

Contexto de Trabalho e Riscos Psicossociais na Residência Médica em Ortopedia

Barbara Rodrigues Cortez^{1,*}, José Carlos Miranda Cordeiro Júnior²,
Mateus Estevam Medeiros-Costa³

¹ <http://orcid.org/0000-0002-8245-4449> / Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Brasil

² <http://orcid.org/0000-0002-1646-8463> / Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Brasil

³ <http://orcid.org/0000-0003-2242-6259> / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil

Resumo

Poucos estudos averiguam o contexto de trabalho e os riscos psicossociais da residência médica. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o contexto de trabalho, os possíveis transtornos mentais comuns, *Burnout* e ideação suicida entre preceptores e residentes do Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia de um hospital escola. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem mista, onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e aplicadas em Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, Questionário de Saúde Geral (v.12), Escala de Caracterização de *Burnout*, Questionário de Ideação Suicida e o questionário sociodemográfico. Os preceptores e residentes consideram boas suas condições de trabalho, mas as relações socioprofissionais e organização do trabalho são críticas. Este estudo evidenciou uma predominância de transtornos mentais com níveis moderados, assim como os escores de *Burnout* apresentaram índices baixos. As principais queixas estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, estresse, insônia, ansiedade, com a incidência de um caso de ideação suicida. A partir desta pesquisa, foi possível perceber a necessidade de implementação de dispositivos interventivos com a finalidade de conscientizar e promover o apoio socioprofissional na residência médica de ortopedia e traumatologia.

Palavras-chave: condições de trabalho, riscos psicossociais, residência médica.

Work Context and Psychosocial Risks of Medical Residency in Orthopedics

Abstract

Some studies have the objective of investigating the work context and the psychosocial risks of medical residency. Therefore, the objective of this study was to analyze the work context, the communal mental upheavals, the agitation, and the suicidal ideation between preceptors and residents of the Medical Residency Program in Orthopedics and Traumatology at a university hospital. This is a case study, with a mixed focus, in which semi-structured interviews were carried out and applied to the Work Context Assessment Scale, General Health Questionnaire (v.12), Burnout Characterization Scale, Suicidal Ideation Questionnaire, and a socio-demographic survey. The medical residency studied had good working conditions, but socio-professional relationships and work organization were critical. It showed a prevalence of mental disorders with moderate levels, and low scores related to burnout. The main complaints are related to work overload, stress, anxiety, and a case of suicidal ideation. It is necessary to implant interventional devices, in order to promote socio-professional support in the medical residency of orthopedics and traumatology.

Keywords: work conditions, psychosocial risks, medical residency.

Contexto Laboral y Riesgos Psicossociales en la Residencia Médica en Ortopedia

Resumen

Pocos estudios tienen como objetivo investigar el contexto laboral y los riesgos psicossociales de la residencia médica. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el contexto laboral, los posibles trastornos mentales comunes, *Burnout* y la ideación suicida entre preceptores y residentes de lo Programa de Residencia Médica en Ortopedia y Traumatología de un hospital escolar. Se trata de un estudio de caso, con enfoque mixto, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas y aplicadas la Escala de Evaluación del Contexto de Trabajo, Cuestionario de Salud General (v.12), Escala de Caracterización de *Burnout*, Cuestionario de Ideación Suicida y el cuestionario sociodemográfico. La residencia médica estudiada tenía buenas condiciones de trabajo, pero las relaciones socioprofesionales y la organización del trabajo eran críticas. Este estudio mostró una prevalencia de trastornos mentales con niveles moderados, así como las puntuaciones de *Burnout* presentaron índices bajos. Las principales quejas están relacionadas con la sobrecarga de trabajo, el estrés, el insomnio, ansiedad, con la incidencia de un caso de ideación suicida. A través de esta pesquisa, fue posible percibir la necesidad de implementación de dispositivos intervencionistas con el fin de concienciar y promover el apoyo socio profesional en la residencia médica de ortopedia y traumatología.

Palabras clave: condiciones de trabajo, riesgos psicossociales, residencia médica.

Sabe-se que os médicos estão diariamente submetidos a fatores estressores e, em muitos casos, em más condições de trabalho, especialmente aqueles que desenvolvem suas atividades na residência médica. Os residentes estão propensos a inúmeros riscos psicossociais, pelas longas horas em plantão, as noites de sono perdidas em serviço e a pressão psicológica de transpor à prática os conhecimentos advindos da graduação. Esses fatores são possíveis preditores ao desgaste emocional presente no contexto de trabalho da residência médica (Vasconcelos & Medeiros-Costa, 2020).

Já a preceptoria é pautada na integração entre ensino-serviço e a atividade desenvolvida pelo preceptor torna-o ora profissional de saúde, ora educador (Autonomo, Hortale, Santos, & Botti, 2015). Na maioria dos casos, o preceptor desenvolve sua função em ambientes inadequados às atividades de ensino, não se sentindo capacitado e estimulado, o que prejudica a formação dos residentes. O treinamento e desenvolvimento de médicos e demais profissionais para a preceptoria ocorre durante o período de trabalho, sendo um desafio devido à demanda e sobrecarga de trabalho (Sant'Ana & Pereira, 2016).

Tais aspectos colocam em voga a necessidade de investigações mais robustas, que tomem como cenário o contexto de trabalho da residência médica. Na literatura nacional são encontrados estudos acerca do processo de trabalho (Botti & Rego, 2011), mas, são escassos estudos que viabilizem conjuntamente a análise entre o contexto de trabalho e riscos psicossociais como depressão, estresse, qualidade de vida, síndrome de *burnout* e ideação suicida (Valizadeh, Borimnejad, Rahmani, Gholizadeh, & Shahbazi, 2016).

O contexto de trabalho elenca a relação material, organizacional e social, retratada na atividade de trabalho e nas estratégias de mediação tanto individuais quanto coletivas, as quais se fazem necessárias para a concretização do trabalho. Assim sendo, esse fenômeno se divide em três dimensões: *Organização do Trabalho, Relações Socioprofissionais e Condições de Trabalho* (M. C. Ferreira & Mendes, 2008).

Já o sofrimento mental aqui retratado é mais conhecido pelo termo transtorno mental comum (TMC) e está atrelado a sintomas como insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, fadiga, queixas somáticas, sintomas depressivos e ansiosos. Embora não apresentem critérios formais para transtornos do humor ou transtornos específicos de ansiedade, tais sintomas causam incapacidade funcional e sofrimentos a seus portadores (Port & Amazzarray, 2019).

A Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de *Burnout*, como é comumente conhecida, foi empregada pela primeira vez, em 1974, por Herbert Freudenberger, ao analisar que jovens voluntários estavam sem estímulo originado da escassez de energia emocional e acometidos por sensações de esgotamento. Afora esses sintomas, Freudenberger elencou sintomas depressivos, fadiga, inflexibilidade e irritação como manifestações sintomáticas do *burnout*. No início década de 1980, as pesquisadoras Christina Maslach e Susan Jackson conceituaram a síndrome de *burnout* enquanto manifestação recorrente do estresse interpessoal, crônico e contínuo vivenciado no contexto de trabalho. Posteriormente, em 1999, Christina Maslach e Michael Leiter caracterizaram a síndrome em três grandes fatores: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Alvarenga Moreira, Souza, & Yamaguchi, 2018).

No tocante ao suicídio entre médicos, poucos são os estudos que viabilizam investigar as condições e riscos psicossociais que contribuem para a manifestação do comportamento suicida dessa categoria. Destaca que o comportamento suicida se distingue em três facetas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio con-

sumado. Pensamentos, pretensões, declarações acerca de querer morrer ou idealização da morte e o pensamento sobre como tal ação iria mexer com as pessoas fazem parte da ideação suicida (Santa & Cantilino, 2016).

Os fatores classificados em investigações epidemiológicas como associados ao risco elevado de suicídio são as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e psicossociais. Dentre as variáveis psicossociais, estão, como exemplo: agressividade, depressão, desesperança, impulsividade, alcoolismo e uso de substâncias químicas e psicoativas. Para tanto, se faz necessário compreender o nexo entre suicídio e trabalho, com a finalidade de viabilizar meios de prevenção. Afora a complexidade desse fenômeno, poucas são as comunicações científicas que visam explorar a temática (Cortez, Veiga, Gomide, & Souza, 2019).

Percebe-se a importância de averiguar o contexto de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da residência médica. Esta pesquisa visa preencher essa lacuna e, toma como objetivo analisar o contexto de trabalho, transtornos mentais comuns, burnout e ideação suicida entre preceptores e residentes do Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia de um hospital da capital pernambucana.

Método

Trata-se de um estudo de caso, transversal, exploratório-descritivo, que congrega técnicas quantitativas e qualitativas.

Participantes

Participaram do estudo nove médicos (seis residentes e três preceptores) que responderam aos questionários. Posteriormente, dois residentes e um preceptor, voluntariamente, participaram da entrevista semiestruturada norteada por um roteiro que explora questões sobre o contexto de trabalhos e os riscos psicossociais. A amostra deste estudo ficou constituída por homens com idade de $38,22 \pm 10,02$ anos (variando entre 29 a 62 anos), casados ou em união estável (66,7%) e com filhos (66,7%). A maior parte possui pós-graduação (77,8%) e trabalha mais de 48h por semana (77,8%).

Instrumentos

A entrevista semiestruturada teve a finalidade de explorar questões acerca do contexto de trabalho e riscos psicossociais. Tal procedimento ocorreu de modo flexível, visto que no momento de sua realização, os entrevistados também tinham autonomia para conduzir a direção das entrevistas, o roteiro serviu apenas como norteador (Viana & Machado, 2011).

Foram aplicados: um questionário sobre o perfil sociodemográfico dos participantes, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) (Ferreira & Mendes, 2008), o Questionário de Saúde Geral (QSG-12; Borges & Argolo, 2002), a Escala de Caracterização de *Burnout* (ECB; Tamayo & Tróccoli, 2009) e o Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Ferreira & Castela, 1999).

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT). Em dados técnicos, a EACT se divide em três fatores: Organização do Trabalho (11 itens, confiabilidade de 0,72), Condições de Trabalho (10 itens, com confiabilidade de 0,89) e Relações Sociais de Trabalho (10 itens, com confiabilidade de 0,87), empregando a escala do tipo Likert de cinco pontos (Ferreira & Mendes, 2008).

Questionário de Saúde Geral (QSG-12). O QSG-12 foi validado para o contexto brasileiro e mensura os TMC. O instrumento, em sua configuração original, é composto de 60 itens. Goldberg formulou em seguida várias outras versões, com um

número cada vez menor de itens (30, 20 e 12 itens). Nesse caso, o presente estudo utilizará a versão de 12 itens. As questões são respondidas por meio de uma escala tipo *Likert* de quatro pontos (Borges & Argolo, 2002).

Escala de Caracterização de Burnout (ECB). A ECB avalia a incidência do *burnout*, por meio de 35 itens distribuídos em três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional). A ECB é respondida em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos variando de “Nunca” (1) a “Sempre” (5) (Tamayo & Tróccoli, 2009).

Questionário de Ideação Suicida (QIS). O QIS avalia a gravidade dos pensamentos e cognições suicidas. Esse instrumento é composto por 30 itens, tipo *Likert* com sete alternativas de resposta, desde “Nunca tive este pensamento” (1) até “Quase todos os dias” (7) (Ferreira & Castela, 1999).

Procedimentos de Coleta de Dados e Cuidados Éticos

A amostra por conveniência foi o critério chave para a participação-seleção dos sujeitos. Para atender a Resolução nº 466/2012/CNS/MS/CONEP, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 20501819.2.0000.9030).

Procedimentos de Análise de Dados

Procedimentos de análise do discurso foram adotados no tratamento das entrevistas, nesse caso as entrevistas transcritas são discursos “produzidos a partir de lugares definidos na organização e estruturação sociais e endereçados a interlocutores que, supostamente, compartilham a mesma comunidade discursiva e uma mesma história coletiva” (Machado, 2005, p. 60).

Com o auxílio do programa SPSS (v. 22.0) se deram as análises estatísticas descritivas, como média (*M*), desvio-padrão (*DP*) e intervalos de frequência. A clusterização serviu para verificar a prevalência do contexto de trabalho, transtornos mentais comuns, síndrome de *burnout* e ideação suicida, embasados pelos intervalos da escala de resposta da EACT, QSG-12, ECB e QIS, nos níveis baixo, moderado e alto. A comparação das médias foi empregado o teste *t* para amostras independentes. Para verificar a natureza da relação entre as variáveis estudadas foram realizadas regressões lineares múltiplas.

A consistência das escalas foi testada através do alfa de Cronbach (α) e os coeficientes foram classificados da seguinte

forma: < 0,60 = inadequados; 0,60 a 0,69 = fidedignidade marginal; 0,70 a 0,79 = aceitável; 0,80 a 0,89 = boa; e 0,90 ou mais = excelente (Hair Jr., Black, Babin & Anderson, 2014). A EACT apresentou coeficientes alfa de Cronbach entre 0,84 a 0,95, o que demonstra uma boa-excelente consistência interna e a adequação do instrumento para fins de análise sobre o contexto de trabalho. Semelhante, a ECB (coeficientes alfa de Cronbach entre 0,91 e 0,95) e QIS ($\alpha = 0,99$) possuem uma excelente consistência. Já o QSG-12 manteve índices aceitáveis para Redução da Autoeficácia e Tensão Emocional e Depressão, com 0,71 e 0,77, respectivamente.

Resultados

Avaliação do Contexto de Trabalho, Transtornos Mentais Comuns, Burnout e Ideação Suicida

A Tabela 1 mostrou que as condições de trabalho do hospital estudado são satisfatórias ($1,77 \pm 0,81$), mas a organização de trabalho ($3,09 \pm 0,81$) e as relações socioprofissionais ($2,4 \pm 0,72$) possuem escores médios moderados, esse dado indica que os sujeitos estão submetidos a uma “situação-limite” (M. C. Ferreira & Mendes, 2008). Eles também manifestam TMC com níveis moderados, sendo que sintomas de redução da autoeficácia foram mais acentuados que sensações de tensão emocional e depressão, com escores médios de $2,09 \pm 0,16$ e $1,87 \pm 0,59$, simultaneamente. A exaustão emocional ($2,20 \pm 0,73$), desumanização ($1,87 \pm 0,86$) e decepção no trabalho ($1,96 \pm 0,76$) apresentaram escores médios baixos. A pontuação da ideação suicida, varia entre um mínimo de 0 e o máximo de 65,9 pontos. Nesse estudo, a soma dos escores médios foi $52,9 \pm 56,7$ e demonstra que a maioria da população estudada se encontra fora de risco.

Através da clusterização, verificou-se a prevalência do contexto de trabalho e dos riscos psicossociais apreendidos (TMC, *burnout* e ideação suicida), ao subdividir os participantes em subgrupos, de acordo com seus escores médios. Foi possível verificar seis configurações para o contexto de trabalho (1º Seção), três combinações da manifestação de transtornos mentais comuns (2º Seção) e síndrome de *burnout* (3º Seção), e duas configurações de ideação suicida (4º Seção), conforme mostra a Tabela 2. s testados empiricamente que considerem a experiência profissional e acadêmica, quanto pela análise dos fatores laborais e organizacionais através de metodologias qualitativas que o fenômeno exige.

Tabela 1

Análises descritivas do contexto de trabalho, transtornos mentais comuns, burnout e ideação suicida

Seções	Fatores	M	DP	Intervalos %			
				x≤2	2<x≤3	3<x≤4	x>4
1º Seção - Contexto de Trabalho	Condições de Trabalho	1,77	0,81	55,6	33,3	11,1	-
	Organização do Trabalho	3,09	0,81	11,1	22,2	55,6	11,1
	Relações Socioprofissionais	2,4	0,72	33,3	44,5	22,2	-
				Intervalos %			
2º Seção - Transtornos Mentais Comuns	Redução da Autoeficácia	2,09	0,16	55,6	44,4-		
	Tensão Emocional e Depressão	1,87	0,47	66,7	33,3-		
				Intervalos %			
3º Seção - Síndrome de <i>Burnout</i>	Exaustão Emocional	2,20	0,73	33,3	44,5	22,2	-
	Desumanização	1,87	0,86	77,8	-	22,2	-
	Decepção no Trabalho	1,96	0,76	77,8	-	22,2	-
				Intervalos %			
4º Seção - Ideação Suicida	Pensamento suicida	52,9	56,7	88,9	-	11,1	

Tabela 2

Análise de Cluster que combina todos os níveis (baixo, médio e alto) do contexto de trabalho, transtornos mentais comuns, burnout e ideação suicida.

Seções	Variáveis	Configurações					
		1	2	3	4	5	6
1º Seção - Contexto de Trabalho	Condições de Trabalho	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo
	Organização do Trabalho	Baixo	Baixo	Médio	Médio	Médio	Alto
	Relações Socioprofissionais	Baixo	Médio	Baixo	Médio	Médio	Médio
	Número dos participantes	1	1	3	1	2	1
2º Seção - Transtornos Mentais Comuns	Configurações						
		1	2	3			
	Redução da Autoeficácia	Médio	Médio	Médio			
	Tensão Emocional e Depressão	Baixo	Médio	Alto			
	Número dos participantes	1	7	1			
3º Seção - Síndrome de <i>Burnout</i>	Configurações						
		1	2	3			
	Exaustão Emocional	Baixo	Médio	Médio			
	Desumanização	Baixo	Baixo	Médio			
	Decepção no Trabalho	Baixo	Baixo	Médio			
	Número dos participantes	6	1	2			
4º Seção - Ideação Suicida	Configurações						
		1	2				
	Pensamento Suicida	Baixo	Alto				
	Número dos participantes	8	1				

Conforme os dados da Tabela 2, boa parte dos participantes do estudo, alocados na configuração 3 ($N=3$), exibem níveis baixos para condições de trabalho e relações socioprofissionais, e níveis moderados para organização do trabalho. Na configuração 5 ($N=2$) estão os que apresentam níveis moderados para as três dimensões do contexto de trabalho (1º Seção).

Os participantes, na maioria dos casos ($N=7$), manifestaram níveis moderados de TMC, conforme demonstra a configuração 2 (2º Seção). Os sujeitos da configuração 1 exibem níveis baixos para *burnout* ($N=6$) (3º Seção), como também para ideação suicida ($N=8$) (4º Seção) e isso se classifica como um dado positivo. Contudo, a análise de cluster constatou um caso de pensamento suicida, conforme a configuração 2 (4º Seção). Trata-se de um caso preocupante que necessita de medidas interventivas.

Os valores do teste t indicam não existir diferenças entre o estado civil solteiro e casado ou união estável, pois a significância associada ao teste t foi superior ao estabelecido. Assim sendo, os fatores do contexto de trabalho, TMC, *burnout* e ideação suicida possuem variâncias e diâmetro médio superior a 0,05 (Tabela 3).

Na Tabela 3, pode ser visto que a variável nível escolar não apresentou diferenças estatisticamente entre os grupos. Mas, o teste t mostrou que a variável ter filho(s) apresenta diferenças significativas na manifestação de redução da autoeficácia ($p<0,01$). Constata-se que os participantes que trabalham mais de 48 semanas, geralmente, apresentam escores médios mais acentuados, sendo que o fator organização do trabalho apresentou diferenças ($p<0,001$). Já a atividade desenvolvida pelos residentes e preceptores manifestou diferenças no que diz respeito à organização do trabalho ($p<0,04$) e redução da autoeficácia ($p<0,05$), rejeitando, neste caso, a presunção de normalidade entre grupos.

A análise de regressão indicou que 31% da variância da ideação suicida pode ser explicada pelo contexto de trabalho. Neste caso, pode-se assinalar que quanto mais acometidos pela organização do trabalho ($\beta = 0,447$; $p = 0,34$) e condições de trabalho ($\beta = 0,126$; $p = 0,81$), maior o nível de ideação suicida. De modo oposto, quanto maior for o nível de relações socioprofissionais ($\beta = -0,679$; $p = 0,28$) menor a ideação suicida (Tabela 4).

No que se refere aos transtornos mentais comuns o modelo

mostrou-se responsável por 6% da variância da ideação suicida (IS). Nesse modelo, níveis maiores de tensão emocional e depressão ($\beta = 0,219$; $p = 0,65$) predizem níveis de pensamento suicida. Já a síndrome de *burnout* explica 2% da variância da ideação suicida, sendo que níveis elevados de decepção no trabalho ($\beta = 0,55$; $p = 0,82$) conseqüentemente predizer a IS. Inversamente, quanto maior a exaustão emocional ($\beta = -0,458$; $p = 0,78$) e desumanização ($\beta = -0,242$; $p = 0,94$) menor será a IS (Tabela 4).

Contexto de Trabalho e Riscos Psicossociais: Análise dos Discursos

Para explorar os aspectos intrínsecos e extrínsecos nos discursos dos participantes, adotou-se a leitura compreensiva e, as particularidades das ideias foram agrupadas em núcleos de sentidos, conhecidos também como categorias. Assim sendo, insurgiram três núcleos de sentidos: Condições de saúde e trabalho, Organização e processo de trabalho e Relações socioprofissionais.

O núcleo condições de saúde e trabalho reúne discursos sobre as condições físicas do trabalho, insegurança no trabalho, sobrecarga e riscos psicossociais. As condições físicas de trabalho na residência médica do hospital escola onde ocorreu o estudo são excelentes, conforme retratado nas narrativas: “A estrutura é boa. A parte física eu acho excelente” (Entrevistado 1); “...as condições são excelentes, espaço físico e de tudo. Isso. Adequado. [...] a temperatura adequada para todas as pessoas [...] são adequadas com padrão internacional. Nenhum problema” (Entrevistado 2); “As condições, eu acho que é bom, são perfeitas para se trabalhar” (Entrevistado 3).

Por outro lado, a flexibilização dos contratos de trabalho, a “judicialização da medicina”, a influência dos planos de saúde sob a relação médico-paciente, e as mudanças do contexto organizacional privado e do quadro administrativo causam insegurança entre os médicos. Tal advento é gerador de sofrimento e estresse.

Seria essa dificuldade inicial que eu falei, da falta de confiança. Sentindo falta de uma segurança de contrato de você, você tá aqui hoje, amanhã dependendo do que mudará, o gestor, pro-

Tabela 3

Teste t de comparação dos escores dos aspectos sociodemográficos no que se refere ao contexto de trabalho, transtornos mentais comuns, burnout e ideação suicida

		Estado civil			
Dimensão		Nº	M	DP	p
Condições Trabalho	Solteiro	3	2,27	1,10	0,22
	Casado ou União Estável	6	1,53	0,59	
Organização do Trabalho	Solteiro	3	3,64	0,31	0,17
	Casado ou União Estável	6	2,82	0,87	
Relação Socioprofissional	Solteiro	3	2,63	0,96	0,53
	Casado ou União Estável	6	2,28	0,66	
Redução da Autoeficácia	Solteiro	3	2,17	0,17	0,39
	Casado ou União Estável	6	2,06	0,17	
Tensão Emocional e Depressão	Solteiro	3	2,28	0,51	0,06
	Casado ou União Estável	6	1,67	0,33	
Exaustão Emocional	Solteiro	3	2,58	0,87	0,30
	Casado ou União Estável	6	2,01	0,65	
Desumanização	Solteiro	3	2,37	0,90	0,26
	Casado ou União Estável	6	1,63	0,82	
Decepção no Trabalho	Solteiro	3	2,36	0,89	0,31
	Casado ou União Estável	6	1,77	0,70	
Ideação suicida	Solteiro	3	3,01	3,28	0,17
	Casado ou União Estável	6	1,14	0,06	
		Nível escolar			
Condições Trabalho	Graduação	2	2,20	1,70	0,44
	Pós-Graduação	7	1,66	0,57	
Organização do Trabalho	Graduação	2	3,41	0,06	0,57
	Pós-Graduação	7	3,00	0,92	
Relação Socioprofissional	Graduação	2	2,50	0,42	0,84
	Pós-Graduação	7	2,37	0,82	
Redução da Autoeficácia	Graduação	2	2,00	0,00	0,41
	Pós-Graduação	7	2,12	0,19	
Tensão Emocional e Depressão	Graduação	2	1,75	0,12	0,71
	Pós-Graduação	7	1,90	0,54	
Exaustão Emocional	Graduação	2	1,88	0,29	0,50
	Pós-Graduação	7	2,30	0,81	
Desumanização	Graduação	2	1,50	0,57	0,52
	Pós-Graduação	7	1,99	0,94	
Decepção no Trabalho	Graduação	2	1,58	0,27	0,45
	Pós-Graduação	7	2,08	0,84	
Ideação suicida	Graduação	2	1,13	0,05	0,63
	Pós-Graduação	7	1,94	2,14	
		Tem filho(s)			
Condições Trabalho	Não	3	1,47	0,64	0,45
	Sim	6	1,93	0,89	
Organização do Trabalho	Não	3	3,67	0,29	0,14
	Sim	6	2,80	0,86	
Relação Socioprofissional	Não	3	2,50	0,95	0,79
	Sim	6	2,35	0,69	
Redução da Autoeficácia	Não	3	2,28	0,10	0,01
	Sim	6	2,00	0,11	

Tabela 3 (continuação)

Teste t de comparação dos escores dos aspectos sociodemográficos no que se refere ao contexto de trabalho, transtornos mentais comuns, burnout e ideação suicida

		Tem filho(s)			
Dimensão		Nº	M	DP	p
Tensão Emocional e Depressão	Não	3	2,17	0,67	0,21
	Sim	6	1,72	0,33	
Exaustão Emocional	Não	3	2,69	0,79	0,17
	Sim	6	1,96	0,63	
Desumanização	Não	3	2,27	0,99	0,38
	Sim	6	1,68	0,82	
Decepção no Trabalho	Não	3	2,33	0,92	0,34
	Sim	6	1,78	0,70	
Ideação suicida	Não	3	3,00	3,29	0,18
	Sim	6	1,14	0,05	
		Carga horária semanal			
Condições Trabalho	30 a 48 horas	2	1,80	0,42	0,97
	>48	7	1,77	0,92	
Organização do Trabalho	30 a 48 horas	2	1,77	0,58	0,00
	>48	7	3,47	0,29	
Relação Socioprofissional	30 a 48 horas	2	2,20	0,57	0,69
	>48	7	2,46	0,80	
Redução da Autoeficácia	30 a 48 horas	2	1,92	0,12	0,09
	>48	7	2,14	0,15	
Tensão Emocional e Depressão	30 a 48 horas	2	1,50	0,47	0,24
	>48	7	1,98	0,46	
Exaustão Emocional	30 a 48 horas	2	1,75	0,47	0,35
	>48	7	2,33	0,77	
Desumanização	30 a 48 horas	2	1,35	0,49	0,36
	>48	7	2,03	0,92	
Decepção no Trabalho	30 a 48 horas	2	1,54	0,22	0,41
	>48	7	2,09	0,84	
Ideação suicida	30 a 48 horas	2	1,13	0,00	0,63
	>48	7	1,94	2,14	
		Atividade desenvolvida			
Condições Trabalho	Residente	6	1,50	0,63	0,16
	Preceptor	3	2,33	0,97	
Organização do Trabalho	Residente	6	3,47	0,32	0,04
	Preceptor	3	2,33	1,05	
Relação Socioprofissional	Residente	6	2,40	0,86	1,00
	Preceptor	3	2,40	0,53	
Redução da Autoeficácia	Residente	6	2,17	0,15	0,05
	Preceptor	3	1,94	0,10	
Tensão Emocional e Depressão	Residente	6	2,00	0,49	0,28
	Preceptor	3	1,61	0,38	
Exaustão Emocional	Residente	6	2,38	0,83	0,35
	Preceptor	3	1,86	0,38	
Desumanização	Residente	6	2,05	1,00	0,44
	Preceptor	3	1,53	0,47	
Decepção no Trabalho	Residente	6	2,14	0,90	0,37
	Preceptor	3	1,62	0,20	
Ideação suicida	Residente	6	2,08	2,31	0,51
	Preceptor	3	1,12	0,02	

vedor, é outro agora, não quero mais o grupo. Você tem uma pergunta aí? Aí você sempre fica com pé atrás e inseguro [...] A gente, assim, se sente cada vez mais explorado pela questão mercantilista também. Os convênios mandando na relação médico-paciente, dizendo que é pode fazer, o que pode fazer, o que deve, só autoriza se mostrar isso” (Entrevistado 1).

Tabela 4
Regressão linear múltipla para verificar o impacto do contexto de trabalho sobre os transtornos mentais comuns e síndrome de burnout e ideação suicida

Variáveis	Ideação Suicida		
	B	β	
Contexto de Trabalho	Condições de Trabalho	0,293	0,126
	Organização do Trabalho	1,036	0,447
	Relações Socioprofissionais	-1,757	-0,679
			$R^2 = 0,31$ R^2 ajustado = -0,10 $R = 0,56$
Transtornos Mentais Comuns	Redução da Autoeficácia	-0,459	0,041
	Tensão Emocional e Depressão	0,869	0,219
			$R^2 = 0,06$ R^2 ajustado = -0,25 $R = 0,24$
Síndrome de Burnout	Exaustão Emocional	-1,181	-0,458
	Desumanização	-0,526	-0,242
	Decepção no Trabalho	1,640	0,667
			$R^2 = 0,02$ R^2 ajustado = -0,56 $R = 0,16$

A judicialização da medicina deixa todo mundo temeroso e isso é muito estressante. Muito estressante. No serviço privado, você por algum erro que cometa ou alguma coisa que dê errado, mesmo sem cometer erro, você pode ser eliminado do serviço e esse se torna muito estressante. E isso eu tenho certeza que diminui muito o tempo de vida da gente. Médicos vivem em média cinco anos a menos do que o resto da população. Lembrar que isso vai mudando de gestão, pode se mudar de filosofia de trabalho (Entrevistado 2).

Os procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, o trabalho sobreaviso, os plantões noturnos e, conseqüentemente, as noites mal dormidas, são geradores de sobrecarga de trabalho, que repercutem diretamente na saúde e no bem-estar do médico. O estresse, a ansiedade e a insônia são os riscos psicossociais mais recorrentes.

Só acho pesado quando é plantão noturno. Eu vim dar um aqui e fiquei morto no outro dia. Mas isso é uma limitação física mesmo e psicológica [...] Eu sinto, às vezes, um cansaço maior quando tem um ritmo maior, quando emenda uma coisa com a outra, chega na urgência e fica no outro dia (Entrevistado 1).

Sim. Demais. É extremamente estressante, noites mal dormidas, quanto antes de cirurgia complexa como depois de cirurgia complexa [...] porém, tem a questão do sobreaviso. Que é um trabalho, você tá aí na sua residência à disposição do hospital, que eu acho, às vezes, que é mais estressante do que o próprio estar no hospital. Então, quando você junta trabalho num espaço físico e trabalho num... sobreaviso, aí a sobrecarga grande. A sobrecarga grande. [...] Eu tenho insônia muito. Mas eu acho que tem a ver com ansiedade. Eu me preocupo muito com o amanhã. O trabalho traz sofrimento quando tem insucesso (Entrevistado 2).

A medicina é uma profissão muito estressante, muito estressante. Tem muita gente viciada, muito médico viciado em droga. Aí, o suicídio na parte médica deve ter, porque é o trabalho. O trabalho de médico não tem hora. Não tem hora pra nada. A gente trabalha muito (Entrevistado 3).

O núcleo Organização e Processo de Trabalho congrega narrativas que discorrem sobre a burocratização dos serviços e cobranças no trabalho. As normas de trabalho caracterizam-se como burocráticas, ao enfatizar processos de trabalho voltados ao preenchimento de documentos diante do computador, em vez de focalizar mais na relação médico-paciente.

Só que cada vez mais, assim... Estão colocando mais serviços que a meu ver é mais burocrático, de preencher isso, preencher aquilo, preencher a guia do convênio (Entrevistado 1).

...o currículo podia ser. Fluísse mais rapidamente e com menos burocracia. E isso daria mais tempo para você se dedicar diretamente ao paciente e não somente a papéis, a computador e... Olhar mais no paciente. A gente esquece de olhar o paciente e fica olhando a tela do computador (Entrevista 2).

Os preceptores detêm mais autonomia no trabalho, já os residentes são mais cobrados. Entretanto, esse modelo de gestão pautado em cobranças e metas é, muitas vezes, gerador de insatisfação.

...olha, tem que fazer isso, agora vai ter a meta e não pode demorar um minutinho, assim... Isso realmente é ruim, assim... Implica negativamente na satisfação (Entrevistado 1).

Sim. Intensas, imensas até. É... Acho que no serviço privado a cobrança ainda é maior do que o serviço público (Entrevistado 2).

A gente preceptor, a gente não recebe muita cobrança, não. É mais para o residente. O residente que é cobrado. A gente trabalha, mas não tem ninguém que fique cobrando a gente (Entrevistado 3).

A categoria Relações Socioprofissionais aglutinou discursos que retratam a boa relação interpessoal existente no hospital-escola estudado, onde há abertura de comunicação entre líder e colaborador. Além disso, constata-se a boa interação entre preceptores e residentes da residência médica.

A parte interpessoal que ainda não é 100%, assim... Algumas pessoas, você ainda, isso com relação a pessoas de direção, que você sempre tem um receio, na verdade. Uma falta de confiança plena [...] Abrir um canal de diálogo, aceitar receber ideias, absorver críticas também, de uma maneira positiva e não pessoal, basicamente isso (Entrevistado 1).

Acho muito boa, acho muito boa. Acesso fácil, você tem acesso tanto ao nível inferior, quanto a provedoria, a alta cúpula. Se você tiver alguma coisa que queira conversar, o hospital é aberto a conversar, a negociar, a dar ideias, a escutar ideias e, quando é possível, de fazer esse faz logo, eu acho que. Eu que o hospital é bem em aberto para isso [...] A relação é boa, mas como toda empresa, há certas inseguranças e também não se pode falar tudo que quer, mas de uma certa forma, eu acho esse hospital muito tranquilo em relação a isso até agora (Entrevista 2)

A relação é boa [...] mas a interação é boa (Entrevistado 3).

Concomitantemente, é perceptível a insegurança e a falta de confiança entre os trabalhadores. Desse modo, se fazem necessárias a promoção da liberdade de expressão e a comunicação entre as partes, a fim de fortalecer as relações interpessoais e os laços afetivos na residência médica.

Discussão

Este estudo permitiu explorar o contexto de trabalho e riscos psicossociais da residência médica em ortopedia e traumatologia de um hospital-escola pernambucano. Quanto ao contexto de trabalho, as condições físicas são satisfatórias. Já as relações socioprofissionais, embora boas, necessitam ser fortalecidas. A liberdade de expressão, a comunicação e a confiança são ferramentas indispensáveis para a efetivação do trabalho em saúde. Esses fatores sustentam as relações socioprofissionais e a qualidade do cuidado. É preciso a colaboração da equipe de forma horizontal para estabelecer relações de confiança e vínculo afetivo (Pinheiro et al., 2015).

A situação da organização de trabalho é preocupante, podendo reverberar sobre a saúde e o bem-estar dos médicos. Esse quadro requer medidas interventivas a curto e a médio prazo (Ferreira & Mendes, 2008). Os aspectos mais críticos referem-se à burocratização e às cobranças de trabalho. Queixas semelhantes são encontradas em outros estudos que versam sobre a falta de autonomia profissional (Reis, Cecílio, Andrezza, Araújo, & Correia, 2018). Considera-se que as exigências e cobranças podem contribuir com a burocratização no atendimento, comprometendo o diálogo autêntico e a comunicação interprofissional (Previato & Baldissera, 2018).

A população estudada manifestou reduzida autoeficácia, o que demonstra que os médicos sentem dificuldade em executar as atividades que lhe competem. Há aqueles que possuem predisposição a sintomas depressivos. A tendência a desenvolver esses sinais também é verificada em outras investigações que adotaram o QSG-12 (Medeiros-Costa, Maciel, & Gurgel, 2018). Porém, no rastreamento epidemiológico realizado junto aos residentes, constatou-se sintomatologia depressiva em 81% dos casos e houve associação significativa entre sintomas depressivos e consumo de bebida alcoólica (Gabriel et al., 2007). Por outro lado, os preceptores se sentem estressados devido à dupla atividade desempenhada e isso favorece a manifestação de morbidades físicas e mentais (Tolomelli de Paula, Ortiz Sanchez, Camargo Tereza, Alves Maia, & Ribeiro de Castro, 2018).

No presente estudo, não houve incidência da síndrome de *Burnout*. Mas, em investigações estrangeiras, esse prevalência varia em 50% a 74%, e no Brasil, a ocorrência foi de 50% a 81,5%. A dualidade de papéis exercida pelos preceptores e residentes torna o trabalho da residência médica, indubitavelmente, suscetível a

manifestação do *burnout* (Bond et al., 2018).

Constatamos um caso de ideação suicida na amostra estudada, mas não conseguimos identificar o participante. Desse modo, medidas interventivas e de conscientização foram adotadas, informando sobre a saúde mental e suicídio. O número crescente de suicídio entre a categoria está atrelado ao temor de falhar e isso exige profunda reflexão, já que gera sofrimento e coloca os pacientes numa condição de atendimento inapropriado (Sponholz et al., 2016). A taxa de suicídio entre os médicos é mais elevada do que a da população geral. Numa amostra constituída por 2.000 estudantes e residentes de medicina, 6% relataram ideação suicida. Para a ideação suicida, os dados são mais difíceis de mensurar, já que nem sempre ela é notificada ou externalizada pelos indivíduos que pensam sobre isso e nem pelas pessoas com quem vivem (Santa & Cantilino, 2016).

O estresse, a ansiedade e os distúrbios do sono são os riscos psicossociais mais invocados e estão relacionados à sobrecarga de trabalho. O esgotamento físico e mental derivado da sobrecarga de trabalho é o maior preditor de insatisfação. Ademais, é mais difícil para os médicos atingirem as metas estabelecidas quando estão submetidos a tais situações (Tolomelli de Paula et al., 2018). A fim de propor meios à prevenção e tratar complicações advindas do estresse ocupacional, um estudo retrospectivo evidenciou que, dos 233 jovens profissionais que participaram da intervenção: 52,4% faziam uso-abuso de bebidas alcoólicas, 11,6% pensou em cometer suicídio e 3,4% já havia tentado suicídio. Destaca-se que os médicos residentes atendidos= apresentaram aumento acentuado de estresse (Fagnani Neto, Obara, Macedo, Cítero, & Nogueira-Martins, 2004). Em outro estudo junto a residentes norte-americanos, verificou-se que o abuso ou dependência de álcool e a depressão são duas vezes maiores que da população em geral, já a ideação suicida é três vezes mais e o estresse ocupacional é cinco vezes mais quando comparado (Lebares et al., 2017).

Outro problema vivenciado na residência são os distúrbios do sono, resultante das longas horas de trabalho. Em casos de insônia, os médicos recorrem regularmente ao álcool ou a medicamentos para conseguir dormir (Handel, Raja, & Lindsell, 2006). A queda no desempenho dos médicos está relacionada às jornadas prolongadas com plantões noturnos, além das queixas de alterações do humor que reverberam tanto na vida profissional quanto na vida pessoal (Gaspar, Moreno, & Menna-Barreto, 1998). As jornadas prolongadas podem afetar a capacidade de raciocínio, de ater informações, de resolução na tomada de decisões e interpretação de exames. Tais situações vivenciadas nas residências médicas, em longo prazo, poderão provocar déficit cognitivo, prejuízo da saúde geral e da qualidade de vida (Araújo, Arar, & Moura, 2019).

Nessa pesquisa, houve diferença significativa em relação à organização do trabalho experienciada pelos médicos que desenvolvem suas atividades entre 30 a 48 horas e por aqueles que trabalham mais de 48 horas semanais. A organização do trabalho é constituída pelas normas impostas, formal ou informalmente, que norteiam as concepções e práticas de recursos humanos no local de trabalho (Ferreira & Mendes, 2008).

A carga horária semanal sugerida pelo Ministério da Educação não pode exceder 60 horas semanais, mas não é cumprida, por estar ultrapassada. No estudo realizado na residência de pediatria, 74% dos médicos trabalhavam além das 60 horas e 30% mais de 80 horas semanais. Esses casos não ocorrem somente no Brasil. Há evidências que médicos estrangeiros trabalham, em média, 83 horas semanais (Pastura, Barboza, Albernaz, & Fernadez, 2019). À vista disso, 60 horas semanais corresponde à intensificação do trabalho na residência e segue contrária às lutas trabalhistas no que diz respeito à carga horária de 30 horas semanais. Essa discussão é extremamente necessária nos espaços organizativos e instâncias

legais dos programas de residência, a fim de construir outros marcos legais que prossigam na perspectiva de revisão desta extensa carga horária (Rodrigues, 2016).

As variáveis sociodemográficas são consideradas possíveis preditores à saúde psíquica. Possuir filhos pode servir como influenciador no processo saúde-doença. Tal variável pode ser capaz de promover apoio social, o que permite ao sujeito sentir-se acolhido diante de situações adversas. No nosso caso, os médicos que não possuem filhos apresentaram maior predisposição à redução da autoeficácia (Medeiros-Costa et al., 2018).

Dentre os construtos averiguados no presente estudo, a organização do trabalho foi o maior preditor da ideação suicida. Isso ocorre porque a intensificação das novas formas de organização do trabalho, baseadas na flexibilização, na busca incessante por resultados, em metas intoleráveis e nas práticas de violência têm intensificado a manifestação do sofrimento no trabalho que, por sua vez, pode levar ao suicídio. O suicídio no trabalho é um aviso brutal de sofrimento ao grupo de trabalho e à empresa, de modo geral (Dejours & Bègue, 2010).

No estudo conduzido por Araújo et al. (2019), a qualidade de vida de residentes de ortopedia brasileiros foi conferida e os índices variaram entre bom a muito bom. Mesmo não havendo fortes fatores causais de ideação suicida, possíveis intervenções podem ser adotadas, tais como: fortalecimento dos relacionamentos interpessoais, cuidados de saúde e sono, promover espaços de diálogo entre trabalhadores dos programas de residência e serviços de saúde, estimular meios de prevenção e controle dos riscos psicossociais no trabalho e lidar com situações adversas. Essas podem ser estratégias de enfrentamento que podem promover o bem-estar no trabalho (Cavalcanti, Lima, Souza, & Silva, 2018). Outras autoras sugerem a capacitação e o desenvolvimento de habilidades sociais como modelo de ação, com a finalidade de promover formação humana, emocional e profissional (Santa & Cantilino, 2016).

Como limitações do estudo, aponta-se que não foi possível a participação de todos os que compõem a residência médica estudada. A investigação envolveu apenas residentes e preceptores de um único hospital, caracterizando-se como estudo de caso, o que inviabiliza generalizações. Por ser um estudo transversal, não pode inferir causalidade. Além disso, a aplicação de instrumentos quantitativos tende a subestimar os níveis do contexto de trabalho, dos transtornos mentais, do *burnout* e da ideação suicida experimentados.

Por fim, ações interventivas necessitam ser implantadas, com a finalidade de conscientizar e promover apoio socioprofissional, além da (re)organização de trabalho. Sugerem-se novas investigações que explorem os fenômenos que circunscrevem a atividade de trabalho de residentes e preceptores.

Referências

Alvarenga Moreira, H., de Souza, K. N., & Yamaguchi, M. U. (2018). Síndrome de *Burnout* em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(3), 01-11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>

Araújo, A. L. D. S. L., Arar, F. C., & Moura, E. P. (2019). Avaliação da Qualidade de Vida dos Residentes de Ortopedia Brasileiros. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 219-227. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190105>

Autonomo, F. R. D. O. M., Hortale, V. A., Santos, G. B. D., & Botti, S. H. D. O. (2015). A Preceptorial na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária—Análise das Publicações Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 316-327. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>

Bond, M. M. K., Oliveira, M. S. D., Bressan, B. J., Bond, M. M. K., Silva, A. L. F. A. D., & Merlo, Á. R. C. (2018). Prevalência de *Burnout* entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 97-107. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3>

Borges, L. O., & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1(1), 17-27. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000100003&lng=pt&tlng=pt

Botti, S. H. D. O., & Rego, S. T. D. A. (2011). Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 65-85. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>

Cavalcanti, I. L., Lima, F. L. T. D., Souza, T. D. A., & Silva, M. J. S. D. (2018). *Burnout* e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 190-198. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170078>

Cortez, P. A., Veiga, H. M. D. S., Gomide, A. P. D. Á., & Souza, M. V. R. D. (2019). Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 19(1), 523-531. <http://doi.org/10.17652/rpot/2019.1.14480>

Dejours, C., & Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer*. Brasília: Paralelo, 15, 128.

Fagnani Neto, R., Obara, C. S., Macedo, P. C. M., Citero, V. A., & Nogueira-Martins, L. A. (2004). 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. *São Paulo Medical Journal*, 122(4), 152-157. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802004000400004>

Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida. Em M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Orgs), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 123-130) Braga: APPORT/SHO.

Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. B. (2008). Contexto de Trabalho. Em M. M. M. Siqueira. (Org.), *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão* (pp. 111-123). Porto Alegre: Artmed.

Gabriel, S., Izar, L., Tristão, C., Toledo, J., Ribeiro, D., Pina, S., Franzin, L., & Job, J. (2007). Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de medicina. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 7(3), 15-19. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/330>

Gaspar, S., Moreno, C., & Menna-Barreto, L. (1998). Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(3), 239-245. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000300013>

Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*. 7ª ed. London: Pearson.

Handel, D. A., Raja, A., & Lindsell, C. J. (2006). The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC health services research*, 6(136), 01-08. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-136>

Lebares, C. C., Guvva, E. V., Allen, I. E., Ascher, N. L., O'Sullivan, P., & Epel, E. S. (2017). *Burnout* in US Surgery Residents: Do Year of Training and Mindfulness Matter?. *Journal of the American College of Surgeons*, 225(4 Supl. 2), e20. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.07.575>

Machado, M. N. M. (2005). Uma metodologia para a pesquisa do domínio social histórico. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 9, 57-64. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6746>

Medeiros-Costa, M. E., Maciel, R. H., & Gurgel, F. F. (2018). Transtornos mentales comunes y síndrome de *burnout* en agentes penitenciarios. *Ciencia e Trabajo*, 20(61), 36-41. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492018000100036>

Pastura, P. S. V. C., Barboza, N. N. D., Albernaz, A. L. G., & Fernandez, H. G. C. (2019). From *Burnout* to the “Balint Group” Strategy: Experience with Pediatric Residents of a Tertiary Care Hospital. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(2), 32-39. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180135>

Pinheiro, D. G. M., Scabar, T. G., Maeda, S. T., Fracoli, L. A., Pelicioni, M. C. F., & Chiesa, A. M. (2015). Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e sociedade*, 24, 180-188. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100014>

Port, R. M., & Amazzarray, M. R. (2019). Transtornos mentales comuns e fatores associados em trabalhadores bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 19(1), 515-522. <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.1.13326>

Prevatio, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 2), 1535-1547. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>

Reis, D. D. O., Cecílio, L. C. D. O., Andreazza, R., Araújo, E. C., & Correia, T. (2018). Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(8), 2651-2660. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.16672016>

Rodrigues, T. de F. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. *Serviço Social e Saúde*, 15(1), 71-82. <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>

- Santa, N. D., & Cantilino, A. (2016). Suicídio entre médicos e Estudantes de medicina: revisão de Literatura a review of Literature on Suicide among Doctors and medical Students. *Revista brasileira de educação médica*, 40(4), 772-780. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>
- Sant'Ana, E. R. R. D., & Pereira, E. R. S. (2016). Preceptorial médica em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 204-215. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e00542014>
- Sponholz, T. C. H., Sartori, M. T., Marques, A. P. S., Albuquerque, G. S. C. D., Silva, M. J. D. S., & Perna, P. D. O. (2016). Processo de Trabalho na Residência Médica: A Subordinação do Ensino-Aprendizagem à Exploração da Força de Trabalho Dos Residentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(Suppl. 1), 67-87. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025>
- Valizadeh, S., Borimnejad, L., Rahmani, A., Gholizadeh, L., & Shahbazi, S. (2016). Challenges of the preceptors working with new nurses: A phenomenological research study. *Nurse Education Today*, 44, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.021>
- Vasconcelos, N. A., & Medeiros-Costa, M. E. (2020). Avaliação do contexto de trabalho e *burnout* em residentes e preceptores. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(8), e3387. <https://doi.org/10.25248/rea.se3387.2020>
- Viana, E. A. D. S., & Machado, M. N. D. M. (2011). Sentido do trabalho no discurso dos trabalhadores de uma ONG em Belo Horizonte. *Psicologia e Sociedade*, 23(1), 46-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100006>
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB). *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 213-221. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300005>
- Tolomelli de Paula, D., Ortiz Sanchez, M., Camargo Tereza, C., Alves Maia, H., & Ribeiro de Castro, M. (2018). O Estresse e sua Influência na Saúde dos Profissionais de Enfermagem: O Caso dos Preceptores de uma Clínica Escola. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 1(2), 47-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.35383/cietna.v1i2.156>

Informações sobre os autores:

Barbara Rodrigues Cortez

Avenida Agamenon Magalhães, nº 4.760, Paissandu
52010-075 Recife, PE, Brasil
E-mail: barbara_cortez_@hotmail.com

José Carlos Miranda Cordeiro Júnior

E-mail: zecacordeiro@hotmail.com

Mateus Estevam Medeiros-Costa

E-mail: mateusestevam@gmail.com