

**CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL  
GERAL PARA A APRENDIZAGEM E PRÁTICA PROFISSIONAL**

**ADRIANE VIEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

vadri.bh@gmail.com

**FERNANDO COUTINHO GARCIA**

FACULDADE NOVOS HORIZONTES (NOVOS HORIZONTES)

fernando.coutinho@unihorizontes.br

**YASMINE FERNANDA FERREIRA CUNHA**

yasminefcunha@gmail.com

**RENATO RODRIGUES DA SILVA**

renatocolega@gmail.com

**PLÍNIO RAFAEL REIS MONTEIRO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG

preisufmg@gmail.com

# CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL GERAL PARA A APRENDIZAGEM E PRÁTICA PROFISSIONAL

## 1 INTRODUÇÃO

Em um mercado competitivo, as organizações precisam capacitar seus funcionários para realizarem suas atividades com qualidade e comprometimento, de modo a alcançar o desempenho máximo. No setor saúde não é diferente, o processo de aprendizagem tem como objetivo capacitar os profissionais para se adequarem às mudanças tecnológicas e proporcionar atualizações necessárias na prática clínica (BRAGA; MELLEIRO, 2009).

Nesse contexto a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) se consolida, orientada por alternativas formadoras mais flexíveis e participativas (MARTINS, 2005; SARRETA, 2009). A discussão sobre a importância da EPS surgiu nos anos 1980, no âmbito da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (FERRAZ *et al.*, 2012) e foi incorporada no Brasil pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação em saúde (BRASIL, 2004).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família – ESF), ficou evidente a necessidade de tornar o processo educativo mais integrado à realidade dos serviços, e de propiciar a apropriação das questões políticas e organizacionais do sistema pelos futuros profissionais. Esses acontecimentos impulsionaram a reorganização dos currículos nas residências médicas e, também promoveram o surgimento das residências multiprofissionais (FEUERWERKER, 1998; AMORETTI, 2005).

A residência se constitui em ensino de pós-graduação sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais qualificados. Durante o processo educativo, o residente vai constituir as bases da sua identidade profissional, que se apoia no desenvolvimento do clássico tripé psicopedagógico: conhecimentos; habilidades; e atitudes (MARTINS, 2005).

Criado no Brasil na década de 1940, o ensino propiciado pela residência médica se concentrou nos hospitais, e ao longo do tempo se tornou intensamente fragmentado em disciplinas por especialidades. Com o advento do SUS, fundamentos e conceitos anteriores, de uma medicina baseada na escuta dos problemas e no humanismo, que haviam sido deixados de lado, tiveram que ser resgatados pelos programas de residência, de modo a qualificar os profissionais para uma assistência integral e humanizada, preparando-os não apenas para um atendimento especializado, em nível hospitalar, mas também para os cuidados assistenciais em nível primário de atenção (AMORETTI, 2005).

No bojo desses acontecimentos surgiram as residências multiprofissionais em saúde, instituídas por meio da Lei nº 11.129/2005, art. 13, como estratégia de reorientação da atenção primária para a reorganização dos serviços públicos, embasados na lógica do SUS (SILVA *et al.*, 2014; ROSA; LOPES, 2010).

Partindo do pressuposto de que é imprescindível para o Estado brasileiro e para as organizações públicas ou privadas, educarem permanentemente os trabalhadores para a prestação de um serviço de qualidade, torna-se indispensável, também, avaliar se o investimento realizado impactou positivamente nas competências e na prática desses profissionais. Nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o impacto dos programas de residência em saúde no trabalho desses profissionais. A dificuldade de encontrar na literatura especializada um instrumento de avaliação para os programas de residência validado para a língua portuguesa, nos levou a tomar como referência teórica e

metodológica a escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (ITT) desenvolvida e validada por Abbad (1999), e revalidada por Pilati e Abbad (2005). A escala adotada na presente pesquisa está descrita no trabalho de Abbad, Gama e Borges-Andrade (2000). A partir de entrevistas com coordenadores dos programas e preceptores fizemos a adaptação do instrumento para o contexto das residências em saúde.

A variável ‘impacto do treinamento’ no trabalho é definida por Abbad, Gama e Borges-Andrade (2000) como a autoavaliação feita pelo próprio participante, acerca dos efeitos imediatos produzidos pelo treinamento em seus níveis de desempenho, motivação, autoconfiança e abertura às mudanças nos processos de trabalho. Abbad *et al.* (2012) esclarecem, ainda, que o impacto do treinamento se manifesta pela capacidade o indivíduo para a discriminação de conduta ou generalizações da aprendizagem em situações que extrapolam o ambiente de treinamento, estando relacionado com a transformação do treinamento (profundidade) ou com seus efeitos (amplitude).

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino da grande Belo Horizonte, vinculado ao SUS, que contava com um programa de residência médica e um programa de residência multiprofissional. O método de investigação escolhido foi o *survey*, com uso de questionário.

O estudo se justifica pela possibilidade de apontar potencialidades e limitações no treinamento promovido pelos programas de residência, por oferecer subsídios para a tomada de decisão dos gestores da área da saúde, e por estimular o debate sobre o tema no meio acadêmico. Outra importante contribuição é propor um questionário adaptados às condições brasileiras.

Na sequência do trabalho apresenta-se o referencial teórico que deu sustentação a análise de dados, e que abrangem três itens: treinamento e educação para o trabalho; educação em saúde e programas de residência; e avaliação do processo de aprendizagem. No item três deste artigo fazemos uma descrição da metodologia da pesquisa, no item quatro apresentamos e analisamos os dados coletados e, por fim, tecemos nossas considerações finais, apresentando as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Treinamento e educação para o trabalho: conceitos básicos

É comum que os conceitos de treinamento, desenvolvimento e educação sejam confundidos e utilizados para designar a mesma coisa. No entanto, eles são aspectos diferentes do mesmo espectro e podem ser interpretados como conceitos complementares.

Borges-Andrade (2002) definem treinamento como uma ação organizacional planejada de modo sistemático, que possibilita a aquisição de habilidades motoras, atitudinais ou intelectuais, assim como o desenvolvimento de estratégias cognitivas que podem tornar o indivíduo mais apto a desempenhar suas funções, atuais ou futuras.

Entre os propósitos mais tradicionais do treinamento estão àqueles relacionados à identificação e à superação de deficiências no desempenho dos trabalhadores, à preparação para novas funções e uso de novas tecnologias (BORGES-ANDRADE; ABBAD, 1996). O objetivo maior do desenvolvimento, por sua vez, é estimular o crescimento pessoal, sem necessariamente visar à melhoria do desempenho futuro (BORGES-ANDRADE, 2002), portanto, ele estaria mais baseado na autogestão da aprendizagem. A educação, por sua vez, se refere a “programas ou conjuntos de eventos educacionais de média e longa duração que visam à formação e qualificação profissional contínua dos trabalhadores” (VARGAS; ABBAD, 2006, p.145).

De acordo com Sampaio, Santos e Mesquida (2002), a educação é aquilo que alguém

conquistou ao fim de um processo em que interagem a prática e a teoria, a ciência e a técnica (*tekne*), o saber e o fazer. É um processo de vida, de construção e de experimentação. A rigor, é a passagem do 'ser' para o 'dever ser'. A educação tem, portanto, uma conotação lógica alimentada por uma ação teleológica, em um processo pleno de intersubjetividade.

A educação permanente em saúde (EPS) corresponde à educação em serviço a partir do momento que esta envolve os conteúdos, recursos e instrumentos para permitir a formação técnica submetida a um projeto de mudanças da orientação política de ações prestadas (CECCIM, 2005).

As vezes encontramos na literatura a utilização dos termos educação permanente e continuada como se fossem sinônimos. Apesar de ambos se referirem a educação para o trabalho e envolverem as atividades de ensino após a graduação (atualização), “no modelo convencional de educação continuada, geralmente, o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado” e nem sempre o investimento na capacitação de recursos humanos gera mudanças na prestação de serviços de saúde, porque se utiliza de metodologias tradicionais, enquanto a educação permanente se estrutura a partir das necessidades do processo de trabalho (MANCIA; CABRAL; LOERICH, 2004, p. 606). Sendo assim, a EPS propõe que as equipes de trabalho tomem os problemas da prática como objeto de reflexão, transformando um problema real em oportunidades de crescimento para os profissionais envolvidos (MOTTA *et al.*, 2002).

## 2.2 Educação permanente em saúde e programas de residência em saúde

A EPS é uma das responsabilidades sanitárias compartilhadas entre os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), definidas no Pacto de Gestão. Nessa perspectiva da educação, o perfil e as competências dos profissionais de saúde a serem promovidas devem estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, e as ações devem ser desenvolvidas em cenários concretos de prática (MARTINEZ-SILVEIRA; ODDONE, 2008; ANDRADE; MEIRELLES, 2011).

De acordo com Martins (2005), as residências em saúde constituem-se em uma modalidade de EPS, caracterizada por treinamentos em serviço, que funcionam em instituições de saúde, universitárias ou não.

A ideia de residência médica surgiu por volta de 1848, quando a associação médica americana manifestou interesse em um sistema de educação que utilizasse a rede de hospitais para o ensino. Essa modalidade de ensino privilegiaria o ensino prático da clínica e o adestramento no serviço, conformando em um novo tipo de formação de profissionais para a saúde. O emprego do termo 'residência' resultou do entendimento de que seria necessário residir na instituição onde a residência ocorreria, para que o médico ficasse à disposição do hospital em tempo integral (NUNES, 2003).

No Brasil, a residência médica teve seu início por volta de 1940, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os primeiros programas eram nas seguintes áreas de clínica médica e cirurgia. Logo após, em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro iniciou seu programa. Até a década de 1960, os programas de residência eram comuns apenas nos hospitais públicos tradicionais (NUNES, 2003; AMORETTI, 2005).

A residência médica foi instituída oficialmente pelo Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, com a duração de 2 a 3 anos, dependendo da especialidade, sendo que o residente deve cumprir a carga horária de 60 horas semanais, com carga horária mínima de 2800 horas, com 80 a 90% desta sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares (BRASIL, 2006).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, evidenciou-se a necessidade da criação de um novo profissional,

que soubesse aplicar os conhecimentos adquiridos na sua formação junto aos serviços de saúde e as comunidades. Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS), junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em Saúde da Família. A proposta de criação das residências foi construída em um seminário que tinha como uma de suas metas criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, com a criação de uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (OLIVEIRA; RISTOW; VOGT, 2009; ROSA; LOPES, 2009).

No ano de 2002 foram criadas 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar de forma integrada com todas as profissões da saúde. Os programas devem ter a duração mínima de 2 anos, com 60 horas semanais, podendo ser ofertados para as profissões: biologia; biomedicina; educação física; enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; veterinária; nutrição; odontologia; psicologia; serviço social; e terapia ocupacional (BRASIL, 2006).

Na área da saúde, tradicionalmente o governo federal tem investido um volume grande de recursos nos programas de residência médica e multiprofissional, promovendo, assim, a especialização dos profissionais em doze áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS): atenção básica; atenção ao câncer; saúde mental; enfermagem obstétrica; física médica; urgência/trauma; neonatologia; saúde bucal; intensivismo; saúde funcional e reabilitação; saúde coletiva; e atenção clínica especializada.

### 2.3 Avaliação do processo de aprendizagem e seus impactos

O processo de avaliação consiste em, julgar se os resultados obtidos justificam o investimento, em termos de algum critério de valor, à luz da informação disponível (SILVA, 2006). A literatura aponta alguns níveis de análise do impacto da educação em serviço, tais como: avaliação de reação, da aprendizagem, do comportamento e do resultado.

Para Pilati e Abbad (2005, p.43), sugerem que avaliação do impacto do treinamento/educação, envolva quatro etapas. A primeira é a *aquisição*, que resume-se em analisar os conhecimentos, habilidade e atitudes desenvolvidas na ação pontual de treinamento. A segunda é o da *retenção*, ou seja, o que o treinado consegue armazenar de informação na sua memória de curto prazo e transferir para a memória de longo prazo. A terceira etapa é a *generalização*, que consiste na aplicação do conteúdo do treinamento em situações diferentes daquelas usadas no ambiente instrucional. A quarta e última etapa é a *transferência de aprendizagem*, que pode ser entendida como um momento em que o treinado utiliza de forma eficaz os conhecimentos, habilidade e atitudes aprendidas em seu trabalho no treinamento (PILATI; ABBAD, 2005).

O impacto do treinamento no trabalho, segundo os autores, corresponde à autoavaliação feita pelo próprio treinando sobre os efeitos imediatos que o treinamento gerou sobre sua motivação, nível de desempenho, autoconfiança e abertura a mudanças nos processos de trabalho. Essa avaliação não necessariamente precisa ser feita pelo treinando, podendo ainda ser realizada pelos colegas, supervisores e até mesmo clientes.

Abbad, Gama e Borges-Andrade (2000) investigaram o relacionamento existente entre três dos mais tradicionais níveis de avaliação aos treinamentos: reação, aprendizagem e impacto do treinamento no trabalho. Como principais resultados do estudo, apontaram o forte relacionamento observado entre as variáveis de reações com os demais níveis. Ainda, encontraram correlação significativa e positiva entre reação e impacto do treinamento no trabalho, mas afirmam que o impacto do treinamento no trabalho nem sempre estará

correlacionado com resultados de aprendizagem.

Rosenberg *et al.* (2001), consideram que a avaliação e o *feedback* são componentes fundamentais e essenciais da educação médica graduada, para aprimorar o próprio processo de educação do residente e fornecer-lhes informações que lhes auxiliem no processo de aperfeiçoamento para o exercício da profissão. Os autores também tratam da importância de os residentes avaliarem regularmente o corpo docente e os preceptores, para aumentar a eficácia do programa educacional. Muitos fatores concorrem para a eficácia do programa:

De acordo com Bellini, Shea e Asch (1997), a avaliação realizada pelos residentes permite identificar pontos fortes e fracos de um programa de treinamento através dos olhos dos residentes, documentar o clima educacional do programa e dar aos residentes uma voz na estrutura do programa. Ainda de acordo com autores, apesar da importância da avaliação, são necessários instrumentos completos e customizados às necessidades de cada programada, que são difíceis de serem encontrados. Os existentes são direcionados a aspectos específicos do treinamento de residência, como o estresse e qualidade de vida (BUTTERFIELD, 1988) e competências desenvolvidas (HOLT; MILLER; NASCA, 2010). A própria escala apresentada por Bellini, Shea e Asch (1997), em nossa avaliação, focava muito mais aspectos da carga de trabalho e estilo de vida do que o ambiente educacional e o impacto dos programas de residência. Por esse motivo optamos pela adaptação dos instrumentos proposto por Abbad, Gama e Borges (2000) e Pilati e Abbad (2005).

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método de investigação escolhido foi o estudo transversal por meio de levantamento (*survey*), como objetivo estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, atitudes e crenças, explorando e analisando dados para criação, formalização e/ou renovação de áreas do conhecimento (BABBIE, 2001).

Os objetos de análise foram os programas de residência médica e multiprofissional, de um hospital de ensino da grande Belo Horizonte, vinculado ao Sistema Único de Saúde.

O levantamento da percepção dos residentes sobre o impacto do programa de residência médica e da residência multiprofissional aconteceu por meio de questionários com uma escala *likert* de cinco pontos, adaptado do modelo elaborado e validado por Abbad (1999) e revalidado por Pilati e Abbad (2005), e que também está descrito no trabalho de Abbad, Gama e Borges-Adrade (2000), denominado Impacto do Treinamento no Trabalho (ITT). A adequação do instrumento à realidade e linguagem da saúde aconteceu por meio de entrevistas, realizadas com quatro preceptores e dois residentes do Hospital para adequação da linguagem e incorporação de terminologias próprias da área da saúde e dos programas de residências. Na sequência foi realizado o pré-teste com cinco residentes escolhidos aleatoriamente e que não fizeram parte da pesquisa.

O instrumento aplicado possui quatro categorias, com um total de 56 itens que buscam analisar a percepção dos residentes em relação ao programa de residência médica e multiprofissional, e um campo específico para coletar informações sociodemográficas dos participantes. A Tabela 1 mostra o grupo de itens, bem como as condições de avaliação de cada um deles.

Tabela 1 - Grupo de itens e condição de avaliação do questionário

Categorias	Itens
Reação aos resultados, aplicabilidade da residência e expectativas de suporte	17
Reação à programação e apoio pedagógico	14
Reação ao desempenho do preceptor	14
Impacto da residência em amplitude	11
Total	56

Fonte: elaborado pelos autores.

As modificações realizadas nos blocos 1, 2 e 3 do questionário original foram as seguintes:

- Bloco 1: os 14 itens originais foram mantidos, com algumas adaptações gramaticais. O item 6 (possibilidade de aplicação no trabalho) foi substituído por: segurança e desempenho nas atividades; e produção de novos conhecimentos pelas equipes. O item 7 (clima propício) foi substituído por: identificação com as atividades; melhoria da relação entre as especialidades; reconhecimento da importância da residência no hospital; facilidade para comunicação com a equipe.

- Bloco 2: os 10 itens originais foram mantidos e acrescentados mais quatro: qualidade das aulas práticas; satisfação com o valor da bolsa de estudos; possibilidade de participação em aulas de outras especialidades; análise e discussão dos estudos de caso.

- Bloco 3: todos os 15 itens do questionário original foram alterados e substituídos por 14, em função das especificidades da função do preceptor.

- Bloco 4: este bloco foi respondido por aqueles que já estavam matriculados no programa de residência há um ano ou mais. Foram retirados os itens 7, 10, 11 e 12 do documento original, e foram acrescentados os itens: hoje compreendo o funcionamento do SUS; a qualidade do relacionamento com os usuários melhorou após a residência; a participação na residência me ofereceu oportunidades de inserção no mercado de trabalho.

Esse último bloco “mede os efeitos gerais do evento instrucional sobre o desempenho de tarefas relacionadas diretamente ou não ao conteúdo aprendido no curso” (ABBAD; PILATI; PANTOJA, 2003, p. 207). Enquanto o impacto em profundidade se refere aos objetivos de aprendizagem, aos comportamentos no nível individual e à eficácia do treinamento, o impacto em amplitude diz respeito aos objetivos do desempenho, aos efeitos da atuação individual no nível coletivo e à efetividade do treinamento (ABBAD *et al.*, 2012).

Para compor a amostra foi utilizado o critério de conveniência, sendo assim, o instrumento autoaplicado foi respondido pelos residentes que estavam presentes em sala de aula e nos locais de prática, não havendo qualquer critério de escolha das especialidades em saúde. Foram escolhidos aleatoriamente três dias para aplicação dos mesmos, no período da manhã. A residência médica contava com 124 médicos residentes e no final da aplicação obteve-se 65 questionários considerados válidos na pesquisa. A residência multiprofissional contava com 39 e foram obtidos 28 questionários válidos. Os sujeitos participantes foram devidamente informados sobre a natureza do trabalho. Dentre as informações fornecidas, destacou-se que a participação era voluntária e sem qualquer prejuízo daqueles que dela se negassem a participar. Todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados por meio do questionário foram analisados utilizando-se o programa o software *Microsoft Excel* para o cálculo e a apresentação das tabelas. A técnica utilizada foi a estatística univariada, visando investigar de forma isolada a relação entre cada variável explicativa sem levar em consideração o conjunto das variáveis em estudo. Para essa análise, foram apuradas a distribuição de frequências dos dados e o estabelecimento do posicionamento da unidade amostral, por meio de medidas de posição e tendência central (média), e medidas de dispersão (desvio-padrão).

Devido ao pequeno tamanho da amostra o instrumento ser validado em nova fase prevista para a pesquisa, com a inclusão de residentes de mais dois hospitais gerais.

Quanto ao perfil socioeconômico, 65% dos respondentes da medicina eram do sexo feminino; a idade média de 28 anos de idade, e 83% eram solteiros. Dos respondentes da residência multiprofissional, 93% eram mulheres, a idade média era de 28 anos, e 78,6% dos participantes eram solteiros. Em relação à formação acadêmica, o curso mais frequente foi fonoaudiologia correspondendo a 25% dos participantes, seguido dos cursos de enfermagem e

de fisioterapia, (21,4% cada), serviço social (17,9%), terapia ocupacional (7,1%) e nutrição e psicologia com, respectivamente, 3,6% de participação.

#### 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesse item apresenta-se a análise dos dados coletados nas quatro categorias da escala: reação aos resultados, aplicabilidade da residência e expectativas de suporte; reação à programação e apoio pedagógico; reação ao desempenho do preceptor; e impacto da residência em amplitude.

A Tabela 2 apresenta uma síntese comparativa da média de cada categoria nos dois programas de residência, bem como o desvio-padrão, que não passou de 1,07, indicando baixa dispersão dos escores.

Tabela 2 – Média de cada categoria por programa de residência

Categoria	Residência Médica		Residência Multiprofissional	
	Média	Desvio	Média	Desvio
Reação aos resultados, aplicabilidade da residência e expectativas de suporte	3,94	0,81	3,72	0,9
Reação à programação e apoio pedagógico	3,16	1,07	2,31	0,9
Reação ao desempenho do preceptor	3,80	0,87	2,82	1,1
Impacto da residência em amplitude	4,22	0,77	-	-

Fonte: dados da pesquisa.

As médias foram mais baixas para todas as categorias avaliadas na residência multiprofissional, em especial na ‘reação à programação e apoio pedagógico e ‘reação ao desempenho do preceptor’, com os escores 2,31 e 2,82, ocupando posição intermediária entre regular e bom. A categoria ‘resultados e aplicabilidade’ obteve média 3,72, ficando entre bom e muito bom. Não foi possível avaliar o impacto da residência multiprofissional em amplitude, porque a primeira turma de residentes (R1) ainda não havia completado um ano de inserção no programa, e os participantes do estudo foram orientados a não responderem este bloco de questões, considerando-se que tinham pouco tempo de prática.

Essa orientação está relacionada a própria origem e função da residência, uma forma de treinamento baseado em serviços, cuja prática diária permite ao aluno adquirir progressivamente novas competências técnicas e comportamentais, na medida em que ele é exposto à situações não artificiais do dia-a-dia, de forma planejada e acompanhada por profissionais qualificados (MELO *et al.*, 2014).

O programa de residência médica, por sua vez, já tinha mais de 10 anos de existência e todos os respondentes estavam matriculados no segundo ano (R2). Isso explica, em parte, o motivo das médias baixas na residência multiprofissional. Sendo um programa novo, o Hospital ainda enfrentava dificuldades no processo de implantação, como a preparação dos preceptores para o papel, e preparação de infraestrutura para a oferta das aulas e disponibilização de material de apoio didático, como exploraremos na sequência deste trabalho.

Na residência médica, a única categoria que obteve média acima de 4 pontos foi ‘impacto da residência em amplitude’, indicando uma percepção bastante positiva (entre muito bom e ótimo) dos residentes médicos, acerca dos efeitos produzidos pelo treinamento em seus níveis de desempenho, motivação, autoconfiança e abertura às mudanças nos processos de trabalho (ABBAD; GAMA; BORGES-ANDRADE, 2000).

A Tabela 3 apresenta a reação dos residentes quanto aos ‘resultados, aplicabilidade e expectativas de suporte dos programas’.

Segundo Gonçalves e Mourão (2011, p. 491), o significado mais comum do termo



reação é o de “resposta a uma ação qualquer por meio de outra ação que tende a anular a precedente”. A medida de reação tem sido utilizada por pesquisadores da área de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) com o intuito de compreender os resultados de treinamento, a partir das reações apresentadas pelos participantes após os eventos de capacitação. Da mesma maneira que os autores citados, utilizamos no presente estudo a definição de avaliação de reação de Abbad, Gama e Borges-Andrade (2000, p. 26): “o nível de satisfação dos participantes com a programação, o apoio ao desenvolvimento do curso, a aplicabilidade, a utilidade e os resultados do treinamento”.

Tabela 3 – Média e desvio padrão da categoria ‘reação aos resultados, aplicabilidade da residência e expectativas de suporte’ no programa de residência médica e multiprofissional

Item	Residência Médica		Residência Multiprofissional	
	Média	Desvio	Média	Desvio
Intenção de aplicar os conhecimentos no trabalho	4,48	0,70	4,36	0,99
Probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em equipe	4,15	0,86	4,21	0,79
Oportunidade de aplicar os conhecimentos	4,35	0,80	3,86	1,04
Estímulo para aplicar conhecimentos no trabalho	4,29	0,79	3,25	1,08
Probabilidade de melhorar o desempenho no trabalho	4,36	0,69	3,96	0,69
Reconhecimento correto das situações de aplicação	4,08	0,60	3,54	0,70
Integração com outros profissionais	3,94	0,83	4,25	0,70
Utilidade do conteúdo ensinado	4,29	0,71	3,43	1,00
Capacidade de transmitir os conhecimentos a outros	3,83	0,80	3,75	0,60
Assimilação dos conhecimentos	3,95	0,70	3,89	0,60
Identificação com as atividades da profissão	4,32	0,72	4,18	0,70
Melhoria da relação entre as especialidades	3,46	9,96	3,75	0,80
Reconhecimento da importância do residente para o hospital	3,45	1,14	2,93	1,10
Segurança no desempenho das atividades profissionais	3,48	0,92	3,86	0,80
Preparo para exercer a promoção da saúde a partir da identificação das necessidades dos usuários	3,62	0,83	3,43	0,95
Produção de novos conhecimentos pelas equipes	3,33	0,93	3,04	1,03
Maior facilidade para comunicação com o usuário e equipe	3,70	0,82	3,64	0,91

Fonte: Dados da pesquisa.

Todas as médias estiveram mais baixas para o programa de residência multiprofissional, comparativamente ao de residência médica, com exceção para os itens que dizem respeito a integração com outros profissionais (3,94 residência médica; 4,25 residência multiprofissional) e melhoria da relação entre as especialidade (3,46 e 3,75). Note-se que essa é a própria essência da residência multiprofissional, dado que reúne profissionais de diferentes formações na área da saúde com o propósito de os preparar para atuarem de forma abrangente e interdisciplinar, superando o modelo disciplinar fragmentado, com a construção de um currículo que articula os processos de ensino, pesquisa, gestão e assistência em equipe, com um tema transversal de cuidados abrangente (MELO *et al.*, 2014).

O escore mais baixos na residência multiprofissional foi o do item ‘reconhecimento da importância do residente para o hospital’ (2,93), o que remete ao resultado da pesquisa realizada por Vieira *et al.* (2015), que aponta para a baixa autoestima e falta de reconhecimento vivenciada por mulheres em algumas profissões da saúde, como enfermagem, nutrição, biomedicina e fisioterapia. Nesse item a média obtida entre os médicos alcançou a média 3,45, situada entre bom e muito bom, mas, mesmo assim, indica a necessidade de se dar mais atenção ao reconhecimento do trabalho desse grupo.

No caso da residência multiprofissional, os dados apontam, ainda para a necessidade de melhorar o estímulo para aplicar os conhecimentos no trabalho (3,25). Destacamos, também, que a ‘produção de novos conhecimentos pela equipes’ apresentou a menor média na residência médica (3,33) e a segunda menor média na multiprofissional (3,04), informando que os programas de residência não estão trazendo novidades em relação aos conhecimentos produzidos durante a discussão de casos pelas equipes, por exemplo, ou em relação ao que já foi assimilado na graduação. Esses resultados apontam para uma falha no cumprimento do propósito da residência, associada a falta de suporte para a reflexão sobre os problemas diários, desencadeando a busca por fatores explicativos e propostas de soluções que valorizem o aprender a aprender (MELO *et al.*, 2014).

Outro item que apresentou baixa pontuação nos dois casos foi ‘preparo para exercer a promoção da saúde a partir da identificação das necessidades dos usuários’ (3,62; 3,43). Isso alerta para o fato de que os programas de residência em saúde (nível terciário de assistência), podem não estar fazendo a devida ligação com a atenção primária, deixando de atingir um dos princípios do SUS, que é o de integralidade, ou seja, o de promoção da articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde: preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso (FRATINI; SAUPE, MASSAROLI, 2008)

Os itens que apresentaram média acima de 4 pontos na residência multiprofissional foram três: intenção de aplicar o conhecimento no trabalho; probabilidade de melhorar a capacidade de trabalho em equipe; identificação com as atividades da profissionais.

Na residência médica, além desses itens foram acrescentados mais quatro: oportunidade de aplicar os conhecimentos; estímulo para aplicar os conhecimentos no trabalho; probabilidade de melhorar o desempenho no trabalho; e utilidade do conhecimento ensinado.

Os itens da categoria ‘reação à programação e apoio pedagógico’ (Tabela 4) foram os que apresentaram as menores médias nos dois grupos estudados, que são ainda mais baixas na residência multiprofissional.

Tabela 4 - Média e desvio padrão da categoria ‘reação à programação e apoio pedagógico’ no programa de residência médica e multiprofissional

Item	Residência Médica		Residência Multiprofissional	
	Média	Desvio	Média	Desvio
Ordenação do conteúdo	3,56	0,87	2,04	0,79
Adequação dos conteúdos aos objetivos da formação	3,66	0,80	2,14	0,84
Definição de objetivos	3,60	0,99	2,32	0,90
Compatibilidade entre objetivos do curso e necessidades dos residentes	3,39	0,98	1,82	0,81
Carga horária total	3,24	1,15	2,32	1,12
Carga horária para atividades práticas	3,65	1,97	2,39	1,25
Carga horária diária	3,25	1,06	2,18	1,05
Qualidade e organização do material didático	3,02	1,05	1,64	0,67
Quantidade de material didático	2,98	1,16	1,57	0,63
Qualidade das instalações e equipamentos	2,94	0,86	2,54	0,74
Valor da bolsa	1,62	0,88	3,21	0,95
Possibilidade de participação em aulas de outras especialidades	2,38	1,19	2,57	0,95
Qualidade das aulas práticas	3,40	1,06	2,18	0,94
Análise e discussão dos estudos de caso	3,54	1,03	2,71	0,81

Fonte: Dados da pesquisa.

O único item que teve nota acima de 3 pontos na residência multiprofissional foi ‘valor da bolsa’ (3,21), justamente o que obteve menor média entre os residentes da medicina (1,62). Isso pode ser explicado pelos salários obtidos pelas diferentes profissionais no mercado. De acordo com dados disponíveis no portal da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, o salário de um profissional de enfermagem pago pelo município gira em torno de R\$ 3.500,00; muito próximo do valor da bolsa de residência em saúde paga pelo Governo Federal, que é de R\$ 3.330,43. O valor do salário de um médico do município, por outro lado, é de R\$ 10.000,00. Isso nos permite inferir que, depois de formado um profissional da saúde que não seja médico não tem a expectativa de ganhar muito mais do que a bolsa da residência, enquanto a possibilidades de auferir maiores salários por parte dos médicos é, sabidamente, bem maior.

As médias de carga horária total (3,24; 2,32) e carga horária diária (3,25; 2,18) foram baixas em ambos os programas de residência. A carga horária das atividades práticas, por sua vez, se mostrou um pouco mais elevada na residência médica (3,65; 2,39).

A questão da elevada carga horária de dedicação aos programas de residência é uma bastante delicada e controversa. De acordo com Lourenção, Moscardini e Soler (2010), o ambiente profissional da residência coloca o profissional em contato frequente com a dor e o sofrimento, e também com as incertezas e limitações do conhecimento médico. Somado a esses fatores dificultadores, tem-se uma jornada semanal de 60 horas, com plantões de 24 ou 30 horas, que levam à privação do sono e nutrição inadequada, refletindo em fadiga extrema e, algumas vezes, induzindo ao uso regular de álcool, anti-histamínicos, calmantes, benzodiazepínicos ou miorrelaxantes (HANDEL; RAJA; LINDSELL, 2006; FLORES, 1994). Há um consenso na literatura de que a redução da carga horária leva a uma melhora da qualidade de vida dos residentes (LOURENÇÃO *et al.*, 2010; SOLER, 2010; GABRIEL *et al.*, 2005; HELLER, 2008; GOPAL, 2007). No entanto, questiona-se também a possibilidade de que isso traga prejuízos ao ensino e à segurança do paciente (HELLER, 2008). Os próprios residentes tendem a discordar da medida, quando isso significa um aumento do período de formação (GOPAL, 2007).

Por fim, os escores que são mais preocupantes, do conjunto de itens da categoria ‘reação à programação e apoio pedagógico’ nos dois programas são: qualidade e organização do material didático (3,02; 1,64); quantidade de material didático (2,98; 1,57); e qualidade das instalações e equipamentos (2,94; 2,54). Tudo isso indica a necessidade de melhorar as condições de ensino, no que se refere a biblioteca e salas de aula, ou seja, dos recursos instrucionais que são suporte às aulas. Revisar os objetivos do programa e adequar os conteúdos de modo a atender às necessidades de aprendizagem, também se faz necessário no caso da residência multiprofissional (‘compatibilidade entre objetivos do curso e necessidades dos residentes’ = 1,82). Esses resultados somados aos baixos escores obtidos na categoria ‘reação ao desempenho do preceptor’ (Tabela 5) alertam para o risco do comprometimento da qualidade do ensino, em especial na residência multiprofissional.

Tabela 5 - Média e desvio padrão da categoria ‘reação ao desempenho do preceptor’ no programa de residência médica e multiprofissional

Item	Residência Médica		Residência Multiprofissional	
	Média	Desvio	Média	Desvio
Preparação para o exercício da atividade	3,92	0,91	2,43	0,99
Domínio da prática	4,29	0,64	3,25	0,88
Uso de metodologias motivadoras	3,67	0,94	2,32	1,02
Segurança	3,95	0,79	3,11	1,10
Profundidade	3,78	0,87	2,68	0,98

Estratégias instrucionais	3,62	0,96	2,39	0,91
Conhecimento	4,15	0,72	3,14	0,97
Esclarecimento de dúvidas	4,06	0,81	3,14	1,01
Respeito às ideias manifestadas pelo residente	3,73	1,03	3,21	1,19
Qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem	3,47	1,03	2,54	0,99
Disponibilidade de tempo para orientação	3,54	0,92	2,61	1,16
Correção e justiça na avaliação do desempenho	3,80	0,80	2,68	1,54
Capacidade de comunicar ao residente o resultado da avaliação de desempenho	3,61	0,87	2,86	1,29
Utilidade do <i>feedback</i> (comunicação da avaliação de desempenho) dado pelo preceptor	3,69	1,02	2,93	1,18

Fonte: Dados da pesquisa.

O preceptor é o profissional em serviço que não é da academia, e que tem papel importante na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. Nesse sentido, atua como suporte para ajudar o novo profissional a adquirir os conhecimentos advindos da prática, até que este tenha mais confiança e segurança para realizar suas atividades diárias (BOTTI; REGO, 2008).

A definição dos papéis a serem desempenhados pelo preceptor ainda é um assunto muito controversa na literatura científica e nos documentos oficiais (BOTTI; REGO, 2008). Na prática ele acaba assumindo um conjunto muito amplo atribuições no processo de formação do residente, que vão da orientação e supervisão, até a tutoria e mentoria. Nesse sentido ele: mostra o caminho; serve como guia; estimula o raciocínio e a postura ativa; planeja, controla o processo de aprendizagem; analisa o desempenho; aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal do residente (BOTTI; REGO, 2011).

A questão da qualidade do trabalho de preceptoria parece ser preocupante no caso da residência multiprofissional, com escores abaixo de 3 pontos (entre regular e bom) nos itens: uso de metodologias motivadoras (2,32); estratégias instrucionais (2,39); qualidade dos instrumentos de avaliação da aprendizagem (2,54); disponibilidade de tempo para a orientação (2,61), correção e justiça na avaliação de desempenho (2,86); e utilidade do *feedback* (2,93).

No que se refere à avaliação, um dos grandes desafios do processo educacional ainda é a transformação da concepção de avaliação como um processo punitivo, para uma avaliação inclusiva, diagnóstica e processual. Para isso seria necessário, de acordo com Melo *et al.* (2014), desenvolver sistemas que permitissem aos alunos se autoavaliarem e avaliarem seus pares e professores, tutores e preceptores, como parte constitutiva na construção do conhecimento. Portanto, segundo os autores, o processo de avaliação do residente deve compreender a dimensão teórica e científica, mas, também a sua capacidade de reflexão, argumentação e decisão, considerando não só os pontos quantitativos, mas também o desenvolvimento qualitativo e o crescimento profissional do residente.

Na residência média o escore mais baixo foi 3,47, no item ‘qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem, enquanto ‘preparação para exercício da atividade’ (3,92; ‘segurança’ (3,95), ‘correção e justiça na avaliação do desempenho’ (3,80), ‘profundidade’ (3,78) e ‘respeito às ideias manifestadas pelo residente’ (3,73), obtiveram os escores mais elevados.

A nota mais alta nas duas residências foi obtida no item domínio da prática (4,29; 3,25). Tudo isso, indica que os preceptores, apesar de serem considerados bons profissionais, precisam ser melhor preparados para o exercício da atividade de ensino, a fim de melhor utilizarem métodos de aprendizagem ativa, promovendo a reflexão sobre os problemas diários

e auxiliando os alunos a reconstruírem os conteúdos, descobrindo leis ou conceitos que requerem assimilação (MELO *et al.*, 2014).

Por fim, apresenta-se o resultado da categoria ‘impacto da residência em amplitude’ (Tabela 6), lembrando que esse bloco só foi respondido pelos alunos da residência médica.

Tabela 6 - Média e desvio padrão da categoria ‘e impacto da residência em amplitude’ no programa de residência médica

Item	Média	Desvio
Utilizo com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado	4,59	0,65
Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado	4,60	0,64
As habilidades que desenvolvi fizeram com que eu cometesse menos erros em meu trabalho	4,46	0,77
Recordo-me bem dos conteúdos ensinados	3,83	0,81
Quando aplico o que aprendi, executo meu trabalho com maior qualidade	4,54	0,65
Hoje compreendo o funcionamento do SUS	3,50	0,98
A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo estudado	4,20	0,74
A qualidade do relacionamento com os usuários melhorou após a residência	3,89	0,98
A participação na residência serviu para aumentar minha motivação para o trabalho	4,11	0,89
A participação na residência me ofereceu mais oportunidades de inserção no mercado de trabalho	4,31	0,71
A participação na residência aumentou minha autoconfiança	4,40	0,68

Fonte: Dados da pesquisa.

Os itens que obtiveram a maior média foram ‘utilizo com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado’ (4,59); e ‘aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado’ (4,60). Tal fato nos permite afirmar que a qualidade na assistência pode ser notada pelo profissional que a executa. Nesse sentido, se o profissional recebe capacitação baseada na prática, a probabilidade de ele executar com qualidade aquele trabalho é maior, o que demonstra que teoria e prática caminham juntas na residência médica.

Por outro lado, ‘hoje compreendo o funcionamento do SUS’ (3,50) e ‘a qualidade do relacionamento com os usuários melhorou após a residência’ (3,89) obtiveram os menores escores. Esse resultado não é positivo, uma vez que os residentes se encontram inseridos no SUS, e precisam entender como funciona esse sistema, que é complexo e dinâmico, para que possam prestar um melhor serviço ao usuário. Esse dois pontos merecem mais atenção no programa.

No geral, os demais itens se complementam e permitem concluir que o programa de residência médica, em especial, tem gerado impacto positivo sobre a qualidade da assistência presta à população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa realizada foi analisar o impacto dos programas de residência em saúde no trabalho desses profissionais. Para tal fizemos uma adaptação da escala de Impacto do Treinamento no Trabalho (ITT) desenvolvida e validada por Abbad (1999), e revalidada por Pilati e Abbad (2005). O instrumento foi respondido por 65 alunos da residência médica e 28 da residência profissional de um hospital de ensino da grande Belo Horizonte.

Os programas de residência em saúde, no contexto da EPS foram redesenhados durante os anos 1990, a fim de incluírem em seus conteúdos os princípios do SUS e da ESF, dentre eles o de integralidade à saúde, tais como: promoção da saúde,; integralidade da atenção; e acolhimento. Historicamente, os programas de residência em saúde foram desenvolvidos para melhorar a qualidade do atendimento para o paciente e, ao mesmo tempo, tornar os profissionais mais aptos a realizarem os atendimentos de contato assistido junto ao

paciente. No entanto, não existe um instrumento elaborado e validado para esse fim, nem da parte do Ministério da Saúde e nem do meio acadêmico. Essa pesquisa surge para preencher essa lacuna.

O questionário adaptado por meio de entrevistas com preceptores e residentes manteve as quatro categorias originais da escala ITT: reação aos resultados, aplicabilidade da residência e expectativas de suporte; reação à programação e apoio pedagógico; reação ao desempenho do preceptor; e impacto da residência em amplitude.

A categoria 'reação à programação e apoio pedagógico' obteve a média mais baixa nos dois programas de residência, indicando que a opinião negativa dos participantes acerca do curso quanto à: clareza na definição de objetivos; compatibilidade destes com as necessidades de treinamento; carga horária (diária, total e destinada a atividades teóricas e práticas); ordenação e adequação do conteúdo programático aos objetivos do curso, qualidade das instalações (sala de aula); bem como à qualidade, organização e quantidade do material didático distribuído durante o curso. Tudo isso pode afetar o resultado final desejado, que é melhorar o desempenho dos profissionais da saúde nas suas funções, atuais ou futuras.

Reação ao desempenho do preceptor obteve o segundo escore mais baixo nos dois programas, mas, em especial na residência multiprofissional, revelando uma não satisfação dos residentes quanto à didática, qualidade dos instrumentos de avaliação da aprendizagem, disponibilidade de tempo para a orientação e utilidade do *feedback*. Indicando, portanto, uma necessidade urgente de melhor preparar os preceptores para o desempenho das funções, atualizando-os em relação às metodologias inovadoras e aos modernos sistemas de avaliação de desempenho, úteis para o direcionamento dos comportamentos desejados e esperados dos residentes.

A categoria 'reação aos resultados, aplicabilidade da residência e expectativas de suporte' obteve um escore muito próximo de 'muito bom' nos dois programas. O conjunto de itens dessa categoria representam a opinião do participante sobre o valor instrumental do treinamento para a resolução de problemas, possibilidade de aplicação dos conhecimentos adquiridos no trabalho, bem como as chances de melhorar o desempenho e a integração do participante com outros profissionais.

De maneira geral, as médias foram mais baixas para todas as categorias e itens avaliados na residência multiprofissional. Como o programa estava no primeiro ano de implantação, esperamos que essas informações os ajudem no processo de análise e readequação das ações em curso.

Pelo fato de os residentes multiprofissionais terem pouco tempo de prática clínica, o último bloco do questionário 'impacto da residência em amplitude' foi respondido apenas pelos residentes médicos. Essa categoria foi a que apresentou os escores mais elevados da escala (4,22), indicando uma autoavaliação bastante positiva dos residentes quanto aos seus níveis de desempenho, motivação e autoconfiança para o exercício profissional. Portanto, pode-se afirmar que o treinamento ofertado pelo Hospital tem exercido um efeito positivo sobre o desempenho global dos residentes médicos, bem como sobre suas atitudes e motivações.

No entanto, os resultados da pesquisa também mostram que a compreensão das diretrizes e funcionamento do SUS e o preparo para exercer a promoção da saúde são pontos frágeis nos dois programas de residência. Dito de outra maneira, eles não estão preparando adequadamente os profissionais da saúde para atenderem as necessidades dos usuários e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), como esperado e preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em próxima etapa da pesquisa pretendemos aplicar o instrumento em uma amostra maior, a fim de realizar a validação do mesmo, em função das mudanças realizadas na escala

original de ITT. Espera-se também, poder incluir na amostra hospitais de natureza privada e mantidos por governos estaduais e federais, para comparação dos resultados.

## REFERÊNCIAS

ABBAD, G. et al. Impacto do treinamento no trabalho: medidas de amplitude. In: ABBAD, G. et al. **Medidas de avaliação em TD&E**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ABBAD, G; GAMA, A. L. G. G.; BORGES-ANDRADE, J. E. Treinamento: análise da relação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 4, n. 3, p. 25-45, 2000.

ABBAD, G.; PILATI, R.; PANTOJA, M. J. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 38, n. 3, p. 205-218, 2003.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005. Disponível em: <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20Educa%20E3o%20M%20E9dica%20diante%20das%20Necessidades%20da%20Sa%20FAde.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

ANDRADE, S. R. de; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G.M.M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG Ed., 2001.

BELLINI, L.; SHEA, J. A.; ASCH, D. A. A new instrument for residency program evaluation. **Journal of General Internal Medicine**, v. 12, n. 11, p. 707-710, 1997.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 363-373, 2008.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. de A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BRAGA, A.T.; MELLEIRO, M.M. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1216-1220, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40442/43452>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

BUTTERFIELD, P.S. The stress of residency: a review of literature. **Archives International Medicine**, n. 148, p. 1428-35, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde**. Brasília (DF); 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf). Acesso em: 10 de jul. 2017.

FERRAZ, F.; BACKES, V.M.S.; MATÍNEZ, F.J.M.; PRADO M.L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2653/265323670016>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface. Comunic, Saúde, Educação**, n. 3, p. 51-71, 1998. Disponível em: <http://lcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/EDUCACAOMEDICAEFORMACAO.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

FLORES, F. **Jornada prolongada y fatiga en médicos residentes del gineco-obstetricia: Hospital Central de Maracay, Venezuela 1994**. 1994. Tese de Doutorado. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Area de Estudio de Postgrado. Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GABRIEL, S. A. *et al.* Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de medicina. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 7, n. 3, p. 15-19, 2005.

GOPAL, R. K. et al. Internal medicine residents reject “longer and gentler” training. **Journal of general internal medicine**, v. 22, n. 1, p. 102-106, 2007.

HANDEL, D. A.; RAJA, A.; LINDSELL, C. J. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. **BMC health services research**, v. 6, n. 1, p. 136, 2006.

HELLER, F. R. Restriction of duty hours for residents in internal medicine: a question of quality of life but what about education and patient safety?. **Acta Clinica Belgica**, v. 63, n. 6, p. 363-371, 2008.

HOLT, K. D.; MILLER, R. S.; NASCA, T. J. Residency programs' evaluations of the competencies: data provided to the ACGME about types of assessments used by programs. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 2, n. 4, p. 649-655, 2010.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.

MANCIA, J.R.; CABRA, L.C.; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasil de Enfermagem** [online], v.57, n.5, p.605-610. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500018>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MARTINEZ-SILVEIRA, M. S.; ODDONE, N. Information-seeking behavior of medical residents in clinical practice in Bahia, Brazil. **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, v. 96, n. 4, p. 381, 2008.



MELO, M. C. de; QUELUCI, G. de C.; GOUVÊA, M. V. Problematizing the multidisciplinary residency in oncology: a practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 706-714, 2014.

MOTTA J.I.J; RIBEIRO, E.C.O.; WORZOLER M.C.C.; BARRETO C.M.G., CANDAL S. Educação permanente em saúde. **Revista Olho Mágico**, v. 9, n. 1 p. 67-78, 2002.

MARTINS, L. A. N. **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PILATI, R.; ABBAD, G. Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 43-51, 2005.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, Educação e Sociedade**, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

SARRETA, F. de O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2009. 248 p. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

SILVA, C.T. da *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106976/000939779.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

VIEIRA, A. *et al.* Gender differences and professional identities in health and engineering. **Brazilian Administration Review**, v. 14, n. 1, p. 1, 2017.

WHANG, E. E. *et al.* Implementing resident work hour limitations: lessons from the New York State experience. **Annals of surgery**, v. 237, n. 4, p. 449-455, 2003.