

Residência Médica em um Hospital Universitário: a Visão dos Residentes

Residency in a University Hospital: Residents' Point of View

Maria Teresa Aquino de Campos Velho¹
Leris Bonfanti Haeffner¹
Fernanda Gabriel Santos¹
Luciele Cristofari da Silva¹
Angela Regina Maciel Weinmann¹

PALAVRAS-CHAVE

- Internato e Residência.
- Educação Médica.
- Capacitação Profissional.
- Aprendizagem.

KEYWORDS

- Internship and Residency.
- Medical Education.
- Professional Training.
- Learning.

Recebido em: 13/08/2011

Reencaminhado em: 19/06/2012

Aprovado em: 02/07/2012

RESUMO

Estudo transversal e descritivo realizado no hospital universitário de Santa Maria, de novembro de 2008 a janeiro de 2009, com o objetivo de avaliar a visão dos residentes quanto ao funcionamento da residência médica. A participação no estudo foi voluntária, confidencial e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Realizou-se análise descritiva dos dados através do software SPSS 15.0. Da população de 90 médicos residentes, 59 (65,5%) responderam o questionário. A qualificação e a competência dos preceptores foram consideradas satisfatórias por 79,7% dos participantes, 91,5% ressaltaram a importância da diversidade de doenças e do número de atendimentos realizados, enquanto 49,2% revelaram estar insatisfeitos com o incentivo e o desenvolvimento de trabalhos científicos durante a especialização. A jornada de trabalho foi considerada excessiva por 54,2% dos residentes e estressante por 80,0%, fato referido principalmente na residência de Cancerologia Clínica e Anestesiologia. A maioria relatou que suas vivências, no período da residência, foram condizentes com suas expectativas. Conclui-se que a residência médica, apesar das fragilidades evidenciadas, mantém-se como uma proposta satisfatória de formação de médicos especialistas.

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was conducted at the Santa Maria university hospital from November 2008 to January 2009. It aimed to assess medical residents' point of view regarding the activities of a residency. The participation was voluntary and confidential and was approved by the Committee of Ethics in Research. The data were analyzed through SPSS 15.0 software. Among 90 medical residents 59 (65.5%) answered the questionnaire. 79.7% considered satisfactory the preceptor's qualification and competence and 91.5% emphasized the importance of disease diversity and the number of patients seen during clinical practice. However, 49.2% reported not to be satisfied with the encouragement and the development of scientific activities during the specialization. The working hours were considered excessive by 54.2% of the medical residents and stressful for 80.0% of them, especially in Oncology and Anesthesiology programs. Most of them considered that their expectations were achieved during the residency. We conclude that the medical residency, despite some weaknesses, continues to be a satisfactory proposal for training of specialists.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) é um curso de pós-graduação *lato sensu*, qualificado como uma aprendizagem e treinamento em teoria e habilidades práticas em saúde, no qual é dada ao médico a oportunidade de aprofundar conhecimentos e experiências em especialidades específicas. Embora a formação médica seja considerada concluída na graduação, a RM aparece, na atualidade, como uma forma importante de aperfeiçoamento profissional, sendo que boa parcela dos médicos recém-formados almeja cumpri-la, seja por tradição, necessidade de aprimoramento ou até mesmo deficiência da formação profissional. A RM complementa a formação do profissional de medicina e facilita a inserção do médico no mercado de trabalho, cada vez mais exigente. Importante parcela dos médicos que atuam no Brasil (61,6%) frequentou algum programa de residência médica¹.

Os primeiros programas de RM do Brasil se iniciaram no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na década de 1940². Eles seguiram modelos criados em 1889 pelos professores Halstedt e Osler, da Universidade Johns Hopkins³. Neles, o médico recém-formado deveria se aperfeiçoar e trabalhar em serviços hospitalares de áreas específicas, sob a orientação de professores ou de outros médicos de reconhecida experiência e competência, que, na época, constituíam os mais recomendáveis para a formação do especialista⁴.

No Rio Grande do Sul, a primeira experiência de RM foi implementada na década de 1950, na Faculdade Católica de Medicina, hoje Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, contando com os programas de Gastroenterologia, Cardiologia, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia⁵. Desde então, inúmeros novos programas foram criados. Em 2008, o total de vagas no Rio Grande do Sul era de 2.273, sendo 874 para o primeiro ano de RM, 876 para o segundo, 409 para o terceiro, 105 para o quarto e 9 para o quinto ano de RM⁶.

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), fundada em 1970, atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, sendo referência para 45 municípios da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, uma área com população superior a 1,5 milhão de pessoas. Conta com aproximadamente 300 profissionais médicos, entre docentes e preceptores. A estrutura atual tem 30 mil m² e possui 300 leitos em atividade, mais de 80 ambulatorios e unidades especializadas de internação, como as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, Pediátrica, Adulto e Cardiológica, além do Centro Cirúrgico e Obstétrico e um Pronto-Socorro Regional, inaugurado em 2002. A entidade preenche uma importante lacuna no ensino

médico, na educação continuada de profissionais de todas as áreas da saúde, na pesquisa e na assistência, em nível terciário, à população fora da capital do Estado⁷.

A RM no HUSM foi credenciada em 1968, sendo que em 2008 tinha 128 vagas⁷ e em 2011 passou a ter 171 vagas (aumento de 33,6%), distribuídas em especialidades médicas com ingresso direto (Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Infectologia, Obstetrícia e Ginecologia, Dermatologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Psiquiatria) e em subespecialidades (Endoscopia Respiratória, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatologia, Neurologia Pediátrica, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia, Cardiologia, Infectologia Pediátrica, Psicoterapia, Medicina Fetal, Medicina Intensiva, Cancerologia Clínica, Cancerologia Pediátrica, Nefrologia e Pneumologia). Todos os médicos residentes (MR) têm a obrigatoriedade de apresentar, para conclusão do curso, uma monografia ou trabalho científico, cujo objetivo é complementar a formação acadêmica⁷.

Embora seja amplamente reconhecido o papel desse tipo de formação ao proporcionar melhor aprendizado prático e teórico para os médicos, trazendo mais segurança e eficácia em sua atuação na vida profissional, estudos referem algumas deficiências do processo — dentre elas excesso de carga de trabalho, falta de preceptoria adequada, estresse físico e emocional produzido pela atividade desenvolvida, condições impróprias dos hospitais e baixa remuneração^{8,9}. Por se tratar de uma série de fatores interdependentes, é importante realizar estudos e pesquisas que desvelem melhor a realidade vivida pelos MR e pelos hospitais que oferecem esse tipo de formação.

O presente estudo resultou de uma exigência interna do HUSM no momento da realização de seu Planejamento Estratégico e foi efetuado a partir de proposição feita pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (Depe). Seu objetivo foi avaliar a percepção dos residentes quanto ao funcionamento da RM no HUSM-RS.

METODOLOGIA

Este foi um estudo transversal descritivo, que teve como população-alvo os MR do HUSM, distribuídos por especialidades e subespecialidades, e que foram convidados a participar. Foi utilizado um questionário autoaplicável, composto de 61 questões abertas e fechadas, divididas em sete módulos (informações gerais, comissão de RM, preceptoria e aprendizagem, estrutura hospitalar, trabalhos científicos, relacionamento interpessoal e nível de estresse no trabalho). Para a resposta das questões foi utilizada a escala Likert ou respostas dicotômicas. Antes da aplicação final, o questionário foi submetido a um procedimento de validação estrutural com dez MR, a fim de

serem verificadas possíveis debilidades do instrumento. Ao ser convidado a participar do estudo, o MR recebia as informações sobre o mesmo e, caso aceitasse, assinava o termo de consentimento livre e esclarecido, quando era garantido o sigilo e anonimato do participante. Na sequência, recebia o questionário e, oportunamente, era realizada a coleta do instrumento respondido. Dos 90 MR atuantes no HUSM nos anos de 2008 e 2009, 29 não devolveram questionário ou se recusaram a participar da pesquisa e dois foram excluídos por preenchimento inadequado do instrumento. Dessa forma, foram analisadas as respostas de 59 MR. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE nº 0247.0.243.000-08).

A execução do trabalho de campo ficou a cargo de três estudantes de Medicina treinados previamente e que também participaram do estudo piloto, quando da validação do instrumento. Os dados coletados mediante questões fechadas foram codificados em planilha do programa Excel® (Microsoft) e analisados por meio de estatística descritiva, com o auxílio do programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Participaram do estudo 59 (65,5%) dos 90 MR que atuaram no HUSM nos anos de 2008 e 2009. A média de idade dos participantes foi de 28,5(±4,3) anos, sendo 47,5% homens e 52,5% mulheres. cursavam o primeiro ano da RM 41,8%, o segundo 41,8%, o terceiro 14,5% e o quarto 1,7%. Em sete especialidades médicas houve mais de 50,0% de MR participantes, em Clínica Médica 45,8%, em Cirurgia Geral 25,0% e em Pneumologia não houve participantes (Tabela 1).

TABELA 1

Distribuição dos residentes, número e percentagem de participantes por especialidades médicas

Especialidade médica	Número de residentes	Número de participantes	%
Anestesiologia	13	12	92,3
Cancerologia Clínica	2	2	100,0
Clínica Médica	24	11	45,8
Cirurgia Geral	8	2	25,0
Gastroenterologia	1	1	100,0
Ginecologia e Obstetrícia	15	10	66,7
Infectologia	3	3	100,0
Pediatria	14	11	78,6
Pneumologia	2	0	0,0
Psiquiatria	8	7	87,5
Total	90	59	65,5

As qualidades dos docentes e preceptores quanto a conhecimento técnico-científico, disponibilidade de tempo e atenção ao residente foram consideradas satisfatórias por 79,7% e muito satisfatórias por 11,9% dos participantes. Tais qualidades, quando avaliadas por especialidades ou setores, foram consideradas satisfatórias/muito satisfatórias por 73,4% dos MR da UTI Neonatal; 66,6% das enfermarias de internação clínica e cirúrgica; 64,3% da UTI Pediátrica; 47,8% do Centro Obstétrico; 47,6% do Pronto-Socorro; 47,2% dos ambulatórios; 38,9% do Bloco Cirúrgico e 33,3% da UTI Adulta (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição percentual quanto à satisfação dos MR em relação a atitude, habilidade e local de atuação da preceptororia

Preceptororia	Muito satisfatório	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insatisfatório
Disponibilidade	11,9	47,5	30,5	10,2
Qualificação e competência	11,9	79,7	8,5	0,0
Relacionamento	16,9	61,0	18,6	3,4
Local de atuação				
Ambulatórios	5,4	41,8	36,4	16,4
Bloco cirúrgico	0,0	38,9	36,1	25,0
Pronto-socorro	7,1	40,5	35,7	16,7
Enfermarias	7,8	58,8	17,7	15,7
CTI Adulto	0,0	33,3	33,3	33,3
CTI Neonatal	26,7	46,7	27,7	0,0
CTI Pediátrico	14,3	50,0	35,7	0,0
Centro Obstétrico	4,3	43,5	34,8	17,4

Estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o número de atendimentos prestados 77,9% dos MR. No entanto, ao serem indagados sobre a infraestrutura hospitalar (espaço físico, disponibilidade e qualidade dos materiais), que proporcionaria suporte às suas atividades, mais de 50,0% dos MR se mostraram pouco satisfeitos ou insatisfeitos, com um percentual de cerca de 70,0% de insatisfação quanto à qualidade dos equipamentos e disponibilidade de materiais (Figura 1).

O nível de satisfação quanto às atividades científicas que permearam a RM está expresso na Figura 2. Cerca de 70,0% dos MR relataram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o número de atividades teóricas, com o incentivo ao desenvolvimento de trabalhos científicos e com a participação em eventos científicos. Quanto ao trabalho científico de conclusão de curso, na forma de monografia ou artigo científico, 74,1% dos participantes o consideram importante e necessário.

FIGURA 1

Distribuição percentual dos níveis de satisfação dos médicos residentes (61,0% sobre infraestrutura hospitalar e atendimentos realizados)

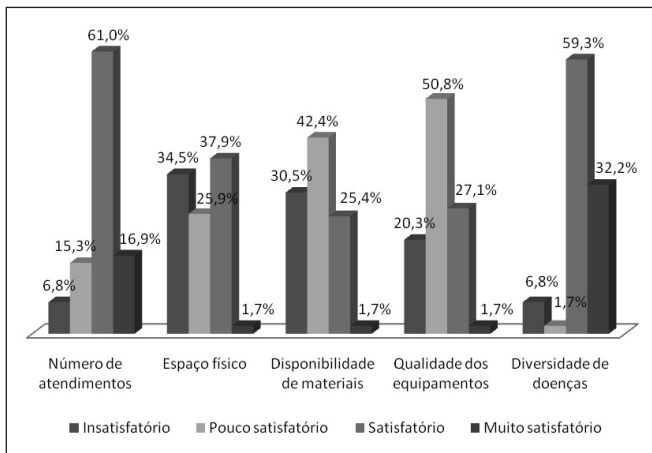
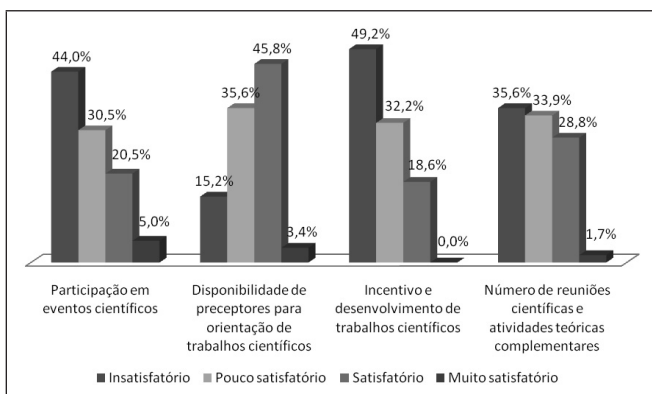


FIGURA 2

Nível de satisfação dos médicos residentes quanto às atividades científicas



A jornada de trabalho foi considerada excessiva por 54,2% dos MR. Na avaliação por especialidade, a Cancerologia Clínica (100,0%), a Anestesiologia (83,3%) e a Ginecologia e Obstetrícia (80,0%) foram as que apresentaram maior percentual, seguidas pela Psiquiatria (71,4%), Pediatria (54,5%) e Cirurgia (50,0%). Os MR de Clínica Médica e Infectologia, em sua totalidade, consideraram a jornada de trabalho adequada. Ao serem questionados sobre a sua percepção de bem-estar no ambiente de trabalho, 67,8% dos entrevistados revelaram sentir-se bem, 28,8% sentiam-se parcialmente bem e 3,4% não se sentiam bem em seu ambiente de trabalho.

Dos participantes, 79,6% consideraram seu trabalho estressante ou muito estressante. Segundo a especialidade, o tra-

balho foi considerado estressante por 41,7% dos MR da Anestesiologia; 70,0% da Ginecologia e Obstetrícia; 71,4% da Psiquiatria; 72,7% da Clínica Médica; 66,7% da Infectologia; 100,0% da Cirurgia Geral; 50,0% da Cancerologia Clínica e 27,3% da Pediatria. Os aspectos considerados geradores de estresse entre os MR estão representados na Tabela 3. Embora estes difiram entre as especialidades, a falta ou inadequação de materiais (71,4%) e a falta de preceptoria (57,1%) foram os mais relatados. Quanto às vivências pessoais (relação com os colegas, com as equipes de saúde, com os funcionários do hospital), 64,4% dos MR as consideraram positivas e relataram ter atingido as expectativas que tinham ao ingressarem no curso.

TABELA 3

Principais fatores considerados geradores de estresse entre os residentes

Causas de estresse	Respostas afirmativas (%)
Falta e/ou inadequação de materiais	71,4
Falta de preceptoria	57,1
Relação entre residentes e direção do HUSM	37,5
Transporte de pacientes	35,7
Relação entre residentes e preceptores	23,2
Condição socioeconômica e intelectual dos pacientes	21,4
Relação com outros profissionais de saúde	21,4
Relação entre colegas médicos/as	12,5
Nenhuma	3,6
Relação entre residentes e Coreme	1,8

DISCUSSÃO

Na RM, o treinamento em serviço envolve o aprimoramento do raciocínio clínico, que serve de instrumento de alta aplicação na prática e por meio do qual se faz a articulação entre o caso individual de um paciente e a teoria geral sobre as doenças. O olhar clínico deve ser apurado e refinado nesse treinamento, e a ele são acrescidas as ferramentas de comunicação e as tecnologias diagnósticas e terapêuticas, fatores fundamentais para a adequada compreensão dos seres humanos¹⁰.

Desse modo, o conhecimento construído no ensino médico resulta de um processo de ensino-aprendizagem estruturado na prática, que tem na motivação e na procura por informações um componente essencial para torná-lo significativo². Neste contexto, são de fundamental importância no processo de aprendizagem dos MR não somente a qualificação dos recursos humanos, que envolve toda a equipe de saúde, mas também a qualidade e o avanço técnico dos recursos físicos ofertados pelos hospitais-escola.

Em nosso país, os graves problemas decorrentes das deficiências no sistema de saúde têm tido reflexo direto no funcionamento dos hospitais, especialmente nos de ensino. Superlotação de ambulatórios, unidades de pronto atendimento, emergências e UTIs, bem como leitos e equipamentos insuficientes ou inadequados interferem na qualidade do atendimento prestado, exaurindo tanto os pacientes como as equipes profissionais envolvidas^{2,11,12}.

Nesse sentido, embora os MR relatem que as expectativas em relação à RM estavam sendo alcançadas e que muitos deles se sentiam bem no ambiente de trabalho, importantes fontes de estresse foram apontadas. O sucateamento do hospital universitário, sua deficiência em material, área física inadequada e, por vezes, insalubre, relações difíceis entre os membros da equipe de saúde, entre outros, foram motivos importantes na geração de estresse no trabalho, já considerado produtor de diferentes angústias. A falta e/ou inadequação dos materiais utilizados foi a principal fonte de estresse apontada pelos participantes, se considerarmos todas as especialidades em conjunto. Um estudo de revisão acerca do estresse ocupacional com profissionais da saúde de diversos países demonstrou similaridade com estes achados¹³, evidenciando que estes aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por diferentes profissionais da área, não somente pela classe médica. Além disso, a jornada e/ou carga de trabalho considerada excessiva, junto com os fatores já abordados, constitui um relevante fator gerador de cansaço físico e psíquico, o que comprovadamente dificulta a aprendizagem do MR^{8,14,15}.

A década de 1970 foi particularmente fértil na produção de trabalhos sobre a natureza estressante do exercício profissional e da RM, e sobre a vulnerabilidade psicológica dos estudantes e médicos ao estresse inerente à tarefa médica, os efeitos da privação do sono e a incidência de depressão em residentes¹⁶⁻¹⁹. Desde então, aparece na literatura um grande volume de trabalhos que buscam identificar as fontes de estresse e seus efeitos nos MR e na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Como fatores estressantes são apontadas a fadiga pela grande carga de trabalho, que desperta sentimentos hostis em relação a vivências de exploração e desrespeito, a falta de tempo para a vida pessoal, a privação do sono, a responsabilidade no atendimento aos pacientes, que traz o medo de cometer erros, e a falta de conhecimento e experiência, que ameaça a autoconfiança²⁰⁻²².

Outro importante aspecto desencadeador de ansiedade entre os MR consiste nos conflitos inerentes a ser aluno e profissional simultaneamente e ter de adquirir conhecimento especializado em pouco tempo. Ora lhes é cobrado que sejam capazes de tomar iniciativas, ora lhes é lembrada a condição de dependência de um profissional mais experiente, do qual

devem apenas seguir as instruções. O conflito polariza sentimentos, fazendo-os oscilar entre a insegurança e a segurança exacerbadas, fato que pode ser tomado como fonte de sofrimento e de danos à saúde dos médicos^{23,24}. Mesmo frente à sobrecarga de trabalho, a diversidade de doenças e situações clínicas observadas durante a RM foi mencionada como um fator positivo, provavelmente porque, de certa forma, enriquece o conhecimento agregado¹⁰.

Outra característica relevante para um processo de treinamento em serviço como a RM é a qualificação dos preceptores, visto que estes servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e desempenham um papel de suporte para ajudar o novo profissional a adquirir prática até que este tenha mais confiança e segurança nas atividades diárias²⁵. Quanto a este aspecto, uma porcentagem significativa dos participantes afirmou que os preceptores eram qualificados e competentes, embora a falta de preceptoria tenha sido um dos pontos geradores de estresse. É importante salientar o fato de a docência na área médica ser vista por muitos profissionais como um exercício secundário à atuação profissional, o que leva à falta de preparo pedagógico específico para o ensino médico e a uma deficiência importante na formação do docente de ensino superior²⁶⁻³⁰.

Até pouco tempo atrás, não se dispunha de trabalhos que comprovassem a insatisfação dos MR com a falta de preceptoria e o tempo exíguo dispensado pelos preceptores às orientações nos programas de RM. Porém, o crescente número de movimentos reivindicatórios ocorridos ultimamente já demonstrava a existência desse problema²⁹.

Além da carência de preceptoria, os MR do HUSM mostraram insatisfação quanto ao incentivo ao desenvolvimento e à participação em atividades científicas, o que demonstra a necessidade de rever alguns programas, procurando realizar as atividades teóricas propostas, incentivar a pesquisa e manter a exigência de um trabalho de conclusão de curso.

Considera-se como uma limitação do presente estudo o fato de a amostra ter sido restrita a um hospital universitário, o que não permite estender seus resultados ao universo de MR no Brasil. No entanto, os autores acreditam que esta mesma realidade seja vivenciada em outras instituições que oferecem RM, o que torna o estudo relevante, especialmente pela potencialidade de motivar discussões e mudanças das práticas educacionais e de trabalho, visto que estes temas são ainda muito pouco discutidos³⁰.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa são fruto da avaliação dos residentes de um hospital universitário no Sul do País e permitem

conhecer o funcionamento da RM. Na percepção dos participantes, a RM no HUSM contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento e de habilidades específicas, dentro da especialidade. No entanto, constitui um período de grande estresse, não somente por condições inadequadas da infraestrutura hospitalar, mas também pela falta de preceptoria, principalmente em áreas cruciais de ensino presencial, como as cirúrgicas e as que se desenvolvem nas UTIs.

As atividades científicas, na percepção dos residentes, são ainda insatisfatórias, seja na parte teórica ou na orientação dos trabalhos de conclusão. Apesar dos problemas destacados, o residente sente-se bem em seu trabalho. Assim, observou-se que a RM, apesar das fragilidades evidenciadas, mantém-se como uma proposta satisfatória de formação de especialistas, uma vez que comprovadamente propicia benefício para o futuro exercício profissional.

O projeto "A Residência Médica no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM): o real e a perspectiva através da visão dos residentes" foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSM em reunião de 25/11/2008. Registro no Sisnep (CAAE nº 0247.0.243.000-08).

O *software* SPSS 15.0 utilizado neste estudo pertence à Direção de Ensino e Pesquisa (DEP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2004. p55-60.
2. Furtado T. Residência médica e mestrado na área profissional da medicina. *Rev Bras Educ Med* 1995;9(1):5-6.
3. Lima-Gonçalves E. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: EDUSP, 2002.
4. Souza EG. Considerações sobre a residência médica no Brasil. *Rev bras Colo-Proct* 1988;8(4):150-2. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre — FFFCMPA. [Capturado 30 Ago. 2008]. Disponível em: <http://residencia.ufcspa.edu.br>
5. Secretaria de Educação Superior — SESu. [capturado 28 Ago. 2008]. Disponível em: http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/inst_especialidades.asp
6. Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria. Manual do Médico Residente. Santa Maria: Editora UFSM, 2010.
7. Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(2):97-102.
8. Macedo PCM, Cítero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(2):119-24.
9. Gilbert ACB, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia/Ginecologia. *Interface (Botucatu)* 2006;10(19):103-16.
10. Kellermann AL. Crisis in the emergency department. *New England Journal of Medicine* 2006;355(13):1300-3.
11. Bittencourt RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional. Rio de Janeiro; 2010. Doutorado [Tese] — Fundação Oswaldo Cruz.
12. Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008;20(3):261-6.
13. Arntez BB. Working hours of medical residents and house staff. *J Occup Med* 1991;33:843-4.
14. Rubin R, Orris P, Lau SL. Neurobehavioral effects of the on-call experience in housestaff physicians. *J Occup Med* 1991;33:13-8.
15. Samkoff JS, Jacques CHM. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on resident's performance. *Acad Med* 1991;66:687-93.
16. Thomas CB. What becomes of medical students: the dark side. *Johns' Hopkins Med J* 1976;138:185-95.
17. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv Syst* 1975;36:26-9.
18. Mawardi BH. Satisfaction, dissatisfaction and causes of stress in medical practice. *JAMA* 1979;241(1):483-6.
19. Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(3):422-9.
20. Leung L, Becker CE. Sleep deprivation and house staff performance. *J Occup Med* 1992;34(1):153-60.
21. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM de, Monteiro TA, et alli. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(2):108-12.
22. Fagnani Neto RF, Obara CS, Macedo PCM, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *Sao Paulo Med J* 2004;122(4):152-7.

22. Martins LAN, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras* 1998;44(1):28-34.
23. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. *Rev Bras Educ Med* [on line].2008. 32(3) [capturado 14 mai. 2012]; 363-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>
24. Batista NA, Souza da Silva SH. O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola, 1998.
25. Batista NA, Souza Silva SH. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. *Rev Bras Educ Med* 1998;22:31-6.
26. McLeod PJ, Steinert Y, Meagher T, Mcleod A. The ABCs of pedagogy for clinical teachers. *Med Educ* 2003;37:638-44.
27. McLean M. Rewarding teaching excellence. Can we measure teaching "excellence"? Who should be the judge? *Med Teacher* 2001;23(1):6-11.
28. Costa NMSC. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med* 2007;31(1):21-30.
29. Chemello D, Manfrói WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(4)664-9.
30. Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Rev Bras Educ Med* [on line].2010. 34(1) [capturado 14 mai. 2012]; 132-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a16v34n1.pdf>
31. Chemello D, Manfrói WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(4)664-9.
32. Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Rev Bras Educ Med* [on line].2010. 34(1) [capturado 14 mai. 2012]; 132-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a16v34n1.pdf>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Teresa Aquino de Campos Velho contribuiu no desenho da metodologia, análise e elaboração do artigo. Leris Salete Bonfanti Haefner realizou a análise estatística e a revisão do artigo. Fernanda Gabriel Santos contribuiu na coleta de dados, elaboração e revisão do artigo. Luciele Cristofari da Silva contribuiu na coleta de dados, elaboração e revisão do artigo. Angela Regina Maciel Weinmann contribuiu na análise estatística e revisão do artigo. Todos os autores aqui enumerados aprovam a versão final deste artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Av. Roraima, 1000 — Cidade Universitária, prédio 26 —
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Camobi — Santa Maria
CEP 97105-900 — RS
E-mail: mtcamposvelho@hotmail.com