora, a gente não vai ter essa experiência.*

Pesquisadora: *que tipos de aprendizagens na residência daqui do hospital você considera como as mais significativas para a sua formação como médico? E de que forma elas aparecem no cotidiano da sua prática?*

Paulo: *Pode ser no geral ou tu quer nos específicos?*

Pesquisadora: *como você quiser responder.*

Paulo: *assim, eu acho que a gente cresce bastante na residência porque a gente tá lidando diretamente com o paciente. Então o paciente internado ele é um pouquinho diferente do paciente ambulatorial. Nesse primeiro ano a gente lida muito com o paciente a nível hospitalar, então o paciente que está internado. Tem eu acho que uma colega que tá lidando com paciente a nível ambulatorial, porque depende do nosso rodízio né? Eu ainda não tive essa oportunidade. Só tive contato até agora com o paciente hospitalar, exceto no meu opcional que eu optei em fazer a nível ambulatorial, dermatologia. Então assim, eu acho que a gente tem tipos de aprendizado, a gente tem bastante que saber lidar com o paciente é... de uma forma... como eu diria assim... mais próxima, mais humana, mais ética, também o cuidado com o paciente com a equipe multidisciplinar, então, isso é muito importante, eu vejo que isso tem muito impacto, então, a gente trabalhar com a equipe, conversar em equipe, isso tem... eu já tinha essa ideia e tenho cada vez mais certeza que trabalhando em conjunto a*

gente ganha muito mais. Também lidar com situações assim que exige contar um diagnóstico pra um paciente de HIV, já vivenciei, de câncer, os cuidados paliativos também que agora estou vivenciando. Paciente grave, lidar com o familiar, de como dar essas notícias né? Então eu vejo assim que antes eu não tinha muito essa capacidade, uma ação, até porque não tinha vivenciado muitas vezes. O perder o paciente também... infelizmente a nossa atenção a nível de saúde é muito precária, nossos pronto socorros... então quando alguns pacientes quando chegam, já chegam muito avançados, então infelizmente a gente acaba não tendo leitos de UTIs necessários. A gente acaba perdendo muitos pacientes. Eu vejo que esse lidar com a perda também... eu não era muito preparado. Hoje em dia eu já consigo me ver um pouquinho a mais... ganhar um pouquinho mais de experiência. Não a ponto de ficar frio frente a morte, mas perceber que às vezes a nossa limitação técnica chega a um limite e é um limite aceitável também. No cuidado paliativo então aquele paciente que não tem mais um prognóstico de cura, mas que você tem como opção cuidar dele... você lutar pra que ele tenha um cuidado que possa ver se ajuda... junto com a sua família, dentro da enfermaria ou fora, você pode dar alta pra esse paciente pra que ele tenha uma condição de fazer essa transição né? Apesar da gente não ter mais opção terapêutica que vá trazer uma sobrevida ou uma cura, mas que você possa pelo menos garantir uma qualidade de morte. Então, isso eu também não tinha essa experiência, então hoje eu tenho vivenciado um pouquinho mais e esse cuidado com os familiares com o paciente a esse ponto né, chegar a esse nível, apesar da gente não ter essa perspectiva de cura mas pelo menos de aliviar, né, a dor o sofrimento e tentar conduzir ao desfecho que a gente já espera mas de uma forma menos dolorosa e não tão assim intempestiva tipo ah não, tem que fazer tais medidas que vão causar sofrimento pra esse paciente ou pra essa família... e você ter um pouquinho de freio... não chegar num limite que não valha à pena mas é que seria muito egoísmo eu acho, você tomar atitudes que você sabe que vão prolongar algumas horas, alguns dias, mas que não vão mudar o desfecho daquele paciente.

Pesquisadora: *essas aprendizagens Paulo, que você descreveu, agora são coisas que como você falou, você adquire na prática né? Porque você disse que antes você não tinha tanta experiência, mas você chega a compartilhar com o grupo, com os residentes ou mesmo com os preceptores? Vocês têm algum tipo de discussão?*

Paulo: *assim, durante a enfermaria né? Depende do seu preceptor então se você passa por isso com um preceptor que te dê essa visão, essa formação, eu presto muita atenção nisso né? Tens outros que não... que já não tem essa percepção e às vezes eu acho que muitas vezes também é qualificação. Muitos não têm essa qualificação. Não chegaram a se aprofundar nesses assuntos. Têm atividades teóricas, teve até semana passada, mas era da outra residência de Luto... então...*

Pesquisadora: *vocês participaram?*

Paulo: *não, não deu pra participar. Eu queria muito. Infelizmente o horário né? A gente tem outras tarefas e aí não deu pra participar. Mas isso eu acho que seria muito importante trabalhar com um grupo né? Como lidar com as más notícias... tem um nome específico agora não estou lembrando agora... Como lidar com essas notícias... como se preparar? Como ofertar o melhor ambiente né? Pra que você possa ter essa conversa com o familiar, com o paciente pra dar essas notícias.*

Pesquisadora: *eu te faço essas perguntas por que essas experiências que você vive aqui, elas repercutem em ti, e às vezes eu fico me questionando que destino vocês dão pra isso, porque é*

uma coisa que contribui pra formação de vocês, pra subjetividade como médico, mas assim, como é que você resolve isso consigo mesmo já que são situações tão difíceis e elas passam a fazer parte do teu cotidiano e às vezes de uma forma tão acelerada que acaba não se parando um pouco, pra você entender o que você está sentindo diante disso tudo né?

Paulo: *A gente não tem esses momentos assim, de reflexão, de falar mesmo, de externalizar, muitas vezes esses sentimentos assim de perdas, de às vezes de culpa, ah se eu tivesse feito diferente... no dia a dia acaba se esvaindo né? A gente não tem essa... aí já chegou outro paciente e já tem que se preocupar com esse, então... a gente não tem muito tempo de refletir ou de trabalhar mesmo isso. Às vezes a gente conversa entre a gente né, entre os residentes ou os que vivenciaram próximos a essa situação, mas fora isso, fica mais interno mesmo.*

Pesquisadora: *como você descreveria a sua relação com os preceptores?*

Paulo: *tá... eu vejo o preceptor como um profissional que tem uma capacitação, que já tem uma experiência, uma capacitação na área, então assim, é um condutor do conhecimento. Então acho que é aquele que facilita o seu conhecimento, lhe chama a atenção às vezes pela nossa inexperiência, ou até mesmo, imaturidade eu acho que a gente não chega às vezes a apesar de estudar, não chega a ter aquela vivência prática, então ele vai te facilitar se você tiver as suas dúvidas, como a experiência dele profissional, olha... esse medicamento traz muitos efeitos colaterais, então administrado dessa forma, às vezes não tá escrito na bula, mas a experiência profissional conta muito nessas horas, então essa vivência prática, inclusive de custos também, o que que é melhor... custo-efetividade, às vezes a opção terapêutica pra um paciente ambulatorial, aí você tem que pensar também nas condições desse paciente, perguntar né? Que às vezes a gente não pergunta, então é um profissional que já tem uma qualificação, uma experiência que você vai aprender com ele a ter esse maior contato em lidar com a informação científica e torná-la prática. Eu acho que é principalmente essa a função dele. Às vezes a gente entra também em embates porque a ponto que alguns profissionais não se atualizam e então ainda continuam a fazer algumas coisas que já estão proscritas. Então a gente às vezes têm que lidar com isso. Nós também somos médicos né... então a responsabilidade ela é compartilhada. Às vezes a gente tem que saber lidar com quando discordar também... às vezes a gente concorda e as vezes também discorda... como isso é resolvido também depende de como é o profissional né, o preceptor. Tem preceptor que aceita e tem preceptor que não, não aceita sua interferência... sempre foi assim, vai ter que ser assim... tudo bem, mas geralmente a gente amigavelmente entra num consenso ou depois de uma discussão, ah então vamos rever o protocolo, uma diretriz... a gente vai lá ver e diz olha doutor agora tá assim... então vamos seguir por esse caminho. Então eu acho que é uma via de mão dupla, eu acho que a gente aprende com eles e eles aprendem com a gente porque sempre o conhecimento está se ampliando nossas evidências num ano dizem uma coisa, no outro diz outro... outros estudos mostram né, então... eu vejo que é muito importante assim também essa troca de experiência, de referências às vezes quando a gente está nas discussões clínicas, discussões científicas a gente aprofunda e vivencia essas trocas.*

Pesquisadora: *que relação você estabelece entre a formação da residência e a sua subjetividade? Parece uma pergunta um pouco complexa, mas fala o que você sente ou entende disso. Que relação você estabelece entre a formação pela qual você está passando e a sua subjetividade. Porque eu fiquei te ouvindo falar e é claro que acontece de ser ter visões diferentes como alguns preceptores que já têm muito tempo de formado e a gente já tem novos aprendizados. Mas aí o que você faz com isso? Claro que isso chega pra você e por*

mais que você se espelhe num profissional, mas você é você, que irá fazer da sua forma, considerando a experiência que você está tendo com o preceptor né? Como você sente isso na sua subjetividade? Como isso contribui subjetivamente?

Paulo: *eu acho assim que o objetivo pode ter modificado um pouquinho mais... a discussão da formação médica ela ultrapassou graças a Deus, um pouquinho mais do ambiente graduação, até porque antes nem se falava nisso na graduação, cada um tinha sua ideia ou formação de como deve ser a formação do médico, do profissional. Não se conversava então cada um queria dar toda a sua especialidade e você acabava ou não cumprindo e isso a gente sente muito na prática, que você aprende muito do específico e não sabe o geral. Aí você é demandado do geral e você não tem esse conhecimento. Então essas discussões da formação médica, das diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina desde 2001 com a implantação... agora tá saindo a nova né? A de 2014, elas têm discutido mais essa questão não só técnica, não só os conhecimentos técnicos, mas também as habilidades, as atitudes, então, isso é muito importante às vezes a gente não é tão cobrado... eu acho que a esse ponto ou nem tanto cobrado, eu acho que talvez os nossos preceptores, professores eles não foram formados nessa ótica de formação ampliada, competências, habilidades, atitudes, então a gente não tem muito essa cobrança mas a nível técnico mesmo, você tem que saber muito bem manejar um paciente com dengue, com hemorragia digestiva alta, mas lidar com essas situações de como lidar com a equipe, com o paciente com a família, às vezes a gente não tem essa formação, então eu acho assim que, a residência médica ela ainda hoje tem muito essa visão técnica. Você é muito formado tecnicamente, mas essa parte é um pouquinho... ainda é muito negligenciada. Eu acho que a gente não tem essas discussões como deveriam ser. Então essas instruções da residência médica do ponto de vista subjetivo eu acho que vai muito das suas relações, da sua formação como pessoa né? Eu acho que elas são muito influenciadas eu digo até que... eu tava falando com uns amigos que estão se formando também, que a nossa identidade médica a gente acaba se moldando durante a faculdade. Quando você sai da faculdade você já tem uma ideia de como você vai atuar. Dificilmente nos últimos anos você até o quinto ou sexto ano que é prático, o seu lidar, a sua formação subjetiva você já tem essa formação. A gente já chega com essa formação. Tanto que é muito difícil você... não diria convencer, mas mostrar outras opções. Então eu acho que é muito difícil... a gente não é acostumado, a gente negligencia isso dentro da faculdade. Essa formação de Antropologia, de Bioética, e a gente acaba aprendendo no dia-a-dia né? Com os bons e os maus exemplos. Então, o que eu quero ser? Eu visualizo na prática o que eu não quero ser também. É muito pautado acho que por isso essa subjetividade vai muito das suas experiências. Se você teve experiências boas você vai ganhar muito, agora se você teve más experiências, você também vai ganhar. Vai depender da forma como você olha aquilo. Tem pessoas que olham aquela experiência negativa e acham que tá tudo bem, você não proporcionou a melhor forma, o ambiente... mas isso o que vai diferenciar, a capacidade técnica vai ser a mesma, mas o como lidar, vai da experiência pessoal e da busca de autoconhecimento de outras formas... se você não tem essa capacitação técnica, porque eu acho que não deveria ser só pessoal, porque se existe uma forma e têm estudos, têm outras áreas que trabalham isso, então deveria ser é capacitado, formado né? Ou discutido, apresentado que fosse, pra você refletir suas práticas, mas muitas das vezes a gente não tem isso porque não são oportunizados esses espaços ou quando são, são negligenciados... ah não, mas... essa discussão não vai me acrescentar. Dentro da própria prática médica a gente não valoriza muito isso. Não escuta o outro também... não valoriza as outras experiências profissionais. Eu acho que a gente negligencia muito essa parte. Eu acho que a gente não se sente às vezes como parte do cuidado. Aí acaba até sendo prepotente né, acaba não compartilhando e não tendo esse preparo, não entende as suas limitações e faz besteira. Aí*

depois fica pro outro profissional recolher a sua besteira, ou fica o paciente em sofrimento né?

Pesquisadora: *existem aspectos que você considera importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da residência? Você tem alguma opinião, sugestão a dar sobre a residência?*

Paulo: *eu acho que assim, eu participei durante a minha graduação... é... eu acho que são as experiências pessoais né? Eu vivenciei lá na faculdade um processo de reconstrução, da reforma curricular, então a gente como presidente discente, participou das capacitações, chegamos a ir pra os congressos de educação médica, então a gente vê que a formação médica ela necessita ser continuamente avaliada, então não basta... time que ta ganhando não se mexe. Nem sempre! Então sempre a gente tem que estar com esse olhar. Eu acho que ainda falta um pouco de cuidado. Particularmente da minha residência, a gente, não sei, a gente não têm esse hábito de discutir, de sentar e reavaliar o processo de formação. A gente tá até tentando agora, mas a gente esbarra... ah... o preceptor agora vai entrar de férias, o outro não dá pra reunir de tarde, ou de manhã, então isso fica muito complicado porque a gente quer ser ouvido também. Da forma como está, tem coisas que não estão funcionando direito, então, não é só falar de corredor. Então precisa ser oficializado, acho que falta isso, um diálogo do que a gente tem e o que é necessário... nós já temos um... a Comissão Nacional de Residência médica já diz: a residência de infectologia tem que ser assim, então os requisitos mínimos é isso, isso, isso e aquilo outro! Agora a forma como isso é exercitado, como isso é oportunizado, vai do serviço. Então algumas coisas não estão funcionando adequadamente, a gente tem como modificar e eu acho que isso, falta ainda a gente ter a reunião... ah ta uma porcaria, não tá funcionando, mas a gente também enquanto participante do processo, se a gente não se colocar pra ser ouvido... a gente não... ah eu só quero sair dessa residência... mas eu acho que a gente tem que fazer parte, contribuir, discutir, é a formação em jogo né? Antes poderia não ser, mas ah, pra quem já tá no último ano da residência, já terminou a formação, talvez possa dar algum ganho, um pouco, mas pra gente que está no início essas mudanças podem propiciar melhorias. Então eu acho que a gente fica nessas discussões às vezes, sobre o que poderia ser melhor, mas a gente não senta, reúne, discute, não avança, então essa é a minha grande queixa hoje em dia da residência. A gente não está parando pra discutir as nossas dificuldades as nossas fragilidades. Essa é a minha principal queixa. E também que a gente não... acho que isso já é crônico. A gente não discute com outros profissionais a situação do paciente. Eu tento fazer isso. Mas eu vejo que nem todo mundo faz e nem todo mundo ta falando a mesma língua às vezes. Seria muito bom que a gente tivesse essas reuniões. Agora não sei a nível ético se a gente poderia... eu tenho minhas dúvidas se a nível ético a gente pode discutir, abertamente, assim. Não me aprofundi ainda nesse assunto pra saber, mas eu acho que a gente teria esses espaços de formação conjunta, eu acho que são necessários e a gente não tem. Exceto na Geriatria que reúne a Residência Multiprofissional e a Residência Médica. É o único momento. No resto eu não vejo essa ação conjunta né? Então eu acho que às vezes a gente poderia ser melhor orientado, a gente poderia dar uma melhor condução se tivesse essa formação.*

Pesquisadora: *essa necessidade que você falou em sentar para discutir foi algo que surgiu entre vocês residentes? Foi uma necessidade que vocês discutiram entre si? A iniciativa partiu dos residentes em formação e não dos preceptores?*

Paulo: *é assim a gente tá até tentando ainda né? A nossa supervisora tá de férias, mas assim que ela chegar a gente vai tentar reunir pra gente reavaliar e ver o que dá pra melhorar.*

Tem algumas coisas que a gente não concorda e que não estão nas nossas diretrizes lá e a gente não vai aceitar. Isso a gente não pode fazer. Esse módulo não tá funcionando dessa forma... então vamos pensar de que forma poderia...ou fazer fora.... a gente também tem que pensar em outras opções para que a nossa formação não seja tão prejudicada ao ponto dessa infra-estrutura do hospital dificultar e deixar essas lacunas muito grandes na formação. Então há tempo ainda de modificar.

Pesquisadora: *tá bom Paulo eu quero agradecer a tua participação. Dessa pesquisa sairá uma dissertação de mestrado e eu ficaria contente que vocês pudessem comparecer à defesa. Muito obrigada mesmo pela sua contribuição.*

Paulo: *eu que agradeço e irei sim. Obrigada Carol.*

ANEXO VI – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA TIAGO (R3)

07.07.14

Pesquisadora: *Tiago na sua opinião qual a importância da residência médica para a formação do médico?*

Tiago: *a residência médica é bem importante porque como a medicina ela é muito ampla, existe essa necessidade de ser dividida em especialidades e apesar da Infectologia ser uma especialidade muito ampla, a Residência ela te dá muita segurança em termos de conduta médica, procedimentos médicos... Porque você sai querendo ou não da faculdade muito cru. Não que você saia despreparado, mas você sai sem experiência, isso é inevitável né. As práticas durante o curso elas são sempre muito poucas né? A Residência ela faz com que você tenha muita prática, no lidar com os pacientes, na conduta, nos procedimentos necessários entendeu? E principalmente te direciona muito no diagnóstico clínico, te faz pensar mais na questão dos diagnósticos diferenciados, você estuda mais, é muito importante para o preparo né, para a vida.*

Pesquisadora: *isso que você acabou de falar são reflexões que você faz ou fez durante a residência ou durante a academia mesmo?*

Tiago: *sim, na graduação eu já tinha essa ideia. A gente já sabe que tem como necessidade, que se especializar né? Principalmente hoje em dia com a competitividade do mercado, você tem que ser especialista em alguma coisa. Não adianta você ser só um médico formado de faculdade. A especialização é pra você e pro paciente que procura uma mão de obra especializada.*

Pesquisadora: *por que você escolheu a especialidade em infectologia?*

Tiago: *pois é, a infectologia foi uma área que eu sempre gostei desde... desde o início da faculdade não, mas desde quando eu vi a cadeira de infectologia na Faculdade, que foi no terceiro ano, quando eu vi a matéria Doenças Infecciosas e Parasitárias, a partir daquele momento eu passei a gostar bastante de Infectologia. Antes disso eu tinha chegado a fazer alguns trabalhos, principalmente com Malária fui estagiário no Instituto Evandro Chagas e tudo isso me aproximou muito da área, né? Principalmente com o meu trabalho de conclusão de curso que foi em HIV-AIDS e sempre na minha vida acadêmica eu fui direcionado pra essa área e principalmente porque eu gostava muito né. Eu acho que é uma área que te faz pensar muito, é muita clínica. Você faz muito diagnóstico diferencial... é muito interessante do ponto de vista clínico. Nos dois últimos anos de faculdade a gente teve o Internato e no quinto e sexto ano, né, só que o Internato ele não é tanto em... na área de infectologia. A gente roda muito mais na Clínica Médica de uma maneira geral né, e lá apareceram algumas doenças infecciosas mas... é... rodar na Infectologia mesmo só quando eu rodei na cadeira no terceiro ano que a gente via os pacientes. No Internato mesmo foi na Clínica Médica e nas outras clínicas obviamente.*

Pesquisadora: *por que você optou em realizar a residência médica nesta instituição. Aqui no Barros?*

Tiago: *porque o Barros Barreto ele sempre foi referência em doenças infecciosas e parasitárias e no tratamento HIV-AIDS na região norte né. Primeiro pelo número de casos*

interessantes na região amazônica... é muito rica. O número de doenças tropicais principalmente. Então aqui a gente tem a oportunidade de ver mais doenças tropicais do que, por exemplo, do que as pessoas que fazem Infectologia na Região Sudeste em que as doenças tropicais são bem menos, né, tanto que vem gente da Europa pra cá, Estados Unidos, eles optam em vir pra cá, fazem estágios por causa desse rico material humano, vamos dizer assim. E pela referência né, bons professores regionais né, então o Barros Barreto acabou sendo uma referência nas doenças infecciosas e além disso né, a gente olha assim pro lado também pessoal né, família porque eu já era casado e sair pra fora pra fazer Residência se tornava mais difícil, né, então... a minha prioridade era passar aqui em Belém mesmo, ficar por aqui pelo Barros Barreto.

Pesquisadora: *como você descreve a sua experiência com a residência até o presente momento? Você está no último ano né, já deve ter vivido muita coisa.*

Tiago: *muito boa né... eu acho assim que: eu peguei uma fase no hospital, em termos de estrutura ruim. O hospital ele está numa fase em que... ele vinha assim, já, numa decadência muito ruim... até recentemente em termos de infra estrutura mesmo... material pra você fazer diagnóstico, tomografia aqui não se tem... eu acho assim que a maior frustração durante a Residência foi você ficar muitas vezes de mãos atadas em relação aos recursos humanos... ops... recursos humanos não, recursos materiais né. Um exame que demora muito... aí o paciente agrava... ou um antibiótico que ta em falta... isso é muito comum aqui, entendeu? Então assim, em termos de material humano eu acho que a gente vê muita coisa... muita coisa interessante, mas em termos de infra-estrutura ainda tá bem ruim. O hospital deixa muito a desejar em termos de infra-estrutura e quem sai sempre mais prejudicado acaba sendo o paciente no final de tudo. Mas assim... a Residência foi muito completa, tem muitas aulas, eu aprendi bastante, eu sei que está quase acabando e a gente tem muita experiência mas lógico, dúvidas ainda né. Quando você sai de uma especialidade você tem ainda uma certa dúvida né, mas assim, ela te dá um embasamento muito bom. Eu acho que foi uma Residência bem completa com adendo à essa parte de recursos né? Eu acho que isso realmente deixou a desejar e de uma certa forma, querendo ou não, ela prejudica. Porque prejudica a conduta, o diagnóstico né... então assim, nesse ponto foi ruim. De material, estrutural.*

Pesquisadora: *nesses três anos você acha que essa situação piorou ou permaneceu igual?*

Tiago: *muito flutuante. Chega sempre no meio do ano, como estamos agora, em julho parece que acaba tudo. Aí em Agosto começa a recuperar... aí voltam os antibióticos. Por exemplo, agora nós estamos assim muito ruins de antibióticos, quase sem nada, tudo sem estoque já, então vivemos uma situação bem complicada né? Algumas coisas melhoraram, por exemplo, a hemodiálise que não tinha e hoje tem no hospital. Por conta de muita briga por parte dos Residentes né, a gente brigou muito, até Ministério Público nós envolvemos, pra nós termos Hemodiálise porque, por exemplo, nós temos pacientes com Leptospirose que é uma doença tratável e que muitas vezes evolui pra insuficiência renal e morria, por causa que, não tinha Hemodiálise né... a gente brigou muito por conta disso. E em termos de diagnóstico por imagem, tomografia realmente desde o final do R1 que não tem. Tá quebrada já há mais de um ano e isso demora muito, atrasa muito e o paciente fica muito tempo internado, acaba adquirindo infecção hospitalar por conta disso né, a tomografia demora em média trinta dias pra sair uma tomografia pro paciente, então isso é bem ruim. Então eu acho que é muito flutuante... acho que ficou muito assim... a mesma coisa. Eu acho que existe um clima também no hospital, das pessoas que trabalham, tirando os médicos residentes porque nós somos passageiros aqui, mas das pessoas que trabalham aqui no hospital, acho que existe um*

comodismo exagerado entendeu? Tipo conformados com a situação por parte dos nossos preceptores, dos nossos staffs, eles não se indispõem com a Direção, não lutam, por uma melhor infra-estrutura. Então eu acho assim, ficou muito na mesma coisa. Nesse período todo o hospital chegou a ir algumas vezes pra dirigência, aí saiu da dirigência ficou em exigência, pra lutar pela Residência Médica, então acho que é muito oscilante. Agora atualmente estamos bem ruim. Geralmente Agosto e Setembro começam a comprar as coisas de novo e melhora um pouquinho. Os Residentes sempre se envolvem politicamente, porque é a nossa formação né, a gente fica três anos, alguns dois anos com o pessoal da clínica médica, então eu acho que o investimento tinha que ser feito, até porque existe um investimento do MEC no hospital né, por conta da Residência Médica e nós não vemos esse dinheiro ser investido entendeu? E o MEC todas as vezes diz que repassa o dinheiro para o hospital, mas a gente realmente não sabe aonde é que vai parar esse dinheiro. A gente não é financiado em cursos, não é financiado em Congressos né, então eu acho assim que esse dinheiro ou tá sendo mal aplicado... não sei o que acontece com ele entendeu? Então a gente acaba que... brigou muito durante todo esse tempo... algumas coisas a gente conseguiu e outras não né? Eu acho que isso de um certo modo prejudicou a Residência né, mas essas lutas aí também teve pontos positivos né. A gente conseguiu, por exemplo, a Hemodiálise.

Pesquisadora: *que tipos de aprendizagens na residência do hospital você considera como as mais significativas para a sua formação como médico? Você pode citar exemplos. E de que forma elas aparecem no cotidiano da sua prática?*

Tiago: *eu acho que assim: em termos de diagnóstico clínico na Residência a gente consegue muito aprender essa parte de diagnóstico diferencial do paciente né, a gente aprende muito na prática do dia-a-dia. Procedimentos médicos também, que na Residência de Infectologia isso é bem completo, punção lombar, intubação orotraqueal, passagem de acesso venoso central, esses procedimentos a Residência de Infectologia, por ela ter muito paciente grave, a gente acaba que pega muito “mão” desses pacientes, muito mão de procedimento desse tipo né, porque a gente tem muitos pacientes com AIDS internados na Enfermarias, pacientes graves que a gente muitas vezes tem que intubar, passar acesso venoso central, isso te ajuda muito pra vida né? Numa urgência/emergência na Unidade de Terapia Intensiva, isso vai te dar uma experiência muito boa, te dar muita “mão” na parte prática né? Eu acho que isso é mais importante e a questão da humanização também. Eu acho que na Infectologia principalmente no tratamento do HIV-AIDS, você precisa ser muito humano entendeu? Porque às vezes a grande maioria dos nossos pacientes têm problemas sociais muito grandes. Não só os pacientes que têm HIV-AIDS, mas principalmente eles porque muitos deles são envolvidos com droga né, outros são também marginais... alguns são mulheres idosas que adquiriram o HIV já na terceira idade... então assim você tem que ser muito humano pra esses pacientes não é? E eu acho que a Residência ajudou muito nisso na aproximação, porque principalmente no R2 a gente fica dez meses na Enfermaria, então você tem muito contato com os pacientes no dia-a-dia, na beira do leito. Todo dia você passa, você examina, isso eu acho recompensador e no R3 também que a gente atende mais o consultório de AIDS né, e foi bastante recompensador também...ver alguns pacientes bem ruins saírem de alta, eu acho que isso é muito importante, assim, esse feedback... alguns voltaram me abraçaram, agradeceram... eu acho que isso foi muito importante assim na minha vida, na minha formação, entendeu?*

Pesquisadora: *como você descreveria a sua relação com os preceptores?*

Tiago: *eu acho que eu tenho uma boa relação com os preceptores, sempre tive. Os preceptores da Infecto, eu não vou dizer cem por cento deles mas a grande maioria deles, eles são bem envolvidos com os Residentes. Participam, discutem, tiram as nossas dúvidas, na hora dos procedimentos sempre estão presentes. Eles não são aqueles preceptores que vêm e vão logo embora... não, eles sempre estão presentes o dia todo na Enfermaria junto com a gente, para o que a gente precisar... principalmente o R1 que tem dúvida nos procedimentos, às vezes não consegue intubar um paciente, o preceptor vinha né, intubava junto com a gente, ensinava. Eles sempre foram muito ligados. Eu acho que o único ponto eu acho que quando é guerra política, eles não se envolvem né... porque muitos são concursados, não gostam de se indispor mesmo né com a Direção. A gente sabe que existem alguns preceptores que são mais difíceis, tem um gênio pessoal mais complicado... esses realmente eu fico um pouquinho mais afastado, mas não afastado assim... falo normalmente sabe, mas assim, a gente nota que não há aquela aproximação. Acho que os Preceptores que são mais ligados com a gente são os da Enfermaria mesmo, que estão no dia-a-dia né. Esses Preceptores de Ambulatório, de Consultório, os da CCIH que é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar... esses são mais afastados um pouquinho, entendeu? Mas sempre foi muito boa a relação com todos eles, não tive problema graças a Deus com nenhum deles.*

Pequisadora: *que relação você estabelece entre a formação da residência e a sua subjetividade?*

Tiago: *hum, assim, eu acho que a residência contribuiu muito para a minha humanização como médico, né. Eu acho que com ela eu acabei sendo mais sensível aos pacientes... muitas vezes a gente acha que a queixa do paciente é besteira. A gente sabe também que muitas vezes tem o lado psicológico da coisa né? Eu trabalho também numa Urgência/Emergência de um hospital privado aqui em Belém e a gente vê que tem muitas coisas que às vezes a gente é... vê que tá ligado ao lado emocional mesmo da pessoa, entendeu? Nada realmente físico e eu acho que a residência médica ela me ensinou muito isso, a ser mais subjetivo, mais humano, a ter um olhar mais diferenciado para os pacientes, a cuidar melhor, na assistência à saúde... eu acho que todo mundo têm falhas, todo mundo um dia têm erros né? Mas eu acho que assim... a Residência, a principal característica dela e que mudou muito comigo é que primeiro ampliou muito a minha visão sobre o que é a Medicina porque a gente têm uma visão muito pequena dentro da faculdade e principalmente em relação ao SUS. A gente realmente dentro da faculdade não têm muita noção das dificuldades do SUS. Eu acho que a Residência Médica ela ampliou essa visão. Hoje eu sei como é que é o SUS, como ele funciona, as dificuldades que se vive, as dificuldades que os pacientes têm pra conseguir uma consulta né, pra conseguir um tratamento, um exame, e isso faz com que muitas vezes a gente se aproxime mais do paciente né, tente e lute por ele já que muitas vezes me envolvi tentei conseguir, adiantar exame, fiz de tudo pra ajudar os pacientes e acho que isso tudo foi recompensador. Então a recompensa é você ver um paciente com AIDS que tava muito mal já sair de alta... é bom você receber um abraço né? Muitos também morrem nesse período a gente sabe, esses também a gente se envolve né, outras vezes a gente até se apegava a um deles né... mas eu acho assim que a humanização foi a principal característica né, que a Residência mudou em mim. Hoje eu posso dizer que eu sou um pouquinho mais humano nesses três anos de Residência. Eu acho que a Infectologia assim... como tem muitos pacientes com AIDS, é uma área que a gente sempre teve muito contato com as Psicólogas, nosso setor tem muitas Psicólogas então a gente sempre discutia, estudava o humor do paciente juntos, então eu acho assim que teve um bom envolvimento de toda a equipe, é uma área muito multiprofissional. A Fisioterapia, a Psicologia, o pessoal da Enfermagem, a gente o pessoal da Medicina. Isso né, às vezes a gente compartilhava o sofrimento do paciente.*

Muitas vezes eu pedia ajuda da Psicóloga também, pra discutir né, pra conversar... já tive muito paciente que ia de frente comigo né, muitas vezes pelo próprio sofrimento do dia-a-dia, não gostava de seguir as orientações, não queria tomar remédio, fazia greve de fome porque receberam o diagnóstico, e assim, eu acho que a Psicologia ajudou bastante nesse período em que a gente têm que aguentar essa carga. A principal frustração desse período é você realmente perder um paciente por falta de recurso, né? E a gente sabe que acontece... então não adianta às vezes quando você fecha um diagnóstico né, você precisa de um antibiótico pra tratar e não tem. Eu acho que isso é que é a principal frustração... você perder um paciente que poderia sair bem, podia sair andando do hospital, estar com a família... é a principal frustração ao longo desses três anos aí.

Pesquisadora: *existem aspectos que você considera importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da residência aqui do hospital? Você pode dar opiniões e sugestões?*

Tiago: *eu acho que a residência em termos de infra-estrutura precisa melhorar bastante. Eu acho que hoje a gente tem uma nota muito baixa, se fosse pra dar uma nota na infra-estrutura que é muito ruim. Eu acho que isso é o ponto principal né? Número de Staffs, Preceptores, isso é uma deficiência aqui no hospital, principalmente na Infectologia nós temos poucos Staffs. Isso na verdade é um reflexo de todo o Brasil, eu acho que a formação médica no Brasil hoje em dia, ela não prioriza muito as doenças infecciosas, e é cada vez menor o número de Infectologistas nas Residências Médicas, nos concursos do país, de uma forma geral sobram vagas, sempre sobram vagas até porque é um profissional que não é tão bem remunerado né... porque é um profissional basicamente clínico, de diagnóstico clínico, não faz procedimento... então assim, é um profissional que não é tão reconhecido. Acho que agora né, nos últimos anos que tá sendo melhor esse reconhecimento do Infectologista com o surgimento de algumas doenças né, essas gripes, essas pandemias... eu acho que com isso é que o pessoal tá começando mais a reconhecer o médico infectologista. Então é isso... em termos de infra-estrutura, maior número de Staffs, eu acho também que haveria a necessidade de nós termos maior número de discussões clínicas. É deficiente esse ponto, em termos e aula mesmo. A gente tá muito no dia-a-dia da Enfermaria com paciente grave e eu acho que esse ponto se perde algumas vezes. E investimentos eu acho que precisaria se investir mais no médico residente, financiar cursos mesmo de ATLS, ACLS como a gente vê pra fora, nas outras Residências... Congressos, pelo menos na metade do valor... eu acho que o MEC, enfim, cada Residente, cada bolsa de Residente, ele tem um valor que enviado pelo MEC... eu acho que isso deveria ser investido nesse ponto, de congressos, cursos, e não há esse investimento. Acho que os pontos principais são estes mesmo.*

Pesquisadora: *eu quero te agradecer Tiago a sua participação. Tem mais alguma coisa que você gostaria de colocar?*

Tiago: *não. É isso mesmo.*

Pesquisadora: *tudo bem Tiago. Se você puder comparecer à Defesa eu te aviso.*

Tiago: *pode avisar a gente que a gente vai se Deus quiser!*

Pesquisadora: *muito obrigada e bom dia pra você.*

ANEXO VII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA CLARA (R2)

09.07.14

Pesquisadora: *Clara na sua opinião qual a importância da residência médica para a formação do médico?*

Clara: *total! É porque assim... na residência médica eu acho que é você consegue resumir tudo assim, o que você aprendeu durante a faculdade e acaba pondo em prática de uma forma mais assim... profissional do que no Internato. No Internato você tem muito aquela coisa assim: ah... eu sou acadêmico, eu tô na faculdade, então você não tem aquela responsabilidade sobre o paciente total. Na residência como você já é médico e já tem essa responsabilidade. Fora que todo mundo cobra muito mais do Residente do que o Interno. Então assim, os preceptores vão cobrar mais de você uma conduta, uma postura certa, então eu acho que isso acaba te forçando mais a estudar... te forçando mais também a querer acertar... coisa que no Internato você não tem muito. No Internato você empurra mais com a barriga e tal, quer acabar. Você não tem muito esse senso de responsabilidade de quando você já é residente.*

Pesquisadora: *essas conclusões, isso que você falou agora, você tirou com a experiência da residência ou você já escutava algo disso na sua formação acadêmica?*

Clara: *assim... eu acho que eu tiro mais essa conclusão como uma experiência minha mesmo. É muito diferente quando você tá na faculdade e de quando você é residente. As responsabilidades são diferentes... o que as pessoas te cobram é diferente, então por isso eu acho que você acaba é... tendo uma postura diferente mesmo mediante o paciente. A importância é que na residência você acaba aprimorando todo o conhecimento que você aprendeu durante a faculdade. Por isso eu acho muito importante você fazer uma residência médica. Onde você acaba fechando com chave de ouro aquilo... amadurecendo, digamos assim, as ideias durante a residência.*

Pesquisadora: *por que você escolheu a especialidade em infectologia?*

Clara: *porque eu escolhi? Cara eu queria fazer biologia. Então eu fui falar pra minha família e meu pai não deixou muuuuito... achou que era melhor eu fazer medicina... também e acabei indo pra Medicina. E a Infecto também é uma área que se aproxima muito da Biologia... então você tem doença, você tem o ciclo da doença, entendeu? Você estuda os bichinhos, os patógenos... diferente de uma Endócrino por exemplo, em que você não vê nada disso. Então por essa parte, por eu gostar muito de Biologia, de ver o ciclo dos animais e tudo o mais... eu acho que eu acabei indo pro lado da infecto porque você acaba estudando também. Você não estuda só o ser humano em si, você estuda também o transmissor, o vetor, e eticétera, então por isso que eu acho que eu fui mais pro lado da Infecto assim, e eu adoro.*

Pesquisadora: *por que você optou em realizar a residência médica nesta instituição?*

Clara: *olha não foi bem uma opção. Foi o que me restou. Eu queria fazer na verdade... eu fiz Medicina fora, eu fiz na UEL em Londrina... e eu queria fazer na USP em São Paulo. Mais aí eu não passei né... fiquei em vigésimo lugar, eram 5 vagas pro HC e aí eu acabei voltando*

pra cá pra trabalhar e tudo mais... aí eu falei não... deixa eu fazer o Barros, é referência e tal... é um hospital bom e tudo... vou fazer lá! Fiz, passei aqui, tinha passado também em Londrina no Paraná, na minha faculdade... mas lá assim... não era bem o que eu queria. A Infecto de lá é muito mais voltada para a... só a parte de hepatites e HIV e não vê muito o resto da Infecto em geral e pra cá você já acaba vendo. No HC da USP você acaba vendo... você tem muito caso que eles encaminham pra lá. Então você acaba tendo uma amostragem não muito rica e aqui você tem uma amostragem que tem naturalmente. Tem de tudo aqui por causa da própria região que a gente vive. Então você acaba vendo Malária, você acaba tendo Leishmaniose, acaba vendo micoses profundas em pacientes que não são imunodeprimidos... então você vê AIDS, principalmente em um estágio muito avançado em que você já não tem mais no Sul e Sudeste... aqui a gente tem muito. Então... aqui é assim por questão de pacientes e amostragem eu fico e não me arrependo.

Pesquisadora: *como você descreve a sua experiência com a residência até o presente momento?*

Clara: *em que sentido tu queres que eu fale assim? Na residência como um todo é... porque eu te falo assim: o Barros tá passando por uma série de problemas eu acho que isso acaba interferindo é na sua... digamos assim, é na sua satisfação quanto a estar aqui dentro né, na sua vontade de... sei lá, de querer aprender, de querer crescer também porque quando você é muito limitado, você fica desestimulado tá? Eu acho que o que está acontecendo aqui no Barros é por várias limitações de recursos, por exemplo, você acaba ficando um pouquinho desestimulado tá? Isso é uma questão técnica digamos assim. Agora uma questão profissional minha com os pacientes, por exemplo, que eu tô achando ao fazer residência, eu tô gostando tá? Nesse aspecto, porque a gente vê casos muito ricos, casos diferentes que eu não imaginava, queria ver e estou vendo tá? É uma residência difícil... é onde você encontra pacientes em um estado assim muito comprometido tá? Pacientes que são difíceis, pacientes com uma história de vida muito difícil, dramática, trágica até às vezes, tá... e são pacientes que já chegam pra ti num estágio também trágico tá...então muitas vezes você quer fazer muito por esse paciente e não pode... aí você acaba entrando às vezes um pouco em colapso porque você quer fazer, você sabe que pode ser feito mas você esbarra numa condição já debilitada dele, você esbarra numa falta de recursos do hospital, você esbarra numa falta de vontade de algumas pessoas, então, é todo um conjunto né... que acaba te deixando assim um pouco é... sei lá... como é que eu posso... frustrado, um pouco decepcionado, mas também um pouco assim... acho que agora no meu atual estado, eu tô um pouco assim amortecida. Você vai se acostumando com a coisa. É... eu não gostaria disso pra mim, mas é uma coisa que você acaba tendo depois. Ah... morreu, ele estava muito grave... era um paciente que chegou num estado muito terminal... tá... eu aceito, mas chegou num estado terminal ponto! Se nós tivéssemos isso, isso, isso, isso... talvez a história dele pudesse ser diferente... também não estou querendo me questionar muito nesse aspecto. Era um paciente muito terminal e ponto. Não sei se te ajudei muito...*

Pesquisadora: *que tipos de aprendizagens, e isso você começou a falar muito bem, você considera como as mais significativas para a sua formação como médica? E de que forma elas aparecem no cotidiano da sua prática? Aquelas aprendizagens que te tocaram mais... você falou agora, entrou nisso, mas o que te tocou mais nessa aprendizagem de dois anos agora? Situações ou exemplos que você quiser dar.*

Clara: *é porque assim... olha, é que assim, eu não tenho coisas muito boas pra te falar. O que eu ando aprendendo... porque não são coisas certas...sabe? Então por exemplo: é... infelizmente aqui no Barros... eu vou esbarrar de novo na questão da falta de recursos... a gente aprende a deixar o paciente morrer, tá? Então assim, não é uma aprendizagem legal. Não é o certo. Não é o que a gente poderia fazer enquanto médicos tá? Por outro lado, é... o que eu pude aprender também aqui, é que assim... sempre vale,você tentar fazer o seu máximo em todas as situações e nunca deixar de fazer isto. Entendestes? É... por exemplo: eu tive uma paciente muito grave, não era minha paciente mas fui chamada pra atender uma intercorrência porque eu era R2... e a paciente estava citopênica, estava sangrando por tudo quanto era lado, era SIDA, então ali aquela paciente eu tinha que introduzir um antibiótico pra ela, tinha que introduzir um antibiótico “X” para aquela paciente, eu tinha que prescrever uma medicação pra parar de sangrar... aí prescrevi sangue pra ela, e comecei a lutar por uma vaga de UTI. Uma preceptora disse pra mim: porque que você fez isso? Essa paciente vai morrer e ocupar um leito de UTI pra nada, e quando eu fui conversar com o médico da UTI ele me disse mais ou menos a mesma coisa. Mas eu falei assim: olha, não é bem assim, a paciente é nova, é uma paciente que tem uma condição reversível, ela é SIDA, com uma Estoplasiose disseminada, então são coisas totalmente reversíveis... ela está sangrando porque está muito plaquetopênica e muito citopênica mas é um quadro reversível. Então por ser um quadro reversível, ela não está com câncer terminal, eu posso, acho, como ela está grave, mandar ela para uma Terapia Intensiva, não vejo contra indicações a isso. A não ser “achismos” entendeu? Então mandei essa paciente. Essa paciente ficou em Terapia Intensiva, ficou quase um mês internada na UTI, saiu da UTI, foi pra Enfermaria e recebeu alta quase normal. Isso é uma experiência boa, tá? Mas as experiências ruins, é que eu acabo vendo e sentindo é tanto da preceptoria quanto de um espírito no Barros Barreto em geral de todos os médicos, é que: nós não temos muito o que fazer pelo paciente. Nós somos limitados, nós... ah! É grave. Deixa morrer. Mais ou menos isso o que eu sinto assim... é... mais ou menos assim que eu tive que me comportar algumas vezes... com as impossibilidades de fazer mais né? E esse é o aprendizado que eu não quero levar pra minha vida... Por exemplo, é uma coisa negativa que eu aprendi aqui na Residência... um espírito assim da Residência, contaminando todo o hospital de uma forma geral, mais ou menos... eu sei que é meio pesado falar isso mas... tô sendo sincera contigo. Eu me recuso, por exemplo, a ir na “crista da onda”. Eu fui obrigada algumas vezes por ser obrigada, por não ter o que fazer, os recursos se esgotarem, não ter vaga na UTI, de não aceitarem o paciente, eticétera, e... mas não assim, desistir sem lutar entendeu? Como eu vejo que acontece muito por exemplo. Mais ou menos assim.*

Pesquisadora: *como você descreveria a sua relação com os preceptores?*

Clara: *acho a minha relação com os preceptores boa. Assim... eu acho que a gente nunca teve nenhum embate direto com nenhum deles. Eu guardo mais ou menos o que eu penso de cada um, é... procuro tirar o que cada um tem de bom... assim... se uma preceptora é melhor em diagnósticos diferenciais e um pouco pior em antibióticos, então eu não peço muita consultoria de antibióticos pra ela. Eu discuto com ela mais diagnósticos diferenciais. Se outra é formada na USP e é conhecedora e PhD em antibióticos, então é com ela que eu vou discutir antibióticos né? Não vou discutir diagnósticos diferenciais porque eu sei que pô... então é assim, acaba vendo cada ponto forte de cada preceptor. Eu tento é... assim... tirar um pouquinho deles né, aprender um pouco com eles todos os preceptores aqui da Infecto do Barros são muito bons... em relação assim a conhecimento. Todos eles têm uma bagagem muito boa. É... e acho que é isso... acho que eu tento levar assim com um convívio aceitável e bom... a não ser uma preceptora que eu não curto assim... mas ninguém curte também.. e com*

ela é um convívio assim extremamente e estritamente profissional e a gente não conversa nada mais além disso. Me retiro me baseio nisso. A gente conversa, sobre o paciente, sobre coisas e pronto acabou. Com as outras não. Com as outras a gente já conversa mais coisas da vida pessoal... a gente tem tipo uma amizade.

Pesquisadora: *que relação você estabelece entre a formação da residência e a sua subjetividade?*

Clara: *Como assim?*

Pesquisadora: *Você acha que essas duas coisas têm relação?*

Clara: *com certeza. Na minha formação, por exemplo, eu fui me deparar várias vezes com uma questão de princípios e caráter. Entendeu? Então assim, muitas vezes eu poderia ter negado os meus princípios e meu caráter e ter virado as costas para aquilo que eu acho que é certo. Mas eu nunca fiz isso. Então assim, toda vez que eu acho que uma coisa é certa, eu vou atrás e busco fazer aquilo que eu acredito. Entendeu? Então eu acho que é... mais nesse sentido assim é... de fazer aquilo que eu acho correto, de empregar aquilo que eu acho que é certo e não deixar que... ou tentar pelo menos, que aquilo que eu faço não seja o contrário digamos assim. Por exemplo, quando tem uma preceptora com uma conduta x, e que eu já li que a conduta virou y, a medicina, vira o tempo todo tá mudando, então: ah não preceptora, mas olha tem tal coisa ou eu não faço. Eu peço pra ela prescrever x medicação como já aconteceu tá? Não concordo com a conduta x então a senhora pode carimbar aqui e escrever que a conduta não é minha, é sua tá? Eu sou muito chata com relação a isso. Assim... eu acho que... não sei, eu tenho a minha opinião, eu tenho o meu conhecimento... estou formando o meu conhecimento. Eu concordo, aceito, fico muito grata pelo conhecimento dos preceptores, mas eu não acho que o que eles falam é 100% verdade. É altamente questionável, acho que um ambiente de universidade é para isso, para você gerar mais conhecimento, agregar mais conhecimento, e eu busco fazer isso né? E quando eu não concordo com x conduta eu no máximo tento me sair dessa x conduta, tá... a não ser quando eu não saiba, né? Aí eu faço e depois que eu vejo que não é, aí... já foi. Mas quando eu sei... eu acho que... sei lá... a pergunta é um pouco difícil assim. É muito subjetiva (risos). Em relação à subjetividade eu acho que é isso não sei... acho que é a sua formação. Eu não sei, eu acho que são os seus princípios, o seu caráter e a linha de trabalho entendeu... não sei. Mas... eu acho que é isso mesmo, ambiente de universidade é um ambiente de construção, um ambiente onde você questiona, você traz coisas novas, você traz artigos novos, é você tentar pegar o conhecimento assim na ponta, na crista da onda e sei lá, dividir. Essa troca de conhecimento assim eu acho fantástica e eu acho que é um ponto válido da residência... você se atualizar digamos assim.*

Pesquisadora: *existem aspectos que você considera importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da residência aqui do hospital? Você pode dar opiniões e sugestões?*

Clara: *eu acho que o que falta aqui nessa formação do hospital, primeiro, recursos. A gente não tem um tomógrafo, a gente não tem um aparelho de ressonância... quer dizer a maioria dos nossos pacientes SIDA, ou sei lá 60% deles pra tirar uma média, abrem um quadro de... ou recaem num quadro neurológico. Eu não tenho nenhuma Tomo. Como eu vou saber se o que ele tem é uma neurotriptocose, uma toxoplasmose ou um linfoma do sistema nervoso, entendeu? Então eu acabo atirando pra todos os lados e isso é um pouco complicado porque*

o ideal é você fazer um exame, você ver mais ou menos o que que é, ao invés de colocar um monte de terapêutica pro paciente. E isso acaba interferindo diretamente no resultado do paciente porque, você acaba atrasando no diagnóstico, você deixa esse paciente esperando muitas vezes, quer dizer, uma coisa que você poderia resolver em uma ou duas semanas, você vai só vai resolver em um mês ou um mês e meio, entendeu? Ou mais... assim sendo otimista um mês ou um mês e meio. Então eu acho que a falta de recursos aqui no hospital é um grande problema, quer dizer, faltam antibióticos, pra uma Residência em Infectologia não ter antibiótico é um crime estás entendendo? Quer dizer a gente agora, a gente tá, se eu não me engano no hospital, acho que não temos nenhuma cefalosporina ou se temos é a cefalexina, Vancomicina que são antibióticos de ponta... quer dizer, o que é que se vai fazer com o paciente? Nada! Tô brincando aqui de ser médico, tu estás entendendo? A gente se sente mais ou menos assim. Quer dizer que antibióticos eu vou propor? Não tem antibiótico. Tem uma ou duas classes no máximo... quer dizer e aí? Como é que eu vou treinar meu conhecimento do livro? Tás entenddo, quer dizer eu abro lá x coisas: neutropênico febril, a gente geralmente inicia Cefepime... Tem um ano que não tem Cefepime no hospital! Então aqui a gente inicia com Vanco que não é o protocolo. Tá? Então quer dizer, eu sou impedida de fazer o protocolo corretamente por limitações do hospital tá? Outra coisa, Cultura... aqui vive faltando cultura, então a gente não tem perfil de resistência microbiana no hospital; coisas que são essenciais pra uma CCIH. Saber o perfil de resistência, saber quais bactérias são mais freqüentes aqui é... saber por exemplo as infecções mais prevalentes no hospital... a gente não tem dado de nada disso! Como é que eu vou fazer uma CCIH aqui? Isso é um ponto que me preocupa. A gente ta num ponto que a gente ta fazendo CCIH fora, porque assim, a gente não tem conhecimento de nada aqui no hospital e a CCIH fica aí sem função, tá. Então tudo isso eu acho que são pontos que prejudicam a minha formação enquanto Infectologista, porque eu acabo não podendo fazer aquilo que eu poderia fazer, aquilo que eu aprendi como certo, como os deadlines, como os protocolos... a gente não consegue aplicar direito aqui no hospital, “n” questões, falta de recursos e tudo o mais... esse é um ponto que prejudica. Outro ponto que prejudica eu acho que a Infecto, é a questão de aulas, a gente tem poucas aulas... a gente tá até querendo articular isso pra ter mais aulas... é... pra que os preceptores participem mais, para que haja mais discussão. A gente tá querendo reformular os protocolos que a gente tem... são os próprios da instituição né... tentar adaptar às nossas verdades né, à nossa realidade, mas eu acho que a gente tá tentando é... conseguindo resolver mais ou menos assim, essa questão das aulas... mas a questão de recursos infelizmente... é a principal né... a principal é a falta e o que é mais complicado.

Pesquisadora: *tá bom Clara. eu quero agradecer a sua participação. Tem mais alguma coisa que você gostaria de colocar?*

Clara: *sim. A tua pesquisa vai resultar em alguma mudança aqui para o hospital?*

Pesquisadora: *eu espero que sim. Eu espero contribuir com vocês com certeza. Uma boa tarde pra você.*

ANEXO VIII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA MARIANA (FORMADORA)

05.12.14

Pesquisadora: *doutora na sua opinião, qual a importância da residência médica para a formação do médico?*

Mariana: *é... toda! Porque eu não acredito em uma formação de seis anos. O médico não está pronto com seis anos de formação. É mandatório fazer a residência médica. Só depois desse treinamento em serviço e que é intensivo, né, onde ele realmente assume responsabilidades, ele tem um rodízio muito intenso com sessenta horas semanais, é aí que ele vai de fato aprender e ser direcionado... ganha confiança, além de mais experiência. Não tem jeito. Tem que fazer a residência médica. Deveria ser obrigatório no Brasil já. Infelizmente a gente não tem vaga pra todo mundo, suficientes para todo o egresso de medicina, mas esse é um planejamento do governo que em até 2018 nós tenhamos vaga para todos os egressos de medicina. E aí a partir de então vai ser colocada a residência como obrigatória para todo o médico.*

Pesquisadora: *interessante. Eu escutei de alguns residentes que até durante a formação isso é falado pra eles. Na sua formação doutora você chegou a escutar também algo da importância da residência durante a sua formação?*

Mariana: *é... não muito claramente como os médicos professores colocando mas é... todo o médico que se forma a imensa maioria têm consciência de que é necessário fazer a residência.*

Pesquisadora: *como e porque você optou em realizar... bom você me disse que chegou a coordenar a residência do Barros né? Na época porque você optou por realizar a atividade de coordenação da residência médica na instituição Barros Barreto?*

Mariana: *na verdade isso a gente não optou... isso a gente é levado a fazer. Coordenação e supervisão de residência médica no Barros Barreto, na universidade, não é uma atividade paga. Não há bolsa de preceptor, não há bolsa de supervisão então quem faz, faz porque tem consciência da importância do processo.*

Pesquisadora: *como você descreve a sua experiência como formadora da residência até o presente momento?*

Mariana: *a residência assim como na graduação é extremamente importante inclusive na contínua formação de um preceptor né. O preceptor também se retroalimenta através desses diferentes níveis de participação na formação de um médico tanto na graduação como na pós-graduação.*

Pesquisadora: *alguma dificuldade ou desafio que você lembre e que queira colocar?*

Mariana: *é... a dificuldade é inerente à assistência mesmo ao que nós temos de limitações dentro do SUS mas a gente supera as limitações através de um bom direcionamento acadêmico da formação.*

Pesquisadora: *que tipos de aprendizagens... (como você mesma colocou, é bom porque existe uma troca...). Que tipos de aprendizagens na residência do Barros Barreto você considera como as mais significativas para a formação do médico? Que tipo de experiência se vive lá e que se torna algo significativo mesmo para essa formação?*

Mariana: *você aprofunda nos temas mais específicos da especialidade né... e você assume é... importantes missões no dia-a-dia. Na verdade o médico residente ele assume totalmente o paciente. O paciente é dele. Ele não fica como um observador, como mais um observador quando ele está na graduação, então ele é o médico responsável. Claro, com a supervisão de um médico preceptor. Então... ou de um preceptor de outras áreas dependendo do rodízio de onde ele esteja. Então é... Há um amadurecimento tanto de conteúdo da especialidade, como de profissional no relacionamento com o sistema e no relacionamento com o paciente.*

Pesquisadora: *como você descreveria a sua relação com os residentes?*

Mariana: *é boa. É muito boa. Como eu sempre estive em supervisão eu fui a presidente da comissão estadual, então eu sempre tive um bom relacionamento com os residentes, tanto na colocação das obrigações deles como também na defesa dos direitos deles.*

Pesquisadora: *existem aspectos que você considera importantes e que no momento atual não estão presentes no processo de formação da residência do Barros?*

Mariana: *é... só a limitação em relação a estrutura que a gente ainda... de vez em quando têm problemas para tratamento e para diagnóstico. A falta de uma tomografia, a falta de uma ressonância magnética, a falta de alguns medicamentos... isso às vezes complica na resolução dos problemas com os pacientes.*

Pesquisadora: *considerando a história da residência médica no Brasil e no Pará como está a situação da residência atualmente? Você me disse que chegou a coordenar né, fazer parte da comissão. Considerando todo esse histórico de luta da residência como está a situação da residência atualmente? Crises, fatores políticos?*

Mariana: *há um grande incentivo pelo governo federal e também o estadual de ampliar bastante as vagas de residência médica. Nós conquistamos muitas vagas nos últimos cinco anos principalmente e ampliou bastante o número de vagas de residência médica no estado do Pará. Não só em Belém, também interiorizou. Então hoje nós temos vagas em Santarém, temos vagas em Bragança, é... em Redenção. Altamira está pleiteando. Então isso é muito importante porque é a melhor forma de fixação do profissional médico é ter a residência médica no local. É por isso que nós perdemos muitos médicos que vão fazer residência em outro estado, eles acabam ficando por lá por vários fatores. Então ter os programas de residência aqui dentro, em áreas estratégicas principalmente, que nós temos muita carência isso é fundamental para a saúde do estado.*

Pesquisadora: *e atualmente vocês estão conseguindo superar essas barreiras?*

Mariana: *sim, sim. Está sendo facilitado. Não tem problema nenhum basta ter os serviços organizados e pessoas que queiram oferecer programas de residência médica.*

Pesquisadora: *doutora você gostaria de contribuir com mais alguma coisa?*

Mariana: *não. Eu acho que é isso mesmo. Obrigada.*

Pesquisadora: *obrigada pela contribuição.*

ANEXO IX – REGIMENTO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO COORDENADORIA DE ATIVIDADES ACADEMICAS COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA RESIDÊNCIA MÉDICA

R E G I M E N T O - CAPÍTULO I DA RESIDÊNCIA

Art. 1º - Os Programas de Residência Médica do Hospital Universitário “João de Barros Barreto/ UFPA., serão realizados nos diversos setores de atividades das Unidades Hospitalares envolvidas nos Programas previamente estabelecidos e sob supervisão de docentes e médicos da UFPA.

Este Regimento norteia as normas gerais da Residência Médica, que é de tempo integral.

Art. 2º - Os programas de Residência Médica, serão desenvolvidos nas especialidades Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Digestiva, Anestesiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia Clínica, Infectologia e Pneumologia e outros do interesse do HUIBB.

Art. 3º - Participarão dos programas de Residência Médica os médicos, registrados no Conselho Regional de Medicina, consoante as condições de inscrição, seleção e admissão estabelecidas neste Regimento.

Art. 4º - O número de vagas será estabelecido anualmente, pela Comissão de Residência Médica, conforme estabelece o Art. 6º da Resolução nº 04/78-CNRM.

Art. 5º - Os programas de Residência Médica terão a duração de 2 (dois) anos nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Digestiva, Endocrinologia, Gastroenterologia Clínica e de 3 (três) nas especialidades de Pneumologia, Infectologia e Anestesiologia. Para as especialidades de Pneumologia, Endocrinologia e Gastroenterologia Clínica exige-se o pré-requisito de 2 (dois) anos de Residência Médica em Clínica Médica e para a especialidade de Cirurgia Digestiva o pré-requisito de 2 (dois) anos de Residência Médica em Cirurgia Geral.

Parágrafo Único - Cada especialidade obedecerá uma carga horária anual mínima de 2.880 horas e máxima de 3.120 horas.

Art. 6º - Os Programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80% a 90% de sua carga horária sob a forma de treinamento prático em serviço e com a orientação de preceptores, destinando-se o restante da carga horária (10% a 20%) ao Treinamento Teórico-Prático.

§ 1º - O treinamento prático em serviço será desenvolvido obrigatoriamente em Unidade de Internação, Ambulatório, Serviço de Emergência e outros setores, de acordo com o programa específico de cada área.

§ 2º - As atividades teórico-práticas serão desenvolvidas sob a forma de:

- a) Discussão de Casos Clínicos;
- b) Sessões Clínico-Radiológicas e Anátomo-Clínicas;
- c) Sessão de Revisão e Atualização de Temas, Seminários e Clubes de Revista;

d) Curso de Embasamento versando sobre a área Administrativa, Arquivo e Estatística e Noções Teórico-Práticas do programa específico;

e) e outros, sempre com a participação dos residentes.

§ 3º- Os médicos residentes dos programas Clínica Médica (R1 e R2), Infectologia (R1),

Cirurgia Geral (R1 e R2), Anestesiologia (R1 e R2) e Cirurgia do Aparelho Digestivo (R1 e R2), participarão do Programa Interiorização (em cidades do interior), com escala previamente elaborada, comunicada a cada um e com a supervisão dos preceptores.

Art. 7º - A duração e a programação das várias áreas e especialidades serão cumpridas em um período máximo de 60 horas semanais, aí incluídos um máximo de 24 horas de plantão, um dia de folga semanal e trinta (30) dias consecutivos de repouso no ano de atividade.

Art. 8º - A promoção para o 2º e 3º ano, assim como a obtenção do certificado de conclusão do programa deve obedecer o que reza o Art. 9º da Resolução nº 05/79-CNRM e o Capítulo VI deste Regimento.

§ 1º - O certificado será conferido em conformidade com o que dispõe a Resolução nº 06/80 e o Art. 1º da Resolução nº 13/81-CNRM.

§ 2º - Aos residentes que não completarem o período total exigido para a Residência, será fornecida uma declaração, com a ressalva de que não foi cumprido o tempo total previsto.

§ 3º - O desligamento a pedido de qualquer residente deverá ser formulado por escrito, caso ocorra nos primeiros 60 dias do programa, a vaga deverá ser preenchida, obedecendo rigorosamente a classificação obtida no processo de seleção.

- CAPÍTULO II DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 9º - O Programa de Residência Médica será coordenado e dirigido por uma Comissão de Residência Médica - COREME, conforme estabelece norma específica.

Art. 10º - A COREME estará vinculada técnica e administrativamente à Coordenadoria de Atividades Acadêmicas - C.A.A.

Art. 11º - São membros da COREME:

- a) Dois (02) representantes de cada programa: 1º Supervisor e 2º Vice-Supervisor,
- b) Um (01) representante dos preceptores,
- c) Um (01) representante dos residentes,
- d) Um (01) representante da Divisão de Ensino/CAA.

Art. 12º - A COREME do Hospital Universitário "João de Barros Barreto" coordena a execução das atividades concernentes à Residência Médica.

§ 1º - Os membros da COREME e preceptores devem ser escolhidos entre os médicos dos Programas de Residência Médica e terão mandato de dois (02) anos.

§2º - O representante dos Preceptores será escolhido entre os mesmos, por eleição direta, com mandato de 2 anos

§ 3º - O representante dos residentes e seu Vice, serão escolhidos por esses, com mandato de 1 ano.

§ 4º - A Coordenação Geral da COREME e a Vice-Coordenação serão escolhidos entre os preceptores membros da mesma, por eleição direta.

§ 5º - A eleição para a Coordenação e a Vice-Coordenação será feita por voto universal e são eleitores todos os membros da COREME e todos os médicos residentes que cumprem Programação de Residência Médica no Hospital Universitário “João de Barros Barreto”/UFPa, ficando esclarecido que o médico residente representante de sua categoria na COREME terá direito a apenas um (01) voto:

a) Na eleição deverão ser escolhidos o Coordenador e o Vice-Coordenador para cumprimento de mandato de dois anos, podendo ser re-eleitos por mais um mandato consecutivo;

b) Havendo intervalo de um mandato de 2 (dois) anos, ou seja, qualquer membro da COREME que já tenha sido Coordenador poderá ser candidato para novo mandato;

c) A eleição será realizada através de voto secreto e Coordenado por uma Comissão Eleitoral designada pela COREME, composta por 3 membros, sendo um deles o Presidente, que será responsável por todo o processo eleitoral, inclusive a apuração.

d) O Coordenador eleito será empossado no 1º dia útil do mês seguinte à eleição, que deverá ser realizada sempre no mês de abril.

e) Os candidatos ou Coordenadores e Vice-Coordenadores da Coreme deverão enviar para a Comissão Eleitoral a Chapa contendo os nomes dos respectivos candidatos (coordenador e vice) e será eleita a chapa que obtiver maior número de votos na eleição.

§ 6º - A eleição do Supervisor e Vice-Supervisor dos Programas de Residência Médica será feita por voto universal, sendo candidatos quaisquer preceptores do programa, e eleitores, todos os membros preceptores e médicos residentes do respectivo programa.

a) A data da eleição coincidirá com a data da eleição do Coordenador Geral.

b) O Supervisor e Vice-Supervisor serão empossados no primeiro dia útil do mês seguinte ao da eleição, que será o mês de abril.

c) A duração do mandato será de dois anos podendo ser reeleito por mais um mandato.

d) Havendo intervalo de 1 (um) mandato, isto é, 2 (dois) anos, qualquer preceptor do programa poderá ser candidato à novo mandato.

Art. 13º - À Comissão de Residência Médica compete:

1 - Programar, coordenar e executar o processo de seleção dos candidatos à Residência;

2- Coordenar, orientar e controlar a execução dos programas de treinamento dos residentes;

3 - Propor providências e sugestões com vistas ao aprimoramento das atividades pertinentes à Residência Médica;

4 - Reunir-se regularmente, devendo:

a) definir o calendário anual das reuniões ordinárias a ser enviado a CNRM, nos termos do Art. 3º da Resolução nº 09/81-CNRM;

b) reunir-se extraordinariamente por convocação do coordenador ou de 1/3 de seus membros;

c) transcrever as reuniões em atas, que deverão ser encaminhadas à CNRM, quando solicitadas.

5 - Convocar, quando necessário, os supervisores dos Programas, para resolução de problemas relacionados com o treinamento dos Residentes;

6 - Modificar as normas de trabalho da Residência Médica tendo em vista um melhor aprendizado ou necessidade de serviço;

7 - Aplicar penalidade disciplinar ao Residente (advertência escrita, suspensão de 1 a 10 dias ou mesmo desligamento), no caso de infração ao presente Regimento;

8 - Zelar para que seja dada, aos Residentes, toda assistência prevista neste Regimento;

9 - Desligar o membro da COREME que faltar 3 (três) reuniões ordinárias, sem justificativa.

Art. 14º - Ao Coordenador compete:

1 - Coordenar as atividades da COREME,

2 - Enviar agenda a seus membros, 48 horas antes da reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 15º - Ao Supervisor compete:

1 - Programar as atividades da Residência Médica sob a sua competência;

2 - Assessorar o Coordenador nas áreas pertinentes a seu Programa, quando necessário;

3 - Supervisionar o trabalho de docentes e preceptores envolvidos nos Programas de Residência Médica;

4 - Avaliar periodicamente, o aprendizado dos Residentes, conforme estabelece norma específica;

5 - Controlar a produção técnica e científica dos residentes;

6 - Orientar os Residentes na solução dos problemas de natureza ética no exercício de suas tarefas;

7 - Encaminhar a rotina das atividades do Programa de Residência Médica sob sua responsabilidade, à direção da Instituição de Saúde onde o mesmo se desenvolve;

8 - Aplicar advertência oral, escrita ou suspensão.

Art. 16º - Ao Preceptor compete:

1 - Orientar diretamente o trabalho dos Residentes em todas as suas etapas;

2 - Preencher em conjunto com o Supervisor e o Residente, a Ficha de Avaliação de Desempenho;

3 - Fornecer aos Supervisores, sempre que solicitado, informações sobre o treinamento e o aproveitamento dos Residentes.

Art. 17º - Ao Representante dos Residentes compete:

1 - Representar os Residentes perante a Comissão de Residência Médica, em conformidade com o Art. 2º da Resolução nº 09/81-CNRM;

2 - Encaminhar à COREME sugestões apresentadas pelos residentes para melhoria das condições de trabalho e do treinamento;

3 - Auxiliar a Comissão de Residência nas tarefas e programas concernentes às atividades dos Residentes;

4 - Colaborar na Supervisão e execução das atividades científicas programadas pela Comissão de Residência Médica;

5 - Tomar conhecimento das ocorrências relacionadas com os Residentes que exijam medidas especiais e comunicá-las de imediato à COREME;

6 - Reunir periodicamente com os Residentes e/ou seus representantes, para inteirar-se do desenvolvimento de suas atividades;

7 - Fazer cumprir o presente Regimento.

Art. 18º - O Representante dos Residentes será destituído de suas funções a critério da COREME, após caracterização de incapacidade para a referida função ou quando sua demissão for solicitada por motivo justo e devidamente comprovada por 2/3 do grupo de Residente.

- CAPÍTULO III DA INSCRIÇÃO, SELEÇÃO E ADMISSÃO

Art. 19º - As inscrições para seleção dos Residentes serão abertas anualmente, em prazos e condições estabelecidas através de Edital elaborado pela Comissão de Residência Médica, obedecendo o que determinam as Resoluções nº 06/81 e 06/82-CNRM.

§ 1º - Poderão candidatar-se à Residência Médica, os graduados por Escolas Médicas, oficialmente reconhecidas;

§ 2º - Não será permitida a inscrição para candidatos que tenham sido desligados de quaisquer Programas de Residência Médica por motivos disciplinares ou que estejam inclusos na Resolução nº 13/82-CNRM.

Art. 20º - As inscrições para seleção serão efetuadas pelo interessado ou seu Procurador Legal, na Secretaria da Comissão de Residência Médica, devendo preencher o Formulário de Inscrição e apresentar cópias dos seguintes documentos:

a) Documento de Identidade;

b) Diploma registrado no órgão competente ou comprovante de estar cursando o último semestre do Curso Médico;

c) Quando já graduado, comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina;

Local (Pará)

d) Histórico Escolar;

e) Certificado de Quitação com o Serviço Militar;

f) Duas (02) fotos 3 x 4;

g) Comprovante do pagamento da taxa de inscrição.

Art. 21º - No ato da inscrição o candidato deverá tomar conhecimento do Regimento da Residência.

Art. 22º - A seleção dos candidatos à Residência será processada através de:

a) Prova Escrita de caráter geral.....Peso 9

b) Prova oral..... Peso 1

Art. 23º - Para o Processo de Seleção será constituída uma Comissão Examinadora sob a responsabilidade da COREME.

Parágrafo Único - À Comissão Examinadora compete:

1 - Elaborar as questões das Provas Escritas,

2 - Realizar a Prova oral

3 - Avaliar o Histórico Escolar,

4 - Atribuir os valores para os diversos itens da seleção de acordo com os critérios previamente estabelecidos pela COREME.

Art. 24º - A classificação dos candidatos será feita pelo maior número de pontos obtidos, de acordo com o número estabelecido de vagas em cada área de Residência Médica.
Parágrafo Único – O critério de desempate será feito segundo a maior nota do Exame teórico de conhecimentos gerais. Segundo a maior nota da Avaliação Oral Específica. Se permanecer o empate, será utilizado critério constitucional.

Art. 25º - Para o preenchimento das vagas, os candidatos classificados terão que ser submetidos, obrigatoriamente a exame médico.
Parágrafo Único - O exame médico será realizado pelo Serviço Médico do Hospital Universitário “João de Barros Barreto”.

Art. 26º - Os candidatos habilitados terão o prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data de divulgação do resultado, por assinatura do Termo de Compromisso, além, do que a COREME se reserva o direito de cancelar a admissão:
Parágrafo Único - O Termo de Compromisso deverá conter os requisitos referidos no Art. 3º da Lei nº 6932, de 7 de julho de 1981- CNRM.

Art. 27º - Somente poderão ser admitidos como Residentes, os médicos habilitados no Processo Seletivo, de acordo com o número de vagas e a rigorosa ordem desclassificação.
Parágrafo Único - Os candidatos aprovados com pré-requisitos já cumprido em instituição reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), somente terão acesso ao 2ºano do Programa de Residência Médica de Pneumologia, se houver vaga.

- CAPÍTULO IV DOS RESIDENTES

Art. 28º - Os residentes serão designados a partir de sua admissão e de acordo com a duração de seu Programa em:
R1 - no primeiro ano,
R2 - no segundo ano,
R3 - no terceiro ano.

Art. 29º - Os Residentes ficarão sujeitos ao regime de tempo integral e não terão nenhum vínculo empregatício com a Instituição de Saúde onde será desenvolvido o Programa.
Parágrafo Único- Os médicos residentes não podem assumir atividades profissionais em outras Instituições durante a vigência de seu Programa de Residência Médica.

Art. 30º - Os Residentes terão a seguinte subordinação:
a) Preceptor do Programa,
b) Supervisor do Programa,
c) Coordenador da COREME,
d) Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 31º - A Instituição de Ensino deverá proporcionar aos Residentes:
a) Alimentação, uniformes e lavanderia gratuitos,
b) Condições para repouso e conforto,
c) Biblioteca atualizada com acervo adequado ao Programa de Residência Médica,

- d) Bolsa de estudo, de acordo com os valores vigentes fixados pela CNRM,
- e) Assistência Social e de Saúde.

Art. 32º - Aos Residentes serão concedidos 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade, sempre de conformidade com a Escala organizada pela Comissão de Residência e com a conveniência dos serviços.

Art. 33º - À medica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fim de cumprimento das exigências constantes no Art. 7º da Lei nº 6932, de 7 de julho de 1981 da CNRM.

§ 1º - O afastamento a que se refere este Artigo deverá ser concedido pelo Médico Responsável pelo Serviço Médico do Hospital Universitário “João de Barros Barreto”.

§ 2º - Quaisquer outros motivos de afastamento do Residente deverão ser solicitados diretamente à Supervisão do Programa.

Art. 34º - Serão considerados deveres e obrigações dos Residentes:

- 1 - Inscrever-se no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-Pa), no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o início da Residência,
- 2 - Dedicar-se com zelo, sentido de responsabilidade aos cuidados dos pacientes, ao cumprimento de normas e rotinas que regem a Residência Médica,
- 3 - Comparecer às reuniões convocadas pela COREME, pelos Chefes de Serviço e pelos Representantes dos Residentes,
- 4 - Usar uniformes adequados durante suas atividades no Programa de Residência Médica,
- 5 - Prestar colaboração aos colegas, em situações especiais ou de emergência, mesmo fora do período de plantões, sempre que solicitado,
- 6 - Zelar pela economia e conservação do material que lhe for confiado para o desempenho de suas atividades,
- 7 - Cumprir, rigorosamente, os horários de trabalho fixados, registrando diariamente sua presença, através de assinatura ao início e término do expediente normal, em folha de frequência adequada a este fim,
- 8 - Cumprir toda a programação de treinamento estabelecido pela COREME,
- 9 - Cumprir as atividades que lhe forem determinadas (participação em atividades didática, plantões e outras),
- 10 - Respeitar o Código de Ética Médica, o Regimento Interno das Instituições de Saúde onde se desenvolve o Programa, bem como o presente Regimento.

Art. 35º - É vedado ao Residente:

- 1 - Internar ou dar alta a doentes, sem autorização do preceptor ou médico de plantão,
- 2 - Fornecer atestado médico a servidores das Unidades onde se desenvolve o Programa,
- 3 - Intervir em questões disciplinares referentes a servidores da Unidade onde se desenvolve o Programa, limitando-se a participar ao Supervisor do Programa ou ao Médico de plantão, qualquer ocorrência desta natureza.

- CAPÍTULO V DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 36º - Os Residentes ficarão sujeitos às seguintes sanções disciplinares:

- a) Advertência;

- b) Repreensão;
- c) Desligamento.

§ 1º - A pena de advertência verbal será aplicada na falta de cumprimento dos deveres e obrigações estabelecidos nos Art. 33 e 34 deste Regimento.

§ 2º - A pena de repreensão será aplicada, por escrito, nas seguintes situações:

- a) ausência das dependências do Hospital, dentro do horário de trabalho, sem autorização do Preceptor ou do Docente ou do Supervisor,
- b) reincidência na falta de cumprimento dos Artigos 33 e 34 deste Regimento,
- c) falta ao plantão sem prévia designação de substituto.

§ 3º - A pena de desligamento poderá ocorrer pelos seguintes motivos:

- a) reiterada falta de assiduidade às atividades programadas,
- b) ausência ao serviço, não justificado, por período superior a 10 (dez) dias, sem comunicação à Comissão de Residência Médica,
- c) rendimento insuficiente,
- d) infringência do Código de Ética Profissional, após analisada pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 37º - Na aplicação das sanções disciplinares, dever-se-á sempre considerar:

- a) a natureza da gravidade da infração,
- b) os antecedentes dos Residentes.

Art. 38º - Aos Residentes é vedada a utilização de documentação e das instalações onde se desenvolve o Programa, para realização de trabalhos de interesse particular sem autorização prévia do supervisor de Programa.

- CAPÍTULO VI DA AVALIAÇÃO

Art. 39º - Os Residentes serão avaliados ao final de cada módulo e ao final de cada ano do Programa.

§ 1º - A avaliação ao final de cada módulo do Programa será feita através de uma Escala de Atitudes que inclua atributos como: Comportamento Ético, Relacionamento com a Equipe de Saúde e com o cliente, interesse pelas atividades e outros, a critério de cada Programa.

§ 2º - A Avaliação ao final de cada ano do Programa obedecerá aos seguintes critérios:

- a) Prova Escrita,
- b) Prova Prática,
- c) Conceito, o qual abrangerá o Desempenho Profissional, Assiduidade, Responsabilidade, Iniciativa, Conhecimentos Adquiridos, Comportamento e Habilidades Técnicas, Ética e Relacionamento com o Corpo Docente e Discente.

Art. 40º - A média mínima anual para aprovação é 7 (sete).

Art. 41º - O Residente reprovado na avaliação anual está automaticamente desligado do Programa.

Art. 42º - A passagem para R2 é obtido pela aprovação no 1º ano do Curso e assim sucessivamente.

Art. 43º - Na avaliação do último ano do Curso, além da obediência ao previsto no §2º do Art. 38 deste Regimento, é necessária a apresentação de um Trabalho Científico até no máximo 60 dias após o término da Residência, versando sobre assuntos relacionados com a Especialidade, sob a orientação de docente preceptor ou do Supervisor do Programa.

**- CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 44º - O presente Regimento será revisto anualmente pela COREME, podendo sofrer as alterações que se fizerem necessárias.

Art. 45º - Os casos omissos no presente Regimento serão resolvidos pela COREME, ou em casos urgentes, pelo Coordenador Geral "AD REFERENDUM" da COREME.

Art. 46º - O presente Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Belém, 01 de fevereiro de 2005.