

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia**

**ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE
GINECOLOGISTAS-OBSTETRAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA**

Francisco Arsego de Oliveira

Porto Alegre, 2021

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia**

Francisco Arsego de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Edison Capp

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia como pré-requisito parcial para a obtenção do título de doutor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Arsego de Oliveira, Francisco
ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE
GINECOLOGISTAS-OBSTETRAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA /
Francisco Arsego de Oliveira. -- 2021.
127 f.
Orientador: Edison Capp.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e
Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Residência Médica. 2. Identidade profissional.
3. Ambiente educacional. I. Capp, Edison, orient. II.
Titulo.

Aos médicos residentes.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia pela receptividade da proposta.

Nesse processo, o Prof. Edison Capp teve papel fundamental. A sua liderança e dedicação ao PPG-GO é admirável. A sua inquietação científica e o incentivo para que pensemos criticamente foi crucial para chegarmos até aqui, quando o doutorado já não constava no meu horizonte acadêmico.

Gostaria de agradecer aos professores que participaram da minha banca de qualificação, Helena von Eye Corleta, Cristiane Leitão e Camila Giugliani pelas sugestões e incentivo.

À minha família, especialmente Carla, Pietro e Giovana. Eles bem sabem tudo o que eles representam na minha vida.

Por fim, aos médicos residentes e preceptores do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a quem aprendi a admirar e respeitar ainda mais! Obrigado e acolhida!

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
REVISÃO DA LITERATURA	13
Estratégia de busca da literatura	13
Residência médica no Brasil	20
Residência em GO no Hospital de Clínicas de Porto Alegre	24
PROBLEMA DA PESQUISA	24
MAPA CONCEITUAL	25
OBJETIVOS	25
Objetivo geral	25
Objetivos específicos	25
METODOLOGIA	26
Aspectos éticos	27
RESULTADOS	28
ESCOLHA DO ESTUDANTE PELA GO	31
A ESCOLHA PELO HCPA	42
ESTILOS DE APRENDIZADO	55
MÉDICOS RESIDENTES, O GRUPO E A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

PERSPECTIVAS	92
REFERÊNCIAS	94
ARTIGO	102
APÊNDICE 1	119
APÊNDICE 2	121
APÊNDICE 3	122
APÊNDICE 4	124
APÊNDICE 5	126

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

AMB – Associação Médica Brasileira

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

EURACT – European Academy of Teachers in general Practice

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

GO – Ginecologia e Obstetrícia

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

PRM – Programa de Residência Médica

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

A residência médica é uma modalidade de pós-graduação baseada no treinamento em serviço. Foi criada nos Estados Unidos no final do século XIX e é considerada, ainda hoje, como o padrão-ouro na formação de médicos especialistas em todo o mundo. Tem sido observado que cada programa de residência possui características muito particulares que compõem o seu ambiente educacional, a ponto de ser possível definir uma cultura própria, que, por sua vez, marcará tanto a identidade profissional do médico egresso como a sua atuação assistencial de forma indelével. Entretanto, as grandes mudanças verificadas na assistência à saúde bem como no próprio processo educativo nos últimos anos, reflexo direto do processo de complexificação crescente do mundo atual, têm sido apontadas como uma das fontes potenciais de conflitos intergeracionais entre preceptores e residentes. O objetivo principal desse trabalho foi estudar os elementos que constituem a identidade profissional vinculada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e como ela é percebida pelos seus residentes e preceptores. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo, baseada em entrevistas e grupo focal com residentes e preceptores desse programa por meio de um roteiro pré-definido e em observação etnográfica dos seus diversos campos de prática. Os dados coletados foram codificados e analisados em categorias principais relacionadas ao ambiente, ao modelo educacional e à construção da identidade profissional. Os resultados mostram que o Programa de Residência possui características próprias que o diferencia dos demais, exercendo uma influência marcante na trajetória profissional dos seus egressos.

Palavras-chave: Residência médica, Identidade profissional, ambiente educacional.

ABSTRACT

Medical residency is a graduate educational modality based in practice under supervision. It was established in the United States at the end of the 19th century and is still regarded as the gold standard in the training of medical specialists worldwide. It has been observed that each residency program has its own peculiar features which creates a unique educational environment, leading to define its own culture. This educational model will define both the resident professional identity and his or her health care performance permanently. As a direct consequence of the increasing complexification process in the world, major changes in health care as well as in the educational process in recent years have been singled out as one of the potential sources of intergenerational conflicts between preceptors and residents. The objective of this work was to study the elements that constitute the identity formation and the organizational culture related to the Residency Program in Gynecology and Obstetrics of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and its impact on the medical education of its residents. Therefore, a qualitative research was conducted, based on interviews and a focus group with residents and preceptors of this program through a pre-defined script and ethnographic observation of their various fields of practice. The collected data was coded and analyzed in main categories related to the environment, educational model and the process of professional identity formation. The results show that the Residency Program in question has its own characteristics that differentiate it from the others, exerting a marked influence on the professional trajectory of its residents.

Keywords: Medical residency, Professional identity, educational environment.

“Clinical education as we know it today is ripe for disruptive changes.” (1)

INTRODUÇÃO

A crescente complexificação do cuidado à saúde tem exigido a sua contrapartida em termos da formação de médicos aptos a trabalhar nesse novo contexto em todo o mundo. A residência médica, constituída ainda no final do século XIX nos Estados Unidos, consolidou-se a ponto de ser considerada consensualmente como o padrão-ouro de formação de médicos especialistas, um dos segmentos reconhecidos como mais nobres da categoria. Essa convergência entre formação e assistência médica atual passa a ser ainda mais importante pois tem sido possível estabelecer uma relação inequívoca entre a qualidade desse tipo de formação, nas suas mais diversas áreas, e os resultados relacionados aos indicadores sanitários da população sobre a qual a sua atuação é exercida (2–4).

No que lhe diz respeito, a formação médica é igualmente um processo longo e complexo, que inicia até mesmo durante o período de preparação para o ingresso no curso, e que vai se consolidando aos poucos, sendo a residência uma etapa determinante dessa evolução antes da entrada formal do médico no mercado de trabalho. A residência, modalidade de pós-graduação baseada no treinamento em serviço, caracteriza-se por um período relativamente curto para a incorporação de um volume considerável de conhecimentos, habilidades e atitudes vinculados a uma determinada especialidade médica e que envolve a interação permanente entre fatores individuais e ambientais. Mais recentemente, educadores médicos têm proposto a inclusão do “tornar-se médico”, ou seja, a formação da identidade profissional, como elemento fundamental nessa equação (5,6). Autores, como os pertencentes ao grupo liderado por Richard e Sylvia Cruess, têm, a partir de estudos sociológicos de Robert Merton, utilizado a definição de identidade profissional como sendo um processo de socialização que, ao longo do tempo, transforma o estudante

(ou residente) no sentido de fazê-lo “pensar, agir e sentir” como médico (ou especialista) (7). Essa não é uma trajetória simples e sem percalços, sendo o estresse causado por esse processo uma parte integrante e indissociável do mesmo desde a sua origem (8).

Sabe-se também que, apesar de seguir diretrizes mais gerais, os mecanismos concretos envolvidos nessa formação seguem padrões muito peculiares de instituição para instituição, na dependência, entre outros fatores, do modelo de formação adotado, do grupo de preceptores, da infraestrutura disponível, do perfil dos usuários e de atributos do grupo de residentes. Essas características – que formam o ambiente educacional – tendem a marcar a prática profissional dos egressos de modo permanente (9,10).

A percepção subjetiva de que a residência médica influencia definitivamente a prática profissional foi testada por Asch e colaboradores. Em um interessante estudo, os pesquisadores exploraram as complicações obstétricas de egressos de programas de residência em ginecologia e obstetrícia nos estados da Florida e de New York, nos Estados Unidos. Nas suas conclusões, foi possível estabelecer uma correlação clara entre os desfechos encontrados nas instituições onde os médicos haviam realizado o seu treinamento e os da sua atividade assistencial posterior. Em outras palavras, o médico tende a “carregar” para a sua prática as mesmas virtudes e fraquezas do local onde realizou a sua residência médica o que reforça o impacto da residência médica no exercício profissional ao longo da sua carreira (2,11).

A discussão sobre os modelos de aprendizagem na formação médica, tanto na graduação quanto na pós-graduação, tem apontado no sentido de um desgaste emocional significativo nessa fase. A ponto de ser considerada uma “crise”, os relatos de *burnout* entre residentes, por exemplo, têm sido cada vez mais comuns, contemplando todas as especialidades médicas com maior ou menor intensidade (12,13). Nos programas de residência em ginecologia e obstetrícia, os índices de *burnout*, conforme alguns estudos, podem atingir mais de 80% dos residentes (14). Os efeitos nocivos relativos a um ambiente desfavorável passam, portanto, a ter conotações desastrosas, relacionadas frequentemente a variados graus de

insatisfação com a instituição, ao adoecimento físico e mental, atrasos na conclusão do programa de residência, abandono e mesmo suicídio (15–17). Obviamente, não menos importante é o impacto que o *burnout* pode causar em termos da segurança dos pacientes, uma vez que há evidências de que profissionais que enfrentam esse problema têm o seu desempenho técnico prejudicado, com o registro de mais erros médicos (18,19).

O debate que começa a se delinear mais concretamente nos meios acadêmicos está, em parte, relacionado a questionamentos quanto à adequação dos modelos de residência médica vigentes como fonte potencial dos conflitos existentes no momento e na premência por novas referências (20,21). Na própria área de Ginecologia e Obstetrícia, esse movimento já foi, mesmo timidamente, desencadeado com demandas por adequações aos novos contextos assistenciais e de aprendizagem, onde a tecnologia e também o princípio de segurança do paciente têm assumido uma posição de destaque (1,22). Nessa perspectiva, além da necessidade de inovação, pesquisas sobre o processo educativo dessa etapa de formação passam a ser um elemento fundamental (23).

Conhecer de maneira aprofundada os aspectos subjetivos implicados no processo educacional desse período tão importante de formação assume, portanto, maior relevância para identificar antecipadamente os aspectos determinantes para desfechos desfavoráveis, assim como os possíveis fatores protetores, tanto para residentes como para o grupo de preceptores.

REVISÃO DA LITERATURA

Estratégia de busca da literatura

A estratégia utilizada para a busca de referências bibliográficas não seguiu o modelo clássico das pesquisas quantitativas. Inicialmente envolveu os descritores e

bases de dados Pubmed/Medline, Portal de Periódicos CAPES e Web of Science, sem limite de tempo.

Na busca no Pubmed, indicando os termos: “Medical residency”, “Professional identity”, “Teaching/trends”, “Education, Medical/methods”, “Internship and Residency” e “Medical education”, foram resgatados 162 artigos. No momento em que se restringiu a busca aos termos “Gynecology/education” e “Obstetrics/education”, foram resgatadas apenas quatro referências.

Assim, coerentemente com os objetivos e da metodologia pensada para o projeto de pesquisa, também foi feita uma revisão direcionada nas principais plataformas bibliográficas. Esse movimento se aproxima do *scoping review*, uma vez que o objetivo, diferentemente das revisões sistemáticas, que procuram responder uma questão específica da pesquisa, foi ampliar a questão de pesquisa, mapeando aspectos-chave relacionados à investigação, como conceitos, características de trabalhos semelhantes na área e possíveis lacunas de conhecimento (24–27).

REVISÃO DE LITERATURA

O fato de o mundo estar em constante transformação parece ser consenso. O que talvez ainda surpreenda alguns é a velocidade com que essa transformação tem acontecido e a sua complexificação nas últimas décadas (28–30). Esse fenômeno também tem tido impacto importante na formação médica nas suas mais diversas áreas, com reflexos diretos na assistência médica como um todo e na residência médica, foco desta pesquisa.

Já há vários anos, diversos autores afirmam que a complexidade da atenção à saúde parece ser um elemento novo e definidor dos ajustes necessários na formação em saúde em geral (31). Esse aspecto é tido como um desafio a ser vencido num mundo onde a transformação permanente e a incerteza são elementos fundamentais. Modelos lineares e reducionistas já não respondem de modo satisfatório às necessidades impostas por uma realidade cada vez mais tecnológica,

múltipla e repleta de imprecisões e conflitos e que, adicionalmente, continua a demandar “mais saúde” para a população (29). Superar essas limitações exige cada vez mais competências no campo das relações amplas (*capability*), ou seja, capacidade dos indivíduos, a partir do conhecimento adquirido, adaptarem-se às mudanças, gerar novo conhecimento e melhorar seu desempenho de forma continuada em diferentes contextos (32), a que outros autores referem-se a essa característica, mais recentemente, como “*adaptive expertise*” (33).

A complexidade do mundo atual tem, por conseguinte, reflexos diretos na formação médica, tanto na graduação como na formação de especialistas. A discussão no meio acadêmico tem possibilitado a apresentação desse debate, buscando entender melhor as suas causas e discutindo propostas de como superar esses desafios. Como vimos, as ideias concebidas para a residência médica há mais de cem anos já começam a ser questionadas e a pergunta principal poderia ser resumida da seguinte forma: qual a melhor alternativa educacional para formar melhores médicos e especialistas na atualidade de modo a fazê-los permanecer com um bom desempenho a longo da sua vida profissional? E qual o perfil ideal do especialista que necessitamos?

As questões pedagógicas atuais também incluem as diferenças geracionais, mas não se limitam a elas. Representantes da Geração Y, conhecidos como *Millennials*, estão entre os residentes atuais, ao passo que boa parte dos preceptores, pertencem ao grupo conhecido como *Baby Boomers*, nascidos entre 1946 e 1964 (34). Sob forte influência da tecnologia e da abundância de informações, os jovens médicos aparentam ter, grosso modo, diferentes prioridades, assim como distintas formas de pensar e aprender, com consequências nas formas de relacionamento com outras pessoas (amigos, colegas de residência, pacientes e os seus preceptores) e com organizações de ensino (35,36).

Nesse sentido, parece haver um potencial conflito em relação aos residentes atuais: por um lado, as expectativas dos preceptores, instituições e da sociedade em geral e, de outro lado, o residente com as suas próprias expectativas quanto às etapas

necessárias para tornar-se especialista. Essas divergências podem perdurar por toda a residência em maior ou menor grau, com efeitos em todo o processo de formação.

A ORIGEM DA RESIDÊNCIA MÉDICA

A residência médica foi criada na Universidade Johns Hopkins em 1889, quando foi aberto o seu hospital com residentes em medicina, cirurgia e ginecologia. Esse modelo, proposto por William Osler, William Halsted e Howard Kelly, acabou servindo, ao longo dos anos, de modelo para todos os Estados Unidos e, depois, para a maioria dos países (37). Desde então, a residência médica tem sido entendida como um dos processos educacionais de maior sucesso, considerada ainda o melhor modelo de formação médica em todo o mundo.

Essa nova modalidade de formação em medicina revolucionou os padrões aceitos anteriormente e consolidou o modo de transformar médicos recém-formados em especialistas reconhecidos na sua área. O seu grande diferencial foi propor uma maneira mais estruturada de ensino médico para além da aprendizagem pelo simples acompanhamento de um profissional mais experiente, até então, a maneira usual de lançar-se no mercado de trabalho. Sob forte influência da medicina alemã naquele período, o modelo idealizado por esses três médicos partia de uma ideia inovadora para a época, isto é, de pensar uma medicina “para ser estudada e não apenas ensinada” (37). Não foi por acaso, portanto, que a residência médica teve a sua origem e permaneceu, por muitos anos, essencialmente ligada aos hospitais universitários. Era nesses locais que as pesquisas começavam a ser desenvolvidas e a ciência médica iniciava uma trajetória marcada pelo crescente rigor científico e pela sofisticação acadêmica.

De modo resumido, essa mudança era baseada em quatro elementos fundamentais: (A) responsabilidade pelo cuidado do paciente; (B) uma atitude de questionamento e investigação permanente; (C) participação do residente no ensino

de estudantes e de outros membros da equipe; e (D) o longo período dedicado ao estudo.

Esse entendimento tinha implicações diretas sobre a organização da residência médica. Apesar de a formação médica tradicional ter sempre sido consolidada especialmente pela prática (a formação através do “treinamento em serviço” é o seu grande diferencial até hoje), a atividade assistencial na residência era considerada “um objetivo secundário da formação, que tinha como finalidade principal a investigação clínica” (37).

Assim, é no período relativamente curto da residência que se espera, ainda hoje, a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes que serão desempenhados por todo o resto da vida profissional do médico (38). Mais do que isso, um dos objetivos da residência médica sempre foi “criar uma identidade profissional e ética do médico” (37).

É importante ressaltar que o avanço representado pela residência nos seus primórdios e, por consequência, da especialização na medicina, deve ser analisada no contexto da crescente urbanização no final do século XIX e início do século XX, momento em que se percebia claramente uma tendência quanto à divisão do trabalho e à especialização do conhecimento em todos os seus campos. Esse processo, que se intensificou até a II Guerra Mundial e permanece até os dias atuais, se verifica também na pressão para a criação progressiva de mais especialidades e subespecialidades médicas. Como afirma Ludmerer, “a especialização representou uma resposta lógica ao aumento do conhecimento médico, ao desenvolvimento de novos instrumentos e tecnologias e aumento da complexidade da prática médica” (37). A residência, conseqüentemente, por estar na sua origem associada intimamente aos hospitais universitários, teve um impacto significativo nessa transformação, que acontecia de modo paralelo ao rápido processo de urbanização, e que permitia que os “casos” – anteriormente dispersos e pouco acessíveis – fossem concentrados para serem estudados em maior profundidade.

Uma das consequências desse processo é de que, se antes a graduação em medicina preparava para a prática profissional, já há mais de cinquenta anos é entendida apenas como uma etapa anterior à residência médica, ou seja, a única via para a formação de especialistas de fato (37). Assim a discussão sobre a “terminalidade” do curso de medicina e da necessidade da “formação do médico geral”, fonte de intensas e intermináveis discussões num passado nem tão distante no Brasil, parece ter sido superada há muito tempo nos países desenvolvidos (39,40).

Desse modo, é inegável que a consolidação da residência nos Estados Unidos teve papel importante na qualificação e na uniformização do processo de formação médica. O que antes era aprendido em cursos de curta duração ou em estágios com médicos mais experientes (especialmente na Europa) ou até mesmo de forma autodidata, passou progressivamente a ter regras mais claras e definidas. De maneira gradual, o sistema de residência médica naquele país firmou-se de tal forma que, após a II Guerra Mundial, acabou por eliminar todas as outras possibilidades de formação de “especialistas” (37).

Cabe destacar também que a qualificação da residência médica foi concomitante a um longo esforço no sentido de elevar o nível dos programas, por meio da adoção de critérios de certificação cada vez mais exigentes a nível nacional, ditados de forma conjunta por diversas instâncias ligadas a entidades médicas nacionais e ao governo federal norte-americano.

Nessa mesma linha de pensamento, é sempre importante reforçar que os princípios educacionais previstos na residência médica estabeleciam a primazia da reflexão crítica e do raciocínio clínico. Para tanto, era necessário que os médicos pudessem entender o pensamento científico, e não apenas repetir fatos em busca de resolver os problemas de saúde trazidos pelos pacientes (37).

Dessa forma, um dos elementos-chave nesse processo de formação estava relacionado ao fato do residente se sentir efetivamente responsável pelo paciente. Essa prerrogativa era conquistada aos poucos durante a residência e de acordo com o conhecimento e as habilidades demonstradas. Essas, por sua vez, estavam ligadas

inevitavelmente a uma investigação clínica aprofundada de cada paciente. O fato de os programas estarem organizados em hospitais universitários e de caridade, se por um lado disponibilizavam uma grande variedade de pacientes e de doenças para que esse objetivo pudesse ser atingido, por outro lado, convivia com a constante pressão pela diminuição de custos, obtidos pelo aumento da rotatividade dos leitos e pelo menor tempo para investigar cada caso.

Esse empenho permanente pela excelência, entretanto, sempre cobrou o seu preço. Desde o período inicial da criação da residência, o estresse e a ansiedade faziam parte da rotina do médico residente: as longas horas trabalhadas, a exigência dos professores por um desempenho superior, o trabalho árduo no manejo de casos difíceis num ambiente altamente hierarquizado e rígido. Além disso, o receio de que pudessem ocorrer “falhas” na sua performance era tido como ameaça à própria continuidade da residência, uma vez que o avanço no programa não era automático: deveria ser conquistado pelo residente, que corria o risco de ser desligado das suas atividades antes do seu término se o seu desempenho não fosse considerado adequado.

Contudo, esse ambiente altamente exigente era, de certa forma, esperado pelos próprios residentes, que o entendiam como única alternativa de uma formação diferenciada na sua área de especialização e que garantiria uma melhor inserção no mercado de trabalho. Esse era o “espírito” da residência naquela época, sendo raros os relatos do que denominamos atualmente como *burnout*. Esse termo começou a ser definido por Maslach na década de 1980 como uma síndrome relacionada ao trabalho expressa através do sentimento de exaustão emocional, despersonalização e sensação de redução da realização profissional (41). O *burnout* não é uma exclusividade dos profissionais da saúde, mas a residência médica, pelas características do seu trabalho e do ambiente educacional onde se inserem, parecem particularmente afetadas (42).

Tradicionalmente, o “sofrimento” na residência médica era visto como uma etapa necessária, ou seja, um inevitável rito de passagem aceito com resignação e até com certo orgulho.

Para vencer as adversidades postas, o ambiente de formação sempre teve um papel fundamental. Em primeiro lugar, toda a equipe compartilhava os mesmos valores de dedicação e comprometimento, do médico chefe aos seus assistentes. Estes, ao mesmo tempo em que cobravam um desempenho exemplar dos residentes, também ofereciam o suporte necessário para que esse objetivo fosse atingido satisfatoriamente. Em segundo lugar, a camaradagem e os laços de amizade construídos dentro do grupo constituíam uma importante rede de apoio, uma vez que os residentes de fato moravam e faziam as suas refeições no próprio hospital – daí o nome de “médico residente”. Ludmerer, a partir do seu amplo estudo sobre a residência médica nos Estados Unidos, afirma que o que faz a diferença entre os programas de residência médica é o ambiente de aprendizado, mais do que a estrutura física, o currículo ou a sequência de palestras (37). Esse ambiente de aprendizado deve traduzir a dedicação dos preceptores, as habilidades e os objetivos do seu corpo clínico. Sem nunca esquecer que o paciente deve ser a prioridade de todos, deve ser dada a oportunidade de o residente assumir progressivamente a responsabilidade pelo cuidado dos doentes, ao mesmo tempo em que deve haver liberdade para desenvolver os seus interesses intelectuais.

Assim, o que passa a ser questionado é se esse cenário, vinculado a uma visão quase romântica da residência médica, não pode estar sendo perdido no mundo em rápida transformação que vivemos atualmente. Isso talvez auxilie a explicar o aumento recente das queixas de ansiedade e de *burnout* entre os residentes, não só no Brasil, mas em todo o mundo e que merece um estudo mais aprofundado.

Residência médica no Brasil

No contexto dessa pesquisa, o desenvolvimento da residência médica no Brasil passa a ser um elemento relevante. O modelo criado por Osler, ao mesmo tempo em que se consolidou nos Estados Unidos, foi disseminado para a América Latina após a

II Guerra Mundial. Os primeiros programas de residência no Brasil foram criados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1944, seguido pelo Hospital dos Servidores, no Rio de Janeiro, em 1948. Progressivamente, e compartilhando a influência norte-americana original, os programas seguiram uma expansão lenta pelo país, especialmente para as regiões Sudeste e Sul, que concentram, ainda hoje, o maior número de programas de residência do território nacional (43–46).

Apesar de basear-se nesse modelo bem-sucedido, a evolução da residência médica no Brasil não seguiu um curso tão pacífico quanto possa parecer, o que certamente é reflexo das peculiaridades da nossa realidade social, do funcionamento do sistema de atenção à saúde e do fraco papel regulatório do Estado brasileiro na área (47).

A residência médica no país adquiriu, por exemplo, contornos mais definitivos apenas em 1981, quando foi promulgada a Lei 6.932/1981 que definia a residência médica como especialização *lato-sensu*, realizada através de treinamento em serviço (48,49). Essa lei procurou, minimamente, regulamentar a formação dos residentes, antes muito heterogênea. Não conseguiu, contudo, resolver o caráter necessariamente ambíguo nesse processo, isto é, em alguns aspectos, uma relação de trabalho propriamente dita e, ao mesmo tempo, uma atividade educacional no nível de pós-graduação (43). Dessa forma, se por um lado o residente é encarado como “estudante” em formação (em processo para tornar-se um especialista), por outro lado, é um profissional com diploma de graduação, registro no respectivo conselho regional de medicina e, portanto, responsável legal pelo cuidado dos seus pacientes. Como explicita Feuerwerker:

“Não existe contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro. Um se faz dentro do outro, de maneira indissociável”, ou seja, a Residência Médica estaria na interface (que é concreta e real) entre as políticas de educação médica e as políticas de saúde” (50).

Seguindo o exemplo de outros países, os programas de residência brasileiros foram inicialmente implantados em hospitais ligados a instituições universitárias. Outro aspecto relevante é que, desde a sua criação, nunca conseguiu ser universalizado, ou seja, um significativo número de formandos não obtinha vaga para formação especializada, sendo que essa questão nunca foi adequadamente solucionada. Ainda hoje, a escolha pela especialidade médica depende unicamente do médico, sem nenhum tipo de limitação imposta pelo Estado. Isto é, desde que haja vagas disponíveis na especialidade, essas posições serão ocupadas pelos primeiros classificados nos processos seletivos organizados pelas próprias instituições.

De fato, há outras questões ainda não resolvidas em relação à titulação médica, uma vez que há caminhos alternativos para a obtenção de um título de especialista. Já há muitos anos, a Associação Médica Brasileira (AMB), em convênio com as sociedades científicas das especialidades, concede títulos de especialista a médicos que não tenham concluído um programa de residência. O médico recebe a titulação desde que seja aprovado numa prova teórica e cumpra uma série de outros pré-requisitos que variam conforme a especialidade. Uma vez aprovado, o médico pode registrar esse título no respectivo conselho regional de medicina e passa a gozar os mesmos direitos de um médico que faz o seu registro ao concluir a residência (49).

Outra questão significativa está relacionada às grandes diferenças de formação conforme a instituição que a oferece. A legislação sobre esse tema estabelece os critérios mínimos para o credenciamento e credenciamento de programas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão ligado ao Ministério da Educação. Esses parâmetros, com margens amplas, não garantem uniformidade, uma vez que um mesmo tipo de programa pode apresentar diferenças marcantes de acordo com a instituição proponente, a infraestrutura oferecida, o volume de atendimentos e o perfil do grupo de preceptores.

Adicionalmente, a carga horária dedicada à residência também passa a assumir importância nesse contexto. As normas da CNRM limitam a jornada de trabalho a 60 horas semanais (48). Como já não há mais a obrigatoriedade da dedicação exclusiva e pelo fato do valor da bolsa de residência situar-se muito abaixo

do que pagariam outros empregos (e mesmo alguns programas governamentais, como o Programa Mais Médicos), é muito frequente a ocorrência de trabalhos ocasionais – os chamados “bicos” – onde os residentes, por exemplo, assumem plantões de emergência ou mesmo de alguma especialidade de 12 ou 24 horas em pequenos hospitais ou clínicas de pronto atendimento em cidades próximas ou na periferia dos grandes centros urbanos.

Analisando a relativamente curta história da Residência Médica no Brasil, percebe-se claramente as dificuldades postas para a sua consolidação no país e sua articulação com a educação médica como um todo e com as mudanças no sistema de saúde, que por sua vez, também se encontravam em seus próprios processos de mudanças, muitas vezes, radicais.

Mais recentemente, foram propostas alternativas para a formação de médicos especialistas em consonância com as exigências de saúde identificadas no país. Assim, diversas iniciativas governamentais foram colocadas em prática com o “objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS” (51,52). Posteriormente incorporada na Lei 12.871 (“Lei do Mais Médicos”) essas iniciativas tiveram impacto na formação médica (tanto na graduação como na residência médica), chegando a estabelecer a universalização de vagas a partir de 2018, meta não atingida em função dos grandes problemas estruturais na área somados à conturbada conjuntura política no país nos últimos anos.

De acordo com a pesquisa sobre demografia médica, organizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2017 havia 35.187 médicos residentes em atividade no país, matriculados nos 6.574 programas de residência credenciados pela CNRM (53). Esses médicos estão distribuídos em 55 especialidades médicas e 59 áreas de atuação reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades, composta por representantes do CFM, AMB e CNRM, responsável pela atualização da lista de especialidades e áreas de atuação médicas no Brasil. Com 1.237 médicos residentes (8,6% do total de residentes no país), os programas de Ginecologia e Obstetrícia

ocupam a terceira posição quanto ao número de residentes, atrás apenas dos programas de Clínica Médica e Pediatria (54).

Residência em GO no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

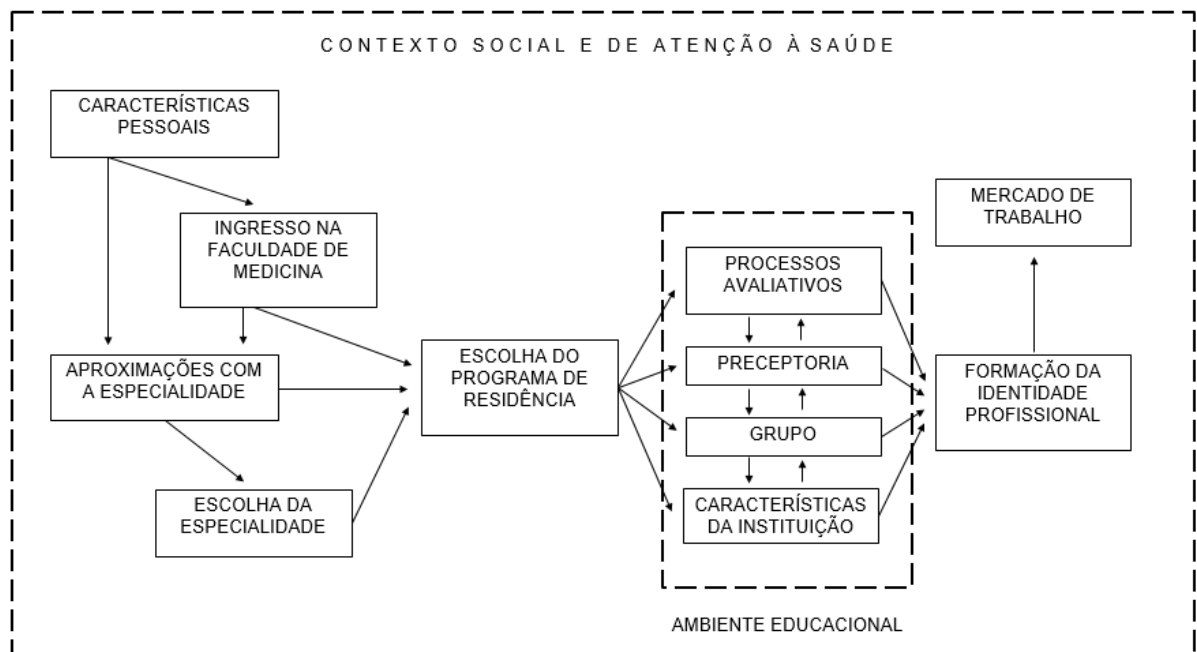
A residência médica em Ginecologia e Obstetrícia no Rio Grande do Sul também é um fenômeno de pouco mais de cinquenta anos, com o seu início apenas no ano de 1966, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Naquele período, a formação nessa área ocorria a partir do quinto ano do curso de graduação, com os chamados “internos”. A residência médica, por sua vez, tinha duração de apenas um ano, com a possibilidade de um ano adicional. O terceiro ano ocorria apenas excepcionalmente (55).

A migração da residência médica vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul da Santa Casa para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ocorreu gradativamente a partir de 1974, quando foram iniciadas as cirurgias e as internações no então novo hospital. Os Serviços de Ginecologia e de Obstetrícia, inicialmente separados, foram unificados apenas em 1983. Já a residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia iniciou formalmente somente em 1978. Atualmente oferece oito vagas para R1 por ano.

PROBLEMA DA PESQUISA

Frente ao contexto educacional atual, qual a influência do ambiente educacional na formação da identidade profissional de especialistas em ginecologia e obstetrícia por meio do programa de residência médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre?

MAPA CONCEITUAL



OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer os elementos envolvidos na formação da identidade profissional de médicos residentes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Objetivos específicos

1. Analisar como os residentes percebem o seu processo de formação na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia.

2. Explorar se há modificação da percepção na formação ao longo dos três anos de residência.
3. Estudar a visão dos preceptores sobre a formação de especialistas médicos em Ginecologia e Obstetrícia na atualidade.
4. Identificar as características do que é considerado um bom preceptor, tanto por parte dos residentes como de preceptores do PRM de GO.
5. Estabelecer as principais características envolvidas na formação da cultura institucional do PRM de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA.
6. Verificar fatores que aumentam a resiliência e protegem os médicos residentes do PRM de Ginecologia e Obstetrícia de sobrecargas psicológicas ou sociais.
7. Conhecer as características valorizadas por residentes e preceptores no contexto educacional da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia do HCPA para a formação do que o grupo considera como bons especialistas na área.
8. Entender as estratégias adotadas pelos médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia do HCPA para enfrentar o estresse da formação na residência.

METODOLOGIA

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, foi desenvolvida no âmbito do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esse Programa oferece atualmente oito vagas anuais, totalizando vinte e quatro médicos residentes no seu programa básico. A escolha por esse Programa foi por conveniência: trata-se de um programa consolidado, de uma especialidade básica, com um número não muito grande de residentes e de preceptores.

Foram realizadas vinte e seis entrevistas, sendo vinte com médicos residentes de todos os anos e seis com preceptores. Adicionalmente às entrevistas individuais

com residentes e preceptores, foi realizado um grupo focal exclusivamente com residentes e feita a observação direta de rotinas de trabalho do programa. Essa etapa, realizada concomitantemente com as entrevistas e o grupo focal, permitiu conhecer o *locus* de formação médica na área. Para além dos depoimentos e entrevistas, esse espaço tornou possível acompanhar mais de perto as práticas assistenciais reais e as múltiplas interações interpessoais que forjam e reforçam a identidade profissional do residente (56).

O número de sujeitos entrevistados mostrou-se adequado para os objetivos da pesquisa. As entrevistas, realizadas pelo próprio pesquisador, seguiram um roteiro pré-estabelecido (apêndice 1), sendo posteriormente transcritas em arquivos em Word®. Após, procedeu-se à categorização dos principais achados, à análise temática e à elaboração de uma proposta de modelo conceitual. Em relação aos preceptores, as entrevistas, em número menor, foram intencionalmente direcionadas a informantes-chave: pessoas que desempenham funções importantes no PRM ou as identificadas nas entrevistas iniciais como pessoas que possam contribuir com informações relevantes para o estudo (apêndice 2).

As entrevistas foram realizadas no próprio HCPA. Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os participantes (apêndices 3 e 4).

Aspectos éticos

Esse projeto atendeu as normativas vigentes, em especial Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao Grupo de

Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e cadastrado no Sistema AGHUse Pesquisa e na Plataforma Brasil (CAAE: 27172919.6.0000.5327).

Por não haver nenhum vínculo hierárquico ou acadêmico direto entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, não foram verificados conflitos éticos no seu desenvolvimento.

RESULTADOS

O “tornar-se médico” é um tema que tem atraído inúmeros pesquisadores e educadores na área da saúde. Os intrincados elementos envolvidos nesse processo têm buscado explicações em diversas áreas do conhecimento. Há ainda, componentes a mais nessa equação, que é a própria transformação da sociedade, da medicina e do cuidado à saúde em sua dimensão mais ampla e em velocidade cada vez maior.

A medicina tal qual a conhecemos hoje em dia é um fenômeno relativamente recente e a educação médica acompanha essa história. A bibliografia sobre o tema tem apontado na direção de um conceito que busca aprofundar o conhecimento desse fenômeno, que é a formação da identidade profissional. Nessa perspectiva, “quem o médico é” tem uma forte influência na forma “como ele realiza a sua prática”. Em outras palavras, tão importante quanto o domínio do conhecimento técnico e das habilidades para a realização de determinados procedimentos é a existência de um

médico com princípios profissionais claros e que seja capaz de tomar decisões que se mostram corretas nas mais diversas situações (57).

Essa discussão ganhou impulso com os trabalhos liderados por Richard Cruess, da Universidade McGill que coloca a formação da identidade profissional numa perspectiva ainda mais abrangente, que vai além do que se convencionou chamar de profissionalismo (5–7).

Essa é uma discussão que já tinha sido explorada por Robert Merton, um dos autores clássicos da sociologia do século XX e que ainda exerce influência sobre temas que envolvem a sociologia médica e da saúde. Nas suas pesquisas, havia um interesse especial sobre o processo de socialização de adultos no contexto das profissões, no qual a análise do modelo médico teve destaque. De acordo com Merton, uma cultura profissional da medicina acaba sendo transmitida, de diversas formas, aos aprendizes por meio de processos que são sociais e psicológicos na sua essência (58).

Ainda segundo esse autor, no decorrer desse processo, a identidade profissional tem uma influência decisiva na forma como a pessoa pensa, age e sente. Isto é, o indivíduo acaba por “pensar, sentir e agir” como um médico, assumindo os valores do grupo tanto para os seus pares quanto para o público externo. Apesar do seu foco de estudo não abranger necessariamente a residência médica – que passava por uma grande expansão naquela época – o princípio da socialização para o exercício profissional pleno assume as mesmas características gerais no sentido da transmissão de uma cultura específica e que não se limita ao currículo formal. E essa

influência persiste ao longo de toda a prática profissional do médico, tanto no seu relacionamento com pacientes e colegas como no seu papel perante a sociedade como um todo.

Em outras palavras, a educação médica é um processo que, ao longo do tempo, molda o estudante transformando-o em um profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes próprias do seu grupo. Assim, os fatores envolvidos na transformação de um estudante em profissional de saúde/especialista é um processo altamente complexo e que ainda não está totalmente elucidado. Envolve uma série de questões individuais e coletivas dentro de contextos que, mesmo em períodos “normais”, podem estar sujeitos a grandes variações.

O “produto acabado” é um indivíduo que se entende e que pensa de uma maneira muito peculiar e que reivindica uma identidade profissional e valores próprios. Esse processo inclui as definições de competência na sua área de atuação, mas que as transcende.

O presente trabalho de pesquisa teve como objetivo compreender o processo de formação da identidade profissional dos ginecologistas-obstetras formados pelo Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Tendo como pano de fundo a formação da identidade profissional, a análise das entrevistas com residentes e preceptores conduziu à elaboração de pelo menos seis categorias analíticas principais: (1) escolha pela especialidade; (2) escolha do Programa de residência; (3) critérios para definição do “bom residente” e do “bom preceptor”; (4) modelo profissional; e (5) identidade profissional/”selo HCPA”. O que

procurei delinear a seguir, é o fio condutor que une cada uma dessas categorias. Parafraseando Wilson e colaboradores, entender melhor como ocorre o processo de “como o médico se vê como médico” é essencial para o seu desenvolvimento como um todo, assim como para os pacientes sob seu cuidado, para os demais profissionais de saúde e para a sociedade (59).

ESCOLHA DO ESTUDANTE PELA GO

A questão da identidade profissional parece estar diretamente relacionada à escolha da especialidade feita pelo próprio médico, uma vez que ele será parte central nesse amplo ambiente de formação. Esse é um tema complexo e inúmeras pesquisas têm sido realizadas buscando entender os fatores envolvidos em tais preferências. São fatores tanto intrínsecos ao estudante quanto extrínsecos a ele, como o contexto social, político e cultural que cerca o indivíduo, uma vez que exercem influência mesmo antes da entrada na faculdade. Entre os inúmeros elementos tradicionalmente listados pelos estudantes de medicina estão as condições de trabalho imaginadas – o que inclui o horário de trabalho e remuneração – o prestígio da especialidade na sociedade, valores pessoais, conjunto de habilidades necessárias para a prática profissional e a perspectiva da rotina de trabalho a longo prazo. Também figura como item importante, o local considerado adequado para a formação na especialidade e que permita que os aspectos listados anteriormente possam ser efetivados (60). Mas convém destacar que são fatores listados por quem está no início da jornada e possui uma ideia ainda distante de como a especialidade se insere concretamente no

mercado. São, portanto, aproximações, ainda que precárias, de um ideal de médico e que podem sofrer mudanças, algumas radicais.

A preocupação por entender melhor esse processo de escolha também existe no Brasil, apesar do escasso número de publicações com estudantes brasileiros (61). Corsi e colaboradores, em um estudo quantitativo, mostra que estudantes de uma faculdade de medicina privada tendem a escolher a especialidade médica principalmente a partir de fatores relacionados à qualidade de vida, retorno financeiro e características da relação médico-paciente (62).

É importante salientar que muito do esforço dessas pesquisas para a compreensão dos fatores influenciadores não está relacionada diretamente ao entendimento do processo de formação da identidade profissional, mas sim na busca de estabelecer mecanismos no sentido de incentivar áreas menos atrativas (e por isso, mais carentes de recursos humanos) nos diversos sistemas de saúde, como medicina de família e outras especialidades com atuação na Atenção Primária à Saúde (63).

No Brasil, a residência se encontra no centro de uma ampla discussão sobre a educação médica, iniciada com a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) quando, ainda na década de 1990, se procurou discutir, de uma maneira mais sistematizada, a adequação da formação médica às necessidades sociais do país. Especialmente em anos recentes, houve um aumento importante no número de vagas credenciadas em todos os programas, num grande

empenho governamental com vistas a contemplar a demanda de especialistas em áreas e regiões estratégicas para o Sistema Único de Saúde (45).

Mesmo nessa nova conjuntura, é evidente que o caso brasileiro é influenciado pelas particularidades de uma longa tradição de elitização do curso de medicina e pela ausência de políticas públicas mais sólidas na área da saúde que estabeleça os limites para esse tipo de definição (53,64).

Ainda hoje no país, exceto pelo limite de vagas, não há qualquer tipo de restrição à escolha da especialidade médica por parte do formando, assim como não há nenhum mecanismo estatal que regule a escolha da especialidade, como é prática comum em outros países. Apenas mais recentemente essas questões foram discutidas à luz da necessidade de definir o perfil profissional e o quantitativo de médicos de acordo com as necessidades assistenciais do SUS (51).

Mesmo que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (65) definam que a formação médica deva ser generalista, na verdade, a escolha da especialidade é uma decisão com aproximações e distanciamentos que vão se consolidando para o estudante ao longo de todo o seu curso médico. Iniciam já nas disciplinas introdutórias, passam pelo ciclo clínico e se consumam no internato, sendo que cada período está relacionado ao tipo de inserção acadêmica ou assistencial do aluno. Nas atividades dos semestres iniciais, por exemplo, onde são abordados temas introdutórios da prática médica, tão importante quanto os conteúdos das disciplinas, é a percepção que se tem do professor como possível modelo de atuação profissional. Essa visão ajuda a definir a sua escolha até aqui ainda embrionária: “Eu poderia ser

um médico como ele(ela)” ou “Gostei do jeito que determinado professor agiu com uma paciente”, são depoimentos recorrentes ouvidos durante as entrevistas com os médicos residentes de ginecologia e obstetrícia do HCPA.

No internato, por sua vez, o aluno já tem mais atividades práticas e mais responsabilidades no cuidado de pacientes, o que acaba sendo decisivo para confirmar a sua preferência. É nesse momento que, inevitavelmente, o estudante faz uma escolha pensando no longo prazo, imaginando a sua vida profissional de forma mais concreta. O internato é, portanto, decisivo na decisão pela especialidade. Como relatam duas residentes:

“Quando eu passei no estágio [de ginecologia e obstetrícia], eu senti que me encontrei”.

“Eu fui numa tendência ginecológica, que eu acho que nem fui percebendo. Eu gostava de fazer estágios desses assuntos (ginecológicos) (...) Me enxerguei a longo prazo”!

A formação numa instituição de saúde – especialmente as ligadas ao ensino – também tem peculiaridades. O residente da especialidade é observado atentamente por estudantes de medicina e, com isso, a responsabilidade sobre condutas acadêmicas acaba sendo importante. Boa parte da supervisão de estudantes acaba sendo dada por residentes, mesmo os de primeiro ano, com os quais muitas vezes o aluno se sente mais à vontade e se comunica de forma mais natural. Desse modo, esse especialista em formação também é visto como um potencial modelo de médico.

Assim, não seria exagero dizer que a busca individual da carreira profissional na área médica é o retrato da falta de organização e de planejamento na formação de recursos humanos para o sistema de saúde no Brasil. Em última análise, é o médico que determina qual e onde fará a especialidade desejada e até mesmo se fará ou residência médica para exercer a profissão. Contudo, ainda que não seja obrigatória e a universalização das vagas da residência médica não ser uma realidade até o momento, a residência é vista como o caminho natural de formação especializada para a maioria dos estudantes de medicina. Em qualquer faculdade de medicina, os estudantes mantêm contato, em diversos níveis, com médicos residentes desde o início da graduação, de forma que é previsível que ele mesmo, aluno, se imagine na mesma posição após finalizar o curso.

A despeito disso, no país ainda é possível obter o título de especialista concedido pelas sociedades de especialidades médicas vinculadas à Associação Médica Brasileira. Os critérios podem variar conforme a entidade, mas envolvem principalmente a comprovação de atuação na área por um determinado período e a aprovação numa prova teórica, aplicada nacionalmente de forma periódica. O Brasil é um dos poucos países no mundo em que se pode ter o título de especialista – e desfrutar de todos os benefícios legais – sem ter efetivamente passado pela residência médica. Trata-se, nesta opção, de um movimento muito mais individual do que coletivo, uma vez que não há pagamento de bolsa durante o treinamento e não se pressupõe interação com preceptores e colegas nos mesmos moldes da residência. Apesar de que formalmente haja correspondência entre os títulos, há o entendimento entre os médicos de que uma formação por estágio oferecidos, mesmo

realizada em centros reconhecidos, nunca equivalerá à mesma experiência e aos padrões de excelência oferecido pela residência médica. Além disso, fica subentendida a ideia de que quem não fez uma residência não foi capaz de obter sucesso em um processo seletivo altamente concorrido na maioria das especialidades.

De qualquer maneira, a escolha pela gineco-obstetrícia como área preferencial para especialização envolve aspectos bem demarcados. Nas entrevistas com residentes, foram explicitados alguns deles, nem sempre diretamente ligados entre si.

O primeiro aspecto está relacionado ao tipo de prática assistencial, dado que a gineco-obstetrícia oferece a possibilidade de ligação à saúde da mulher de forma ampla e não apenas às doenças desse grupo. Sem desconsiderar a vasta gama de enfermidades femininas, o formando também é cativado pela perspectiva de acompanhamento pré-natal, do parto e de atividades de prevenção (o lado “saudável” da prática ginecológica e obstétrica), assim como o acompanhamento por todo o ciclo de vida da mulher.

Gosto da possibilidade de ver gente saudável... lidar com a vida e não com a morte. A área materno-infantil não é doença.

Uma boa parte dela é mais sobre a vida.

Uma coisa que me encanta muito na gineco é não trabalhar necessariamente com a doença.

Nesse sentido, a oportunidade real de atuação no centro obstétrico é um aspecto de forte atração, uma vez que o parto é o ápice de um processo longo e que será sempre lembrado na vida das pacientes e suas famílias.

O parto é um momento marcante na vida da mulher... e é bom estar presente nesse momento.

Há, sobretudo, um forte sentimento de pertencimento a um grupo de pessoas com características próprias e que revelam uma identificação com a especialidade. Esse aspecto está relacionado especialmente com o “perfil” desse especialista, reconhecido em diversos depoimentos: uma “pessoa dinâmica”, “inquieta”, que “acompanha o ritmo intenso da especialidade”. A inclinação por uma área aparentemente tão desgastante pode parecer paradoxal com a percepção da geração atual de querer uma vida “mais tranquila”. Contudo, parece existir a noção real de que a adaptação a esse “estilo” é dada quase como um pré-requisito para o ingresso na especialidade.

De fato, o ambiente por onde circula o gineco-obstetra é diversificado, sobretudo se comparado a outras especialidades. O Centro Obstétrico do HCPA, organizado com plantões semanais de todas as equipes é presença constante durante os três anos de residência. Além disso, há os ambulatórios (esses divididos em inúmeras subespecialidades e patologias), atividades no bloco cirúrgico e na internação hospitalar. Independentemente de todos estarem vinculados ao mesmo Serviço, cada um desses espaços possui as suas rotinas, atores e lógicas características.

Foi interessante perceber nas entrevistas que, apesar de todo esse dinamismo, não houve relatos de burnout entre os residentes, o que contradiz uma série de estudos que apontam no sentido oposto. Não que a sobrecarga emocional e de trabalho não exista. Mas que de alguma forma ela já era esperada e, portanto, manejada adequadamente sem grandes sobressaltos. Como revela uma residente de último ano: “nossa rotina é cansativa, mas me sinto feliz”.

Por mais que pareça contraditório, a busca por qualidade de vida também surge como elemento importante na escolha da especialidade. Isso, de alguma forma, nos remete às questões iniciais do modelo profissional, ou seja, a ideia do gineco-obstetra que, como toda essa dinâmica diária, consegue manter-se em equilíbrio e que “se permite” ter uma vida pessoal que não seja tão desgastante. Na pesquisa atual, a qualidade de vida também foi mencionada como relevante, mas aqui cabe uma pequena digressão sobre o próprio conceito. A “qualidade de vida” entendida pelo estudante também possui variações e vai depender diretamente do estilo de vida e da rotina de trabalho que ele ou ela, estudante, considera “aceitável”.

Assim, a harmonia entre o trabalho, a valorização do tempo com a família e a qualidade de vida são fatores que assumem relevância. Por isso é tão importante a identificação com modelos que ajudem a criar uma imagem de “autorização” de ter uma vida pessoal que não seja tão desgastante. Como referiu uma residente sobre um dos seus professores durante a graduação: “aquele ginecologista que eu conheci tinha isso” ou, como reflete outra residente:

“Eu pensei muito nisso... Por isso que eu quase não escolhi gineco. Mas no final, eu pensei “eu vou conseguir adaptar a minha vida do jeito que eu seja feliz e consiga equilibrar qualidade de vida e trabalho”.

Eu quero ter três filhos!

A natureza da atividade médica a ser exercida tem um peso igualmente importante na escolha da especialidade. Um tipo de prática mais autônoma reflete algo cultivado com especial atenção, ou seja, a noção de permitir a atuação do médico tanto no diagnóstico (o que inclui a realização de procedimentos diagnósticos) como no tratamento, mesmo que seja cirúrgico, o que o torna um profissional ainda “mais completo”.

A separação entre “cirurgiões” e “clínicos” é tão antiga quanto a própria medicina, e se presta a uma série de manifestações jocosas – e por vezes, pejorativas – entre os médicos. Uma separação que poderia ser resumida de maneira grosseira entre “quem resolve” (o cirurgião) e “quem pensa a medicina” (o clínico), relacionada, então, diretamente ao tipo de personalidade de cada médico (66). Assim, há a ideia que o gineco-obstetra circula entre esses dois extremos, sendo, portanto, um médico que não fica fragmentado nas diversas etapas do ciclo de atenção à saúde. Não surpreende a convicção de uma residente de segundo ano:

A gineco-obstetrícia é uma especialidade que oferece independência e autonomia: você diagnostica e é responsável pelo tratamento.

A autonomia também foi um conceito explorado por Eliot Freidson, outro autor clássico da sociologia da medicina do século XX, a ponto se de apontada como um dos elementos centrais na definição da medicina como profissão (67).

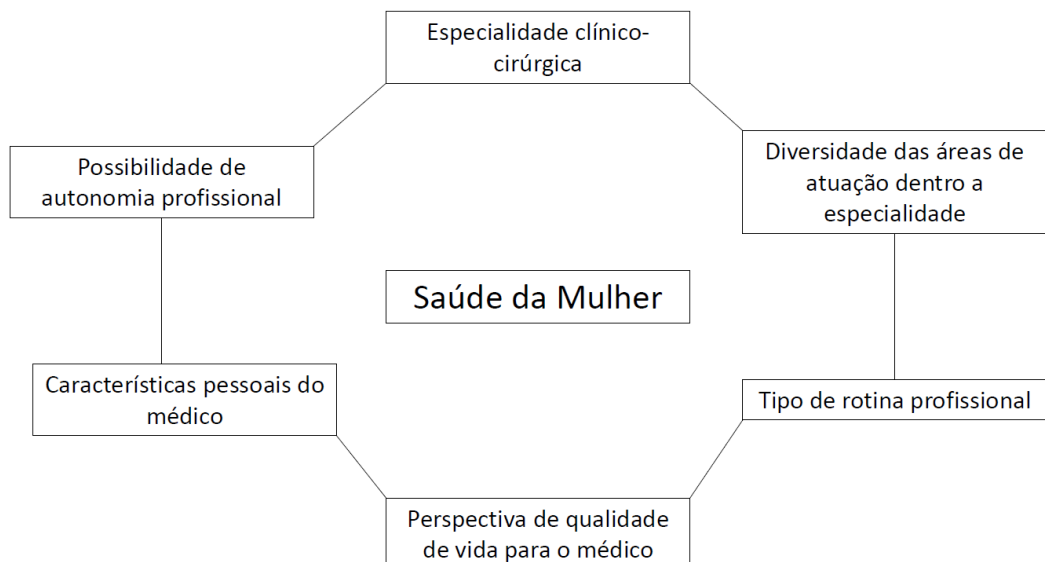
A questão da autonomia, defendida por Freidson, parece que já não se enquadra totalmente no contexto atual de grande complexidade do cuidado em saúde e da superespecialização. Já não se admite que o médico possa trabalhar de forma isolada. Isso não quer dizer autonomia econômica ou política, mas autonomia “técnica” sobre o seu próprio trabalho, em qualquer área especializada.

Também foi interessante observar nas entrevistas com residentes e preceptores que não houve manifestações diretas em relação à questão remuneratória ou preocupações quanto ao mercado de trabalho após a conclusão da residência como ingrediente importante para a escolha da especialidade. Isso surpreendeu de alguma forma, pois a literatura sobre o tema tem questionado como lidar com os *millenials* na educação médica e quais as repercussões disso sobre o exercício da prática médica e da sua retribuição monetária. Há indícios de que a busca de retorno financeiro imediato teria uma forte influência na definição da especialidade (35,68,69). Talvez, por testar as ofertas de trabalho durante a residência médica, como os “bicos”, possa ter dado uma certa tranquilidade ao residente, uma vez que o mercado é muito receptivo a profissionais qualificados. Os “bicos” são comuns a partir do segundo ano de residência e, em algumas situações, pagam em poucas horas, o equivalente a uma bolsa mensal da residência. Depois de finalizada a residência, as oportunidades e os valores pagos podem ser ainda maiores.

Por fim, um último aspecto que chamou a atenção foram as pouquíssimas referências às Ligas Acadêmicas. Com a popularização crescente a partir da década de 1990, as Ligas constituem um espaço para aprofundar conhecimentos e implementar ações em determinadas áreas que não são tradicionalmente

contempladas nos currículos médicos (70). Como atividade de extensão universitária e com o oferecimento de créditos curriculares, passaram a ter maior valorização na competição pelas vagas de residência. Mesmo considerando que há uma heterogeneidade muito grande no cenário nacional (ligas muito “populares” entre os estudantes e ligas com pouco interesse), seria de esperar, portanto, reconhecimento a uma prática que aproxima os “simpatizantes” de uma especialidade. A figura abaixo procura sintetizar os diversos elementos envolvidos na identificação do estudante com a especialidade de ginecologia e obstetrícia.

Figura 1 - Identificação com o perfil da especialidade.



A ESCOLHA PELO HCPA

Uma vez encaminhada, pelo menos de modo provisório, a escolha pela especialidade, o passo seguinte do “quase médico” é avaliar as opções de onde realizar a sua formação na área, etapa que se intensifica à medida que o final do curso se aproxima, ou seja, durante o internato.

Esse é um processo que se mostrou igualmente complexo, envolvendo inúmeras variáveis, uma vez que terá um impacto direto em toda a vida profissional do médico. Apesar da importância dessa escolha, também há poucas contribuições da literatura no sentido de elucidar esse processo (71,72).

Entender melhor todo o processo de escolha nesse nível tende a ajudar na combinação mais adequada entre o potencial residente – depois de efetivado – com o programa de residência, diminuindo a possibilidade de conflitos e aumentando a qualidade da formação (73).

É importante lembrar que tanto a opção pela especialidade quanto pelo local de realização da residência ainda é algo pensado quase que exclusivamente no nível pessoal, com ampla liberdade de escolha.

Apesar dos critérios de credenciamento dos programas de residência serem iguais para todo o país, o recente esforço de expansão da residência no Brasil, evidenciou a necessidade de qualificação ampla de muitos programas. Como confidenciou uma residente de primeiro ano: “há programas e programas!”, dando a entender muito claramente que a diferença técnica entre eles pode ser enorme. Assim,

a democratização do acesso à residência, com o aumento da oferta de vagas, indubitavelmente contribuiu para absorver um número maior de egressos, mas os programas consolidados e considerados “de referência” continuam a ser muito disputados.

Em geral, os residentes tendem a concorrer concomitantemente a diversos serviços que oferecem programas de ginecologia e obstetrícia. A estratégia para a escolha depende inicialmente de muitas variáveis: “qual é o melhor serviço no país?”. “E no estado?”. “Onde tenho mais chance?”. “Estou disposto a enfrentar uma mudança de cidade ou de estado nesse momento?”. “Vou conseguir me manter com a bolsa da residência?”. “Como participar dos processos seletivos?”. “Como vou resolver as questões pessoais envolvidas?”. “É hora de retornar ou ficar mais próximo à minha cidade de origem?”.

Ao mesmo tempo, as características do programa são estudadas constantemente em contraposição às características pessoais de cada potencial candidato, ficando implícito o questionamento se a pessoa “vai se encaixar bem” nesse ambiente ou não pelos próximos três anos. Isto é, é feito um cálculo se o ganho obtido com a formação em determinada instituição compensa as eventuais adversidades.

Concomitantemente a todo esse processo, há uma intensa troca de informações com atuais e ex-residentes de cada programa, professores, médicos contratados e mesmo colegas, procurando reunir elementos para uma decisão mais madura. E isso leva em conta elucidar tanto os aspectos individuais de cada um,

quanto o funcionamento “do conjunto”, ou seja, como o grupo atual de residentes e preceptores é percebido externamente ao programa. É um “grupo bom” ou há problemas no seu funcionamento? O que é comentado nas redes sociais?

No que lhes diz respeito, os programas de residência não têm nenhum poder de veto na escolha dos residentes. Por determinação expressa dos editais, chamarão obrigatoriamente os candidatos classificados por ordem decrescente nos processos seletivos específicos. Os editais, por sua vez, apresentam regras muito restritivas e mobilizam o estudante de medicina desde o início do curso, a ponto de, muitas vezes, a sua formação acadêmica ser moldada de acordo com os inúmeros critérios utilizados para ingresso na residência: além do conhecimento de tópicos de medicina em geral, publicações, cursos, atividades de monitoria, de pesquisa e de extensão universitária.

Nessa perspectiva, os processos seletivos assumem grande importância. As regras gerais para ingresso são determinadas pelas resoluções emitidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e os potenciais candidatos aprendem a se adequar a elas muito precocemente. Atualmente, o desempenho na prova escrita de medicina geral tem um peso de 90% na nota final do candidato, sendo que os 10% restantes referem-se ao currículo do candidato e à entrevista. Já há vários anos, o HCPA não realiza entrevistas com os aprovados (que dividia com o currículo os 10% permitidos), uma vez que frequentemente havia contestações judiciais questionando a “falta de objetividade” nesse tipo de avaliação e que isso poderia, pretensamente, dar vantagens indevidas a candidatos “protegidos” pelas bancas. Essas disputas judiciais causavam muitos conflitos nas etapas finais, com alterações

na ordem de classificação e, conseqüente, no chamamento de aprovados para matrícula.

Nesse cenário de múltiplos processos seletivos, os candidatos avaliam com atenção o cronograma e os custos de cada prova. Os lançamentos dos editais ocorrem no segundo semestre com a provas em geral, concentrando-se no último trimestre do ano, algumas reunindo diversos programas, outras realizadas de modo descentralizado em diversas cidades do país e um último grupo apenas nas cidades de origem do programa. Com isso, os custos com as inscrições, impressão de currículos e eventuais deslocamentos passam a ser elevados e, portanto, importantes na estratégia de escolha. O estudante acaba ponderando se o benefício de uma eventual aprovação compensa os custos envolvidos na participação do processo.

O Clínicas elabora um processo seletivo próprio, desvinculado da tradicional Prova da Associação Médica do Rio Grande do Sul (Prova AMRIGS), exame unificado escolhido por grande parte dos demais programas do RS e mesmo por instituições de outros estados. Isso determina também o tipo e o “estilo” da prova, uma vez que é elaborada por preceptores com atuação na própria instituição. Apesar das diferenças entre as provas parecerem sutis, as estratégias de preparação para elas podem variar consideravelmente, uma vez que esse é o tipo de seleção muitas vezes decidida nos detalhes e um número a mais ou a menos de acertos pode ser determinante para o ingresso na residência.

Assim, a montagem de um cronograma que compatibilize as provas e os custos envolvidos e as chances reais de aprovação equivale a montagem de um complexo

quebra-cabeças que consome uma parte nada desprezível das energias do formando nos últimos meses de cada ano.

Mesmo em um contexto que não há entrevistas para o ingresso, a “exposição” do aluno ao Serviço através de estágios curriculares é planejada meticulosamente dentro de um cronograma simbólico: não pode ser muito cedo, para não ser “esquecido” pelos preceptores e nem muito tarde ou no período de provas, em que a prioridade é o estudo para garantir um melhor desempenho nos exames. A estratégia inclui a possibilidade de estágio em outros serviços, tanto para conhecer as potencialidades e fragilidades quanto também para se tornar “mais visível” ao grupo de preceptores que participará, direta ou indiretamente, dos processos seletivos para ingresso na residência, ou seja, “conhecer e ser conhecido” e preparar o terreno para uma eventual residência mais tranquila.

Assim, a escolha engloba, sempre que possível, “sentir” mais de perto outros serviços para poder comparar o que cada um tem de melhor, além de conversas diretas com colegas e amigos de outros programas. Como revelou um dos residentes entrevistados, “é sempre bom saber dos podres dos outros programas...”.

Esse movimento pode ser ainda mais decisivo para estudantes de outras faculdades de medicina. Isso envolve, então, um movimento também por parte dos Programas: contemplar em um estágio alguém que se dispôs a vir de um local diferente, muitas vezes distante, por vontade própria (e não como estágio curricular obrigatório da própria Faculdade de Medicina da UFRGS) é valorizado com mais oportunidades, avaliações e *feedbacks*. A justificativa para essa postura é que há um

interesse que essa aproximação se concretize em uma candidatura ao programa de residência. Ter residentes externos e, sobretudo, de outros estados e de outras faculdade de prestígio, reafirma a noção de “ser um programa de referência” para formação na especialidade. É uma forma concreta de avaliar, na prática, se esse conceito é verdadeiro.

Como vimos, a Ginecologia e Obstetrícia é uma especialidade clínico-cirúrgica. Assim, um aspecto fundamental a ser avaliado para uma formação adequada é o volume de casos. Esse aspecto é analisado também à luz da disponibilidade de preceptoria. Se por um lado, um grande volume de situações clínicas ajuda o médico a desenvolver melhores habilidades, enfrentá-lo sem suporte adequado pode ser extremamente desgastante e até perigoso, pelas questões legais e de exposição sem um apoio institucional. Pesa também o fato de quem dá esse suporte, se são os “R+” (os R2, R3 ou R4 com apenas um pouco mais de experiência) ou são os professores e médicos contratados. Mais uma vez, vemos desenhada a tênue linha que divide a busca de autonomia e a necessidade de supervisão no processo de aprendizagem. Como disse um residente: “é bom atender e operar bastante, mas sabendo o que está fazendo”. Ainda nessa linha de pensamento, ter muitos residentes no Programa significa mais pessoas para dividir os “casos interessantes”, tornando mais difícil “colocar a mão”, ou seja, ter a oportunidade de realizar mais cirurgias. Mas ter poucos residentes, em contrapartida, pode levar a uma sobrecarga de trabalho. Nisso também é analisada a dinâmica do Serviço, pois é comum haver cirurgias próprias para o R1, para o R2 e para o R3.

Como elementos finais em relação à avaliação da infraestrutura do serviço, deve-se ter, se possível, a garantia de que os recursos serão mantidos, independentemente dos cenários econômicos. Ou seja, a garantia de uma formação sem sobressaltos durante os três ou quatro anos de residência. Ademais, deve ter uma porta de entrada de pacientes diversificada além de ambulatórios de diversas subespecialidades, uma emergência ginecológica e um centro obstétrico com movimento razoável.

Mesmo que o formando não tenha plena consciência das consequências, a entrada no programa é uma escolha. É uma ação deliberada que busca preencher as expectativas quanto à formação, já vislumbrando um tipo de carreira profissional: mais acadêmica, mais volume de atendimentos, etc.

Em síntese, a busca do programa de residência considerado ideal se dará pela perspectiva de carreira profissional. A identidade profissional a ser construída será, portanto, importante na definição futura do tipo de trabalho que será realizado e que distinguirá um profissional formado por uma instituição dos demais. Dessa forma, o equilíbrio entre o volume e a complexidade de pacientes e o “academicismo” seria mais desejável, e que acaba realmente sendo consolidado na cultura do próprio programa de residência. Nesse entendimento de carreira profissional a longo prazo – que para o médico, pode durar mais de 40 anos – também está incluída a questão da pretensão acadêmica, ou seja, é mais conveniente estar próximo a um serviço universitário se há interesse na dedicação ao ensino e à pesquisa. Não só pesquisa dos professores, mas a possibilidade concreta de estabelecer intercâmbios e de se inserir em projetos em andamento ou grupos de pesquisa, facilitando galgar posições

acadêmicas na própria UFRGS ou em outras instituições de ensino no país. Como afirmou um dos residentes entrevistados,

O hospital tem um nome muito forte e isso para o currículo é bem importante.

Foi interessante perceber que, quando a decisão por fim se consolida, o período para a realização da residência pode até assumir uma posição secundária. Alguns residentes admitiram que se não tivessem passado na prova no ano da formatura, tentariam novamente no ano seguinte. Isso contradiz também a crença que as novas gerações teriam muita pressa em atingir os seus objetivos. O ano “fora” pode ser utilizado para trabalhar, adquirir experiência e maturidade, estudar mais e juntar dinheiro para os anos de residência que exigirão maior esforço e dedicação, uma vez que o pagamento da bolsa, que corresponde a uma fração de uma remuneração de um emprego regular. Como expressou um residente:

Se não passar, tenta-se outra vez.

Nessa mesma concepção – e independentemente do fato de não ser o seu objetivo principal – a produção acadêmica vinculada a membros do Programa acaba também tendo um papel considerável na definição e na construção de uma imagem de “instituição acadêmica”, o que é muito valorizado na medicina. No caso do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia do HCPA, isso se refere, por exemplo, aos dois livros de Rotinas de Ginecologia e de Obstetrícia. Elaborados inicialmente como manual prático das rotinas internas, acabou, pela sua qualidade e

praticidade, assumindo um perfil mais amplo, mas mantendo a ideia de um manual, o que facilitou a sua adoção por inúmeros serviços em todo o país, a ponto de ser considerado um sucesso editorial que está na sua sétima edição. Adicionalmente, a sua adoção como referência bibliográfica de diversos concursos públicos e processos seletivos legitima ainda mais essa ideia de “referência”, além, é claro, de já antecipar a linha assistencial seguida pelo Serviço. Os livros têm diversos professores do Programa como organizadores, mas conta com a participação de inúmeros médicos contratados na sua elaboração. Isso dá credibilidade ao grupo e uma grande visibilidade externa: “Os professores de lá é que escreveram...!”. A autoria de capítulos do “Rotinas”, aliada à demais produção acadêmica e convites para palestras em eventos científicos de abrangência nacional dos professores e médicos contratados, dá grande visibilidade ao grupo e isso é facilmente percebida pelos potenciais interessados, legitimando o esforço nesse sentido. Além disso, é reforçada a concepção de que o grupo é muito homogêneo, onde “todos os preceptores são muito bons”, por escreverem capítulos de livros de sucesso.

Obviamente, não há como separar os integrantes do Programa e Residência do próprio Serviço. O apelido de “Castelinho da Ramiro”, em referência à rua onde o HCPA está situado (Rua Ramiro Barcelos) se aplica bem ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. É utilizado com um que até poderia ser encarado como pejorativo por alguns, para dar a ideia de que seus integrantes possam estar num “nível acima” e distantes dos demais serviços da cidade. Apesar dessa representação não ser estimulada diretamente, é possível perceber que há um certo orgulho de todos ao ouvir essa expressão, pois concretiza, no imaginário, o reconhecimento por ser uma

instituição diferenciada. Como disse um residente: “O Clínicas porque é o Clínicas!”, ou seja, há uma tradição inconteste e, para assumir uma expressão do futebol, joga-se com “o peso da camiseta”, por já ter uma posição de destaque consolidada. Isso não é algo que se adquire de um dia para o outro. Ter o reconhecimento de melhor serviço do estado é uma construção que exige constância, tempo e uma saudável rivalidade entre programas, incentivado pelos próprios residentes e preceptores. Esse conceito um tanto abstrato é assumido pelo residente, que “compra” a ideia da excelência para garantir a sua continuidade e passa a reproduzi-la sempre que possível, pois afinal de contas, passou a fazer parte dessa construção. Nesse ponto, há total concordância nas falas de preceptores e residentes:

Eu acho que é principalmente essas duas coisas mesmo [que nos diferenciam dos demais Programas]: dos outros serem menos acadêmicos e terem menos recursos. Aqui [no HCPA] a gente tem uma coisa de estar muito mais ligado à área acadêmica, de o serviço ter protocolo para tudo, que é baseado em evidência, em estudo. As condutas não são por opinião de especialista. Não são pelo o que eu fiz e funcionou, são baseadas em estudo mesmo. E essa questão de ter mais contato com essas oportunidades de cirurgias por vídeo, ecografia, essas coisas que o pessoal não tem muito.

Normalmente o pessoal comenta que quem sai do Clínicas as pessoas lá fora já veem como uma pontuação maior. “Nossa! Saiu do Clínicas, essa pessoa sabe”. Volta e meia eu vou com esse jaleco [no plantão fora do hospital] que tem o símbolo dos dois lugares e as pacientes mesmo comentam “fez faculdade na UFRGS”.

Teve uma paciente inclusive que, não me lembro exatamente o que ela tinha, mas ela tinha uma dúvida, não sei se quanto ao exame ou alguma coisa assim. E daí ela comentou com a filha e a filha quis saber quem era a médica dela e aí foi procurar meu nome e a paciente me contou depois e disse “porque eu fiquei insegura com tal coisa, mas a minha filha foi buscar teu nome [na Internet] e ela disse “não mãe, ela deve ser muito boa porque ela é formada na UFRGS e faz residência no Clínicas”.

Interessante perceber que esse imaginário nem sempre é tão objetivo quanto possa parecer. Há dados concretos, como a produção acadêmica e inovação tecnológica, mas há questões muito subjetivas envolvidas à expressão “ser referência”. Da mesma maneira, a escolha pelo local de formação, apesar de todas as etapas vencidas, nem sempre é feita de forma tão racional quanto esperaríamos para uma decisão tão importante. É uma decisão fortemente emocional. As falas de alguns preceptores refletem bem a diferenciação dos outros programas e na existência de um “selo de qualidade” simbólico:

Eu digo especificamente para os residentes: "no serviço eu tenho que deixar que vocês saiam com selo de qualidade que eu possa olhar". "Foi residente do serviço de gineco de residência do Clinicas? Vou contratar".

E eu saio dizendo para eles assim, eu preciso confiar nesse selo de qualidade, então quando eu começo a notar que tem alguma coisa capenga eu chamo. Eu estou, em geral, muito disponível eu falo para os residentes todos os dias, feriado, sábado e domingo eles discutem todos os casos comigo sempre. Eu nem sei se é bom, eu só sei que eu estou assim preocupada com a qualidade deles e é por isso que eu me coloco tão disponível, porque eu sei que é uma equipe demandante.

Eu acho que, primeiro, o grupo de professores e de contratados. Eu acho que esse é o nosso grande diferencial. Eu também acho que nós temos uma estrutura mais organizada. A gente tem protocolos para quase tudo. A gente tem para quem se reportar, a gente tem muitas pessoas que são referência nacional. Então, se tenho um caso, eu posso me reportar para um colega meu de departamento com tranquilidade para poder discutir. Então, não se faz nada na barrigada: "eu acho. Vamos lá, vamos fazer, porque eu fiz e um dia deu certo" - esse tipo de coisa não existe. Nós estamos num ambiente acadêmico - você conhece bem - o próprio hospital é um hospital que trabalha muito bem com a questão da qualidade assistencial para a segurança dos próprios trabalhadores. Isso tudo, ele faz o ciclo se tornar virtuoso. Uma pessoa mediana se torna melhor depois desse ciclo - talvez, individualmente, a gente nem fosse tão bom; mas como grupo, a gente se fortalece.

Eu acho que sim, eu acho que tem um pouco disso e sim, eu acho que assim, os nossos programas são melhores e são melhores porque exatamente a gente é mais acadêmico, a gente faz, pelo menos o serviço de ginecologia nós temos estruturadas discussões clínicas, os residentes tem muito, assim, de o residente se reunir com os preceptores, discutir seminários, revisão de artigos. Os outros não tem isso, os outros é só a prática. Tem por exemplo, um programinha de aula que quando os residentes pedem, mas é aulinha, isso é uma coisa que está voltando aqui, eu sou radicalmente contra. 'Os residentes querem aula'. Eu digo: 'isso aqui não é colégio'.

Os depoimentos dos residentes seguem a mesma linha de pensamento:

É realmente, quando a gente sai de dentro do Clinicas a gente for mais trabalhar a gente leva um choque, as vezes, a gente tem que se readaptar e começar a pensar em como trabalhar sem sentar na frente do computador e pedir todos os exames que a gente tem disponível aqui, por exemplo, grosseiramente assim eu consigo abrir o computador e pedir uma ressonância. Mas a gente vai se adaptando.

A gente trabalha em grupo, exatamente isso, inclusive, a gente vê algumas coisas assim que a gente fica apavorada, a gente pensa, "meu deus, no Clinicas jamais seria assim", mas a gente tem que se adaptar com o que a gente tem.

Acho que tem duas maneiras de pensar assim, eu acho que tem o jeito acadêmico assim, o jeito baseado em evidências e protocolar, muitas vezes deixa a gente até um pouco abitolado, porque muitas vezes tem situações em que tu precisas te virar com o que tu tens e tu não sabe. Claro, porque aqui tem essa cultura de segurança do paciente, então tu sabe todo o protocolo, tu sabe o negócio, mas tu nunca botou a mão, então, eventualmente isso faz diferença. E por outro lado, tem essa imagem do Clinicas meio castelinho, meio engomadinho assim que a gente sai lá fora, tanto que já me aconteceu em plantões assim de eu estar com outras pessoas e me perguntarem, "de onde é que tu é?" Eu dizer e a pessoa depois num outro caso me dizer assim, "eu sei que lá no Clinicas vocês não fazem assim, mas aqui, não sei o que" e eu nem ter falado nada, sabe?

Vou ser extremamente sincera. Uma coisa que sempre me chamou muito a atenção no hospital, desde a época que eu passei como doutoranda, é como a gente consegue resolver as coisas aqui dentro. Você tem um problema, você consegue resolver o problema. É impressionante o grau de comprometimento que as pessoas têm com a empresa HCPA, e o comprometimento de querer ver a coisa andar para a frente. Isso, eu sempre falo para todo mundo que me pergunta, que é fantástico isso, é uma coisa de bater palmas.

Quadro - ASPECTOS RELACIONADOS COM A ESCOLHA DO LOCAL DE FORMAÇÃO

Qualidade dos preceptores

Presença de preceptoria

Academicismo (condutas baseadas em evidência)

Oportunidade de pesquisa/pós-graduação

Volume/diversidade de casos: ambulatório, CO, emergência.

Estrutura e equipamentos.

Fama/reputação

Ser um serviço “de referência”

Publicações

Ambiente acolhedor para o ensino

Localização

ESTILOS DE APRENDIZADO

Após a definição da especialidade e do local de formação, uma questão que também pareceu relevante nas entrevistas refere-se às formas de aprendizado de cada residente e de como isso se relaciona à identidade profissional. Em outras palavras, quais as preferências do residente para incorporar conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o exercício da especialidade.

A residência médica, na sua essência, é “treinamento em serviço”, o que supõem a preponderância do “aprender fazendo”. Essa é a mesma ênfase dada ao internato nos cursos de medicina, que já não utiliza as aulas teóricas como elemento pedagógico principal. Apesar de o aprofundamento dos mecanismos pedagógicos envolvidos na educação médica não ser o foco principal dessa pesquisa, não há como negar que os estilos de aprendizagem desempenham um papel importante nesse processo. O entendimento de que a heterogeneidade entre os residentes se situa além das eventuais diferenças de tipos de personalidade pode ajudar na criação de um espaço mais acolhedor e com uma maior variedade de métodos de ensino, maximizando o aprendizado do grupo de residentes, em qualquer especialidade.

Na residência médica, especialmente no Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia do HCPA, o grupo de residentes é relativamente pequeno (ingressam apenas oito residentes por ano), com atividades muito variadas e um ambiente educacional próprio. O residente, portanto, é submetido a uma série de situações distintas que vão constituindo, ao longo do seu período de residência, a base da sua formação. Além disso, as atividades teóricas semanais são obrigatórias

como previsão legal para todos os programas, com implicações, pela interação direta entre os residentes, na formação do grupo como um todo. Sob esse título amplo, podem se enquadrar as aulas, os rounds, as discussões de caso, seminários, clubes de revista e outras atividades equivalentes.

Como então, compatibilizar características por vezes muito diferentes entre residentes, preceptores nos mesmos espaços educativos?

Esse tema assume ainda maior importância no campo da formação de especialidades médicas pela amplitude de áreas de conhecimento, complexidade crescente, velocidade das suas mudanças e, conseqüentemente, das habilidades a serem desenvolvidas. Como proporcionar uma boa experiência educativa no sentido de incorporar novas informações (conhecimento), desenvolver o raciocínio clínico, desenvolver habilidades e atitudes em uma área de especialidade médica no contexto de uma instituição com um alto padrão assistencial? Ademais, qual a repercussão desses estilos de aprendizado a formação da identidade profissional do gineco-obstetra egresso do HCPA?

Os estilos de aprendizagem, estudadas há várias décadas, indicam a busca de um melhor entendimento de como os indivíduos percebem e retêm novas informações e conceitos. Há inúmeras abordagens possíveis nesse campo, sendo a de Kolb uma das mais utilizadas, especialmente no ensino médico. Resumidamente, o autor estabelece quatro categorias principais: experiência concreta, conceituação abstrata, observação reflexiva e experimentação ativa (74,75).

Nessa perspectiva, não surpreende os vários depoimentos dos residentes que sintetizam as múltiplas visões sobre o esse assunto:

Eu aprendo pouco com aulas. Tenho dificuldade de estudar. Não gosto de preparar seminário. Não gosto de preparar caso clínico. (...) Isso é uma mini tortura. Mas se a pessoa fala uma vez, eu aprendo.

Mão na massa! Acho que, de longe, a maneira que eu mais aprendo é fazendo na base de muita repetição.

Eu gosto de ouvir. Eu gosto de aula. Tenho muita memória auditiva. Gosto de ouvir as coisas. Gravo melhor assim.

Eu gosto de aprender sozinha. Eu nunca gostei de aula expositiva. Eu prefiro que todos leiam um artigo e a gente discuta questões daquele artigo. (...) Eu gosto de ler, de ver com meus próprios olhos.

Eu acho que a aula tem um papel importante para mim. Eu gosto de ter uma exposição de pontos importantes e depois eu leio e faço exercícios, leio o capítulo do livro.

Eu gosto de aula. Eu preciso de aula!

Eu acho que aprendo mais com coisas práticas. Se eu não faço uma coisa prática, eu não consigo aprender. Posso ler mil vezes a mesma coisa, mas se eu não vir aquilo, eu não consigo entender.

Eu gosto de aula expositiva. Eu sou meio tradicional nesse sentido. Notei que muita gente não gosta. Eu gosto e aqui tem pouco. Talvez eu gostaria que tivesse mais, porque eu aprendo muito. Me dá uma base e aí eu chego em casa e complemento. Eu sou uma pessoa que lê bastante em casa. Leio livros, Up to Date.

É evidente que essas diferentes formas de aprender não significam um aprisionamento a esquemas estanques, mas sim, preferências. Atualmente, o residente da GO é submetido a uma série de situações distintas durante a sua formação o que, na verdade, já é uma antecipação do trabalho “no mundo real”. O residente, então, se vê obrigado a fazer adaptações e ajustes constantemente ao longo dos três anos de residência. Entender as diferenças e aprender a circular com desenvoltura por essas preferências, não deixa de se constituir num processo pedagógico por si só.

Necessário salientar, entretanto, que o entendimento sobre as formas de aprender é apenas mais um dos elementos que fazem parte do complexo processo de construção da identidade profissional do especialista. Há inúmeros instrumentos que procuraram identificar essas diferenças, mas que exigem certa preparação e esforço dos preceptores, o que extrapola a sua já cheia agenda assistencial, de pesquisa e de ensino. Assim, na maioria das ocasiões, percebemos que a margem para adaptações das atividades é exígua, justificada pelo fato que esse seria um trabalho a ser renovado a cada ano com o ingresso de uma nova turma de residentes, com suas novas características individuais, formação de um novo grupo, ou seja, um trabalho interminável.

Mas essa diversidade, por si só, exige um grande esforço dos preceptores para manter o interesse e a motivação dos residentes para as atividades didáticas realizadas em grupo. Um fator de desgaste adicional é o fato de que durante os três anos de residência de GO há uma intensa rotatividade de equipes e preceptores para todas as atividades assistenciais, envolvendo os R1s, R2s e R3s. Ou seja, essa tarefa

de identificar as características pessoais e adaptar os processos é renovada no início de cada mês, acompanhando as trocas de estágio. Acrescenta-se, ainda, as particularidades de funcionamento de cada equipe e de seus preceptores no processo educativo. Além do padrão do Serviço como um todo, há quase que “subculturas” próprias entre as equipes e os ambulatórios por onde o residente circulará e rapidamente aprenderá a reconhecer as nuances nas abordagens: anticoncepção, infertilidade, pré-natal de alto risco, câncer ginecológico, etc.

Nesse aspecto, os elementos relacionados ao contexto e à “comunidade de prática” são cruciais. Inúmeros autores têm demonstrado que a experiência pedagógica é moldada pelo ambiente educacional e pelas condições do local onde o aprendizado “acontece” e também pelo grupo de pessoas que o rodeia (76). Esse conceito está baseado nos pressupostos de que a aprendizagem e a reflexão sobre a mesma são reconhecidas como atividades sociais. Estas, por sua vez, são estruturadas de acordo com os meios disponíveis e os contextos particulares. Nesse sentido, os mesmos autores apontam que a motivação e a reflexão são elementos críticos no processo de aprendizagem de adultos. A motivação para aprender está relacionada à autonomia, à competência e – importante para a identidade profissional – ao sentimento de pertencimento ao grupo. Esse é, em última análise, um dos componentes basilares da formação médica por meio da residência desde a sua origem.

Assim, uma das motivações principais comentadas pelos residentes parece ser “sentir-se responsável pelos pacientes” e demonstrar estar preparado para tanto (ou

com disposição suficiente para tanto) frente aos demais colegas e preceptores: “saber e mostrar que sabe”.

O que é mais estressante do primeiro ano eu acho que é essa transição de você ser doutorando, de você ser acadêmico e todo mundo te dizer o que fazer e do dia para a noite você é responsável por tudo. Está aqui seu carimbo, você se vira. Eu sempre conto com meus colegas para discutir, mas as vezes você tem uma coisa que tem que resolver sozinho. Então acho que essa é angústia.

A gente se sente responsável pelos pacientes. O paciente é teu. Eu sinto que eu tenho de resolver.

A reivindicação por mais aulas, expressa por residentes de todos os níveis, também reflete um momento de transição na dinâmica dos encontros teóricos impulsionado pelo avanço da pandemia do Covid-19 no início de 2020 e a recomendação para evitar encontros presenciais. Muitos residentes apontavam que os preceptores do Programa eram responsáveis por excelentes palestras em congressos científicos da área, mas que essas mesmas aulas não eram dadas para os residentes. Após essa reclamação e a introdução dos seminários *on-line*, houve uma mudança significativa e todos concordam que o nível dos seminários aumentou muito, mesmo para aqueles que referiram “não gostar” de aulas teóricas.

Em termos acadêmicos, a discussão a partir dos livros-texto e artigos de periódicos da especialidade acaba sendo um imperativo. Mas as formas como eles são acessadas varia muito de residente para residente.

Na busca de entender as preferências nas formas de aprender, chamou a atenção a grande adesão de todos os residentes às alternativas para consulta *on-line*, com destaque para o *Up to Date*. Essa ferramenta é adotada oficialmente pelo HCPA e disponibilizada para todas as equipes assistenciais (inclusive residentes), que podem acessá-la em qualquer local, mesmo pelo celular. Embora tenha havido alusão aos livros clássicos utilizados pelo Programa, como o tradicional Williams¹ e os dois volumes do Rotinas (de Gineco e de Obstetrícia), todos os residentes citam o *Up to Date* como a sua principal referência bibliográfica. Dito pelos residentes, essa ferramenta cativou o grupo por ser considerada amigável, segura, atualizada e, sobretudo, baseada nas melhores evidências disponíveis para a tomada de decisões clínicas no dia-a-dia. Poderíamos acrescentar ainda o aspecto de ser “democrática”, uma vez que todos têm acesso da mesma maneira, sem nenhum tipo de discriminação. Assim, o pensamento é de que não há desculpas para conhecer os conteúdos mais atualizados: o acesso está garantido e facilitado. No passado, por exemplo, era comum que os livros e outras referências mais modernas ficassem nas mãos apenas dos professores, situação inimaginável atualmente, onde a busca de informação deve idealmente oferecer resultados instantâneos em qualquer ambiente e para todos.

Os próprios preceptores utilizam e estimulam o seu uso no dia-a-dia. Dessa forma, a aceitação dessa plataforma de modo tão fácil por todos, independentemente do estilo de aprendizagem, parece apenas ratificar o estilo e a busca de uma prática

¹ Livros de Obstetrícia e Ginecologia editados pela Mc Graw Hill, de origem norte-americana e considerados clássicos na área.

médica baseada em evidências robustas e não apenas nas opiniões pessoais de cada profissional. Essa busca acaba sendo uma das marcas do HCPA como um todo.

A meu ver, a ampliação do uso desse tipo de ferramenta tecnológica confirma a continuidade, de modo ainda mais acelerado, das mudanças que vem sendo observadas no acesso à informação médica de qualidade nas últimas décadas (77). Apesar de muito rápida, essa evolução parece que já começa a ter impacto nas questões de segurança e na qualidade do cuidado aos pacientes, relacionada especialmente com um menor tempo de internação e menores taxas de mortalidade (78), o que os torna, atualmente, um item indispensável em qualquer instituição de saúde, especialmente do porte e do perfil do HCPA.

A plataforma, que já vinha sendo usada pela maioria dos residentes ainda durante a sua graduação, passa, entretanto, a ter um enfoque diferente, passando da simples consulta para uma categoria de auxílio concreto para dúvidas relacionadas a condutas e mesmo para embasar as discussões nos *rounds*. Reforça também a adesão definitiva às mudanças tecnológicas, que atualmente tem prescindido cada vez mais de textos em papel. A reverência aos livros clássicos como o Williams e ao Rotinas – talvez por apreço à produção local – reflete muito mais um significado simbólico de respeito à tradição, do qual os residentes sentem que já começaram a fazer parte.

Um detalhe que não passa despercebido é que o idioma oficial do *Up to Date* é o inglês. O estímulo para o domínio da língua inglesa não ocorre por pedantismo ou por acaso. No Programa de Residência de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA,

espera-se que o residente tenha um conhecimento adequado para acompanhar e entender o seu conteúdo. Poder ler “direto na fonte”, sem intermediação de uma tradução feita por terceiros, também é um elemento de qualificação e autonomia do residente. O tom do depoimento de um professor sobre o sucesso dos livros “Rotinas” (em português) ajuda a entender essa limitação e a conseqüente perda de qualidade:

“No resto do Brasil, tem muito residente que não sabe inglês, não consegue ler um artigo em inglês! Então, tu entregas um resumo em português... É a solução!”

A VISÃO DOS PROFESSORES

No decorrer da pesquisa, as entrevistas com alguns professores foram muito elucidativas. Com apenas 23 professores, o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia é relativamente pequeno em comparação aos demais departamentos da Faculdade de Medicina da UFRGS, mas sempre teve um peso importante na composição assistencial do HCPA como um todo. Apesar da diversidade de subespecialidades e do tempo de experiência de preceptoria, surpreendeu que a linha de pensamento em relação à residência foi muito próxima, a ponto da saturação de informações ter ocorrido muito precocemente. Apenas questões pontuais e, às vezes, muito tênues dividem opiniões, mas o foco principal de todos é muito claramente o fortalecimento do programa e das suas atividades assistenciais no HCPA.

No HCPA, a atividade de preceptoria em geral é assumida como muito importante, a ponto do tripé assistência-ensino-pesquisa conquistar uma posição de

destaque no seu plano de negócios e gestão estratégica dos últimos anos. Já há muito tempo, o hospital empreende um esforço para pagamento de bolsas para os professores exclusivamente por essa atividade, o que representa uma fonte de remuneração importante para muitos. Atualmente, o pagamento de bolsas é organizado como programa de extensão da Universidade, gerido pela Fundação Médica – a sua fundação de apoio – e pago pelo próprio hospital. Os médicos contratados, por sua vez, não recebem nenhum recurso financeiro adicional por isso, uma vez que a atividade de supervisão de residentes está prevista na descrição das funções a serem desempenhadas no seu contrato de trabalho. O exercício da preceptoria serve, contudo, como título que pode ser usado nas progressões funcionais internas.

Uma demanda antiga refere-se à capacitação de preceptores, um movimento que chegou tardiamente ao país. As mudanças verificadas no ensino médico no início desse século mostraram a importância de valorizar a docência no nível da residência. Esta, por suas particularidades de treinamento em serviço em uma especialidade médica, possui características que a diferenciam do ensino de graduação. Ou seja, um bom professor na graduação, mesmo com uma trajetória acadêmica sólida, não é, necessariamente, um bom preceptor de residentes.

Essa passou a ser uma preocupação relativamente recente no Brasil, tendo em vista que, tradicionalmente, ser médico de um bom serviço já era considerada condição suficiente para a formação de jovens médicos e que aos poucos, vão aprendendo os mistérios do ofício. Como disse um dos professores entrevistados,

“tive capacitação pela experiência de vida”, o que é quase que a regra entre os preceptores de todo o país.

Na ausência de cursos formais, muito da prática advém de modelos vivenciados com os seus próprios preceptores do tempo da sua residência servindo de exemplo de atuação. Os modelos de ginecologistas também vão se modificando. Para os preceptores mais antigos, havia uma valorização do conhecimento e da liderança no Serviço a ponto de serem chefes de Serviço, como Prof. Pedro Luiz Costa foi na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, inspirados de gerações de ginecologistas².

Já na década de 1990, foi criada a Academia Europeia de Professores de Medicina Geral – Euract (European Academy of Teachers in General Practice) que começou a organizar cursos de capacitação de preceptores direcionados à medicina de família, com o objetivo de aprofundar o conhecimento e o ensino na área, tendo como pano de fundo, a melhoria do padrão assistencial na Europa. Esses cursos foram expandidos para outras regiões do mundo, inclusive para o Brasil, onde foram promovidos de forma pioneira pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) a partir de 2010.

Também nessa época, foi lançado o curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas Para a Prática de Preceptoría na Residência Médica da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). Com financiamento do Ministério

² O Dr. Pedro Luiz Costa foi por muitos anos diretor da Maternidade Mário Totta, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e professor da hoje Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). É reconhecido por várias gerações de gineco-obstetras com um dos ícones da especialidade no estado do Rio Grande do Sul.

da Educação, Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, o seu objetivo era a qualificação da preceptoria a partir de um melhor conhecimento sobre o processo educativo durante a residência médica, especialmente no momento de expansão da residência médica para regiões tradicionalmente mais carentes desse tipo e formação, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa necessidade se mostrou importante, uma vez que serviços sem tradição de formação passaram a oferecer vagas de residência. O pressuposto dessa ação é que programas de residência qualidade necessitam preceptores de qualidade, sendo esse um desafio a mais para os organizadores (79). Capacitações como essas começaram a se multiplicar como ação de outras sociedades de especialidades, inclusive a FEBRASGO.

De fato, o grupo de preceptores é um elemento-chave nos programas de residência, uma vez que o seu papel do preceptor também é transmitir os valores e princípios da profissão. Como enfatiza um dos residentes de segundo ano.

Olha, eu acho que o processo que a gente tem hoje ele é bom, a coisa não pode ser só tranquilidade, não pode, não pode ser só abraço e carinho, tem que ter mijada, tem que ter. Tem que ser, não é hostil, não é um ambiente hostil, tem que se sentir acolhido, mas tem que ser um ambiente desafiador, sabe? Tu tem que ter as tuas responsabilidades como residente e tu tem que cumprir elas, as vezes vai ter dificuldades, às vezes, não sei o que, tu tem que nos momentos ruins ser acolhido, e isso em todos os meus momentos ruins fui. Então, eu não tenho queixa da residência.

Não, eu acho que isso a gineco completa bem, sabe? Eu acho que a nossa formação ela é uma formação boa, eu acho que conversando com os R3 que se formaram, o pessoal sai com uma formação legal.

Eu acho que a gente molda, quando a gente tem, no mesmo meu grupo de R2 tem algumas personalidades de residentes, mas a gente acaba se moldando, a gente acaba incorporando o serviço de gineco vai nessa bagagem.

Além disso, o que conta é um balanço entre o conhecimento técnico e o trato adequado com pacientes e com subordinados (inclusive os residentes).

Eu acho que isso a gente não ensina teoricamente; um residente enxerga na gente, ou não, determinados atributos e qualidades que ele vai querer ou não seguir. Eu acho que o preceptor, o professor, da maneira como ele atua. Mas dentro disso aí - isso tudo não é o suficiente - tem que estudar muito, tem que fazer muito, tem que ralar muito, tem que querer muito as coisas, tem que ter foco. E é difícil, porque você tem pouca idade e tem muita demanda, hoje, social, muito mais do que existia. Você tem que conseguir juntar as coisas, tem que estudar muito. São muitas horas de hospital, você tem que estar dentro do hospital e tem que sair do hospital, tem que revisar caso. Então, isso é uma demanda, e a pessoa que não tiver essa disciplina, a disciplina também é muito importante. A disciplina é saber que isso aqui é uma condição fim - sai daqui para exercer uma atividade que você vai ser a pessoa responsável.

Dessa forma, não existem modelos únicos de preceptoria. Os modelos são formados a partir de um conjunto de pessoas que, ao longo do tempo, tiveram importância para o, agora, preceptor. Não podemos esquecer que as diferenças existentes entre preceptores e entre residentes sempre existiram. É natural a identificação com uns e não com outros para criar os nossos modelos próprios, como um mosaico, que criará um padrão singular com as peças disponíveis ao longo do tempo e para o qual necessitamos de certo distanciamento para entender o conjunto.

Um aspecto também relevante é a diferença entre “preceptor-professor” e o “preceptor-contratado” no HCPA. Parece ser consenso que o professor tende a dar o que poderia ser chamada de “estabilidade técnico-educacional” e o contratado assumindo atividades mais relacionadas à rotina assistencial. Essa divisão não ocorre por acaso e se deve a vários motivos. O HCPA como um todo se caracteriza por uma

estrutura hierárquica muito forte, onde os professores sempre assumiram posições de liderança na gestão. Esta norma está explicitada inclusive no seu Regimento da Área Médica, quando cita que a designação de chefes de Serviço deve ser “preferencialmente de professores”. Não tão rígidas quanto as antigas cátedras da Universidade e de forma não tão concentrada em uma única pessoa, essa estrutura é suficiente para, como grupo, estabelecer uma linha acadêmica das ações nos serviços. A fala de dois residentes é muito elucidativa sobre essa questão:

A gente passa a noite com os contratados, a gente almoça com os contratados e eles que vão fazer a cesárea contigo, eles quem vão te mostrar como é que eles fazem. Eles quem vão dizer que é para tu internar, para liberar paciente. Então, e o professores a gente discute casos assim, tipo no round.

Com certeza os professores são tipo a coluna, a espinha dorsal do plantão. Então, por exemplo, se eu estou na equipe X eu vou discutir com os professores da Equipe X sobre os casos, tipo, plantão vai nos dar uma opinião. E é uma equipe que os professores são muito presentes, então eles não querem, "então faça o que tu quiser". Eles vão querer saber, vão olhar o resultado, vão te cobrar.

A hierarquia em si, não é vista como um problema. Três residentes comentam como a percebem internamente:

Eu amo os meus R3! E acho que isso está mudando bastante. E eu, na minha opinião, tem que ser assim, acho que você tem que ter uma hierarquia, acho que são fases, acho que você tem que sim abaixar a cabeça e fazer o que os outros mandam. Faz parte do crescimento como pessoal, como profissional, como residente. Porque na época eu não entendia, eu achava “que droga eles fazerem isso”, e hoje eu vejo que era importante. Todo mundo sabia onde estava entrando. [O ambiente] é super hierárquico também. Super, super, super. Professor acima de tudo.

Eu sinto a hierarquia, mas de uma forma positiva. A hierarquia aqui é no sentido de quem você tem que correr para pedir ajuda no momento certo. Mas todos são muito acessíveis, comigo pelo menos.

Acho que o professor é a decisão final, sempre, dos casos internados.

É importante destacar que os residentes mais graduados também aprendem, de forma informal, como melhor exercer a função de supervisão dos residentes menos graduados. Como disse uma residente: “nós também vamos nos moldando ao longo do tempo”. Assim, a supervisão dos mais jovens é um processo natural, que o residente vai assumindo mais funções e mais responsabilidades à medida que avança na residência. Esta também é uma marca da residência médica desde a sua origem. Pode-se dizer que a supervisão é “em cascata”, ou seja, do mais graduado para o menos graduado (R1), passando, nessa ordem, pelo contratado, R3 e R2.

Muita coisa nem chega na Chefia. A gente acaba hierarquizando e cada um supervisiona o outro. Eles [professores e contratados] acabam passando exatamente como sempre foi feito no Serviço. A gente aprende e passa para os mais novos.

Uma peculiaridade no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, é que uma boa parte dos atuais professores teve origem no HCPA como médicos residentes e depois contratados, ou seja, diretamente envolvidos na assistência às pacientes. Quando passam a ser formalmente professores, mesmo que estejam desempenhando atividades de gestão, continuam a participar ativamente da assistência e isso dá legitimidade frente às equipes e ajuda a desfazer a ideia de dissociação entre “teoria

e prática”. Assim, antes de ser considerada inconveniente, essa liderança acadêmica dos professores é bem recebida pelos residentes e considerada natural e até desejável, além de permitir que ele vislumbre uma possibilidade concreta de carreira ascendente: residente – contratado – professor.

O QUE DIFERENCIA O “CASTELINHO”?

Mas afinal, o que diferencia o Programa de Residência de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA dos programas de outras instituições? Responder essa pergunta passa, seguramente, pela formação do grupo “fixo”, ou seja, pelo grupo de professores e médicos contratados e pela sua estabilidade ao longo do tempo. Além, é claro, da defesa de uma prática médica baseada nas melhores evidências e da existência de protocolos assistenciais elaborados pelo próprio grupo. Como analisa um dos professores:

Eu acho que o Programa tem uma estrutura mais organizada. A gente tem protocolos para quase tudo. A gente tem para quem se reportar, a gente tem muitas pessoas que são referência nacional. Então, se tenho um caso, eu posso me reportar para um colega meu de departamento com tranquilidade para poder discutir. Então, não se faz nada na barrigada: "eu acho. Vamos lá, vamos fazer, porque eu fiz e um dia deu certo" - esse tipo de coisa não existe. Nós estamos num ambiente acadêmico. O próprio hospital é um hospital que trabalha muito bem com a questão da qualidade assistencial para a segurança dos próprios trabalhadores. Isso tudo, ele faz o ciclo se tornar virtuoso. Uma pessoa mediana se torna melhor depois desse ciclo. Talvez, individualmente, a gente nem fosse tão bom; mas como grupo, a gente se fortalece.

Mas há um preço a ser pago pela residência por toda essa organização e limitações. Um aspecto importante em relação aos demais programas de residência se refere à autonomia que os residentes tinham no passado. Isso se dava pela presença de preceptores apenas durante alguns horários durante o dia e pela necessidade de “tocar o serviço” com regras não tão restritivas. Com o passar do tempo e com a complexificação do próprio cuidado em saúde, a adoção de critérios mais rígidos de segurança dos pacientes tornou-se uma realidade para o qual não há como retroceder.

O processo de acreditação do HCPA pela *Joint Commission*, em 2013, tornou esse processo ainda mais explícito. Em preparação à acreditação, foram adotados e revistos inúmeros protocolos assistenciais em toda a instituição que acabaram por restringir a realização de procedimentos sem supervisão de profissionais qualificados. Processos de acreditação, independentemente do órgão certificador, requerem um longo período de preparação e de uma mudança de mentalidade de todos os envolvidos em relação à rotina de trabalho. Isso, sem dúvida, acabou por limitar a ação dos residentes pela adoção de mecanismos formais de autorização para algumas ações antes inexistentes. O HCPA, que acabou sendo recertificado em 2017, se orgulha por ter sido o primeiro hospital público de ensino a ter essa certificação, sendo esses conceitos de excelência e segurança do paciente incorporados definitivamente na sua cultura organizacional.

Evidentemente, também houve mudanças na educação médica da graduação nos últimos anos. No passado, o internato era direcionado a uma especialidade escolhida pelo aluno do último ano, que acabava com uma experiência quase

comparável ao R1 atual. Durante esse internato direcionado a uma das grandes áreas (clínica médica, cirurgia, pediatria ou ginecologia e obstetrícia), o aluno fazia cirurgias e outros procedimentos equivalentes da área, muitas vezes, sem supervisão direta.

Por outro lado, é verdade que o processo pedagógico da residência médica envolve necessariamente o desenvolvimento do senso de responsabilidade pelo paciente. Hoje em dia, entretanto, para garantir a segurança dos pacientes, não é possível delegar toda a responsabilidade a quem ainda está em formação e que necessita supervisão, pelo menos formal. E no HCPA todo esse aparato acabou se sofisticando com a participação conjunta de médicos contratados, professores, chefias de unidade e de serviço.

Os residentes, por sua vez, acabam adequando a sua formação a esses balizadores. Pode-se dizer então que o residente exerce uma “autonomia supervisionada” e aos poucos passa a saber os seus limites, até onde pode ir e até onde se espera que ele desempenhe o seu papel assistencial. O meio-termo é uma questão de ajuste fino com a participação de toda a estrutura da residência: professores, contratados, R3, R2 e R1s. Atualmente, até os R3, antigamente considerados quase os “chefes de equipe”, pelo conhecimento e presença constante nos Serviço, discutem casos com professores e contratados.

E é neste contexto que os residentes são avaliados. A avaliação formal, por exigência da legislação da Residência Médica, é feita trimestralmente pelos preceptores, através do AGHUse, sistema informatizado que reúne os processos gerenciais, assistenciais e da residência médica de todo o HCPA. Além disso, há uma

avaliação pelo supervisor do programa a cada seis meses, dentro da política de gestão por competências adotada para todos os colaboradores, inclusive os médicos residentes.

No escopo dessa pesquisa, as entrevistas com os professores procuraram, entre outros aspectos, entender melhor os critérios utilizados para definir um “bom residente”. Nesse sentido, não surpreendeu que boa parte dessas definições comesçassem pontuando questões subjetivas da relação médico-paciente, como “ter uma postura humana” e “ser uma boa pessoa”. Também não surpreende o fato de que no plano de negócios do HCPA o “respeito à pessoa” figure como um dos valores fundamentais da instituição. Outras características são lembradas como critérios, como a postura crítica frente ao conhecimento.

Apesar de todo o esforço de normatização, os critérios de avaliação ainda apresentam um forte componente subjetivo. Como me disse um dos professores entrevistados, “É bater o olho” e dizer quem é bom e quem necessitará de atenção especial.

De uma maneira resumida, o “bom residente” é visto pelos preceptores como aquele que responde à altura a sua responsabilidade pelo paciente. É aquele que se relaciona bem com o paciente da mesma forma que o próprio preceptor faria e que, complementarmente, possui conhecimentos, habilidades e atitudes para ajudar a resolver os problemas de saúde dos pacientes. Tão importante quanto esses critérios, o bom residente deve mostrar iniciativa e comprometimento. Esse comprometimento é subentendido em relação ao paciente e à instituição. Em outras palavras, mesmo

havendo quesitos bem definidos, o residente é avaliado pelo “conjunto da obra”, pelo seu perfil e pela identidade que aos poucos vai assumindo.

Nesse conjunto de critérios, o estudo e o empenho em estar atualizado é parte fundamental do bom residente. Não adianta apenas se oferecer e ser comprometido: tem que fazer isso demonstrando “uma boa base teórica”, adquirida através de leituras da bibliografia mais recente na área. A fala de um preceptor vai direto ao ponto:

Eu tenho um diferencial que eu acho o seguinte, eu valorizo muito o estudo teórico, o cara que também estuda. Eu acho que um dos nossos problemas às vezes na residência, e o Clínicas já não é tão problemático nisso, mas é a tocação de trabalho sem conhecimento. Um ouve com o outro, que ouve com o outro e vai passando adiante. Eu acho que às vezes falta tempo ou vontade de eles sentarem e estudarem alguma coisa e virem nos questionar, tudo isso. Acho que um bom residente é um residente que aqui ele consegue se dedicar a um atendimento, à parte prática assistencial, mas que também consegue fazer uma parte de ensino, estudo, dentro de casa.

Na formação, mesmo os residentes considerados inicialmente “fracos” acabam “emparelhando” ao final do primeiro ano, muito por esforço pessoal e por demanda do grupo como um todo, que “puxa o residente para cima” – ou para o padrão previsto por esse mesmo grupo.

É um mecanismo de auto regulação entre pares que, obviamente, não é absoluto na sua formalidade, mas na prática: um residente pode obter o título, mas acaba por ser “excluído” do grupo da residência médica se não terem uma atuação à altura do esperado. Querem ajuda quando precisarem sem serem chamados de “fracos”. O que reflete um dilema: o risco de expor as suas fraquezas, o que comprometeria o seu status dentro do grupo.

Existem formas de o residente “ser chamado a melhorar”. Quem não se adapta, pode acabar desistindo do Programa, mas são poucos. Há estímulos logo no início para que os fracos “deslanchem”. Mais uma vez, há uma pressão para que a situação se “normalize”. Como informa outro preceptor, eles são quase “carregados no colo”. De uma certa forma, é possível perceber que o “fracasso” de um residente é sentido como um fracasso de todo o Programa.

Como contraponto, foi interessante analisar a percepção dos próprios residentes sobre o que eles consideram “um bom residente”. Como era de se esperar, é visível que os conceitos são muito próximos. Independentemente do ano da residência, os critérios de autonomia, iniciativa, independência para o trabalho e pertencimento ao grupo foram destacados pela maioria. Ou seja, é esperado que o “bom residente” “saiba o que está fazendo” e que assuma as responsabilidades previstas para o seu nível no Programa e que se sinta parte do mesmo. É claro que essas atribuições esperadas não representam apenas uma etapa formal do treinamento. Elas são entendidas como uma delegação do programa, que dá o aval em um conjunto de atividades. Os residentes acreditam que um bom residente é aquele que, além de demonstrar uma certa autonomia, iniciativa e independência para o trabalho, “é dócil” ou seja, que não crie confrontos e conflitos desnecessários com os seus pares ou com os “superiores”, ou seja, os R+s, contratados e professores. Nas palavras de uma residente de primeiro ano:

Eu acho que um bom residente tem que ser uma pessoa comprometida em querer aprender e querer também agregar aos demais. Então, não pensar no individual, pensar no coletivo. Acho que você tem que tentar agregar o máximo possível, ver a tua equipe como um grupo que você tem a missão, durante aquele mês, de tratar, e você ter a ideia do coletivo, que

todos estão ali por uma causa, que são aqueles pacientes daquele mês, e se juntar em torno disso, porque se você fica muito distante, você acaba... às vezes, os R+ ficam mais distantes do andar, e aí parece que as coisas se dissociam. Então, eu acho que você ter o espírito de equipe é uma boa característica. E, claro, o querer sempre agregar - ajudar, ensinar, enfim. Ter uma proatividade, acho muito importante.

Inevitavelmente, ao abordar o “bom residente” com os entrevistados, o conceito de “bom preceptor” veio à tona. Na perspectiva dos próprios preceptores, o “bom preceptor” é aquele que consegue entender os residentes em meio à sua grande diversidade ao entrar no programa de residência. Ou seja, conhecer as deficiências de cada um para poder corrigi-las e para explorar as suas potencialidades para atingir o máximo desempenho. Esse é uma operação que exige presença constante e o dispêndio de uma energia considerável.

E o que fazer com os residentes que apresentam um desempenho considerado aquém do esperado? Alguns preceptores, já se desculpando de antemão pelo uso do termo “antipedagógico”, usam o exemplo dos residentes como “filhos” que se aborda e aponta o caminho “correto”. A comparação, apesar de ser perigosa em termos pedagógicos, não é de todo absurda, pois envolve, em primeiro lugar, a busca pelo entendimento se há algum problema que extrapola o âmbito da residência. Após, é dada a chance de recuperação, o que resgata um dos princípios educacionais mais básicos. Essa postura, entretanto, só se mantém se houver resposta efetiva por parte do residente, ou seja, após o esforço, a sua evolução tem que ser efetivamente percebida pelos preceptores e pelos colegas.

Mas essa abordagem também tem limites também subjetivos estabelecidos pelos preceptores e, de certa maneira, reforçados pelos próprios colegas residentes. Chances não aproveitadas são muito mal vistas, pois comprometem e expõem o conjunto do programa. Um dos professores fez o seguinte comentário:

Eu vejo os residentes como filhos. Então teria 3 opções: o policial, que diz "Faz! Cala a boca e faz [o que eu digo]. E não é o que deve ser feito. Depois, tem um técnico que o cara fica assim, "pega aqui, faz ali, faz aquelas coisas". E o terceiro é o consultor, que o cara, "eu gostaria de conversar contigo, para tomar conduta, calcular", e o cara vai quando quer. E cada residente tem uma maneira de se adaptar diferente, eles gostam que o cara seja só consultado quando quer, outro que não quer que fique em cima porque já sabe tudo, certo? E o bom preceptor ele consegue identificar isso, como que é o residente e estimula dentro do residente aquilo que é bom dentro dele, eu tenho que identificar o que é que o cara é bom e fazer que ele cresça, certo?

Um dos diferenciais do Clínicas no entendimento dos seus residentes e corpo de preceptores é, portanto, a abordagem acadêmica para todas as suas ações. Esse aspecto, mais que o conhecimento em si, é uma atitude frente à mudança de cenários, ou seja, a busca constante por atualização mesmo depois da finalização da residência. Nesse sentido, a ligação com a pesquisa se torna muito presente.

[O que nos diferencia] é o conhecimento e os protocolos. A gente age todo mundo muito parecido. É muito difícil eu trabalhar com alguém que saiu daqui e ter uma conduta muito diferente da minha.

A gente nota isso circulando fora. Não vou citar nomes, mas a gente sabe quem é residente HCPA e quem é de outra instituição pela forma como se porta. A gente realmente tem uma postura mais crítica, certo? Os nossos

residentes têm uma postura mais crítica, que eu acho que eles têm uma carga um pouco maior de conhecimento, algumas coisas mais top de linha, o básico todo mundo sabe, mas quando você começa a diferenciar a gente nota que realmente, eu acho que os nossos residentes saem um pouco melhor em alguns aspectos.

Na verdade, é um conhecimento meio da minha cabeça assim, eu acho, porque eu nunca fiz nada aqui, então eu não conhecia como era o serviço. É 100% isso, é só uma imagem mesmo porque eu nunca tive experiência aqui, mas a gente ouvia “o castelinho, o castelinho”. E lá [outro serviço] é um serviço menor mesmo, lá é muito família, é um clima muito bom, mas é um serviço menor.

Eu acho que o grande diferencial nosso é a estrutura de trabalho que a gente dá para eles, e isso vai desde o ambiente, o local que eles atendem, tudo isso, acho que isso é uma marca do Clínicas, e a outra coisa é o bater muito forte nisso de aprimoramento constante, não sair daqui e nunca mais estudar, então eu acho que isso é uma marca do Clínicas que eu vejo na maioria das residências. É um profissional que saiu, foi muito bem preparado, em um ambiente adequado e que ele sai daqui com uma ideia de que o aprendizado é constante, então que ele faça cursos, que ele faça congressos. Eu acho que isso é um ponto importante, tu não estás preparando um cara para ele sair daqui e começar a trabalhar que nem um louco para sempre na mesma coisa.

Assim, o questionamento inicial acerca da alegada mudança da residência médica, pode-se responder de uma forma aparentemente confusa: sim e não. Por um lado, não há dúvida que o contexto de formação se modificou enormemente, com a complexificação do cuidado, a inevitável superespecialização da assistência médica e as questões relativas à segurança do paciente, aspectos impensáveis no passado. Por outro lado, a necessidade da formação do grupo, da necessidade do estudo e de uma visão crítica e, sobretudo, o senso de responsabilidade pelo paciente se mantém intocada e, sobretudo, reforçada. O que parece sustentar esses princípios é um bem

estruturado conjunto de fatores relacionados ao grupo de residentes, de preceptores e à estrutura institucional com os seus valores. Esse amálgama funciona como uma impressão digital com características únicas e que ainda exercem uma forte e persistente influência sobre o comportamento profissional do médico egresso.

MÉDICOS RESIDENTES, O GRUPO E A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

A complexificação crescente dos cuidados à saúde em todo o mundo já vinha exigindo contrapartidas em termos da formação de médicos com competências que permitissem trabalhar nestes cenários novos e em constante mudança (29,31).

A atual pandemia do Covid-19 representou uma das mais importantes crises sanitárias na história recente da humanidade. Especificamente na área do ensino médico, essas mudanças forçaram a adoção de adaptações em relação aos desenhos curriculares, a novas competências a serem desenvolvidas, a formas de relacionamento interpessoal, estratégias de ensino e à necessidade de intervenções comunitárias (80,81) . Para os médicos em formação, como os residentes, a pandemia acarretou adicionalmente alterações diretas nas suas rotinas de trabalho, no lazer, na interação social e no seu próprio cuidado à saúde. Além do inevitável estresse decorrente da formação em uma especialidade médica, esses jovens médicos foram sobrecarregados com preocupações relacionadas à forma de se inserir na assistência

à saúde da população e de como lidar com os perigos do contágio, de si e das pessoas próximas (82,83).

Ou seja, além do burnout entre médicos residentes, que, por si só, já vinha assumindo patamares epidêmicos nos últimos anos, somou-se um fator igualmente desestabilizador (12,14,84,85).

Sob outra perspectiva, o processo de formação da identidade profissional tem sido estudado mais recentemente como um dos elementos cruciais na longa trajetória da formação médica (7). Nesse sentido, “tornar-se médico” num contexto tão disruptivo e cheio de incertezas talvez merecesse uma maior atenção por parte dos pesquisadores comprometidos com a educação médica.

Mudanças assistenciais e educacionais decorrentes na pandemia no Brasil

Seguindo a disseminação iniciada na China, a pandemia do Covid-19 atingiu o Brasil no final de fevereiro de 2020, com o primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro e a primeira morte registrada pela doença ocorrendo no dia 17 de março.

Em que pese os enormes contrastes e as características epidemiológicas do avanço da doença, todas as regiões do país foram duramente afetadas, com mudanças significativas no funcionamento das suas redes de atenção à saúde. Frente a esse quadro, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, órgão vinculado ao Ministério da Educação e responsável pela regulamentação da residência médica brasileira) emitiu, ainda em maio de 2020, uma nota técnica com “recomendações

quanto ao desenvolvimento de atividades dos programas de residência durante enfrentamento à pandemia por Covid-19” (86). Em linhas gerais, esse documento orientava as Comissões de Residência Médica de cada instituição e as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs) a como flexibilizar as atividades das residências, para minimizar os efeitos deletérios sobre os médicos em processo de especialização. Ao mesmo tempo, fazia uma convocação aos médicos residentes de todas as especialidades a engajarem-se ativamente nas atividades assistenciais direcionadas à pandemia nas suas cidades.

Na mesma linha, a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), entidade científica que representa os ginecologistas e obstetras brasileiros, preocupada com a formação de especialistas na área, emitiu as suas próprias recomendações buscando, entre outros pontos, minimizar a perda de habilidades cirúrgicas que poderiam ser afetadas pela pandemia (87).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital universitário e um dos maiores centros de formação de especialistas no Sul do país. A instituição vinha se preparando para a pandemia desde janeiro de 2020, estabelecendo planos de contingência com escalonamento das restrições das atividades assistenciais e com fluxos específicos para cada etapa segundo critérios que levavam em consideração a ocupação de leitos hospitalares e a disseminação da doença no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre, onde essa pesquisa foi realizada. O primeiro caso de infecção pelo Sars-CoV-2 registrado oficialmente na instituição ocorreu no dia 11 de março de 2020 e a primeira morte, duas semanas após.

Toda essa movimentação atingiu em cheio o período de ingresso dos novos residentes, que ocorre regularmente no dia 1º de março em todo o país. Nesse ano, ainda foi possível que a recepção oficial seguisse um padrão festivo, com centenas de fotos e ampla circulação de mensagens nas mídias sociais. Porém, no dia 15 de março, o HCPA passou para o seu primeiro nível de contingência, com limitação de diversas atividades assistenciais e de circulação de pessoas pelo hospital, afetando tanto pacientes quanto as próprias equipes médicas. Com o avanço da pandemia, atividades de ensino da residência acabaram sendo restringidas e, seguindo as determinações das autoridades sanitárias locais, os bares, restaurantes e outros locais públicos foram fechados para evitar aglomerações.

Identidade profissional: o caso da Residência em Ginecologia e Obstetrícia

Esse cenário excepcional teve repercussões até mesmo sobre as especialidades tradicionalmente não envolvidas diretamente nesse tipo de problema. A Ginecologia e Obstetrícia, por exemplo, é, essencialmente, uma especialidade clínico-cirúrgica da saúde da mulher. A matriz de competências, que serve de guia para os quase trezentos programas de residência em GO no Brasil, foi definida através de recente legislação da CNRM (88). É um documento bem detalhado e que, esquematicamente, divide as competências a serem atingidas em diversos eixos do cuidado à mulher e de acordo com o ano de formação do médico residente. Apesar de não estabelecer um número mínimo de procedimentos esperados para a

especialidade, há clara indicação de que o residente deve “dominar” certas técnicas, o que pressupõe ter adquirido tal competência através de treinamento exaustivo.

Como em qualquer outra especialidade cirúrgica, a sua prática exige, além de conhecimentos e atitudes, o desenvolvimento de uma série de habilidades motoras, obtidas por meio da exposição contínua a um número significativo e variado de situações em que o médico em formação possa exercitar o seu raciocínio clínico de forma adequada, independente e segura para o paciente e para o médico (89).

Nessa complexa trajetória na direção de uma prática médica especializada, a relação do residente com o seu grupo de iguais assume um papel crucial. Apesar da formação da identidade profissional do médico envolver um percurso eminentemente individual, ela se dá sempre na perspectiva da interação com outras pessoas que enfrentam a mesma situação. Para os recém-chegados, ser aceito numa comunidade de pares, que já possui uma identidade profissional estruturada, pode representar um estresse adicional na transição do status de estudante para médico. Na residência, isso é válido para os seus colegas residentes, assim como com outros profissionais com quem o médico acaba se relacionando profissionalmente. Ou seja, tornar-se médico também está ligado diretamente ao processo de parecer médico perante as demais pessoas. Nisso, a formação do grupo de residentes tem sido uma marca da residência médica desde a sua criação (37). Em outras palavras, a formação da identidade profissional é uma via de dois sentidos: é um processo de dentro para fora (o médico deve sentir-se médico) e de fora para dentro (as outras pessoas devem vê-lo como médico).

Mesmo que a forma de aprender dos *milenials* tenha acarretado mudanças no ensino e na residência médica nos últimos anos, alguns traços, como o apoio grupal, apesar das diferenças e da sofisticação tecnológica atual, permaneceram igualmente importantes.

Independentemente de toda uma preparação que inicia até mesmo antes da entrada na faculdade de medicina, a transição da condição de estudante para residente ainda é um enorme desafio em qualquer especialidade (90). Apesar de já conhecer algumas das atividades durante a graduação, o fato de ter registro nos órgãos de controle do Estado e “ter o carimbo”, ou seja, a autorização formal para a prática da medicina, dá uma conotação diferente à sua atividade profissional.

Da mesma forma, o convívio e o relacionamento com os novos colegas – alguns completamente desconhecidos e antes até considerados concorrentes na disputa pela vaga no Programa – é um elemento importante nessa equação. A interação entre colegas nos ambulatórios, no bloco cirúrgico, nos plantões e nos seminários além de ser inevitável, também oferece suporte nos momentos de estresse e sobrecarga emocional que ocorrerão durante a residência. É esse tipo de ligação que muitas vezes permite que o jovem médico chegue, de modo satisfatório, ao final da sua jornada de obtenção do título de especialista ao terminar o programa de residência.

Acompanhando a rápida expansão da disponibilidade de recursos de informação, comunicação e tecnologia, não parece haver dúvida que as novas gerações possuem estilos de aprendizado diferentes de alguns anos atrás (35,91,92). Mesmo assim, e à despeito da autonomia buscada como forma de aprender e

desenvolver habilidades, o relacionamento interpessoal e o trabalho colaborativo entre pares permanece sendo um dos pilares importantes na formação do residente desde o seu início, mas nem sempre é reconhecido pelos programas da mesma forma.

As particularidades do caso brasileiro

Nesse aspecto, há particularidades do Brasil que podem ser observadas na área médica. Decifrar a cultura brasileira tem sido, por si só, um desafio constante de gerações de antropólogos. Contudo, apesar da grande diversidade regional, podemos dizer que a cultura brasileira como um todo tem uma tendência mais permissiva que muitos outros países nos relacionamentos tanto amorosos quanto de amizades (93). Entre outras características, é uma cultura marcada pela proximidade física, não sendo incomum cumprimentos com beijos e abraços.

Essa maior permissividade nas relações com outras pessoas também se reflete no ambiente de trabalho. Na residência médica, por exemplo, novas relações de amizade são feitas muito rapidamente por meio de inúmeras atividades sociais dentro dos programas, mas principalmente externamente à sua estrutura formal. Os rituais de acolhimento aos novos residentes, as festas de recepção e todos os demais espaços informais que ocorrem logo nas primeiras semanas são bons exemplos desse tipo de situação. Esses eventos, especialmente entre os residentes do mesmo ano, se mantêm ao longo do tempo e acabam por fortalecer as amizades e o sentimento de pertencimento ao grupo maior, que se perpetuam, mesmo à distância, quando os residentes dispersam para outras cidades em busca da consolidação da

sua vida como profissional formado. Os depoimentos de duas residentes de último ano ilustram bem essa dimensão:

Mais para o final do R1 a gente começa a fazer plantão junto, que ficam dois R1s e um R2. Mas sempre teve muito essa coisa assim de “vamos sair do hospital e comer alguma coisa, vamos sair do hospital e...”

Para lidar com o estresse, eu converso com os meus colegas de residência, a gente tem um grupo muito bom, meus colegas do mesmo ano. A gente é bem unido. A gente procura se ajudar. Ainda ontem tinham duas colegas que estavam passando por algumas situações e a gente “vamos tomar um café junto, vamos almoçar junto”, a gente se ajuda bastante. E fora o suporte familiar.

Sabemos que na residência médica, qualquer atividade acaba tendo um papel educativo, mesmo as informais e as que envolvem relações interpessoais e grupais. Também são nesses ambientes que se trocam informações sobre os “bicos”, cursos, publicações e artigos de interesse para a formação. Como observa Bonet no seu estudo sobre a formação de médicos de família na Argentina e no Brasil, é interessante perceber os diversos ambientes em que a socialização profissional ocorre. São nesses espaços que ocorrem, de maneira mais ou menos explícita, a transmissão de valores e de padrões de atuação (56). Assim, o grupo de residentes acaba sendo o espaço que as suas histórias pessoais são compartilhadas e as personalidades de cada um são reveladas de modo mais aberto, sem o risco de julgamentos pelos preceptores. Na verdade, é quando os conflitos com os preceptores ou outras dificuldades com pacientes são divididas e para os quais são buscadas soluções com o suporte coletivo. Como informa um residente de segundo ano:

Eu tive um mês bem estressante que foi a equipe, uma equipe grande que eu tive um episódio assim, eu diria que burnout mesmo, que eu me vi xingando uma paciente assim. Eu vi que eu estava num ambiente ruim. Mas fui acolhido, meus colegas me disseram: "O que é que está acontecendo? Vamos sentar, vamos conversar". E aí me reestruturei e terminei o mês muito bem.

Obviamente, a dinâmica assumida pelo grupo dependerá essencialmente da forma como essas relações serão estabelecidas e mantidas ao longo do tempo. Se por um lado, há o espírito de camaradagem e cooperação, por outro lado, uma exposição excessiva pode ser perigosa por revelar fraquezas, faltas ou outros comportamentos considerados excessivamente destoantes dos "princípios do grupo". Essas discrepâncias, se muito chamativas, podem até mesmo comprometer a participação do residente no grupo. Isso porque, mesmo que teoricamente goze de independência e limites mais flexíveis na sua constituição e assuma valores próprios, os grupos de residentes assumem uma posição de relativa submissão em relação à estrutura maior do programa de residência. Ou seja, há uma tensão permanente entre o núcleo central do Programa e os grupos de residentes, com uma tendência desse último – a princípio, mais fraco – ser "moldado" pelo grupo mais consolidado e, portanto, mais poderoso.

As falas de duas residentes sobre a desistência do Programa por parte de outra residente no ano anterior são muito esclarecedoras desse tipo de pensamento:

Nós estamos nos formando os oito que entraram, bem ou mal aos trancos e barrancos quando precisa ou a gente se juntou e foi. Eu acho que o grupo que tem agora é um grupo bem bom, que se ajuda. Enfim, eu acho que em relação isso, claro, tem suas diferenças, tem suas pequenas intrigas, mas eu acho que em geral é um grupo que se dá suporte. Teve um residente que pediu transferência para outro estado, teve agora uma

das minhas residentes mais antigas que desistiu, acabou agora fazendo prova para outra especialidade. E outra que desistiu logo no início do ano e está fazendo outra especialidade clínica. São pessoas que não se encontraram no nosso programa.

Duas colegas acabaram desistindo do Programa. Acho que foi por um conjunto de coisas. A primeira que desistiu eu acho que foi porque ela não se encaixava mesmo, ela desistiu em julho. Acho que é porque ela não gostava mesmo do que estava fazendo. Mas a segunda eu acho que foi um acúmulo de pressões. Ela tinha um familiar doente, a pressão que ela estava recebendo dos colegas também era grande, dos colegas de equipe.

Mesmo nesse ambiente, foi interessante perceber as mudanças ocorridas mais recentemente em relação à formação dos grupos. O uso crescente e disseminado da tecnologia tem se mostrado inexorável, em todas as dimensões da nossa vida. Nesse sentido, a comunicação interpessoal e entre grupos de pessoas merece um destaque, especialmente no período da pandemia, que tem exigido o distanciamento físico como forma de reduzir a transmissão da doença. A comunicação com o uso de plataformas como Facebook, Instagram e aplicativos como WhatsApp e Telegram tornaram-se muito populares, principalmente entre os mais jovens. Com essas ferramentas, é possível trocar mensagens instantâneas de texto, voz, imagens e vídeos de forma ilimitada e virtualmente de graça.

Eles tiveram duas semanas de residência! Muitos não conseguem nem fazer muitos encontros, por exemplo, o que uniu muito o meu grupo era isso, marcar um happy hour é falar mal dos professores juntos, é se xingar, é se encontrar, isso a gente fez muito, muito. Então hoje em dia a gente resolve todos os nossos problemas entre nós, troca os nossos plantões entre nós, se cobra entre nós, muita facilidade. Eles muitas vezes têm que ir para o grande grupo para pedir para trocar um plantão.

Nesse contexto, houve uma corrida para essas ferramentas de comunicação e reuniões on-line virtuais. A maioria desses aplicativos já eram usados de forma rotineira há vários anos, mas, com certeza, as limitações de circulação determinaram uma intensificação da sua utilização. O que era feito pessoalmente, passou a ser feito on-line, mesmo as questões mais corriqueiras, como disse uma residente “O WhatsApp nos salvou!”, apesar de ressaltar que “não é a mesma coisa, mas dá para se sentir amparada”.

As mudanças verificadas nesses relacionamentos parecem significar ajustes tanto na forma como no conteúdo. Foram adaptações criativas e efetivadas com muita rapidez frente a um quadro de incertezas e de uma necessidade urgente de interação. Assim, o que era apenas uma resposta para um problema de comunicação, passou a assumir também uma dimensão de formação da identidade profissional.

Avaliar o real impacto dessas transformações demandará, além de um tempo mais prolongado de acompanhamento, um olhar mais atento e acolhedor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa, ainda enquanto projeto, tinha como objetivo principal entender as particularidades de como um indivíduo torna-se ginecologista-obstetra no PRM do HCPA. Muito cedo, ao entrevistar residentes e preceptores e circular pelos ambientes onde ocorre essa formação, foi possível constatar a complexidade desse processo de “tornar-se ginecologista”, como refere a literatura, “pensar, agir e sentir” como médico.

Ludmerer já advertia que há uma “dimensão moral assim como cognitiva” na formação de especialistas o que inclui, no caso da medicina, as responsabilidades inerentes à profissão (37).

Foi possível perceber o grande número de variáveis envolvidas, cada uma com as suas especificidades, mas que nesse processo, acabam formando um conjunto com características únicas e que marcarão profundamente a trajetória profissional do médico. Há uma “cultura ginecológica” mais geral, mas há também subculturas próprias e o que poderíamos chamar de “efeito *ginecologizante*” específico e que ocorre em um período relativamente curto, mas muito intenso, da residência médica.

Não se trata de simplesmente uma lista de princípios e competências a serem “adquiridas”. Elas devem ser “incorporadas” pelos residentes e ocorrerá de forma tão natural enquanto houver coesão e condições adequadas para tanto.

É importante ressaltar que esse não é um movimento aleatório: mesmo que possa parecer difuso, há intenção e objetivos, reafirmados nos pequenos detalhes da rotina de um programa de residência de um grande hospital público como o HCPA. Para uma pessoa desavisada, a incorporação dessa prática é quase intuitiva. Contudo, há uma série de mecanismos e interação com um ambiente educacional específico que acabam sendo estabelecidos ao longo do tempo que dão forma e reforçam o “produto final”.

Isso não significa que não haverá conflitos pelo caminho. Eles fazem parte da jornada e contribuem para justamente delimitar ainda mais os valores que o grupo acredita e defende.

A metodologia empregada na pesquisa mereceu um destaque. Embora ainda encontrando certa resistência em relação à sua importância e ao seu rigor científico, estudos qualitativos – carro-chefe nas pesquisas sociais – têm sido cada vez mais utilizados na área da saúde, sendo a pesquisa na área da educação médica um dos seus focos (94,95). Nesse campo do conhecimento, esse enfoque tem contribuído para aprofundar de modo complementar o entendimento de questões relacionadas à efetividade dos métodos de ensino, avaliação e desenho curricular. No momento em que a essência da pesquisa foi explorar aspectos mais subjetivos de um grupo restrito de pessoas, uma abordagem qualitativa surge como alternativa mais adequada para superar as barreiras impostas a questões de difícil mensurações quantitativas (96,97) e entender, como diriam os antropólogos, “o ponto de vista do nativo” (98).

Entender melhor todo esse processo no âmbito das mudanças verificadas na formação médica e na assistência à saúde no nosso meio, permitirá a qualificação da residência e, em última análise, a melhoria da saúde da população.

PERSPECTIVAS

Ao finalizar um projeto de pesquisa é comum ficar a impressão das limitações do estudo e da necessidade de seguirmos aprofundando o conhecimento em determinada área.

A partir desse trabalho, a principal perspectiva que se abre é aprofundar o nosso conhecimento sobre a residência médica. Apesar da sua enorme importância no cenário da formação médica em todo o mundo, não há correspondência em termos de volume de investigações sobre essa temática em nosso meio. Outros países, como o Canadá, já avançaram muito nessa área, inclusive com congressos internacionais exclusivos nessa temática. A recente expansão do número de vagas de residência oferecidas no Brasil é um alento, mas que tem se mostrado insuficiente em vários níveis.

Com mais de quinhentos médicos residentes vinculados a uma grande variedade de especialidades médicas e áreas de atuação, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um dos maiores centros formadores no Sul do país e poderia liderar pesquisas nessa área, inclusive aproximando investigações sobre a residência multiprofissional.

Outro aspecto que poderia ser incentivado é uma maior integração com as pesquisas qualitativas. Como foi comentado nos resultados na tese, essa abordagem mostrou-se, além de promissora, necessária.

Por fim, fica a certeza que a qualificação da residência médica como um todo e o entendimento dos mecanismos envolvidos na formação de jovens médicos especialistas nesse século XXI pode auxiliar na melhoria da assistência à saúde oferecida no Sistema Único de Saúde para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Smith ML, Foley MR. Transforming Clinical Education in Obstetrics and Gynecology: Gone Is the Day of the Sage on the Stage. *Obstet Gynecol.* 2016;127(4):763–7.
2. Epstein AJ, Srinivas SK, Nicholson S, Herrin J, Asch DA. Association between physicians' experience after training and maternal obstetrical outcomes: cohort study. *BMJ.* 2013;346(mar28 4):f1596–f1596.
3. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open.* 2017;7(12):e015322.
4. Lermen Junior N. Análise comparativa da avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis – Brasil. [Itália]: Universidade de Bolonha; 2011.
5. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation: *Acad Med.* 2014;89(11):1446–51.
6. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation: *Acad Med.* 2016;91(2):180–5.
7. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Acad Med.* 2015;90(6):718–25.
8. McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* [Internet]. 2004. Disponível em: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-2-29>
9. Helena Borges Martins da Silva Paro, Bruno Perotta, Sylvia Claassen Enns, Silmar Gannam, Renata Rocha Barreto Giaxa, Fernanda Magalhães Arantes-Costa, et al. Medical students' quality of life: does the learning environment matter? *Rev Med São Paulo.* 2019;98(2):140–7.
10. Asch DA, Nicholson S, Srinivas SK, Herrin J, Epstein AJ. How Do You Deliver a Good Obstetrician? Outcome-Based Evaluation of Medical Education: *Acad Med.* 2014;89(1):24–6.

11. Asch DA, Nicholson S, Srinivas S, Herrin J, Epstein AJ. Evaluating obstetrical residency programs using patient outcomes. *Jama*. 2009;302(12):1277–83.
12. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014 Mar;89(3):443-51.
13. Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human — Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *N Engl J Med*. 2018;378(4):312–4.
14. Moradi Y, Baradaran HR, Yazdandoost M, Atrak S, Kashanian M. Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:6.
15. van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344–6.
16. Bond MMK, Oliveira MS de, Bressan BJ, Bond MMK, Silva ALFA da, Merlo ÁRC. Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. *Rev Bras Educ Médica*. 2018;42(3):97–107.
17. Martini S. Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialties. *Acad Psychiatry*. 2004;28(3):240–2.
18. Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout — Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *N Engl J Med*. 2018;378(4):309–11.
19. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health—I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med*. 1997;45(1):35–40.
20. Wenzel RP. Medical Education in the Era of Alternative Facts. *N Engl J Med*. 2017;377(7):607–9.
21. Asch DA, Weinstein DF. Innovation in Medical Education. *N Engl J Med*. 2014;371(9):794–5.
22. Brown HL, Carson SA, Lawrence HC. The First National Summit on Women's Health: The Future of Obstetrics and Gynecology Training. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):755–62.
23. Jones MD, McGuinness GA. Residency Redesign: Much to Do. *J Grad Med Educ*. 2014;6(4):786–8.
24. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews: *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141–6.

25. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>
26. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*. dezembro de 2014;67(12):1291–4.
27. Pham MT, Rajić A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*. 2014;5(4):371–85.
28. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: Complexity and clinical care. *BMJ*. 2001;323(7314):685–8.
29. Mennin S. Complexity and health professions education: Complexity and medical education. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(4):835–7.
30. Wendling A. Celebrating complexity. *Fam Med*. 2016;48(5):341–2.
31. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323(7313):625–8.
32. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*. 2001;323:5.
33. Mylopoulos M, Kulasegaram K, Woods NN. Developing the experts we need: Fostering adaptive expertise through education. *J Eval Clin Pract*. 2018;24(3):674–7.
34. Hopkins L, Hampton BS, Abbott JF, Buery-Joyner SD, Craig LB, Dalrymple JL, et al. To the point: medical education, technology, and the millennial learner. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(2):188–92.
35. Eckerberry-Hunt J, Lick D, Hunt R. Is Medical Education Ready for Generation Z? *J Grad Med Educ*. 2018;10(4):378–81.
36. Roberts DH, Newman LR, Schwartzstein RM. Twelve tips for facilitating Millennials' learning. *Med Teach*. 2012;34(4):274–8.
37. Ludmerer KM. Let me heal: the opportunity to preserve excellence in American medicine. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2015. 431 p.
38. Botti SH de O, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Rev Bras Educ Médica*. 2010;34(1):132–40.

39. Gusso GDF, Bensenor IJM, Olmos RD. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2012;36(1):93–9.
40. Associação Brasileira de Educação Médica. Preparação do Médico Geral: reexame e perspectivas. Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica nº 11. ABEM; 1986.
41. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
42. van Vendeloo SN, Prins DJ, Verheyen CCPM, Prins JT, van den Heijkant F, van der Heijden FMMA, et al. The learning environment and resident burnout: a national study. *Perspect Med Educ*. 2018;7(2):120–5.
43. Corrêa Lima AM. Residência médica sob a óptica do direito do trabalho. *Rev ESMESC*. 2010;17(23):175.
44. Jeanne Liliane Marlene Michel, Oliveira RAB, Maria do Patrocínio Tenório Nunes. Residência Médica do Brasil [Internet]. 2011. Disponível em: https://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol07.pdf
45. Michel JLM, Junior AL, Santos RA dos, Oliveira RAB de, Rebelatto JR, Nunes M do PT. Residência médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cad ABEM*. 2011;7:13–27.
46. Nunes M do PT, Michel JLM, Brenelli SL, Haddad AE, Mafra D, Ribeiro ECO, et al. Distribuição de vagas de residência médica em de médicos nas regiões do país. *Cad ABEM*. 2011;7:28–34.
47. Rodrigues PH de A, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMB da M. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(4):1147–66.
48. Brasil. Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União; 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6932.htm
49. NESCON - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde. Belo Horizonte: UFMG; 2009. 83 p.
50. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comun Saúde Educ*. 1998;2(3):22.
51. Oliveira FP de, Araújo C de A, Torres OM, Figueiredo AM de, Souza PA, Oliveira FA de, et al. The More Doctors Program and the rearrangement of medical

- residency education focused on Family and Community Medicine. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2019;23(suppl 1).
52. Alessio MM, Sousa MF de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2016;26(2):633–67.
 53. Mário Scheffer, Alex Cassenote, Aline Gil Alves Guilloux, Bruno Alonso Miotto, Giulia Marcelino Mainardi. *Demografia Médica no Brasil 2018.* São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p.
 54. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.221/2018 [Internet]. Seq. 1 2019 p. 67–71. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60341676/do1-2019-01-24-resolucao-n-2-221-de-23-de-novembro-de-2018-60341509
 55. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. DGO 50 anos. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. 111 p.
 56. Bonet O. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro, RJ: 7Letras; 2014. 266 p. (Coleção Sociologia & antropologia).
 57. Forsythe GB. Identity development in professional education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2005;80(10 Suppl):S112-117.
 58. Merton RK. The student-physician : introductory studies in the sociology of medical education [Internet]. 1957 [citado 9 de julho de 2020]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat07377a&AN=sabi.000237242&site=eds-live>
 59. Wilson I, Cowin LS, Johnson M, Young H. Professional Identity in Medical Students: Pedagogical Challenges to Medical Education. *Teach Learn Med.* 2013;25(4):369–73.
 60. Harris MG, Gavel PH, Young JR. Factors influencing the choice of specialty of Australian medical graduates. *Med J Aust.* 2005;183(6):295–300.
 61. Sousa IQ de, Silva CP da, Caldas CAM. Especialidade médica: escolhas e influências. *Rev Bras Educ Médica.* 2014;38(1):79–86.
 62. Corsi PR, Fernandes ÉL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCS de A. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. *Rev Bras Educ Médica.* 2014;38(2):213–20.
 63. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters MD. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2007;7:31.

64. Oliveira FP de, Pinto HA, Figueiredo AM de, Cyrino EG, Oliveira Neto AV de, Rocha VXM da. Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015. *Interface - Comun Saúde Educ* [Internet]. 2019 [citado 9 de janeiro de 2020];23(suppl 1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600203&tlng=en
65. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. jun 20, 2014.
66. Bellodi PL. Surgery or general medicine: a study of the reasons underlying the choice of medical specialty. *Sao Paulo Med J*. 2004;122(3):81–6.
67. Freidson, Eliot. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead; 1970.
68. Osanlou O, Hull R. The millennial doctor – A blue collar worker? *Future Hosp J*. 2017;4(1):45–8.
69. Pfau BN. What Do Millennials Really Want at Work? The Same Things the Rest of Us Do. *Harvard Business Review* [Internet]. 7 de abril de 2016; Disponível em: <https://hbr.org/2016/04/what-do-millennials-really-want-at-work>
70. Torres AR, Oliveira GM de, Yamamoto FM, Lima MCP. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2008;12(27):713–20.
71. Abzug JM, Chafetz R, Johanson NA, Bosacco S, Kleinbart F. Factors Medical Students Use to Select Orthopedic Surgery Residency Positions. :2.
72. Love JN, Howell JM, Hegarty CB, McLaughlin SA, Coates WC, Hopson LR, et al. Factors That Influence Medical Student Selection of an Emergency Medicine Residency Program: Implications for Training Programs: factors that influence student decision-making. *Acad Emerg Med*. 2012;19(4):455–60.
73. Marasa LH, Pittman TA. Factors neurosurgery candidates use when choosing a residency program: Clinical article. *J Neurosurg*. 2014;120(1):167–72.
74. Olanipekun T, Efoe V, Bakinde N, Bradley C, Ivonye C, Harris R. Learning Styles of Internal Medicine Residents and Association With the In-Training Examination Performance. *J Natl Med Assoc*. 2020;112(1):44–51.
75. Schmitt C da S, Domingues MJC de S. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. *Aval Rev Aval Educ Super Camp*. 2016;21(2):361–86.

76. Taylor DCM, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach*. 2013;35(11):e1561–72.
77. Almeida S do CD de, Vianna VH. Uso da ferramenta virtual UpToDate como prática de aprendizagem de um curso de medicina. *Ciênc Informação [Internet]*. 18 de outubro de 2019 [citado 2 de setembro de 2020];48(3). Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/4520>
78. Isaac T, Zheng J, Jha A. Use of UpToDate and outcomes in US hospitals. *J Hosp Med*. 2012;7(2):85–90.
79. Associação Brasileira de Educação Médica. *Cadernos da ABEM - Vol. 9. O preceptor por ele mesmo*. ABEM; 2013.
80. Lucey CR, Johnston SC. The Transformational Effects of COVID-19 on Medical Education. *JAMA*. 2020;324(11):1033.
81. Ferrel MN, Ryan JJ. The Impact of COVID-19 on Medical Education. *Cureus* 2020;12(3).
82. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):232–5.
83. Majeed A, Molokhia M, Pankhania B, Asanati K. Protecting the health of doctors during the COVID-19 pandemic. *Br J Gen Pract*. 2020;70(695):268–9.
84. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ*. 2017;j3360.
85. Fabichak C, Silva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2014;12(2):79-84.
86. BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU [Internet]. 2020. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192
87. Romão GS, Schreiner L, Laranjeiras CLS, Bella ZIK de JD, Coelho RA, Simões M da CR, et al. Medical Residency in Gynecology and Obstetrics in Times of COVID-19: Recommendations of the National Specialized Commission on Medical Residency of FEBRASGO. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet*. 2020;42(07):411–4.
88. BRASIL. RESOLUÇÃO CNRM Nº 3, DE 8 DE ABRIL DE 2019. [Internet]. [citado 8 de janeiro de 2021]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1

- 11461-03-resolucao-n-3-de-8-de-abril-de-2019-ginecologia-e-obstetricia&category_slug=abril-2019-pdf&Itemid=30192
89. Bienstock JL, Edgar L, McAlister R. Obstetrics and Gynecology Milestones. *J Grad Med Educ.* 2014;6(1 Suppl 1):126–8.
 90. Ireland JD, Deloney LA, Renfroe S, Jambhekar K. The Use of Team-Building Activities to Build a Better Resident. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2017;46(6):399–401.
 91. Adesunloye BA, Aladesanmi O, Henriques-Forsythe M, Ivonye C. The Preferred Learning Style among Residents and Faculty Members of an Internal Medicine Residency Program. *J Natl Med Assoc.* 2008;100(2):172–7.
 92. Waljee JF, Chopra V. Mentoring Millennials. *JAMA.* 2018; 319(15):1547-48.
 93. Thomson R, Yuki M, Talhelm T, Schug J, Kito M, Ayanian AH, et al. Relational mobility predicts social behaviors in 39 countries and is tied to historical farming and threat. *Proc Natl Acad Sci.* 2018;115(29):7521–6.
 94. Loder E, Groves T, Schroter S, Merino JG, Weber W. Qualitative research and *The BMJ*. *BMJ.* 2016;i641.
 95. Greenhalgh T, Annandale E, Ashcroft R, Barlow J, Black N, Bleakley A, et al. An open letter to *The BMJ* editors on qualitative research. *BMJ.* 2016;i563.
 96. Tavakol M, Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part II. *Med Teach.* 2014;36(10):838–48.
 97. Tavakol M, Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part I. *Med Teach.* 2014;36(9):746–56.
 98. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

ARTIGO

(Versão do artigo submetido para publicação no periódico *Academic Medicine*, baseado em um dos subcapítulos da tese).

Resident physicians, the group and the formation of professional identity during the COVID-19 pandemic

Francisco Arsego de Oliveira, MSc, Helena von Eye Corleta, and PhD Edison Capp,
PhD

F. A de Oliveira is Assistant Professor, Graduate Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil; <https://orcid.org/0000-0002-4261-0099>

H. von Eye Corleta is Full Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Graduate Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics, UFRGS, Porto Alegre, Brazil.

E. Capp is Full Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Graduate Program in Health Sciences: Gynecology and Obstetrics, UFRGS, Porto Alegre, Brazil.

Correspondence should be addressed to Francisco Arsego de Oliveira, Rua Ramiro Barcelos, 2350, Zip code 90035-903, Porto Alegre, RS, Brazil; telephones: +55 (51) 3359.6215 and +55 (51) 99953.9040; e-mail: farsego@hcpa.edu.br; Twitter: @farsego.

Abstract

Residency is still considered the gold standard for quality medical training, and acquiring a professional identity for the specialty is one of its central elements. Residents obtain this identity through both the educational environment and direct interaction with peers and supervisors. However, modifications to care and educational routines during the recent COVID-19 pandemic have significantly impaired these channels. This study is part of a qualitative research project to analyze professional identity formation in a medical residency program in obstetrics and gynecology at a public hospital in southern Brazil. The authors conducted 28 semi-structured interviews with medical residents and professors, as well as a focus group with the residents, which was recorded, transcribed and analyzed in an effort to construct major analytical categories. Restricted movement and physical contact have forced the use of alternative means of interpersonal interaction, such as communication through social media or instant messaging applications. This has also affected educational activities, such as round tables, lectures and seminars. These changes represent a significant impact, especially in Brazil, where physical proximity is an important cultural feature, even in work and study environments. We speculate that this new type of virtual interaction will also affect the formation of professional identity among obstetrician-gynecologists. These findings suggest that medical residency programs should be attentive to changes in resident training to ensure that the specialist profile and the expected skills, which are consolidated over many years, are not lost.

Due to the growing complexity of health care, physician training has been modified to include the skills necessary for new and constantly changing scenarios.^{1,2} The COVID-19 pandemic represents one of the most important health crises in recent human history. In medical education, these changes have forced adaptations in curriculum design with regard to new skills, interpersonal relationships, teaching strategies and the need for community interventions.^{3,4} For physicians in training, such as medical residents, the pandemic has also led to direct changes in work and leisure routines, social interaction and their own health care. In addition to the inevitable stress that arises from training in a medical specialty, these young physicians are overwhelmed with concerns about how to address the health care of the population and how to deal with the dangers of contagion, both for themselves and those close to them.^{5,6} In other words, in addition to resident burnout, which has already reached epidemic levels in recent years, the pandemic has added a further destabilizing factor.⁷⁻¹⁰

Recently, professional identity formation has been studied as a crucial element in the long trajectory of medical education.¹¹ Thus, "becoming a doctor" in such a disruptive and uncertain context may deserve greater attention by researchers committed to medical education.

This study is part of a broader, qualitative research project that seeks to analyze the formation of professional identity among gynecology-obstetrics residents in a public hospital in Brazil. The resident physicians and the professors in this program were interviewed, and their

interviews were recorded, transcribed and analyzed using NVivo® software. This study was approved by the institutional Research Ethics Committee (protocol no. CAAE 27172919.6.0000.5327). After some initial interviews, it was clear that the pandemic had definitely impacted this process.

Healthcare and Educational Changes in Brazil due to the Pandemic

Following its spread from China, the COVID-19 pandemic hit Brazil in late February 2020, with the first case confirmed on February 26 and the first recorded death on March 17. Although there were enormous contrasts in the epidemiological characteristics of the disease's progress, all regions of the country were severely affected and there were significant changes in the functioning of healthcare networks. In view of this situation, the National Medical Residency Commission (CNRM, an organ linked to the Ministry of Education that is responsible for regulating medical residency) issued a technical note in May 2020 featuring “recommendations regarding the development of residence program activities during the COVID-19 pandemic”.¹² In general, this document has guided the Medical Residency Commissions of each institution and the State Medical Residency Commissions (CEREMs) about how to make residency activities more flexible to minimize the harmful effects to physicians during the specialization process. At the same time, it called on resident physicians of all specialties to actively engage in health care activities aimed at the pandemic in their cities. In the same vein, the Brazilian Federation of Obstetrics and Gynecology Associations (FEBRASGO), a scientific entity that represents Brazilian gynecologists and obstetricians and

is involved in the training of specialists in the area, issued its own recommendations seeking, among other points, to minimize the loss of surgical skills due to the pandemic.¹³

The Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a university hospital, is one of the largest centers for training specialists in southern Brazil. The institution had been preparing for the pandemic since January 2020, establishing contingency plans with staggered restrictions for assistance activities, including specific flows for each stage according to criteria that considered the number of occupied hospital beds and the spread of the disease in the state of Rio Grande do Sul and the city of Porto Alegre, where this study was conducted. The first officially registered case of SARS-CoV-2 infection at the institution occurred on March 11, 2020 and the first death, two weeks later.

Since residence programs generally begin in early March, the new residents arrived at the height of all this activity. Although the official reception was still festive, including hundreds of photos circulated on social media, the hospital moved to its first contingency level on March 15, limiting a number of assistance activities and the circulation of people through the hospital, which affected the patients and the medical teams. As the pandemic progressed, restrictions were implemented in residence program teaching activities and, in conformity to local health regulations, bars, restaurants and other public places were closed to reduce crowds.

Professional Identity: the Case of Obstetrics and Gynecology

Residency

This exceptional scenario has had repercussions even on specialties that are not traditionally involved in epidemiological problems. Obstetrics and gynecology, for example, is essentially a medical specialty in women's health. The competency matrix, which serves as a guide for the almost three hundred residency programs in obstetrics and gynecology in Brazil, was defined through recent CNRM legislation.¹⁴ This detailed document divides the competences to be achieved into several axes of care according to each year of the residency. Although it does not establish a minimum number of expected procedures, there is a clear indication that the resident must “master” certain techniques, which presupposes having acquired such competence through exhaustive training.

As in any other surgical specialty, it requires, in addition to knowledge and attitudes, the development of a series of motor skills, which residents obtain through continuous exposure to a significant and varied number of situations in which they can exercise their clinical reasoning in an appropriate, independent and safe way for their patient and themselves.¹⁵

In this complex trajectory towards specialized medical practice, the interrelationship of peers plays a crucial role. Although the formation of a physician's professional identity involves an eminently individual path, it always occurs alongside others who are undergoing the same situation. For newcomers, being accepted into a peer community that has a structured professional identity can pose additional stress during the transition from student to doctor. This is true among the residents and the health team members they relate to professionally. In other words, becoming a doctor is also directly linked to the process of appearing like a doctor to other people. Thus, forming a group of residents has been a hallmark of medical residency since its beginning.¹⁶ In other words, the formation of professional identity is a two-way street: from

the inside out (the doctor must *feel* like a doctor) and from the outside in (other people must *see* the doctor as a doctor).

Although the millennials' way of learning has led to changes in teaching and medical residency in recent years, some traits, such as group support, have remained equally important despite generational differences and increasing technological sophistication.

Regardless of preparation, which can begin prior to entering medical school, the transition from being a student to a resident is still a huge challenge in any specialty.¹⁷ Despite previous familiarity with some of the activities of medical school, being registered with state agencies and "having the seal", i.e., formal authorization to practice medicine, puts professional activity in a different light.

Likewise, coexistence and relationships with new colleagues – some completely unknown and others who were former competitors for a place in the program – is an important element in this equation. Interaction between colleagues in outpatient clinics, in the operating room, on duty and in seminars is not only inevitable, but it can also help residents bear the moments of stress and emotional overload that occur during the program. Often, it is this type of connection that allows young doctors to satisfactorily reach the end of their journey toward obtaining the title of specialist after finishing the residency program.

Following the rapid expansion of information, communication and technology resources, there seems to be no doubt that this generation has a different learning style than its predecessors.¹⁸⁻²⁰ Nevertheless, despite such autonomous learning and skill development, interpersonal relationships and collaborative work among peers remain among the most

important pillars in resident training, although different programs do not always recognize them in the same way.²¹

The Particularities of Brazilian Programs

In this regard, the medical field has certain particularities in Brazil. Deciphering Brazilian culture has, in itself, been a constant challenge for generations of anthropologists. However, despite great regional diversity, we can say that Brazilian culture as a whole has a more permissive tendency than many other countries, both in romantic relationships and in friendships.²² Among other characteristics, it is a culture marked by physical proximity, e.g., greetings with hugs and kisses are not unusual.

This greater permissiveness in interpersonal relations is also reflected in the work environment. In medical residencies, for example, new friends are made quickly through numerous social activities during the program, although mainly outside the formal structure. The welcoming rituals for new residents, reception parties and other informal gatherings that occur in the first weeks of the program are good examples of this. Such events, especially among residents of the same year, become habitual and strengthen friendships and the feeling of belonging to the larger group. These feelings continue even after the residents go their separate ways as trained professionals. The testimonies of two final-year residents illustrate this dimension well:

Towards the end of R1, we start to work together, with two R1s and one R2. But there was always this thing about "after our shift let's go out and get something to eat, after our shift let's go out and..."

To deal with stress, I talk to my fellow residents. We have a very good group, my colleagues from the same year. We're pretty united. We try to help each other. Just yesterday two colleagues were going through some situations and we [said] "Let's go have a coffee together, let's go have lunch together", we help each other a lot. And this is in addition to family support (these and the following quotes have been translated from Portuguese).

During a medical residency program, any activity can have an educational role, even informal ones and those involving interpersonal and group relationships. It is also in these environments that information about jobs, courses, publications and articles of interest are exchanged. As Bonet notes in his study on the training of family physicians in Argentina and Brazil,²³ it is interesting to observe the different environments in which professional socialization takes place. It is in these spaces that, more or less explicitly, the transmission of values and performance standards occurs. Thus, the group of residents becomes the space in which they share their personal stories and reveal their personalities in a more open way, without the risk of being judged by professors. In fact, it is when residents share their problems with the group, such as difficulties with patients or conflicts with professors, that they receive collective support. As a second-year resident reports:

I was having a very stressful month that was turned around by my great team. I had an episode that I guess should be called burnout, in which I found myself yelling at a patient. I understood I was in a bad environment. But my colleagues took me aside and said: "What's

going on? Let's sit down and talk." And then I was able to get myself together and the month ended very well.

Obviously, the group dynamics depend essentially on how these relationships are established and maintained over time. On the one hand, there can be a spirit of camaraderie and cooperation, but on the other, overexposure can be dangerous because it reveals weaknesses, faults or other behaviors that are considered out of step with “group principles”. These discrepancies, if striking, can even compromise a resident's participation in the group. This is because, despite theoretically enjoying independence, more flexible limits, and their own set of values, groups of residents assume a position of relative submission to the larger structure of the residency program. In other words, there is a permanent tension between the central core of the program and the groups of residents who, being weaker at the beginning, are “shaped” by the more consolidated and, therefore, more powerful group.

Two residents’ reflections about how a colleague abandoned the program the previous year are very enlightening about this type of thinking:

The eight of us who entered [the program] are progressing, good or bad, by leaps and bounds, but when necessary we get together and hammer things out. I think the group we have now is very good, we help each other. Still, there are, of course, differences, little intrigues, but I think that in general it is a supportive group. There was a resident who requested a transfer to another state, and recently one of our oldest residents gave up, taking a test for another specialty. And there was another one who gave up at the beginning of the

year and is doing another clinical specialty. These people did not feel at home in our program.

Two colleagues ended up quitting the program. I think it was because of a number of things. I think the first one gave up because she didn't really fit in; she gave up in July. I think it's because she didn't really like what she was doing. But the second one, I think, was because of built up pressure. She had a sick relative and the pressure her colleagues – her teammates – put on her was also great.

Even in this environment, interesting changes have occurred more recently regarding group formation. The growing and widespread use of technology has proven inexorable in all dimensions of our lives. Interpersonal and intergroup communication should be highlighted, especially during the pandemic, which has required physical distancing as a way to reduce disease transmission. Communication through platforms such as Facebook, Instagram and applications such as WhatsApp and Telegram have become very popular, especially among young people. With these tools, unlimited instant text and voice messages, images and videos can be exchanged virtually for free.

They [only] had two weeks of residency! Many people can't make it to meetings. For example, what brought my group together was this: scheduling a happy hour to talk trash about the professors together, call each other out, to get together, we did that a whole lot. So

now we can very easily resolve our problems, trade shifts, and admonish each other. [The new residents] often have to go to before the full group to ask to trade shifts.

In this context, there was a rush toward online communication tools and virtual meetings. Although most of these applications have been used routinely for several years, the lockdown has intensified their use. What was formerly resolved in person began happening online – even the most common questions. As one resident said: “WhatsApp saved us!” Nevertheless, she pointed out that “it's not the same thing, but you can still feel supported .”

The changes in these relationships seem to indicate adjustments in both form and content. They were creative adaptations implemented very quickly during an uncertain situation and an urgent need for interaction. Thus, a quick solution for a communication problem has now assumed the characteristics of professional identity formation.

Assessing the real impact of these changes will require, in addition to a longer follow-up time, a more attentive and welcoming perspective.

Funding/support:

Edison Capp is a scholarship recipient from CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brazil.

Ethical approval: A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, under protocol no. CAAE 27172919.6.0000.5327

References

1. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323(7313):625–628.
2. Mennin S. Complexity and health professions education: Complexity and medical education. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(4):835–837.
3. Lucey CR, Johnston SC. The transformational effects of COVID-19 on medical education. *JAMA*. 2020;324(11):1033–1034.
4. Ferrel MN, Ryan JJ. The impact of COVID-19 on medical education. *Cureus*. 2020;12(3):e7492.
5. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):232–235.
6. Majeed A, Molokhia M, Pankhania B, Asanati K. Protecting the health of doctors during the COVID-19 pandemic. *Br J Gen Pract*. 2020;70(695):268–269.

7. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443–451.
8. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ*. 2017;358:j3360.
9. Fabichak C, da Silva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2014;12(2):79–84.
10. Moradi Y, Baradaran HR, Yazdandoost M, Atrak S, Kashanian M. Prevalence of burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29(4):235.
11. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718–725.
12. Brasil. Nota técnica nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192. Accessed January 5, 2021.
13. Romão GS, Schreiner L, Laranjeiras CLS, Bella ZIK de JD, Coelho RA, Simões M da CR, et al. Medical residency in obstetrics and gynecology in times of COVID-19: Recommendations of the National Specialized Commission on Medical Residency of FEBRASGO. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(7):411–414.
14. Brasil. Resolução CNRM nº 3, de 8 de abril de 2019. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=111461

- 03-resolucao-n-3-de-8-de-abril-de-2019-ginecologia-e-obstetricia&category_slug=abril-2019-pdf&Itemid=30192. Published April 2019. Accessed January 8, 2021.
15. Bienstock JL, Edgar L, McAlister R. Obstetrics and gynecology milestones. *J Grad Med Educ.* 2014;6(1 Suppl 1):126–128.
 16. Ludmerer KM. *Let me heal: the opportunity to preserve excellence in American medicine.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.
 17. Ireland JD, Deloney LA, Renfroe S, Jambhekar K. Use of team-building activities to build a better resident. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2017;46(6):399–401.
 18. Adesunloye BA, Aladesanmi O, Henriques-Forsythe M, Ivonye C. The preferred learning style among residents and faculty members of an internal medicine residency program. *J Natl Med Assoc.* 2008;100(2):172–175.
 19. Waljee JF, Chopra V. Mentoring Millennials. *JAMA.* 2018;319(15):1547–1548.
 20. Eckleberry-Hunt J, Lick D, Hunt R. Is medical education ready for generation Z? *J Grad Med Educ.* 2018;10(4):378–381.
 21. Hopkins L, Hampton BS, Abbott JF, Buery-Joyner SD, Craig LB, Dalrymple JL, et al. To the point: medical education, technology, and the millennial learner. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(2):188–192.
 22. Thomson R, Yuki M, Talhelm T, Schug J, Kito M, Ayanian AH, et al. Relational mobility predicts social behaviors in 39 countries and is tied to historical farming and threat. *Proc Natl Acad Sci.* 2018;115(29):7521–7526.

23. Bonet O. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro, RJ: 7Letras; 2014. (Coleção Sociologia & antropologia).

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA – RESIDENTES

- **Alguns dados sociodemográficos e contexto individual prévio**
 - Idade, sexo, faculdade de origem (pública ou privada, cidade), “estado civil”, filhos. Mora com quem: pais, sozinho, parceiro(a), amigos?
 - R1, R2 ou R3.
 - Por que escolheu GO?
 - Porque escolheu o HCPA?
 - Experiência anterior à residência?
 - Usa medicamentos (antidepressivos, etc.) depois que iniciou a RM?
Outras drogas (lícitas ou ilícitas).
 - Faz acompanhamento psicoterápico?
- **Contexto de aprendizado do residente**
 - Como gosta de aprender?
 - Como estuda?
 - Qual é a melhor maneira de desenvolver habilidades?
 - Carga horária semanal no PRM
 - Há percepção de excesso de trabalho?
 - Há autonomia em termos de assistência (marcação de consultas, exames e cirurgias)?
 - O grupo de residentes é confiável e dá suporte?
 - Há continuidade do cuidado das pacientes?
- **Satisfação pessoal**
 - Como se vê a si mesmo?
 - Já pensou em mudar de residência?
 - Sente que o seu trabalho é reconhecido? Que a sua evolução no Programa é reconhecida?
 - Faz outros “bicos”?
 - Como é a relação entre os residentes? Há um clima colaborativo? Exemplos.
 - Há suporte do grupo? Há camaradagem? Qual a rede de apoio?
 - Está feliz?
 - Percebe a remuneração como justa?
 - Relação médico-paciente é gratificante na Residência? Exemplos.
 - Há sensação de burnout?
 - Realiza exercícios físicos e lazer?

- Quais as estratégias para lidar com o estresse?
- **Modelos educacionais percebidos**
 - O que é um bom preceptor? E um preceptor ruim?
 - Há diferença entre a preceptoria de professores e de contratados?
 - Professor é modelo?
 - Quem é o modelo de profissional (especialista)
 - Quais as características desse profissional que justificam essa escolha?
 - Consegue compreender o conceito de formação de identidade profissional? Exemplo de como esse conceito é “ensinado”.
 - Quando percebeu? Momento “Ahhhh” (momento em que a pessoa percebe que algo importante aconteceu).
- **Quais as fortalezas e as barreiras percebidas para se tornar um especialista?**
 - Há orgulho de participar do PRM?
 - Há diferença com outros programas de GO?
 - Como é a divisão do trabalho, mês a mês?
 - Como percebe a carga de trabalho? Há burnout?
 - Se sentem responsáveis pelos pacientes? Compromisso?
 - Os residentes se sentem acolhidos e apoiados? Exemplos.
 - Recebe feedback com frequência? De quem?
 - O que percebe como perspectivas profissionais?
- **Outras questões que julque importante comentar**

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRECEPTORES

- **Formação como preceptor**
 - Tempo de especialidade
 - Tempo de preceptoria
 - Local de formatura
 - Fez algum tipo de capacitação de residentes
- **Identificação de modelos de formação**
 - Em que aspecto a residência atual é diferente do seu tempo de residência?
 - Características de um bom residente
 - Como entende o ambiente educacional na residência em GO?
 - Qual o papel do preceptor no PRM?
 - Qual o teu modelo de formação?
- **Manejo de conflitos**
 - O que é feito com um residente que apresenta um desempenho não satisfatório?
- **Modelos de formação**
 - O que torna o PRM de GO do HCPA diferente das demais?
 - Feminização da GO é importante?
- **Outras questões que julgue importante comentar**

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Entrevistas

Título da pesquisa: **ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE GINECOLOGISTAS-OBSTETRAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO SUL DO BRASIL.**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a formação profissional por meio da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Essa pesquisa faz parte da tese de doutorado de Francisco Arsego de Oliveira, sob orientação do Prof. Edison Capp, do Programa de Pós-Graduação e Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O contexto educacional – compreendido pelo conjunto da infraestrutura, preceptoria, volume e variedade de pacientes atendidos, entre outros fatores – é muito importante na formação do médico residente em qualquer área. O objetivo dessa pesquisa é entender a percepção que os residentes e os preceptores possuem sobre esse processo.

O seu principal benefício é compreender melhor como ocorre esse processo formativo do residente na área de Ginecologia e Obstetrícia atualmente, permitindo com isso, otimizar o aprendizado do residente e diminuir os potenciais conflitos e desgastes durante esse período.

A sua participação é através de uma **entrevista** com o pesquisador. Essa entrevista será gravada em áudio e terá duração de 30 a 45 minutos. Após a transcrição da gravação, os áudios serão desgravados.

Não há riscos conhecidos em decorrência da sua participação nessa pesquisa. Contudo, você pode se sentir desconfortável com o teor de algumas perguntas. Nesse caso, você tem o direito de não responder ou de encerrar a sua participação nessa pesquisa se assim o desejar.

A sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, ou seja, é totalmente voluntária. Se você decidir não participar ou decidir desistir de participar em qualquer momento, isso não acarretará nenhum ônus de qualquer tipo ou prejuízo na sua avaliação do Programa de Residência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Não haverá nenhum tipo de pagamento pela sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você não terá nenhum custo relacionados à entrevista ou ao desenvolvimento da pesquisa.

É garantida total confidencialidade e sigilo em relação às informações obtidas através da entrevista, sendo resguardada a privacidade de todos os participantes da pesquisa. Todos os resultados serão apresentados sem nenhum tipo de identificação individual dos participantes. Dessa forma, o seu nome nunca constará em nenhuma publicação dos resultados.

Caso você tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com o pesquisador Prof. Francisco Arsego de Oliveira pelo telefone (51) 99953.9040, e-mail farsego@gmail.com, ou com o pesquisador responsável, Prof. Edison Capp pelo ramal 8117 ou e-mail ecapp@hcpa.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro também que tive a oportunidade de discutir as informações relacionados à pesquisa.

Esse termo deve ser assinado em duas vias, ficando uma para o entrevistado e uma para o pesquisador.

Nome do entrevistado: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador que aplicou o TCLE: _____

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – grupos focais

Título da pesquisa: **ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE GINECOLOGISTAS-OBSTETRAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO SUL DO BRASIL.**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a formação profissional por meio da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Essa pesquisa faz parte da tese de doutorado de Francisco Arsego de Oliveira, sob orientação do Prof. Edison Capp, do Programa de Pós-Graduação e Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O contexto educacional – compreendido pelo conjunto da infraestrutura, preceptoria, volume e variedade de pacientes atendidos, entre outros fatores – é muito importante na formação do médico residente em qualquer área. O objetivo dessa pesquisa é entender a percepção que os residentes e os preceptores possuem sobre esse processo.

O seu principal benefício é compreender melhor como ocorre esse processo formativo do residente na área de Ginecologia e Obstetrícia atualmente, permitindo com isso, otimizar o aprendizado do residente e diminuir os potenciais conflitos e desgastes durante esse período.

A sua participação é através de um **grupo focal** com o pesquisador. Esse grupo focal será gravado em áudio e terá duração de 50 a 60 minutos. Após a transcrição da gravação, os áudios serão desgravados.

Não há riscos conhecidos em decorrência da sua participação nessa pesquisa. Contudo, você pode se sentir desconfortável com o teor de algumas perguntas. Nesse caso, você tem o direito de não responder ou de encerrar a sua participação nessa pesquisa se assim o desejar.

A sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, ou seja, é totalmente voluntária. Se você decidir não participar ou decidir desistir de participar em qualquer momento, isso não acarretará nenhum ônus de qualquer tipo ou prejuízo na sua avaliação do Programa de Residência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Não haverá nenhum tipo de pagamento pela sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você não terá nenhum custo relacionados à entrevista ou ao desenvolvimento da pesquisa.

É garantida total confidencialidade e sigilo em relação às informações obtidas através da entrevista, sendo resguardada a privacidade de todos os participantes da pesquisa. Todos os resultados serão apresentados sem nenhum tipo de identificação individual dos participantes. Dessa forma, o seu nome nunca constará em nenhuma publicação dos resultados.

Caso você tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com o pesquisador Prof. Francisco Arsego de Oliveira pelo telefone (51) 99953.9040, e-mail farsego@gmail.com, ou com o pesquisador responsável, Prof. Edison Capp pelo ramal 8117 ou e-mail ecapp@hcpa.edu.br com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro também que tive a oportunidade de discutir as informações relacionados à pesquisa.

Esse termo deve ser assinado em duas vias, ficando uma para o entrevistado e uma para o pesquisador.

Nome do participante: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do Pesquisador que aplicou o TCLE:

APÊNDICE 5

*Resenha do livro**“Let me Heal: The Opportunity to Preserve Excellence in American Medicine”*Francisco Arsego de Oliveira¹

A residência tem sido considerada o “padrão ouro” na formação médica especializada em todo o mundo, e isso não tem sido diferente no Brasil. Surpreende, entretanto, a escassa literatura nacional e internacional frente à importância do tema.

Essa falha foi amenizada com a publicação do livro *Let me Heal*, de Kenneth M. Ludmerer¹. Trata-se de um reconhecido médico e escritor norte-americano que tem explorado o vasto campo da história da medicina. *Let me Heal* é o último livro de uma trilogia do autor, que compõe, com *Learning to Heal* e *Time to Heal*, um amplo e bem documentado relato histórico da educação médica nos Estados Unidos. Nesse terceiro livro, o foco é a história da residência médica e sua importância na formação de especialistas desde a sua criação, no final do século XIX, até sua consolidação nos dias atuais. Sem querer passar uma visão romântica ou idealizada dos “bons tempos” do início da residência, a leitura é fácil e agradável.

Ainda que esteja direcionado exclusivamente ao contexto de formação médica nos Estados Unidos, o livro é uma excelente fonte de informações para todos os que estão envolvidos com a residência médica no Brasil, uma vez que o modelo norte-americano sempre teve forte influência em nosso país.

Em primeiro lugar, fica claro como a graduação em Medicina se consolidou apenas como uma “introdução” à prática médica, já que o que define a atuação profissional como médico especialista é, efetivamente, a residência médica. E esta permanece, desde a sua origem, sendo entendida como uma experiência educativa intensa e com características peculiares.

É interessante perceber que, ao ler o livro, as comparações com o sistema brasileiro de educação médica passam a ser inevitáveis, forçando uma reflexão acerca do quanto ainda precisamos avançar. Na verdade, nada do que estamos enfrentando no contexto atual da residência médica no Brasil é novo: a discussão sobre a obrigatoriedade da residência para a prática profissional, a definição do número e da distribuição de vagas, a limitação da carga horária, a qualificação e o processo de credenciamento dos programas, a atuação das entidades médicas, entre outros aspectos. A sensação, contudo, é que estamos muito atrasados nessas discussões, uma vez que todos esses temas foram superados há várias décadas nos Estados Unidos.

Ludmerer inicia o livro justamente pela descrição de como se dava a formação médica no século XIX nos Estados Unidos, sua grande heterogeneidade e a influência da medicina europeia – especialmente a alemã. Logo após, passa a descrever a transição para uma nova fase, com a criação do primeiro programa de residência médica na Universidade Johns Hopkins e os princípios defendidos por seu idealizador, William Osler. Pelo relato, é possível perceber que a residência médica nos Estados Unidos tem duas raízes bem definidas: de um lado, a revolução na medicina científica no final do século XIX, especialmente com a proximidade entre educadores médicos e a universidade alemã, e, por outro lado, a demanda por uma atenção à saúde em grau de excelência.

Tendo a primazia do paciente como um dos princípios fundamentais da prática médica moderna, Osler propunha um modelo de formação que aliasse assistência à saúde de alta

qualidade a uma vocação acadêmica e de pesquisa. Nos dias atuais, isto pode parecer óbvio, mas era, na realidade, um conceito revolucionário para a época, sendo essa a principal razão pela qual a origem dos programas de residência estava ligada a hospitais universitários. O que se queria era uma forma de estimular a curiosidade, criar um espírito crítico sobre a realidade e conhecer os princípios do método científico, no sentido de desenvolver o raciocínio clínico do residente e sua habilidade para resolver problemas. Isto se mostrou um terreno fértil também para o desenvolvimento das especialidades e das subespecialidades médicas, visto que o contexto desse período passou a exigir um conhecimento aprofundado das doenças, dos sistemas corporais e dos órgãos do corpo humano.

Outra afirmação contundente do autor é que o ambiente de formação é fundamental para uma prática médica qualificada. Sob esse ponto de vista, é interessante acompanhar as descrições sobre a rivalidade existente quanto à residência. No decorrer da narrativa, outras instituições também passam a receber destaque: ao lado da Johns Hopkins, o Peter Bent Brigham Hospital e o Massachusetts General Hospital compõem uma espécie de "trio de elite" na formação de especialistas médicos nos Estados Unidos, cada qual procurando sobressair frente às demais, numa disputa informal pelo título de melhor hospital. Nessa mesma linha, Ludmerer mostra, de forma cabal, que a excelência não estava ligada apenas ao currículo formal, a palestras ou aos livros, mas, sim, a questões intangíveis do ambiente de ensino: as habilidades e dedicação do corpo de preceptores, a habilidade e aspirações dos residentes, a oportunidade de assumir responsabilidade no cuidado, um número adequado de pacientes, liberdade para perseguir interesses intelectuais e a presença de padrões elevados e alta expectativa dos residentes.

Outro aspecto ressaltado pelo autor se refere ao princípio de que o médico residente deve ser o responsável pelo cuidado do paciente e, tão importante quanto isso, é que ele possa refletir sobre todo o processo. Ou seja, era esperado que o residente tivesse uma ideia completa da história clínica, do exame físico, dos exames laboratoriais e do plano terapêutico a ser seguido por cada paciente. Em suma, eram "seus" pacientes, sendo que esse fato contribuiria decisivamente para torná-lo um profissional especialista na área. Isto explica a tensão percebida na classificação da residência médica ora como "ensino", ora como "assistência" – tensão que permanece até hoje.

A obra consegue discutir também temas mais recentes. O debate sobre a limitação das horas de trabalho, por exemplo, acaba sendo igualmente interessante para o caso brasileiro, que estabelece 60 horas semanais como limite (o esforço nos Estados Unidos era para limitar em 80 horas semanais). Da mesma forma, a questão do *burnout* entre os residentes também mereceu atenção. O que era tido como resultante de uma cultura de trabalho excessivo (e de pouco tempo fora da residência) chegou ao limite na década de 1970, quando esse tema começou a ser debatido de forma mais aprofundada. A ampla discussão que se seguiu direcionou os esforços para tornar o trabalho menos extenuante, sem, contudo, limitar as oportunidades de aprendizado ou colocar em risco a segurança do paciente num período de grande crescimento da demanda por serviços médicos e de complexificação da atenção à saúde.

Por fim, é importante salientar duas boas surpresas que acabam sendo pontos fortes do livro: uma ampla lista de notas e de referências bibliográficas, divididas por cada um dos seus 13 capítulos, e, ao final, um índice que indica a localização dos inúmeros nomes e instituições citados no decorrer do texto. São duas ferramentas extremamente úteis para pesquisadores do tema.

Talvez, para alguns, o subtítulo "*The Opportunity to Preserve Excellence in American Medicine*" comece a ser compreendido somente ao finalizarem a leitura: o que poderia parecer até enigmático se lido fora do contexto faz todo o sentido ao se perceber que apenas tendo um melhor conhecimento sobre a história da residência médica é que poderemos reconhecer seus erros e avançar ainda mais em suas fortalezas nos Estados Unidos, no Brasil ou em qualquer outro país.

REFERÊNCIAS

1. Ludmerer, KM. *Let me heal: the opportunity to preserve excellence in American Medicine*. New York: Oxford, 2015.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Francisco Arsego de Oliveira
Rua Ramiro Barcelos, 2400
90.035-003 Porto Alegre, RS
e-mail: farsego@hcpa.edu.br

Recebido em: 5/9/2017

Aceito em: 22/2/2018



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.