

## PROCESSO DE TRABALHO NA RESIDÊNCIA MÉDICA: A SUBORDINAÇÃO DO ENSINO-APRENDIZAGEM À EXPLORAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DOS RESIDENTES

WORK PROCESS IN MEDICAL RESIDENCY: THE SUBORDINATION OF TEACHING AND LEARNING TO THE EXPLOITATION OF THE RESIDENT WORKFORCE

PROCESO DE TRABAJO EN LA RESIDENCIA MÉDICA: LA SUBORDINACIÓN DEL ENSEÑO-APRENDIZAJE A LA EXPLORACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO DE LOS RESIDENTES

Thaís Carla Huk Sponholz<sup>1</sup>  
Michele Thais Sartori<sup>2</sup>  
Ana Paula Sellucio Marques<sup>3</sup>

Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque<sup>4</sup>  
Marcelo José de Souza e Silva<sup>5</sup>  
Paulo de Oliveira Perna<sup>6</sup>

**Resumo** O sofrimento dos médicos-residentes causado por suas condições de trabalho é fartamente descrito na literatura. As condições, muitas vezes inaceitáveis, impostas a esse tipo de trabalhador, além de objeto de produções científicas, são de pleno conhecimento entre aqueles que trabalham na área da saúde e da educação médica. O presente estudo foi realizado em 2010 com o objetivo de descrever os principais aspectos dessas condições em dois hospitais públicos de Curitiba (Paraná) e refletir sobre os motivos e mecanismos da reprodução da maioria delas. Realizou-se um estudo transversal, a partir da aplicação de questionários, para a explicitação dos processos críticos protetores e destrutivos da saúde dos médicos-residentes. Dos cem médicos-residentes do primeiro ano em atividade nos hospitais estudados, 58 participaram da pesquisa. Os resultados mostram elevada jornada de trabalho semanal, elevado número de horas contínuas de trabalho, falta de supervisão e alta carga de estresse. O processo de trabalho caracteriza-se pela subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes, constituindo-se mais como destrutivo do que como protetor de sua saúde.

**Palavras-chave** saúde do trabalhador; residência médica; processo de trabalho; exploração.

**Abstract** The suffering of medical residents caused by their working conditions is broadly described in the literature. The conditions imposed on this type of work, often unacceptable, are object of scientific investigations, and are fully aware of those who work in health and medical education. This study was conducted in 2010 in order to describe the main aspects of these conditions in two public hospitals in Curitiba (Brazil) and reflect on the reasons and mechanisms reproduction of most of them. We conducted a cross-sectional study from the application of questionnaires, for the explanation of the protective critical processes and destructive ones in health of medical residents. Of the 100 medical residents in his or her first year in activity in the hospitals studied, 58 participated in the survey. The results show high weekly working hours, high number of continuous working hours, lack of supervision and high load stress. The working process is characterized by the subordination of teaching and learning to the exploitation of the labor force of residents, becoming more like destructive than as a protector of his or her health.

**Keywords** worker's health; medical residency; work process; exploration.

## Introdução

O primeiro programa de residência médica foi criado em 1889, nos Estados Unidos. No Brasil, a residência médica foi implantada em 1944 e regulamentada em 1977, por meio do decreto n. 80.281/1977, o qual estabelece que

(...) a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (Brasil, 1977).

O texto legal vigente de maior importância sobre a residência médica encontra-se na lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981, com a redação modificada pela lei n. 7.601, de 15 de maio de 1987, e substituída por nova formulação na lei n. 8.138, de 28 de dezembro de 1990.

A residência médica até hoje constitui excelente forma de capacitação profissional (Nogueira-Martins, 2005), justamente por propiciar um processo de aprendizagem por meio da e com base na prática médica supervisionada, com a troca de conhecimentos e experiência, a observação do modo de agir do preceptor diante dos diferentes casos, a orientação para o estudo, visando à estruturação da linha de pensamento clínico, conferindo, ao final, o título de especialista ao residente.

Voltado para essa capacitação profissional, o processo de trabalho, constituindo, antes e acima de tudo, um processo de ensino-aprendizagem, deve colocar o residente diante de situações de atendimento que suscitem a tomada de decisão fundada no conhecimento científico e na experiência médica acumulada com o tempo de prática. Além disso, exige permanente estudo e interlocução com médicos preceptores competentes e experientes. A residência médica deve disponibilizar, para tal, farto contato com os preceptores e horários adequados para atendimento a pacientes, estudo e descanso.

Segundo a legislação atual (Brasil, 2011), o médico residente tem direito a uma bolsa, a condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões, além de alimentação e moradia, conforme estabelecido em regulamento. Seu regime de trabalho é de 60 horas semanais.

Frequentemente, no entanto, a jornada de trabalho dos médicos residentes ultrapassa, em muito, aquele limite, causando estresse excessivo, exaustão, limitação da possibilidade de estudo e diminuição da qualidade de vida em geral, levando-os ao adoecimento. Também, como poderemos verificar ao longo deste artigo, muitas vezes os médicos residentes não possuem suficiente contato com seus preceptores, o que ocasiona dúvidas na condução de casos e sensação de responsabilidade em excesso.

Diversas pesquisas (Friedman, Bigger e Kronfeld, 1971 e 1973; Mejía, 2005; Mota, 2013; Pikovsky, 2013; Thomas, 1976; Vaillant, Brighton e McArthur, 1970; Vaillant, Sobwale e McArthur, 1972; Valko e Clayton, 1975; Velásquez-Pérez, Colin-Piana, González-González, 2013; Werner e Korsch, 1976) demonstram que o trabalho do residente impõe alto grau de estresse, podendo gerar prejuízo à sua saúde e influir negativamente tanto na aprendizagem quanto na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Ao tratar do tema, Small descreveu a síndrome do estresse do residente (*the house officer stress syndrome*) apontando para a sua alta prevalência entre os médicos residentes. Sobre a síndrome, o autor comenta que:

Comprometimento cognitivo episódico, raiva crônica, cinismo generalizado e discórdia familiar ocorrem em quase todos os casos, geralmente de forma benigna. Os severamente afetados, no entanto, também podem sofrer de depressão maior, ideação suicida e abuso de substâncias. Possíveis contribuintes ao estresse incluem privação de sono, carga excessiva de trabalho, responsabilidade no cuidado ao paciente, condições de trabalho sempre em mudança e a concorrência (1981, p. 860; tradução nossa).

No Brasil, Nogueira-Martins e Jorge (1998) também estudaram fatores estressantes da residência e seus efeitos sobre médicos e pacientes, chegando a conclusões semelhantes. Pesquisadores da Universidade Federal de Uberlândia (Lima et al., 2007) realizaram uma investigação com 120 residentes e perceberam que 20,8% apresentavam sintomas sugestivos de síndrome de *burnout*.

No entanto, existem muitos trabalhos que, sob a ótica da epidemiologia tradicional – segundo Granda e Breilh (1989), de orientação empírico-indutiva –, levantam a morbidade dos médicos residentes e seus possíveis fatores desencadeantes. Ocorre que tais fatores são apresentados como fatores de risco que contribuem para o adoecimento de forma isolada, ligados às características individuais dos sujeitos e às condições particulares de trabalho, sem tocar em aspectos estruturais do problema. Com base numa concepção ecológica de saúde, esses estudos tomam como dadas as condições de trabalho do médico residente, naturalizando-as, e suas conclusões sugerem mudanças que mais orientam os profissionais a sobreviver naquelas condições do que a subvertê-las. Deixam, assim, ocultos e intocados os processos que determinam essas situações e que, se devidamente compreendidos, melhor indicariam a sua superação, contribuindo para melhoria da aprendizagem, da qualidade do atendimento aos pacientes e das condições de trabalho dos médicos residentes.

O presente trabalho foi realizado no sentido de identificar os processos protetores e destrutivos da saúde dos médicos residentes existentes nos

níveis *singular* (atinentes à constituição geno-fenotípica e ao comportamento dos indivíduos), *particular* (referentes ao modo particular de vida dos médicos residentes) e *geral* (próprios da estrutura e funcionamento da sociedade em que estamos inseridos), assim como os nexos de mútua determinação existentes entre tais níveis.

## Metodologia

Realizou-se um estudo transversal, buscando traçar o perfil epidemiológico dos médicos residentes de dois hospitais públicos de Curitiba, no Paraná. O perfil epidemiológico, na perspectiva aqui adotada, constitui a explicitação dos processos críticos protetores e destrutivos da saúde que ocorrem no espaço de trabalho, no consumo e na cotidianidade, na vida política e ideológica e relacionados com o meio ambiente, analisados nos níveis singular, particular e geral (Breilh, 1991).

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários aos participantes, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser médico residente do primeiro ano de residência médica em um dos dois hospitais públicos elegidos, durante o período de realização da pesquisa. O critério de exclusão foi a recusa do sujeito em participar da pesquisa.

Num primeiro momento, foram incluídos todos os médicos residentes do primeiro ano de residência médica de ambos os hospitais, em um total aproximado de cem participantes. Desses, 58 responderam ao questionário, os demais ou se recusaram a participar, ou não foram encontrados, ou não tiveram um horário disponível para responder.

O primeiro questionário foi construído pelos autores a partir da elaboração com base na literatura de uma listagem de fatores e processos críticos protetores e destrutivos da saúde dos residentes, cuja presença seria buscada nos hospitais estudados (Arnetz, 1991; Friedman, Bigger e Kronfeld, 1971 e 1973; Klein, 2011; Machado, 1997; Nogueira-Martins, 2005; Nogueira-Martins e Jorge, 1998; Small, 1981; Thomas, 1976; Vaillant, Sobwale e McArthur, 1972; Valko e Clayton, 1975; Werner e Korsch, 1976). As perguntas aplicadas referiam-se principalmente à carga e à jornada de trabalho, à suficiência do tempo de sono, à sensação de excesso de responsabilidade, à realização de tarefas sem importância, ao sentimento de culpa (por não estudar, por não saber o que deveria saber, por não tomar a conduta mais adequada), ao amparo do preceptor, à existência de alguém com quem pudesse tirar suas dúvidas, ao sofrer com o sofrimento dos pacientes, ao sofrer por ter que dar más notícias, ao sentir-se preparado para dar más notícias, ao uso pessoal de ansiolíticos e aos seus hábitos de vida.

Esse questionário foi complementado com a aplicação de outro, com vinte questões que permitem respostas do tipo sim ou não, denominado SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*), com o objetivo de avaliar os chamados transtornos psíquicos menores ou comuns (não psicóticos) (Santos, Araújo e Oliveira, 2009).

Realizou-se, inicialmente, a aplicação dos questionários em um grupo piloto, a fim de verificar a sua adequação, a compreensão das perguntas e o tempo necessário para responder. Pequenos ajustes foram realizados quanto à redação de algumas questões e, então, aplicados para o universo de participantes.

Os dados coletados foram digitados, alimentando um banco de dados criado com o programa Epi Info 3.5.2, pelo qual foram sistematizados e correlacionados, de forma a permitir a sua análise.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o n. CAAE – 0113.0.091.000-10. Não houve financiamento e não existe conflito de interesses. Antes da aplicação dos questionários, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

Os 58 médicos residentes que responderam aos questionários estavam distribuídos em 16 diferentes programas de residência médica dos hospitais selecionados. O número de residentes de cada programa que respondeu aos questionários variou de 13, na pediatria, a 1, na otorrinolaringologia (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos entrevistados segundo especialidade. Curitiba, PR, 2010

Especialidade da residência médica	Número de questionários respondidos	%
Pediatria	13	22,4
Clínica médica	12	20,7
Gineco-obstetrícia	6	10,3
Cirurgia geral	5	8,6
Anestesiologia	4	6,9
Psiquiatria	3	5,2
Neurologia	3	5,2
Medicina de família	2	3,4

continua >

## Continuação - Tabela 1

## Distribuição dos entrevistados segundo especialidade. Curitiba, PR, 2010

Especialidade da residência médica	Número de questionários respondidos	%
Ortopedia	2	3,4
Oftalmologia	2	3,4
Patologia	2	3,4
Neurocirurgia	1	1,7
Dermatologia	1	1,7
Radiologia	1	1,7
Infectologia	1	1,7
Otorrinolaringologia	0	0
TOTAL	58	100

Fonte: Os autores

O estudo abrangeu as quatro grandes áreas da medicina: pediatria, com 22,4% do total, seguida da clínica médica, com 20,7%, gineco-obstetrícia, com 10,3%, e da cirurgia geral, com 8,6% do total de questionários, os quais representam 62% do total de participantes.

Quanto ao questionário SRQ-20, obtiveram-se 23 resultados (39,8%) com pontuação maior ou igual a 7 (rastreamento positivo para transtornos mentais não psicóticos), dos quais destacamos os resultados de residentes de clínica médica, com 66,7%, e pediatria, com 53,8%.

Quanto aos questionamentos relacionados à carga de trabalho, apenas 5,2% dos residentes responderam que 'nunca' lhes atribuem trabalho em excesso, 69% responderam que 'sempre' ou 'quase sempre', e 100% dos residentes da cirurgia geral sentiam-se sobrecarregados no trabalho.

Quando interrogados sobre a jornada de trabalho, 67,2% dos residentes responderam que é 'sempre' ou 'quase sempre' excessiva. Na análise por especialidade, registra-se que 75% dos residentes da clínica médica e 100% dos residentes da cirurgia geral sentem que a jornada de trabalho é 'sempre' ou 'quase sempre' excessiva.

Quanto ao número de horas trabalhadas por semana, 67,2% dos residentes referem, em média, mais de 60 horas semanais, dos quais 50% do total referem entre 80 e 100 horas semanais. Quando questionados sobre o máximo de horas que já trabalharam em uma semana, 60,3% responderam entre 80 e 100 horas. Quase 30% relatam já ter trabalhado mais do que isso: entre 110 a 140 horas em uma semana.

Quanto ao máximo de horas contínuas de plantão, 11 residentes responderam ter sido de 36 horas, dos quais seis residentes permaneceram 48 horas contínuas, três permaneceram 60 horas e dois permaneceram até 72 horas de plantão.

Dos 21 residentes que declararam uma média de 80 horas de trabalho por semana, 16 avaliaram que lhes atribuem trabalho em excesso com uma frequência de 'sempre' ou 'quase sempre'. Ainda dentre os 21 residentes, 85,6% sentem-se 'acabados no trabalho' com uma frequência de uma vez ao mês a algumas vezes durante a semana.

Com relação ao descanso, do total de residentes, 70,7% responderam que 'eventualmente' ou 'nunca' dormem o suficiente à noite. Essa cifra se eleva para 100% entre os residentes da cirurgia geral, 92% entre os da pediatria e 83% entre os da ginecologia e obstetrícia.

De forma geral, 45% dos residentes sentem que lhes atribuem responsabilidades em excesso e apenas 6,9% responderam que isso 'nunca' ocorre. Quando este item é analisado separadamente por especialidade, constata-se que 100% dos residentes de cirurgia geral responderam afirmativamente, em contraste com apenas 15,4% dos de pediatria.

Por outro lado, também 45% dos residentes responderam que lhes são atribuídas tarefas sem importância, que esvaziam o conteúdo de seu trabalho. Todos responderam que em algum momento vivenciam esse sentimento, ao serem utilizados para realizar tarefas como transporte de materiais, entre outras, em substituição a outros profissionais de que o serviço não dispõe em número suficiente, o que acaba por sobrecarregá-los com um trabalho que não lhes acrescenta aprendizado significativo.

Quando questionados sobre experimentar sentimento de culpa por não estudar o suficiente, 82,8% dos residentes responderam sentir-se assim. Dentre os residentes da ginecologia e obstetrícia, 100% sentem-se 'sempre' ou 'quase sempre' culpados por esse motivo, assim como 93% dos residentes da pediatria e 80% dos residentes da clínica médica e da cirurgia geral.

Todos os participantes declararam sentir-se culpados por 'não saber algumas coisas que julgam que deveriam saber', 57,9% deles marcaram a opção 'sempre' ou 'quase sempre', enquanto nenhum residente assinalou 'nunca'.

Indagados sobre o sentimento de culpa por 'não ter conduzido algum caso da forma que depois verificavam como a mais acertada', 63,8% declararam sentir tal culpa 'eventualmente', 36,2% 'sempre' ou 'quase sempre', e nenhum marcou a opção 'nunca'. Dentre os residentes da ginecologia e obstetrícia, 50% sentem-se assim; dentre os de cirurgia geral, 20%.

Quando se observam as respostas relativas ao amparo do preceptor para a tomada de decisões, 58,4% dos residentes da clínica médica responderam sentir-se 'sempre' ou 'quase sempre' desamparados, da mesma forma que 40% da cirurgia geral, 33,3% da ginecologia e obstetrícia e 8% da pediatria.

No entanto, apesar desse desamparo, todos os residentes da cirurgia geral, 85% da clínica médica e 67% dos residentes da ginecologia e obstetrícia responderam que têm outros profissionais ou mesmo residentes com quem tirar as dúvidas.

Questionados quanto ao sentimento em relação a alguns aspectos do trabalho, 34% dos participantes afirmam que sentem o sofrimento dos pacientes. O mesmo dado visto por especialidades mostra que cerca de 60% dos residentes da pediatria e da cirurgia geral também se sentem assim, enquanto na clínica médica e na ginecologia e obstetrícia 17% 'quase sempre' sofrem pelo mesmo motivo. Quando o mesmo dado é correlacionado com a jornada de trabalho, observa-se que 41,3% dos médicos residentes que cumprem jornadas de 80 a 100 horas por semana relatam esse tipo de sofrimento, contra 16,6% daqueles cuja jornada de trabalho não ultrapassa 60 horas semanais.

Ao transmitir más notícias aos pacientes e familiares, 77% dos residentes da pediatria afirmam que 'sempre' ou 'quase sempre' sofrem. Dos residentes da ginecologia e obstetrícia, 67% responderam afirmativamente, assim como 42% da clínica médica e 20% dos residentes da cirurgia geral.

Apenas 23% dos residentes da pediatria sentem-se preparados para transmitir más notícias aos pacientes e familiares. Sobre isso, 75% dos residentes da clínica médica, 83% da ginecologia e obstetrícia e 100% da cirurgia geral responderam estar preparados. Apesar desse resultado, os residentes da clínica médica e da ginecologia e obstetrícia informaram que sofrem ao transmitir más notícias sobre o estado de seus pacientes.

O uso pessoal constante de ansiolíticos e outras drogas foi relatado por 15% dos residentes da pediatria e 16% da clínica médica.

No que diz respeito aos hábitos de vida, 50% dos participantes consideraram que só 'eventualmente' ou 'nunca' fazem refeições saudáveis. Chama a atenção que 80% dos residentes da cirurgia geral reconhecem que não fazem refeições saudáveis: 60% deles 'nunca' fazem e 20% apenas o fazem 'eventualmente'.

Quanto à prática de exercícios físicos, 48,3% dos participantes afirmaram 'nunca' praticar, e todos os residentes da cirurgia geral e da pediatria 'nunca' o fazem.

Correlacionando alguns dados coletados com a média de horas trabalhadas por semana, verifica-se que, dentre os residentes que trabalham entre 80 a 100 horas semanais, 82,8% sentem-se culpados por não estudar o suficiente; 55,2% 'nunca' praticam exercícios físicos; 79,3% 'eventualmente' ou 'nunca' dormem o suficiente à noite; 72,4% se sentem cansados durante a maior parte do tempo do trabalho; 44,8% têm dores de cabeça frequentes; 62% dormem mal; 79,3% sentem-se nervosos, tensos ou preocupados; 48,3% têm dificuldades de pensar com clareza; 37,9% têm se sentido tristes ultimamente; e 37,9% têm dificuldade para realizar com satisfação suas atividades profissionais.

Comparando os residentes que trabalham, em média, 60 horas por semana com aqueles que trabalham de 80 a 100 horas, evidencia-se uma relação negativa com a maior carga de trabalho, conforme a Tabela 2.

Tabela 2

**Comparação entre respostas assinaladas como sempre ou quase sempre sobre vários quesitos segundo as cargas horárias de trabalho. Curitiba, PR, 2010**

<b>Respostas sempre ou quase sempre (%)</b>	<b>80-100h</b>	<b>60h</b>
Sente que lhe atribuem responsabilidades em excesso?	48,2	33,3
Sente que lhe atribuem trabalho em excesso?	79,3	50
Sente-se desamparado pelo preceptor para discutir os casos?	27,5	22,2
Sofre com o sofrimento dos pacientes?	41,3	16,6
Sofre ao transmitir más notícias aos pacientes e familiares?	48,3	33,3
Sente que a jornada de trabalho é excessiva?	82,8	33,3
Sente-se culpado por não saber algumas coisas que julga que deveria saber?	62	44,4
Sente-se culpado por não estudar o suficiente?	82,8	77,7
Sente-se culpado por não ter conduzido algum caso da forma que depois verificou como a mais acertada?	34,5	33,3
Você faz refeições saudáveis/equilibradas?	44,8	61,1
Você pratica exercícios físicos?	20,7	33,3
Você dorme o suficiente à noite?	20,7	50
Você faz uso de bebida alcoólica?	0,7	0,5

Fonte: Os autores

Analisando separadamente cada área de especialidade, observam-se algumas diferenças importantes: enquanto 15,4% dos residentes da pediatria responderam que 'nunca' lhes atribuem responsabilidades em excesso, nenhum residente das outras três áreas marcou essa opção; ao contrário, 100% da cirurgia geral, 58,3% da clínica médica e 50% da ginecologia e obstetrícia marcaram as opções 'sempre' ou 'quase sempre'. Tais diferenças podem ser explicadas pelas características particulares de cada programa de residência dos hospitais participantes. Cada residência difere muito, por exemplo, quanto ao horário de início das atividades, que na cirurgia geral e na ortopedia acontece durante a madrugada; quanto ao amparo dos preceptores, que é maior na pediatria; e até mesmo pelas situações com que se defrontam os residentes nas diferentes especialidades.

Por último, questionados quanto a como se sentem durante a maior parte do tempo do trabalho na residência, 67,2% dos residentes responderam que se sentem aprendendo e 48,3% motivados. Ao mesmo tempo, porém, 62,1%

afirmam que se sentem cansados, 39,7% sentem-se explorados e 41,4% se sentem estressados.

## **Discussão**

Embora a residência médica seja tida, até hoje, como excelente forma de capacitação profissional, tal excelência pressupõe um processo de ensino-aprendizagem com base em uma prática médica supervisionada, com troca de conhecimentos e experiência, com a observação do modo de agir do preceptor diante dos diferentes casos, com a orientação para o estudo e para a estruturação da linha de pensamento clínico.

Para que o processo de trabalho do qual participa o médico residente constitua, antes e acima de tudo, um processo de ensino-aprendizagem, ele não pode prescindir da presença, da competência, da experiência e do exemplo dos médicos preceptores no atendimento aos pacientes. Deve, ainda, propiciar momentos suficientes para o estudo e o descanso, além de condições adequadas, como a remuneração por bolsa, acomodações para o repouso durante os plantões, alimentação e uma jornada semanal máxima de 60 horas de trabalho. Não obstante, a literatura é farta em demonstrar que situações de desrespeito a tais recomendações são frequentes, com prejuízo evidente à saúde e à aprendizagem do médico residente.

Na sequência, discutem-se alguns aspectos que mais se evidenciaram no presente estudo.

### **Jornada de trabalho**

Small (1981) aponta para o estresse como gerador de comprometimento cognitivo, dada a privação do sono e a excessiva carga de trabalho, entre outros fatores. Nogueira-Martins e Jorge (1998) igualmente apontam para o fato de que a privação do sono pode provocar distúrbios cognitivos, alteração do humor e fadiga, os quais, por sua vez, podem comprometer o desempenho profissional dos residentes.

No que diz respeito à jornada de trabalho, estudo de Valko e Clayton (1975) revelou alta incidência de depressão entre os residentes do primeiro ano, relacionada com o elevado número de horas trabalhadas por semana. Os resultados também indicaram que 30% dos residentes tiveram quadro depressivo no primeiro ano; desses casos, 63% tiveram início quando os residentes trabalhavam 100 ou mais horas por semana.

Estudo de Friedman, Bigger e Kronfeld (1973) demonstrou que residentes com privação do sono apresentavam dificuldade de concentração, depressão, irritabilidade, sentimentos de autorreferência com extrema sen-

sibilidade a críticas, despersonalização e desrealização, inadequação afetiva usualmente associada a humor negro e déficit da memória recente, com evidente prejuízo da aprendizagem.

Arnetz (1991) afirma que as longas horas de trabalho dos residentes comprometem o desempenho profissional, e comenta que somente os médicos trabalham tantas horas seguidas, ressaltando que em nenhuma outra profissão são permitidas jornadas de trabalho tão longas quanto as dos residentes.

A residência médica (assim como outros programas de residência na área da saúde) no Brasil está legalmente limitada a 60 horas semanais, dentro das quais há um máximo de 24 horas de plantão. Além disso, é assegurado ao residente um dia de folga semanal, e férias de 30 dias seguidos ao ano. Entre 10% e 20% de sua carga horária deve estar destinada a atividades teóricas.

Na presente pesquisa, encontrou-se mais de 67% dos residentes cumprindo uma carga horária de trabalho superior a 60 horas semanais, e 50% de todos os residentes consultados trabalhavam de 80 e 100 horas por semana, chegando, em algumas ocasiões, a 140 horas.

Podemos comparar essa situação com a relatada por Engels (2008), que descreve ricamente as condições de trabalho no capitalismo do século XIX, quando os operários viviam em situação de grande miséria e trabalhavam 12, 15 e até 18 horas por dia. Considerando que aqueles trabalhadores não tinham direito a descanso semanal, os que trabalhavam 12 horas diárias cumpriam uma jornada semanal de 84 horas, os que trabalhavam 15, de 105 horas, e quem trabalhava 18 horas diárias, cumpria um total de 126 horas por semana. Essas condições são impensáveis para os dias atuais. No entanto, em pleno século XXI, há uma parcela da classe trabalhadora sendo mais explorada que os operários do capitalismo nascente do século XIX: os médicos residentes.

Se as jornadas semanais insalubres do século XIX eram inaceitáveis para os operários da Inglaterra, cabe indagar por que os médicos residentes se submetem a jornadas ainda superiores? Por que isso vem ocorrendo há tanto tempo, sem mudanças significativas?

Friedman, Bigger e Kronfeld (1973) sugerem duas hipóteses para explicar a manutenção desse sistema de treinamento médico. A primeira é de que a residência médica funciona como um rito de iniciação para uma sociedade de elite, na qual se espera do iniciante que seja capaz de tolerar formas específicas de sofrimento. Ele é estimulado a isso pelos seus superiores, mediante uma espécie de desafio: “se eu passei por isso, você também deve passar”. A segunda hipótese sugere que o residente, privado de sono, realiza um desejo inconsciente – amplamente compartilhado por médicos – de possuir habilidades e poderes que transcendem o humano. Advertem os autores que acreditar que uma pessoa que é repetidamente mantida acordada ao longo de 36 ou mais horas possa desempenhar suas funções eficientemente é negar suas limitações humanas.

No contato com os residentes participantes da presente pesquisa, a ideia do rito de passagem pode estar embutida na naturalização que eles faziam de sua condição. Muitos entendiam que ao escolherem cursar a residência, teriam que aceitar as condições impostas, entre as quais a longa jornada de trabalho.

Marx (1996) afirma que o limite máximo da jornada de trabalho é duplamente determinado. Por um lado, pela limitação física do trabalhador; por outro, pelos limites morais, relacionados às necessidades espirituais e sociais. A ideia dominante entre os residentes de que aquelas condições foram previamente aceitas permite distender o limite social.

Nessa linha de pensamento, há autores que explicam a manutenção desse sistema de treinamento como forma de exploração da força de trabalho necessária à reprodução do modo de produção capitalista. No capitalismo, todo processo de trabalho está voltado para a produção de mais-valia. Mesmo nos casos em que a residência ocorre em hospitais públicos, a lógica permanece. Produz-se o que Arouca (2003) denomina de mais-valia indireta. Nessa perspectiva, o que interessa é a máxima produtividade – maior número de procedimentos possível pelo menor custo possível – a fim de obter a reprodução da força de trabalho para o capital da forma mais barata possível. Tal finalidade subordina todo o resto.

Desse modo, o processo de trabalho da residência constitui, antes e acima de tudo, um processo de exploração máxima do médico residente, que é obrigado a produzir o máximo com a mínima remuneração possível. O processo de ensino-aprendizagem, também constituinte do processo de trabalho do médico residente, é, portanto, subordinado à finalidade maior de produção de mais-valia. Nesses termos, é perfeitamente compreensível que a residência médica não se modifique significativamente e venha funcionando, há tantos anos, de uma forma que explora e adoce os residentes com tanto prejuízo da aprendizagem.

Cabe destacar aqui que as péssimas condições de trabalho, comparáveis com aquelas apresentadas entre os operários na época da Revolução Industrial, devem-se à forma mais primitiva de extração da mais-valia, a mais-valia absoluta.

Também para Machado (1998), a residência médica tem, entre outras, a finalidade de adaptar o médico iniciante ao mundo do trabalho médico atual, que há muito deixou de contar com um profissional liberal e, cada vez mais, tem exigido um típico trabalhador assalariado.

### **Excesso de responsabilidade**

Small (1981) destaca, entre os possíveis contribuintes para o estresse do residente, a responsabilidade no cuidado ao paciente. Segundo pesquisa de Machado (1997), entre as razões mais destacadas pelos residentes para o grande desgaste que experimentam está o excesso de responsabilidade.

No presente estudo, 45% do total dos residentes e 100% dos residentes da cirurgia geral responderam que lhes são atribuídas responsabilidades em excesso, e apenas 6,9% responderam que isso 'nunca' ocorre.

### **Tarefas sem importância**

Sobre esse tema, 45% dos residentes responderam que sentem que lhes atribuem tarefas sem importância, as quais esvaziam de conteúdo o seu trabalho. Segundo Freitas, Heloani e Barreto (2008), atribuir tarefas sem sentido aos trabalhadores caracteriza uma forma de assédio moral, com prejuízo importante para a saúde dos mesmos.

Segundo o sítio *Assédio Moral no Trabalho*, composto pelos pesquisadores acima, entre outros,

o/a trabalhador/a humilhado/a ou constrangido/a passa a vivenciar depressão, angústia, distúrbios do sono, conflitos internos e sentimentos confusos que reafirmam o sentimento de fracasso e inutilidade.

Passam a conviver com depressão, palpitações, tremores, distúrbios do sono, hipertensão, distúrbios digestivos, dores generalizadas, alteração da libido e pensamentos ou tentativas de suicídio que configuram um cotidiano sofrido. É este sofrimento imposto nas relações de trabalho que revela o adoecer, pois o que adoce as pessoas é viver uma vida que não desejam, não escolheram e não suportam (*Assédio Moral no Trabalho*, s.d.).

### **Sentimento de culpa**

Chama a atenção, neste estudo, o frequente sentimento de culpa que os médicos residentes carregam, por diversos motivos: culpa por não estudar o suficiente, culpa por não saber o que julgam que deveriam saber e culpa por errar. Millan, Rossi e De Marco (1990) e De Marco, Rossi e Millan (1992) observaram que os estudantes de Medicina apresentam culpa pelo que não sabem e sentem-se paralisados pelo medo de errar, sendo tomados por "sentimentos de desvalia e impotência, que, muitas vezes, são responsáveis por ideias de abandono do curso, depressão e suicídio" (Millan, Rossi e De Marco, 1990, p. 138).

Para Wekstein (1979), os elevados índices de suicídio encontrados entre estudantes de medicina e médicos estão relacionados, além do sentimento de perda da onipotência, onisciência e virilidade, idealizadas por muitos aspirantes à carreira médica, à crescente ansiedade pelo temor de falhar.

Quanto ao sentimento de culpa por errar, chamam a atenção os altíssimos percentuais de residentes que o referem. O percentual apresentado para essa questão entre os residentes da cirurgia geral foi de 20%, o mais baixo

dentre todas as especialidades. Nesse caso particular, deve-se considerar que as repercussões de erros em cirurgias podem ser muito mais imediatas e irremediáveis do que em outras intervenções médicas.

Essa questão exige profunda reflexão, uma vez que seus reflexos expõem os médicos residentes ao sofrimento e também porque impõem aos pacientes uma condição de atendimento inadequado, cujas consequências sobre a saúde podem trazer grande prejuízo ou até a morte.

### **Desamparo do preceptor**

Os erros frequentemente cometidos que acarretam os sentimentos de culpa nos médicos residentes poderiam ser evitados ou minorados com a presença mais constante do preceptor. A aprendizagem na residência médica pressupõe a prática médica supervisionada, a troca de conhecimentos e experiência, a observação do modo de agir do preceptor diante dos diferentes casos, a orientação para o estudo e para a estruturação da linha de pensamento clínico (Nogueira-Martins, 2005), o que requer o apoio consistente da figura do preceptor.

Quando se observam as respostas relativas ao amparo do preceptor para a tomada de decisões, 58,4% dos residentes da clínica médica responderam sentir-se 'sempre' ou 'quase sempre' desamparados, assim como para os 40% na cirurgia geral, 33,3% na ginecologia e obstetrícia, e 8% na pediatria. Esse dado, quando relacionado com a jornada de trabalho, revela que 27,5% dos médicos residentes que trabalham de 80 a 100 horas semanais se sentem desamparados pelo preceptor para a condução dos casos, contra 22,3% daqueles cuja jornada semanal de trabalho é de, no máximo, 60 horas.

Ainda sobre esse tema, encontrou-se, por outra parte, que 100% dos residentes da cirurgia geral, 90% dos residentes da clínica médica e 67% dos residentes da ginecologia e obstetrícia têm outros profissionais ou residentes com quem tirar as dúvidas. Se tal situação, por um lado, traz algum tipo de amparo que beneficia o médico residente, por outro, não garante a qualidade da orientação pretendida quando realizada pelo preceptor.

### **Sofrer com o sofrimento do paciente**

No Brasil, Nogueira-Martins (2005) destaca, entre os médicos, o contato intenso e frequente com a dor e o sofrimento dos pacientes. Segundo Machado (1997), entre as razões mais importantes para o desgaste dos médicos residentes encontra-se a relação com a vida e a morte dos pacientes (12%).

Na presente pesquisa, 34% dos participantes afirmaram que sofriam com o sofrimento dos seus pacientes; 60% dos residentes da pediatria e da cirurgia geral afirmaram ter esse sentimento, enquanto na clínica médica e

na ginecologia e obstetrícia 17% afirmaram que quase sempre sofriam com isso.

### **Preparo para transmitir más notícias**

Outra causa de insegurança e sofrimento que acomete o médico residente observada nesta pesquisa é a falta de preparo para transmitir más notícias aos pacientes e familiares. A transmissão desse tipo de notícia, ou das notícias difíceis, termo largamente usado pelo Instituto Nacional de Câncer do Brasil (Inca), tem merecido bastante atenção entre os profissionais envolvidos com pacientes acometidos por doenças graves. O protocolo Spikes foi criado para orientar profissionais quanto a essa comunicação.

Afonso e Minayo alertam para o fato de que as notícias difíceis

envolvem a comunicação nas suas diversas formas – verbal, não verbal, de linguagem corporal e de emoções –, requerendo dos médicos uma habilidade que, na maioria das vezes, não foi abordada nem desenvolvida durante sua formação, de modo que a comunicação é apontada por eles como uma tarefa dolorosa e desgastante (2013, p. 2.749).

A formação médica, em geral, tem sido inadequada para o preparo em comunicar o diagnóstico e para o relacionamento com a família do paciente (Queiroz et al., 2013). Os temas ‘morte’ e ‘morrer’ também têm sido negligenciados pelas instituições de formação, o que gera sofrimento para os profissionais e estudantes quando enfrentam a questão na prática, além de levá-los a condutas inapropriadas diante dos pacientes que vivenciam o processo (Santos e Hormanez, 2013).

No presente estudo, quando indagados se sofrem ao transmitir más notícias aos pacientes e familiares, 77% dos residentes da pediatria afirmam que ‘sempre’ ou ‘quase sempre’ sofrem. Dos residentes da clínica médica, 42% responderam afirmativamente a essa questão, da ginecologia e obstetrícia, 67% sofrem, e da cirurgia geral, 20%. Apenas 23% dos residentes da pediatria se dizem preparados para transmitir más notícias aos pacientes e familiares. O mesmo sentimento ocorre entre 75% dos residentes da clínica médica, entre 83% dos da ginecologia e obstetrícia, e 100% dos residentes da cirurgia geral.

A correlação dos dados demonstra que, apesar dos residentes da clínica médica e da ginecologia e obstetrícia afirmarem sentir-se preparados, acabam sofrendo ao transmitir as más notícias. Tal fato, muito provavelmente, traduz o tipo de preparo recebido na residência.

Para Blaya (1967), na formação médica existe uma desvalorização do preparo psicológico dos médicos. Ao lado do forte investimento na aquisição

dos conhecimentos técnico-científicos, há um evidente desprezo aos aspectos emocionais do médico em formação, resultando dessa formação um profissional que, embora bem equipado com conhecimentos médico-científicos, ressen-te-se da possibilidade de usá-los adequadamente devido à angústia e à depressão que lhe provoca o paciente.

### **Sentimentos predominantes**

Quando questionados sobre os sentimentos predominantes ligados à residência médica, mais de 30% dos médicos participantes da pesquisa responderam que não se sentem aprendendo, mais de 50% que não se sentem motivados, 62,1% sentem-se cansados, 41,4% sentem-se estressados e 39,7% sentem-se explorados. Todas essas condições, evidentemente, não contribuem para o melhor atendimento aos pacientes, nem para a aprendizagem.

Segundo Klein (2011), o processo de ensino-aprendizagem, além de exigir condições pedagógicas adequadas, local apropriado e tempo suficiente, requer, também, do educando, condições psicológicas que permitam a atenção e a concentração necessárias à reflexão que o esforço de aprendizagem demanda.

### **Considerações finais**

Os resultados obtidos contribuem para a compreensão dos processos de determinação da saúde-doença dos sujeitos da pesquisa. Evidencia-se a elevada jornada de trabalho semanal, o elevado número de horas contínuas no plantão, a falta de supervisão e o trabalho realizado sob estresse como manifestações do processo de trabalho do médico residente (nível particular). Tal processo de trabalho constitui, antes e acima de tudo, um processo de exploração máxima da força de trabalho do residente – destrutivo para a saúde –, cuja expressão, em cada indivíduo (nível singular), se dá pela percepção de responsabilidade e trabalho em excesso, sentimentos de sofrimento e culpa, adoção de um estilo de vida não saudável e elevado rastreamento positivo para transtornos mentais não psicóticos dos médicos residentes. No entanto, esse processo de trabalho constitui, ao mesmo tempo, um processo de ensino-aprendizagem – protetor da saúde –, mesmo que subordinado e prejudicado pela predominância da necessidade de exploração máxima da força de trabalho.

É o processo geral de produção de mais-valia – necessidade permanente do capital –, que explica e determina as condições de exploração a que estão submetidos os médicos residentes, configurando seu modo particular de vida, que determina, por sua vez, os limites e possibilidades de comportamentos, saudáveis ou não, assim como os processos biológicos que caracterizam os indivíduos dessa fração da classe trabalhadora.

Os médicos residentes se estressam, deprimem-se e, segundo a literatura, tentam o suicídio com mais frequência que a população em geral, além de apresentarem hábitos de vida não saudáveis. Na nossa perspectiva, não estão *expostos* a fatores de risco, tal como apontado pela literatura. Comportam-se assim pelo modo particular de vida que lhes é *imposto*, o qual, por sua vez, é determinado pelo modo de produção de nossa sociedade.

A insistência em destacar os nexos de determinação entre as instâncias singular, particular e geral no processo de formação nas residências médicas se dá no sentido de superar as tentativas de solução, óbvias e ineficientes, tradicionalmente apresentadas para melhorar as condições de vida do médico residente. Focadas quase que exclusivamente na ação sobre os indivíduos, procuram fazê-los adquirir hábitos saudáveis e adaptá-los às condições insalubres para que nelas sobrevivam; quando essas tentativas de solução ousam abordar o modo particular de vida dos residentes, as ditas condições de vida, elas constituem discursos vazios, cartas de (boas) intenções ou pregações morais, clamando para a humanização das relações de trabalho ali instituídas. As duas perspectivas centram a solução na vontade e na atitude dos indivíduos e, se as mudanças não ocorrem, é porque tais indivíduos não fazem a sua parte. Os autores desta investigação querem deixar muito evidente sua compreensão de que a intervenção em tais níveis da realidade é necessária, mas absolutamente insuficiente. Se não forem alterados os processos mais gerais que determinam os seus limites de possibilidades, o modo de vida dos médicos residentes e os hábitos de cada um deles não poderão modificar-se substantivamente. Enquanto a prioridade absoluta for a exploração máxima do trabalhador, a saúde e o aprendizado dos residentes nunca serão prioritários.

Cabe lutar pelo fim da exploração da força de trabalho. É intolerável que jovens com uma vida tão promissora pela frente, como é o caso dos residentes, sofram a ponto de atentar contra a própria existência devido às condições que lhes são impostas, num processo que deveria ser saudável e produtor de aprendizagem para uma atuação humana e competente.

Não se deve limitar a ação à adaptação desses profissionais às condições indignas de vida e de morte que lhes são impostas. Infelizmente é o que se faz quando se medicaliza seu sofrimento e quando se adotam perspectivas que, sem qualquer constrangimento, naturalizam a subordinação das condições de trabalho às necessidades do capital.

A tomada de medidas paliativas continuará sendo necessária, mas apenas como parte daquelas medidas cujo objetivo final é construir outra sociedade, não se aceitando, em nenhuma hipótese, a subordinação da vida à produção da mais-valia, o valor de troca acima do valor de uso, o trabalho abstrato sobre o trabalho concreto.

## Colaboradores

Thais Carla Huk Sponholz foi responsável pela concepção do projeto de pesquisa, aquisição dos dados, análise estatística e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Michele Thais Sartori e Ana Paula Sellucio Marques colaboraram na concepção do projeto de pesquisa, aquisição dos dados, interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque executou a concepção do projeto de pesquisa, interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Marcelo José de Souza e Silva e Paulo de Oliveira Perna colaboraram na interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

**Resumen** El sufrimiento de los médicos-residentes causado por sus condiciones de trabajo es descrito abundantemente en la literatura. Las condiciones, muchas veces inaceptables, impostas a ese tipo de trabajador, además de objeto de producciones científicas, son de pleno conocimiento entre aquellos que trabajan en el área de la salud y de la educación médica. El presente estudio fue realizado en 2010 con el objetivo de describir los principales aspectos de esas condiciones en dos hospitales públicos de Curitiba (Paraná, Brasil) y reflejar sobre los motivos y mecanismo de la reproducción de la mayoría de ellas. Fue realizado un estudio transversal, a partir de la aplicación de cuestionarios, para la explicitación de los procesos críticos protectores y destructivos de la salud de los médicos-residentes. De los cien médicos-residentes del primero año en actividad en los hospitales estudiados, 58 participaron de la investigación. Los resultados demuestran elevada jornada de trabajo semanal, elevado número de horas continuas de trabajo, falta de supervisión y alta carga de estrese. El proceso de trabajo se caracteriza por la subordinación del enseño-aprendizaje a la exploración de la fuerza de trabajo de los residentes, se constituyendo más como destructivo do que como protector de su salud.

**Palabras clave** salud del trabajador; residencia médica; proceso de trabajo; exploración.

## Notas

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

<thahuk@gmail.com>

Correspondência: Rua Padre Camargo, 280, 7º andar, Alto da Glória, CEP 80060-240, Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

<mchlsartori@gmail.com>

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

<anapaula\_sell@hotmail.com>

<sup>4</sup> Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Comunitária, Curitiba, Paraná, Brasil  
<guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Comunitária, Curitiba, Paraná, Brasil.  
<marcelojss@gmail.com>

<sup>6</sup> Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Curitiba, Paraná, Brasil.  
<poperna1@gmail.com>

<sup>7</sup> Episodic cognitive impairment, chronic anger, pervasive cynicism, and family discord occur in nearly all cases, usually in a benign form. Severely affected house officers, however, may also suffer from major depression, suicidal ideation, and substance abuse. Possible contributing stresses include sleep deprivation, excessive work load, patient care responsibility, perpetually changing work conditions, and competition.

<sup>8</sup> Segundo Marx (1996), mais-valia significa a parte do valor produzido por um determinado trabalhador na produção que supera o valor necessário para produzir o seu salário e que não é paga pelo patrão. Quando a mais-valia é obtida pela extensão da jornada de trabalho, Marx denomina de mais-valia absoluta; quando obtida pelo aumento da produtividade, mais-valia relativa.

## Referências

AFONSO, Selene B. C.; MINAYO, Maria C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos ocupediatras: revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2.747-2.756, 2013.

ARNETZ, Bengt B. Working hours of medical residents and house staff. *Journal of Occupational Medicine*, Londres, v. 33, p. 843-844, 1991.

AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO. *Danos da humilhação à saúde* (s.d.). Disponível em: <[www.assediomoral.org/spip.php?article5](http://www.assediomoral.org/spip.php?article5)>. Acesso em: 5 fev. 2014.

BLAYA, Marcelo. A relação médico-paciente. *Revista Psiquiatria Dinâmica*, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 52-65, 1967.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Informação Legislativa. Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 set. 1977. Disponível em: <[http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=80281&tipo\\_norma=DEC&data=19770905&link=s](http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=80281&tipo_norma=DEC&data=19770905&link=s)>. Acesso em: 3 maio 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.514, de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades

- do médico-residente, e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 out. 2011. Disponível em: <www.planalto.gov.br/CCIVIL\_03/\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12514.htm>. Acesso em: 3 maio 2014.
- BREILH, Jaime. *Epidemiologia, política e saúde*. São Paulo: Editora da Unesp, 1991.
- DE MARCO, Orlando L. N.; ROSSI, Eneiza; MILLAN, Luiz R. Considerações acerca do “erro médico” e de suas implicações psicológicas. *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria - Asociación Psiquiátrica de la América Latina*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 67-70, 1992.
- ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- FREITAS, Maria E.; HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo: Cengage, 2008.
- FRIEDMAN, Richard C.; BIGGER, Thomas J.; KORNFELD, Donald S. The intern and sleep loss. *The New England Journal of Medicine*, v. 285, n. 4, p. 201-203, jul. 1971.
- FRIEDMAN, Richard C.; BIGGER, Thomas J.; KORNFELD, Donald S. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, Washington DC, v. 48, n. 5, p. 436-441, maio 1973.
- GRANDA, Edmundo; BREILH, Jaime. *Saúde na Sociedade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- KLEIN, Bianca L. Escola para o trabalhador: o direito à educação posto à prova. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO E MARXISMO, 5, 2011, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2011.
- LIMA, Flavia D. et al. Síndrome de *burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.
- MACHADO, Maria H. (org.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- MACHADO, Maria H. A profissão médica no contexto de mudanças. In: GOULART, Flávio A. A.; CARVALHO, Gilson C. M. (orgs.). *Os médicos e a saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 181-198.
- MARX, Karl. *O capital: crítica à economia política*. Livro I. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.
- MILLAN, Luiz R.; ROSSI, Eneiza; DE MARCO, Orlando L. N. O suicídio entre estudantes de medicina. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 145-149, 1990.
- MEJIA, Raúl. et al. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*, Buenos Aires, v. 65, n. 4, p. 295-301, 2005.
- MOTA, Maria C. Dietary patterns, metabolic markers and subjective sleep measures in resident physicians. *Chronobiology International*, Londres, v. 30, n. 8, p. 1.032-1.041, 2013.
- NOGUEIRA-MARTINS, Luiz A. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, São Paulo, v. 20, n. 9, p. 355-364, 1991.
- NOGUEIRA-MARTINS, Luiz A. *Residência médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- NOGUEIRA-MARTINS, Luiz A.; JORGE, Miguel R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 28-34, mar. 1998.
- PIKOVSKY, Oleg et al. The impact of sleep deprivation on sleepiness, risk factors and professional performance in medical residents. *Israel Medical Association Journal*, Ramat Gan, v. 15, n. 12, p. 739-744, 2013.

- QUEIROZ, Ana H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013.
- SANTOS, Kionna O. B.; ARAÚJO, Tânia M.; OLIVEIRA, Nelson F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009.
- SANTOS, Manoel A.; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013.
- SMALL, Gary W. House officer stress syndrome. *Psychosomatics*, Oxford, v. 22, n. 10, p. 860-869, out. 1981.
- THOMAS, Caroline B. What becomes of medical students: the dark side. *The Johns' Hopkins Medical Journal*, Baltimore, v. 138, n. 5, p. 185-195, maio 1976.
- VAILLANT, George E.; BRIGHTON, Jane R.; MCARTHUR, Charles. Physicians' use of mood-altering drugs: a 20 year follow-up report. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 282, p. 365-370, fev. 1970.
- VAILLANT, George E.; SOBOWALE, Nancy C.; MCARTHUR, Charles. Some psychological vulnerabilities of physicians. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 287, n. 8, p. 372-375, ago. 1972.
- VALKO, Robert J.; CLAYTON, Paula J. Depression in the internship. *Diseases of the Nervous System*, Memphis, v. 36, n. 1, p. 26-29, jan. 1975.
- VELÁSQUEZ-PÉREZ, Leora; COLIN-PIANA, Ricardo; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Margarita. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, México DC, v. 149, n. 2, p. 183-195, 2013.
- WEKSTEIN, Louis. *Handbook of suicidology*. New York: Brunnel/Magel, 1979.
- WERNER, Edwenna R.; KORSCH, Barbara M. The vulnerability of the medical student: posthumous presentation of L.L. Stephen's ideas. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 57, n. 3, p. 321-328, mar. 1976.

Recebido em 29/05/2014

Aprovado em 21/10/2014