

# O MÉDICO RESIDENTE COMO FORÇA DE TRABALHO

JOSÉ HUGO DE LINS PESSOA, CLÓVIS FRANCISCO CONSTANTINO

Faculdade de Medicina de Jundiaí  
Conjunto Hospitalar do Mandaqui

Endereço para correspondência: Rua Francisco Telles, 250 — Caixa Postal 1295 — Jundiaí — SP

Os autores analisam a importância da residência médica na formação do médico, uma vez que o curso de graduação não oferece a plena capacitação técnica para o exercício da profissão. Enfatizam a importância atual do trabalho do médico residente no contexto das instituições que mantêm programas de residência, considerando que sua carga horária semanal de trabalho é de 60 horas, incluindo plantões. Realçam a importância da supervisão (preceptoria) nas atividades do médico residente, alertando a responsabilidade compartilhada do preceptor, do residente e da instituição nos atos médicos realizados durante o período de treinamento em serviço, característica básica da residência médica.

**Palavras-chave:** educação médica, residência médica.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;6:821-5)

RSCESP (72594)-1275

---

*“Não há maior responsabilidade, nem maior privilégio na vida, que a educação da nova geração.” (Everett Kopp)*

Já houve um tempo em que o curso de graduação médica habilitava o aluno para o imediato exercício da profissão. O curso médico era terminal, ou seja, após a formatura, no dia seguinte, o médico, recém-diplomado, estava clinicando. Ainda que hoje, do ponto vista legal, apenas o diploma de médico continue sendo suficiente para o exercício da profissão, cursar uma residência médica é uma imperiosa necessidade para a prática da Medicina nos dias atuais. Na verdade, existe, no meio médico e na própria sociedade, uma generalizada percepção de que as escolas médicas não formam um profissional com conhecimentos e habilidades suficientes para atender os desafios da Medicina. Desse modo, logo após as solenidades de formatura, todos os anos, de norte a sul, os jovens médicos participam de uma maratona de concursos em busca de uma vaga de residente.

Nesse momento, questões fundamentais são sempre lembradas: o aumento indiscriminado de faculdades de Medicina no país, a qualidade (ou a falta de qualidade) do ensino médico e a necessidade de maior número de vagas nos programas de residência médica. Cerca de 25% dos médicos recém-formados não conseguem ser admitidos em um programa de residência médica. Esse fato exige reflexão profunda, uma vez que esses médicos procurarão o mercado de trabalho sem o treinamento adequado. Nesse sentido, além do debate de como aumentar as vagas para todos os médicos nos programas de residência, é pertinente discutir o perfil do médico que as escolas médicas precisam formar para atender às necessidades do país.

A residência médica, modalidade de ensino médico caracterizada por treinamento em serviço sob supervisão, em tempo integral, constitui, indubitavelmente, a melhor maneira de aperfeiçoamento e especialização em Medicina. Não há dúvida de que a residência médica desempenha papel fundamental na formação dos mé-

dicos brasileiros. Iniciada nos Estados Unidos no início do século passado, sob inspiração de Hasteld e Osler, difundiu-se para todo o mundo<sup>(1)</sup>. No Brasil, os primeiros programas de residência médica surgiram no final da década de 1940, com poucos alunos. Nos anos 1960 e início dos anos 1970, a residência médica solidificou-se como forma de aprendizado de pós-graduação médica, surgindo, em todo o país, muitos programas, em várias especialidades médicas<sup>(2)</sup>. Em 1977, por Decreto, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com o objetivo de fornecer normas e diretrizes para o funcionamento dos programas de residência médica. Em 1981, a Lei 6932, em vigor até os dias de hoje, consolidou a residência médica e regulamentou a atividade do médico residente, incluindo o direito ao certificado de especialista na área do treinamento.

Eufóricos, esperançosos e dispostos a trabalhar porque querem consolidar um projeto de vida, os médicos residentes invadem, no início de cada ano, os hospitais públicos ou privados, filantrópicos ou particulares, universitários ou não. A observação atenta do ritual de admissão das novas turmas de médicos residentes (R1) demonstra que, a despeito das inúmeras dificuldades vividas atualmente pela profissão médica, é possível acreditar na vocação dos médicos brasileiros.

Distribuídos em mais de dois mil programas de residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, a maior parte na região Sudeste, existem hoje, em todo o Brasil, cerca de 17 mil médicos residentes<sup>(3)</sup>. As Instituições Mantenedoras de Residência são federais, estaduais, municipais e particulares. Considerando que a jornada de trabalho do médico residente é de 60 horas semanais, incluindo 24 horas de plantão, o conjunto dos residentes representa, para as instituições mantenedoras de programas de residência, uma importante força de trabalho. Os hospitais, públicos ou privados, esperam ansiosamente os médicos residentes, porque eles já se transformaram em peças fundamentais na rotina de suas atividades. Historicamente, são delegadas aos residentes inúmeras atribuições, que facilitam a dinâmica dos serviços. Para citar um exemplo, em ambulatórios pediátricos, sob a supervisão ou orientação do preceptor, o residente faz a história clínica, o exame físico, a solicitação de exames complementares, o contato com o laboratório e com o

serviço de imagens, procura os especialistas ou cirurgiões quando necessário, orienta a família, redige a receita ou a hospitalização, se pertinente, preenche guias e papéis burocráticos e executa outras ações. Nos plantões, a presença do residente oferece à equipe médica maior mobilidade, maior monitorização clínica dos pacientes e possibilidade de maior número de atendimentos. Não se pode negar que o trabalho do residente é de grande utilidade, sendo vital em muitas instituições. Praticamente todos os hospitais de maior porte, com atendimento de bom padrão, têm programas de residência médica. A recíproca é verdadeira, ou seja, ter programas de residência ajuda a elevar o padrão do hospital.

Como é de conhecimento geral, os residentes consideram muito difícil o período da residência. Suas queixas principais são: grande carga horária de trabalho, bolsa insuficiente, falta de tempo para estudar, ausência de preceptores ou preceptores desinteressados, dificuldades de alimentação, acomodação e outras mais pontuais. Na verdade, o período de residência pode ser estressante. O medo de cometer erros, a pressão do trabalho, a fadiga física e a falta de supervisão contribuem para a elevada taxa de estresse no médico residente<sup>(4)</sup>. Em relação à carga horária, deve-se enfatizar que já está regulamentada pela CNRM: 2.880 horas por ano, devendo 80% a 90% da carga horária ser desenvolvida sob a forma de treinamento em serviço e 10% a 20%, em atividades teórico-complementares<sup>(5)</sup>. O treinamento em serviço deve ser, conceitualmente, supervisionado por preceptor. Desse modo, é preciso considerar que o trabalho de residente sem a supervisão ou a orientação do preceptor não se coaduna com o preceito fundamental que norteou a criação da residência médica. A supervisão pelo preceptor é importante não só pelo viés do ensino, mas, também, pelo cuidado com a vida dos pacientes. O médico residente que trabalha sem supervisão realiza, evidentemente, um trabalho médico, não um treinamento. Serviços que utilizam o médico residente com o objetivo de obter, apenas, mais um médico trabalhando desrespeitam não só o direito legal do residente, mas o próprio conceito ético da instituição residência médica.

A residência médica bem estruturada demonstrou, ao longo dos tempos, que representa o pilar básico da formação médica para ele-

var a assistência médica a padrões de excelência. Considerando-se que as profundas modificações observadas na prática da Medicina nas últimas décadas, sobretudo a perda do caráter liberal da profissão e a diminuição do prestígio do médico na sociedade, não diminuíram a propensão do jovem a tornar-se médico, é preciso estabelecer, periodicamente, uma adequação desse período de treinamento sob supervisão às necessidades do atendimento médico da população. O trabalho do residente deve ser visto como um investimento não só individual, dele próprio, mas de todos, dos serviços e dos preceptores, na qualidade da Medicina. Desse modo, é imperioso não desperdiçar a oportunidade de transmitir conhecimentos, habilidades e um agudo senso do compromisso profissional. Efetivamente, espera-se que cada programa de residência ofereça formação técnica, formação científica, e formação social e ética. A força de trabalho do residente, reconhecidamente importante em todos os hospitais com programa de residência médica, deve ser vista e utilizada no sentido de que esse é um momento de aprendizagem. Ou seja, o atendimento prestado pelo residente, isoladamente, não é o objetivo da inserção do mesmo no programa, mas o atendimento do residente é importante porque é desse modo que está se construindo um profissional. Não se pode construir criando-se a sensação de exploração. Com frequência os residentes estão fazendo movimentos por melhores condições de trabalho e ensino. Com razão, estipulam pautas de reivindicações desde aumento da bolsa, direitos "trabalhistas" e supervisão contínua. Por outro lado, é importante que os programas avaliem o residente para promoção para o ano seguinte ou obtenção do certificado de conclusão do programa. É obrigação do residente o cumprimento integral da carga horária mínima do programa, bem como a aprovação nos testes de avaliação realizados durante o curso<sup>(5)</sup>.

Deve-se enfatizar, a propósito do trabalho na residência médica, que o residente é médico com inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM). Desse modo, seus atos são atos médicos e ele pode ser cobrado, como qualquer médico, por imperícia, imprudência ou negligência. O que soa paradoxal é que mesmo tendo o diploma e a inscrição no CRM, prudentemente, para não ser negligente com sua formação médica, ele procurou melhorar sua perícia frequen-

tando o curso de residência médica. Nesse sentido, a mensagem Halsted não pode ser esquecida: o treinamento médico deve ser feito sob supervisão constante. Nessas circunstâncias, o residente deve ficar realizado por aprender trabalhando e porque está trabalhando para aprender. A Medicina agradece, os pacientes reconhecem.

De fato, a Medicina é, em sua essência do cuidado ao outro, uma profissão moral. O médico interfere no campo do sujeito, em seu corpo, em sua vida pessoal, em suas emoções. A ação do médico não estaciona em diagnósticos, procedimentos, jargões e terminologias; ela penetra na profundidade da alma de um ser integral. Toda essa abrangência é um sentimento inato no aprimorando que quer ser médico e isso transfere a ele uma enorme energia potencial voltada ao saber para melhor agir. Os comemorativos dessa energia são a curiosidade, a dedicação, a honestidade do aprendiz, a disponibilidade e a força de um adulto jovem. Os riscos correm por conta da imperícia óbvia, traduzida como conhecimento e habilidades insuficientes. Mas para isso há a supervisão e a instituição responsável, criando um campo de segurança para toda a estrutura de ensino, aprendizado e assistência médica. O alicerce legal está contido em leis, resoluções, normas, regulamentos e pareceres relacionados ao tema. O próprio Código de Ética Médica, em seus artigos 29 a 34, fundamenta o entendimento da responsabilidade dessa modalidade de assistência ao paciente. O mesmo código, nos artigos 16 a 19, relaciona a participação da instituição nessa complexa atividade, canalizada na pessoa física do diretor médico.

Observando-se o princípio que entre o médico e o paciente existe uma relação jurídica perfeitamente definida por dispositivos legais, existindo, para ambos, direitos e deveres, destacando-se, entre os deveres do médico, a responsabilidade, e, entre os direitos do paciente, o de não sofrer dano por culpa do médico, o bom ou o mau desempenho da atividade de treinamento em Medicina são ética e legalmente compartilhados entre residente, preceptor e instituição, conceito esse contido na própria definição de residência médica constante da lei 6932/81.

A responsabilidade do preceptor, segundo França<sup>(6)</sup>, é conseqüente ao caráter peculiar da tarefa de preceptoria e é definida como responsabilidade derivada ou compartilhada. Nesse con-

ceito, cada membro da equipe carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos executados<sup>(6)</sup>. Segundo o Código de Ética Médica, é vedado ao médico atribuir seus insucessos a terceiros e o médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina<sup>(7)</sup>. Compreende-se assim que todos são passíveis de responderem ética e juridicamente por atos médicos realizados, bastando, para tanto, que cada instância judicante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe.

Com a base normativa bem definida, podemos justificar, moralmente, o fato de pacientes serem cuidados por profissionais em treinamento, da seguinte forma:

- A qualidade dos cuidados com a saúde é um dos valores sociais mais importantes e o treinamento para capacitar o profissional é um componente essencial do Sistema de Saúde.
- O cuidar de pacientes é um elemento fundamental do treinamento médico, configuran-

do-se a prática em equipe, em que o residente aprimora as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.

- O componente mais importante para a qualidade na educação médica é a supervisão, o que impulsiona os preceptores e as instituições para a busca de sua própria excelência em ética, conhecimento dinâmico e crescente, além da infra-estrutura de atendimento.
- O ensino e o aprendizado com o doente e sua família é uma maravilhosa oportunidade de estreitamento de relações humanas, que, em última análise, é a arte da Medicina (“ars medica”).

Finalmente, segundo Kipper, é necessária a recomendação de que as instituições, sistematicamente, se questionem se os residentes não estão sendo obrigados a realizar tarefas para as quais não estão preparados, não só para protegê-los, mas também para ter uma atitude humana com aqueles que estão sendo preparados para serem humanos com seus pacientes.

---

## THE RESIDENT PHYSICIAN AS WORKFORCE

JOSÉ HUGO DE LINS PESSOA, CLÓVIS FRANCISCO CONSTANTINO

The authors analyze the importance of the Medical Residence in the formation of the physician, since the graduation course does not provide full technical ability to exercise the profession. They emphasize the current importance of the resident physician in the context of the institutions which maintain residence programs, taking into account that his/her working week is 60 hours, including late shifts. They stress the importance of the supervision (tutoring) of the resident physician activities, calling the attention to the responsibility shared by both the tutor and the institution for the medical acts performed within the on-the-job training period, basic characteristic of the medical residence.

**Key words:** medical education, medical residency.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2002;6:821-5)

RSCESP (72594)-1275

---

**REFERÊNCIAS**

1. Furtado T. Residência médica e mestrado na área profissional da medicina. Rev Bras Ed Méd 1995;9:5-6.
2. Souza EG. Considerações sobre a residência médica no Brasil. Rev Bras Colo-Procto 1988;8(4):150-2.
3. Congresso de Residente. Pro Res 2001;4:6-7.
4. Galvão S. Falta de vagas, o drama do recém-formado. Rev Incor 1996;14:6-16.
5. Resolução CNRM nº 1, 14/maio/2002.
6. França GV. Direito Médico. 4ª ed. 1987.
7. Resolução CFM nº 1246/88, Código de Ética Médica.