



Rorschach e Residência Médica: Estudo Prospectivo com Residentes de Ortopedia e Traumatologia

Daniela Arroyo Esquivel¹ , Latife Yazigi , Luiz Antonio Nogueira-Martins 

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo-SP, Brasil

RESUMO

Identificar e comparar ao longo do período de residência de ortopedia a presença de dificuldades emocionais nos profissionais em treinamento. Método: estudo prospectivo composto por 13 residentes homens, média de idade de 26 anos. Foi utilizado o Método de Rorschach (SC) aplicado no 1º mês do R1 (T0), no 12º mês do R1 (T2) e no 9º mês do R3 (T3). Resultados: elevada quantidade de respostas MOR em T0, que diminuiu acentuadamente ao longo do tempo (T3). Com relação as variáveis FD S, ambas apresentaram mínima diminuição de T0 para T3, contudo, mostraram-se aumentadas expressivamente em T2. Os residentes iniciam o R1 apresentando componentes autodepreciativos, que se dissipam ao longo do tempo e mantêm as características de autocobrança e autoinspeção. Conclusão: a residência médica não se apresenta deletéria, contudo, pode ser fonte potencializadora de vulnerabilidades emocionais principalmente durante o primeiro ano devido à inexperiência, ritmo e intensidade da tarefa médica.

Palavras-chave: rorschach; residência médica; ortopedia; saúde mental.

ABSTRACT – Rorschach and Medical Residency: prospective study with Orthopedic and Traumatology residents

The aim was to identify and compare the presence of emotional difficulties during the orthopedic residency period of professional medical training. This prospective study included 13 male residents, with a mean age of 26 years. The Rorschach (SC) instrument was applied in the 1st month of R1 (T0), after 12 months of R1 (T2) and after 9 months of R3 (T3). There were high amounts of MOR responses at T0, which decreased markedly over time (T3). The FD and S variables showed a minimal decrease from T0 to T3, however, increased significantly at T2. The residents began R1 presenting self-deprecating components, which dissipated over time, with the maintenance of self-inspection and self-burdening as traits. The medical residency program does not appear to be harmful, however, it may be a source of emotional vulnerability, especially during the first year due to the inexperience and the pace and intensity of the medical tasks.

Keywords: rorschach; medical residency; orthopedic; mental health.

RESUMEN – Rorschach y Residencia Médica: estudio prospectivo con los residentes de Ortopedia y Traumatología

Identificar y comparar durante el período de residencia en ortopedia la presencia de dificultades emocionales en la formación profesional. Método: estudio prospectivo compuesto por 13 varones residentes, con una edad media de 26 años. Se utilizó el método Rorschach (SC) se aplicó en el 1.º mes del R1 (T0), en el 12º mes del R1 (T2) y en el 9º mes del R3 (T3). Resultados: elevada cantidad de respuestas MOR en T0, que disminuyó notablemente a lo largo del tiempo (T3). Acerca de las variables FD S, ambas presentaron disminución mínima de T0 a T3, aunque se incrementaron significativamente en T2. Los residentes comienzan el R1 presentando componentes autodestructivos que se disipan con el tiempo y mantienen las características de autoexigencia y autoinspección. Conclusión: La residencia médica no se presenta perjudicial, sin embargo, se puede potencializar la fuente de vulnerabilidades emocionales, especialmente durante el primer año por inexperiencia, ritmo e intensidad de la tarea médica.

Palabras clave: rorschach, residencia médica, ortopedia, salud mental.

Sobre a Residência Médica

A residência médica caracteriza-se pelo período de aprendizagem e ensino voltado ao jovem médico sob o formato de uma especialização constituída por treinamentos em serviço (Barbosa, 1984; Sampaio, 1984). Esse período constitui-se como um aperfeiçoamento dos conhecimentos práticos e também como uma introdução a uma determinada especialidade

médica. No Brasil, em geral, os programas de residência médica apresentam um período de treinamento com carga horária máxima de 60 horas semanais, incluindo um plantão de 24 horas e com direito a uma folga semanal. Contudo, frequentemente, os programas excedem essa carga horária e o número de plantões (Esquivel, et al., 2010; Fagnani Neto, et al., 2004; Mata et al., 2015).

¹ Endereço para correspondência: Rua Jacques Félix, 162, apto 92, Vila Nova Conceição, 04509-000, São Paulo, SP. Tel.: (11) 98506-3634. E-mail: daniesquivel@gmail.com
O artigo é derivado da tese de doutorado de Daniela Arroyo Esquivel com orientação de Latife Yazigi e Luiz Antonio Nogueira-Martins, defendida em 2015 no programa de pós-graduação de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP-EPM.

O jovem médico residente, em seu treinamento, terá que conviver com sentimentos de vulnerabilidade e desejos de curar, suportar vivências de desamparo e mesmo impotência frente à profissão e ao complexo sistema assistencial. Além do mais, no processo de construção de identidade profissional, o residente terá que enfrentar tensões extras costumeiras aos que lidam com a saúde, a vida e a morte, e a equilibrar a vida profissional com a pessoal (Brent, 1981; Esquivel et al., 2010).

Presença de Distúrbios Psicológicos e Psiquiátricos na Residência Médica

Estudos com residentes de Medicina de diversas especialidades mencionam a presença de sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios mentais, alto nível de estresse e baixa qualidade de vida (Firth-Cozens, 1987; Firth-Cozens et al., 2003; Mata et al., 2015; Nogueira-Martins, 1998, 2005; Toews et al., 1997; Vaillant et al., 1972).

Os principais problemas psicológicos que afetam os residentes são relacionados aos aspectos cognitivos decorrentes da privação do sono e de estados disfóricos, tais como dificuldades para responder aos estímulos externos, percepção, pensamento e raciocínio lógico prejudicados. A prevalência dessas alterações é de 30% nos residentes no primeiro ano de residência (Toews et al., 1997). Comportamentos, como o consumo excessivo de álcool e drogas, reiteradas licenças e afastamentos, excesso ou carência de autoconfiança, perda de compaixão, desenvolvimento crônico de raiva, ceticismo, ironia, humor negro, também têm sido identificados em residentes (Nogueira-Martins & Jorge, 2003).

A exposição ao estresse e aspectos da rotina médica não explicam por si só o aumento do número de transtornos psiquiátricos e distúrbios emocionais entre médicos residentes, uma vez que a predisposição é fator relevante e que a Medicina tende a atrair indivíduos psicologicamente vulneráveis (Nogueira-Martins, 1994, 2005).

Aach et al. (1988) identificaram três tipos de estresse na residência médica: (a) estresse profissional, vinculado ao peso da responsabilidade profissional (ser médico e sua tarefa); (b) estresse situacional, relacionado às peculiaridades do treinamento (privação de sono, fadiga, excesso de trabalho, problemas relativos à qualidade do ensino e ambiente educacional); e (c) estresse pessoal, relativo às características individuais, ou seja, características de personalidade, vulnerabilidades psicológicas, problemas familiares e financeiros.

Estudo prospectivo com residentes de 12 programas de residência médica no Brasil conclui que as principais dificuldades encontradas pelos residentes em seu trabalho estavam relacionadas ao número elevado de atendimentos, à dificuldade na comunicação com pacientes de nível socioeconômico-cultural baixo, ao atendimento a pacientes hostis e reivindicadores, à assistência a pacientes terminais ou com alteração de comportamento, à responsabilidade em fazer comunicações

dolorosas, como morte, doenças graves e incapacitantes à família, ao medo de contrair infecções durante a tarefa e ter de lidar com dilemas éticos.

As principais causas de estresse identificadas nos residentes foram: medo de cometer erros, fadiga, cansaço, falta de orientação dos professores, estar constantemente sob pressão, plantões noturnos, excessivo controle e rigidez por parte dos chefes e supervisores, exigências internas (ser um médico que não falha) e falta de tempo para o lazer, para os amigos e para as necessidades pessoais (Nogueira-Martins, 1994). Estudos têm também mostrado que a sobrecarga de trabalho do residente, em qualquer especialidade, pode ser uma possível fonte geradora de baixa qualidade de vida que, por sua vez, terá repercussões na produtividade com aumento de evasões (desistência) e absenteísmo, e com comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde (Fagnani Neto, 2003; Firth-Cozens, 1987; Friedman et al., 1973; Girard et al., 1991; Gordon et al., 1987; Johnson, 1991; Mata et al., 2015; Nogueira-Martins & Jorge, 2003; Smith et al., 1986; Valko & Clayton, 1975).

Os Residentes de Ortopedia

Estudos têm sido realizados nas mais diversas áreas e especialidades médicas focalizando a saúde mental, destacam-se o *burnout*, estresse, ansiedade depressão e a qualidade de vida do residente. Contudo, embora muitos trabalhos tenham se ocupado da questão do bem-estar e da qualidade de vida de residentes e médicos em geral, poucos estudos avaliaram especificamente a área da Ortopedia e Traumatologia (Sargent et al., 2004, 2009; Sadat-Ali et al., 2005; Lichstein, 2020; Travers, 2020). Sargent et al. (2004) compararam a saúde mental e a qualidade de vida de residentes ortopedistas com a de médicos ortopedistas docentes e encontraram nos residentes altos índices da síndrome de *burnout* e de morbidade psiquiátrica associados à excessiva carga de trabalho, a dívidas financeiras pela baixa-remuneração e a dificuldade de relacionamento com os supervisores. Os autores procuraram também identificar os fatores de risco para a descompensação emocional e constataram que a excessiva carga de trabalho, dívidas financeiras e a dificuldade no relacionamento com supervisores seriam os desencadeantes desse processo.

Sargent et al. (2004, 2009) propuseram um modelo de classificação dos fatores envolvidos no comprometimento da saúde mental durante o treinamento na residência médica: (a) fatores estressantes, como sobrecarga de trabalho, falta de tempo livre e privação do sono; (b) fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares, sistemas de apoio inadequados, tempo de duração do programa, gênero feminino; (c) fatores protetores, como camaradagem entre os residentes, sistema de apoio social eficiente, desenvolvimento de competência e responsabilidade clínica.

Apesar desses fatores serem de extrema relevância e poderem comprometer o aprendizado e o desempenho dos residentes em suas tarefas, alguns estudos abordam a saúde mental dos residentes em Ortopedia, contudo, até o momento nenhum estudo foi realizado especificamente com o Método de Rorschach e residentes de Ortopedia. Nesse contexto, o Rorschach tem sido considerado eficaz na avaliação da personalidade, no sentido de compreender como as pessoas normalmente pensam, sentem, lidam com as emoções, relações interpessoais, conflitos e estresse nas situações cotidianas.

Sobre o Método de Rorschach

O psicodiagnóstico de Rorschach, desenvolvido por Herman Rorschach (Rorschach, 1921), é um método de avaliação da estrutura e dinâmica da personalidade, que tem por objetivo identificar fenômenos psíquicos mais profundos que, muitas vezes utilizando-se de inventários autoaplicáveis, não são apreendidos, pois estes avaliam elementos mais conscientes e questões mais momentâneas do indivíduo. Ao produzir as respostas, o indivíduo engaja-se na tarefa de organizar, articular e atribuir um sentido aos estímulos percebidos. Dessa forma, prevalece a liberdade de expressão a partir de um referencial externo com mínimo de configuração (estímulos/manchas) que possibilita acionar um processo psicológico interno o qual envolve lembrança, associação, percepção, seleção, escolha e comunicação (Weiner, 1998, 2000).

Conhecido pela fidedignidade, confiabilidade e validade de seus índices os quais, garantem a segurança de seus resultados, método de classificação e interpretação utilizado neste estudo foi o Sistema Compreensivo (Exner, 1999, 2003; Weiner, 1998, 2000) que possui dados normativos para a população brasileira (Nascimento, 2010). Com o uso do Método de Rorschach, pode-se observar se o indivíduo traz elementos estruturais que o deixariam mais vulnerável a manifestar sintomas depressivos, (decorrentes de estresse) e psiquiátricos (Weiner, 2000).

Assim, Weiner fornece uma distinção sobre o que é estrutural como traço, portanto persistente, e situacional como estado, relativamente transitório. Nesse sentido, torna-se possível avaliar no Rorschach e separar o que é estrutural da personalidade do indivíduo daquilo que seria originário de causas externas (trabalho/ problemas ambientais) (Weiner, 2000).

No Sistema Compreensivo, são consideradas variáveis situacionais aquelas mais instáveis porque são suscetíveis a aumentar e diminuir rapidamente em função do aparecimento e desaparecimento de acontecimentos externos geradores de tensão (Exner & Sendín, 1999). São elas, **Y** (sombreado difuso), **m** (movimento inanimado) e Nota **D** (estresse situacional), que serão melhor descritas no próximo item.

Dessa forma, surgiu a ideia de um estudo com o intuito de contribuir para o entendimento dos aspectos da personalidade subjacentes às problemáticas surgidas

durante os anos de treinamento e compreender como foi a experiência dos residentes neste período.

Objetivo

A partir das considerações apontadas na revisão de literatura e dadas as dificuldades vivenciadas pelos residentes que ocorrem ao longo de sua especialização e com o intuito de produzir dados que evidenciem essa mudança longitudinal na prática da residência médica em Ortopedia, objetivou-se, neste estudo, identificar as dificuldades emocionais e suas repercussões, positivas ou negativas, como também o funcionamento cognitivo, tolerância ao estresse, depressão e comparar as possíveis modificações das variáveis estressantes durante os anos de residência médica avaliados. Tal comparação se dará por meio da análise de protocolos do método de Rorschach de cada residente durante os anos de formação.

Método

Trata-se de um estudo de caso prospectivo longitudinal, com 13 residentes de Ortopedia, média de idade de 26 anos, todos do sexo masculino e somente um casado. Critério de inclusão: ser residente de primeiro ano do Programa de Residência de Ortopedia e Traumatologia .

Instrumento

Método de Rorschach - Sistema Compreensivo (Exner, 1999, 2003). Teste de Avaliação da Personalidade que visa o conhecimento e análise do processo cognitivo de elaboração das informações, capacidade de verbalização de suas percepções, anseios, desejos e fantasias, aspectos conscientes e inconscientes, dados emocionais e racionais, recursos psicológicos.

As variáveis selecionadas e analisadas foram as relacionadas ao manejo do estresse (controle e tolerância), à modulação afetiva, a relacionamentos interpessoais e à autopercepção. Essas variáveis são chamadas de estruturais, mas não necessariamente indicam que servem exclusivamente para avaliar a estrutura ou traços da personalidade. Elas podem abranger igualmente variáveis ditas situacionais, ou seja, aquelas que indicam alteração momentânea no indivíduo em razão de algum evento ou situação recente. Dessa forma, a análise articulada dessas variáveis estruturais (tanto as que avaliam traços como estados situacionais) permitirá a identificação de eventuais psicopatologias, como a depressão.

Em razão dos objetivos propostos, a ênfase deste estudo dar-se-á pela análise das variáveis que de acordo com Weiner (2000) identificam o estresse situacional e as variáveis que sofrem influências desse estresse, como relacionamento interpessoal, afetividade e autopercepção. Dessa forma, reitera-se que o foco deste estudo, ainda que seja sobre os aspectos relacionados ao manejo do estresse, não dispensa a análise de outras variáveis influenciadas por esse manejo, deficitário ou não.

Procedimentos

O Método de Rorschach foi administrado em três momentos: no início da residência (=T0), no 12º mês de residência (=T2) e no 32º mês de residência (=T3), ou 9º mês do terceiro ano de residência. Assim, a opção foi avaliar os participantes antes e ao término dos anos letivos mais importantes e estressantes do treinamento, ou seja, aos 12º e aos 32º meses da formação, dado o objetivo de observar ao longo dos anos as condições emocionais de cada participante. Não foram realizadas avaliações ao final do segundo ano de residência, pois a intenção era focar principalmente no primeiro ano, compreendido como o período mais desgastante, e comparar com o final do treinamento, último ano, também conhecido como um ano de cobranças pela responsabilidade do término da residência.

Obteve-se o parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – CEP no. 0516/09.

Seleção das Variáveis

Weiner (1995) quando comenta sobre a escolha de variáveis na pesquisa com o Rorschach argumenta que o rigor em pesquisa com esse instrumento depende da seleção prévia das variáveis ou do agrupamento de variáveis (constelações) articuladas com a devida conceitualização das dimensões da personalidade a serem investigadas. Essa diretriz metodológica tem o intuito de evitar o excesso de variáveis em um estudo, o que poderia comprometer o rigor objetivado. Assim, foram analisados os seguintes índices e variáveis:

Índices

I) DEPI ≥ 5 : Índice de Depressão – combina variáveis para identificar sinais de depressão;

As variáveis que compõem esse índice são: Sum V, FD, *Blends*, S, 3r+(2)/R, Fr+rF, Afr, *SumShading*, FM + m, SumC', MOR, 2xAB + Art + Ay, COP e Índice de Intelectualização.

Dentre essas variáveis que compõem o Índice, foram selecionadas algumas variáveis específicas que foram avaliadas individualmente. São elas:

1. **FD >2 :** Respostas de Forma-Dimensão – relacionado ao aumento de autoconsciência e propensão a introspecção;

2. **S >2 e S-:** Respostas de Espaço Branco e com qualidade formal negativa – indica tendência à oposição associada a sentimentos de hostilidade e ressentimentos. Quando apresenta qualidade formal negativa, indica sentimentos de raiva que podem dificultar a acuidade do julgamento, prejudicando relações com os outros;

3. **Sum Shading (Y,T,V $>$ Sum FM+m):** Somatório de Sombreados – indicam estresse emocional e evidenciam afeto desconfortável desadaptado;

4) **m >1 :** Movimento Inanimado – indica processos ideativos não deliberados, avalia o nível de

preocupação experienciada por se sentir impotente e à mercê de forças que estão fora de seu controle. Está vinculado ao estresse, indicando a presença de situações que produzem conflitos ou tensões;

5. **MOR >2 :** Respostas de Conteúdo Mórbido – indicam pensamentos pessimistas e avaliação negativa e denegrida a respeito de si;

6. **COP <2 :** Movimento Cooperativo – interesse em relacionamentos de colaboração e de apoio mútuo entre as pessoas;

II) CDI ≥ 4 : Índice de Déficit Relacional – combina variáveis que indicam dificuldades interpessoais e se relaciona com a questão do controle e tolerância ao estresse; indicador de disponibilidade para enfrentar as demandas do ambiente, quando positivo revela que o indivíduo é menos amadurecido para as relações sociais;

As variáveis que compõem esse índice são: EA, Dadj, COP, AG, WSumC, Afr, Movimentos passivos + ativo, Respostas H puras, Sum T, Índice de isolamento e conteúdo Fd.

Dentre essas variáveis que compõem o Índice, foram selecionadas algumas variáveis específicas que foram avaliadas individualmente. São elas:

1. **EA <6 :** Experiência Efetiva – combina algumas variáveis que podem fornecer indicações sobre capacidade de controle e tolerância ao estresse e é relacionado a recursos de enfrentamento disponíveis frente às demandas experienciadas;

2. **D ajustada <0 :** refere-se à capacidade do controle e tolerância ao estresse como característica permanente da personalidade;

3. **COP <2 :** Movimento Cooperativo – interesse em relacionamentos de colaboração e de apoio mútuo entre as pessoas;

4. **AG <2 :** Movimento Agressivo – referem-se às tendências em expressar atitudes hostis em relação aos outros.

Resultados e Discussão

Análise Estatística das Variáveis Estatisticamente Significantes

Para fins de descrição da amostra, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para variáveis numéricas e categóricas. Com relação à definição dos testes de hipóteses (paramétricos ou não paramétricos), foram consideradas a adequação dos dados, a distribuição normal e a homogeneidade das variâncias. Para as diferenças entre os momentos T0, T2 e T3 (observando cada variável previamente definida), foram realizados testes para amostras dependentes. Nesse caso, quando realizada a abordagem não paramétrica, foi conduzida a análise de postos de Friedman, complementando, quando necessário, com o teste de comparação múltipla adequado. No caso dos testes paramétricos, foi feita a análise de variância para medidas

repetidas. Em todos os casos, o nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$. Para todas as diferenças estatisticamente significantes, foram calculados todos os respectivos tamanhos de efeito (teste utilizado: Kendall's W).

É importante ressaltar que, apesar do nível de significância ter sido de $p \leq 0,05$, também foram levados em conta, para melhor análise dos resultados, os valores de p entre 0,05 e 0,10, que sugere uma tendência a apresentar diferença estatisticamente significativa, e o valor $p \leq 0,20$, como possibilidade de existência de diferenças estatisticamente significantes.

Os resultados foram comparados entre os três momentos de avaliação em que T0 é o início do 1º ano de residência; T2 o 12º mês do 1º ano de residência e T3 o 32º mês de residência (que é também o 9º mês do terceiro ano de residência). Também foi feita comparação de momento a momento (T0, T2 e T3) com os valores do recorte da amostra normativa brasileira (Nascimento, 2010), ou seja, uma subamostra composta por 38 indivíduos com média de idade de 33 anos e com cerca de 17 anos de estudo (Vide Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos Valores Encontrados a partir das Variáveis (Selecionadas) do Rorschach, por meio da Comparação dos Três Momentos e Valores do Recorte Amostral de 38 Indivíduos da Tabela Normativa Brasileira (NB), além das Comparações com Momentos

Variável	Momento	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	p (entre momentos)	p (momentos X NB)
R	0	13	29,85	25	13,69	16	65	p=0,589	p=0,081
	2	13	26,46	21	10,10	17	46		p=0,293
	3	13	25,15	22	7,55	18	42		p=0,499
	NB	38	23,18	20	9,43	13	50		
DEPI	0	13	4,08	4	1,26	2	6	p=0,130	p=0,923
	2	13	3,85	4	0,90	3	5		p=0,722
	3	13	4,54	5	0,97	3	6		p=0,318
	NB	38	4,03	4	1,73	0	7		
FD	0	13	1,69	2	1,32	0	3	p=0,555	p=0,030
	2	13	2,15	1	2,51	0	8		p=0,057
	3	13	1,62	1	1,80	0	5		p=0,171
	NB	38	0,84	0	1,22	0	5		
S	0	13	3,23	3	2,13	1	7	p=0,138	p=0,057
	2	13	4,00	3	2,27	1	8		p=0,003
	3	13	3,00	3	2,38	0	9		p=0,139
	NB	38	2,08	2	2,11	0	11		
S-	0	13	0,69	0	0,95	0	3	p=0,208	p=0,654
	2	13	1,08	1	1,32	0	4		p=0,215
	3	13	1,38	1	1,45	0	4		p=0,074
	NB	38	0,58	0	0,72	0	2		
FrrF	0	13	0,77	0	0,93	0	2	p=0,214	p=0,640
	2	13	1,23	0	1,48	0	4		p=0,504
	3	13	1,23	0	1,54	0	4		p=0,509
	NB	38	0,95	0	1,25	0	5		
SumShd	0	13	6,31	5	5,59	1	20	p=0,764	p=0,905
	2	13	7,08	7	3,88	2	16		p=0,143
	3	13	6,00	5	3,54	0	13		p=0,515
	NB	38	5,45	5	4,17	0	21		
M	0	13	1,85	1	1,82	0	7	p=0,231	p=0,615
	2	13	1,54	1	1,27	0	4		p=0,752
	3	13	0,85	1	0,99	0	3		p=0,107
	NB	38	1,71	1	1,80	0	7		
SumC'	0	13	2,15	2	1,68	0	5	p=0,913	p=0,171
	2	13	1,92	2	1,61	0	5		p=0,367
	3	13	2,08	1	2,06	0	6		p=0,362

Tabela 1 (continuação)

Distribuição dos Valores Encontrados a partir das Variáveis (Selecionadas) do Rorschach, por meio da Comparação dos Três Momentos e Valores do Recorte Amostral de 38 Indivíduos da Tabela Normativa Brasileira (NB), além das Comparações com Momentos

Variável	Momento	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	p (entre momentos)	p (momentos X NB)
	NB	38	1,50	1	1,39	0	5		
MOR	0	13	1,08	1	1,04	0	3	p=0,013 T0>T2 (p=0,021) Effect Size: 0,085	p=0,698
	2	13	0,38	0	0,65	0	2		p=0,080
	3	13	0,31	0	0,63	0	2		p=0,038
	NB	38	1,16	1	1,57	0	7		
COP	0	13	0,69	0	1,18	0	4	p=0,554	p=0,744
	2	13	0,92	1	0,95	0	3		p=0,339
	3	13	0,85	1	0,90	0	3		p=0,442
	NB	38	0,68	0	0,93	0	4		
CDI	0	13	2,92	3	1,55	1	5	p=0,935	p=0,513
	2	13	3,08	3	1,19	1	5		p=0,769
	3	13	3,00	4	1,47	0	5		p=0,638
	NB	38	3,18	3	1,11	1	5		
EA	0	13	7,08	6	3,20	3	12,5	p=0,167	p=0,643
	2	13	5,54	4,5	2,88	2	13		p=0,183
	3	13	5,73	4,5	2,98	2,5	10,5		p=0,362
	NB	38	6,62	5,75	3,01	1,5	15		
AG	0	13	0,46	0	0,78	0	2	p=0,156	p=0,678
	2	13	0,46	0	0,66	0	2		p=0,432
	3	13	0,08	0	0,28	0	1		p=0,156
	NB	38	0,39	0	0,86	0	4		
DAdj	0	13	-0,31	0	1,03	-3	1	p=0,717	p=0,818
	2	13	-0,62	-1	1,04	-2	1		p=0,485
	3	13	-0,38	0	1,19	-2	2		p=0,916
	NB	38	-0,34	0	1,26	-4	2		
Nota D	0	13	-1,54	-1	2,18	-6	1	p=0,757	p=0,664
	2	13	-1,92	-1	2,25	-7	1		p=0,305
	3	13	-1,38	-1	1,50	-5	1		p=0,834
	NB	38	-1,26	-1	1,88	-6	1		
Es	0	13	11,92	10	7,35	4	30	p=0,549	p=0,500
	2	13	11,85	11	5,00	5	24		p=0,482
	3	13	9,92	9	3,35	5	16		p=0,717
	NB	38	10,55	9,5	5,88	2	25		
SumY	0	13	3,15	2	4,20	0	16	p=0,292	p=0,734
	2	13	3,92	3	3,23	1	12		p=0,265
	3	13	3,23	3	2,28	0	9		p=0,417
	NB	38	2,76	2,5	2,51	0	13		

Nota. Kendall's W foi o teste utilizado para calcular o tamanho do efeito (nos três momentos)

Após a comparação dos resultados, momento versus momento (T0xT2xT3), foram obtidas as seguintes constatações:

1. A variável de maior destaque por sua significância foi **MOR**. Nota-se uma queda significativa de T0 para T2 (1,08 para 0,38) ($p=0,021$). Em T3 (final da residência) mantém-se a diminuição de **MOR**, com tendência à diminuição entre T0 x T3, (1,08 x 0,31) ($p=0,061$).

2. Outra variável que apresentou relevância

significativa na comparação entre momentos foi S (espaço branco). O momento T2 (4,00) sugere tendência a maior valor quando comparado a T0 (3,23) e a T3 (3,00) ($p=0,138$).

Dado que as diferenças significativas ocorreram nas duas variáveis acima mencionadas, a comparação com o recorte da amostra brasileira referiu-se a elas. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2

Resultados das Comparações dos Momentos com os Valores do Recorte da Amostra Normativa Brasileira (NB)

Variável	Diferença	p	Tamanho do efeito
MOR	T3<NB	0,038	-0,291
FD	T0>NB	0,030	0,303
S	T2>NB	0,003	-0,416

Nota. Kendall's W foi o teste utilizado para calcular o tamanho do efeito

1. **MOR**, em T0 (1,08), apresentou valores muito próximos ao recorte da amostra normativa brasileira (1,16) e não se verificou diferença significativa ($p=0,698$). Entretanto, em T2 (0,38) apresentou uma tendência a ser menor ($p=0,080$), que em T3 (0,31) se evidenciou ($p=0,038$);

2. **S**, em T0 (3,23), apresentou valores tendenciosamente maiores que o recorte da amostra normativa brasileira (3,00) ($p=0,057$), que aumentou significativamente em T2 (4,00) ($p=0,003$) e diminuiu voltando a manter uma tendência a ser maior em T3 (3,00) e mesmo valor da norma brasileira ($p=0,139$).

3. **FD**, em T0 (1,69), apresentou valores mais altos quando comparados aos do recorte da amostra normativa

brasileira (0,84) ($p=0,030$), que passou a apresentar nos momentos T2 (2,15) ($p=0,057$) e T3 (1,62) ($p=0,171$) tendência a valores maiores.

Dessa forma, observou-se que **S** e **FD** apresentaram valores maiores do que os encontrados no recorte da amostra normativa brasileira. **S** apresentou valores maiores em T2 e **FD** apresentou valores maiores em T0. Já a variável **MOR** apresentou valores menores no momento T3, do que aqueles encontrados no recorte da amostra normativa brasileira.

A seguir, na Tabela 3, observa-se a quantidade de respostas brutas **MOR** (conteúdos mórbidos), **FD** (forma-dimensão) e **S** (espaço branco) fornecidas pelos residentes e suas variações durante os três momentos de avaliação.

Tabela 3

Valores Brutos de Respostas MOR, FD e S Fornecidas pelos Treze Residentes nos Três Momentos de Avaliação (T0, T2 e T3) e a Soma do Total de Cada Tipo de Resposta

Variáveis Individuos	MOR			FD			S		
	T0	T2	T3	T0	T2	T3	T0	T2	T3
X1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
X2	1	0	0	1	0	0	5	5	1
X3	1	0	0	0	3	1	5	8	9
X4	0	0	0	3	2	4	3	5	4
X5	1	0	0	2	1	0	1	2	1
X6	0	1	0	3	6	2	7	8	5
X7	2	2	1	3	4	5	1	4	3
X8	1	1	0	0	1	0	6	3	1
X9	0	0	2	2	1	1	2	2	3
X10	1	0	1	3	0	3	2	2	3
X11	2	1	0	2	0	0	5	6	2
X12	2	0	0	3	8	4	2	3	5
X13	0	0	0	0	2	1	1	3	3
Total	12	5	4	22	28	21	41	52	40

Foi observado que, ao longo do tempo, ocorreu acentuada diminuição do número de respostas de conteúdo mórbido, e o momento T0 foi o que apresentou a maior quantidade de respostas **MOR**.

Pode-se verificar que ocorreu uma variação no número de respostas de forma-dimensão (**FD**), em que os valores iniciais (T0) se equipararam aos valores finais

(T3), contudo houve aumento significativo no número desse tipo de resposta no momento T2.

A variável de espaço branco (**S**), assim como a variável forma dimensão (**FD**), apresentou valores iniciais (T0) muito próximos aos valores finais (T3), denotando também aumento significativo na quantidade de respostas (**S**) em T2.

Na análise das comparações, pode-se entender que os valores de **MOR**, inicialmente (T0), apresentam-se muito próximos aos valores do recorte da amostra normativa brasileira e, ao longo do tempo, diminuíram acentuadamente se apresentando na última avaliação (T3) bem abaixo dos valores encontrados no mesmo recorte amostral. Qualitativamente, nota-se uma diminuição de doze respostas em T0 para quatro em T3. Isso permite constatar que os residentes deixam de se autodepreciar ao final da residência, ou seja, apresentam uma significativa melhora em sua autoimagem quando comparados ao recorte da amostra normativa brasileira.

Já com relação aos valores de **FD**, inicialmente (T0), estes se apresentaram elevados quando comparados aos valores encontrados no recorte da amostra normativa brasileira. Ao longo do tempo, o grupo mantém tendência à elevação quando comparados ao mesmo recorte. Qualitativamente, apresentam em T0 22 respostas, que aumentam para 28 em T2, e que diminuem para 21 respostas em T3. Isso sugere que os residentes apresentaram aspectos de introspecção ou autoinspeção potencializados quando comparados ao recorte da amostra normativa brasileira, aspectos que permanecem ao longo do tempo.

A variável **S**, inicialmente (T0), demonstrou tendência a valores maiores quando comparados ao recorte da amostra brasileira. No segundo momento de avaliação (T2), os valores aumentaram e se mostraram significativamente maiores quando comparados ao mesmo recorte. Os valores diminuíram no último momento de avaliação (T3), contudo apresentaram alguma tendência a se manterem elevados. Qualitativamente, nota-se que em T0 apresentaram 41 respostas de espaço branco, que aumentaram consideravelmente em T2 para 52 respostas e que, em T3, diminuíram para posteriormente ficarem com valores próximos aos iniciais, ou seja, 40 respostas. Portanto é possível perceber que os residentes apresentaram aspectos oposicionistas mais elevados quando comparados ao recorte da amostra normativa brasileira, que se evidencia mais no segundo momento de avaliação (T2) e que se mantêm ao longo do tempo.

Não houve diferenças estatisticamente significantes e nem tendência à significância nas comparações entre os três momentos e nem nas comparações de cada momento com o recorte da amostra normativa brasileira (NB) para as outras variáveis que foram selecionadas para análise. Entretanto, Nascimento (2010) refere que os resultados médios oferecidos pela amostra normativa do Estado de São Paulo apresentam valores indicativos de estresse presente e maior sobrecarga situacional não habitual. Tais resultados se apresentaram muito próximos àqueles encontrados nessa pesquisa.

Nas comparações entre os três momentos e nas comparações de cada momento com o recorte da amostra normativa brasileira (NB), para o índice **CDI** e as variáveis **COP** e **es**, não foram encontradas diferenças significantes.

Sobre os Conteúdos Autodepreciativos (MOR), de Autocobrança (FD) e Oposicionismo (S)

Após avaliar os resultados obtidos por meio das análises das três variáveis que apresentaram algum nível de significância quando comparadas entre si e com relação aos valores do recorte da amostra normativa, seguem-se algumas considerações.

Weiner (2000) afirma que, para se interpretar a variável **MOR** de forma mais adequada, é necessário ir além da comparação com dados normativos, pois esse código especial envolve elementos projetados e uma única resposta pode significar uma autocrítica negativa. Nota-se que o grupo de residentes apresentou uma quantidade elevada de respostas de conteúdos mórbidos no início da residência (T0), mas que ao longo do tempo (T2 e T3) apresentou um decréscimo significativo. Compreende-se que houve evidente melhora quanto à autocrítica desfavorável dos residentes ao final da residência, passaram a se ver de maneira menos autodepreciativa, o que representa algo bastante positivo, além de apresentarem valores muito inferiores quando comparados ao recorte da amostra normativa brasileira.

Com relação às respostas de forma dimensão, é importante ressaltar que o indivíduo que forneceu esse tipo de resposta (**FD**) apresentou recurso para introspecção, para autoconsciência e para reflexividade. Tal recurso permitiu o acesso aos seus próprios conteúdos internos e a capacidade para perceber as situações por outras perspectivas que não apenas as suas próprias.

A variável **FD** é tridirecional, ou seja, se o indivíduo não fornece esse tipo resposta em seu protocolo, significa a não disponibilidade deste tipo de recurso, o que faz com que ele perceba as situações tais quais elas se apresentam a ele, impossibilitando de ver nuances e diferentes perspectivas. O equilíbrio entre uma e duas respostas de forma-dimensão indica a presença desse recurso e um bom ajustamento no uso dele. Acima de duas respostas **FD**, é sugerido que essa tendência à introspecção se torne uma espécie de “ruminação”, ou seja, o indivíduo volta-se para si para, reexaminando e automonitorando, as situações dentro de outras perspectivas. Isso não é tão prejudicial e não está associado à autorecriminação (como no caso das respostas de Sombreado-Vista – FV), porém torna-se mais intenso quando as **FD** encontram-se associadas a uma incidência elevada de respostas de Espaço Branco que sugerem distorções e oposicionismos na percepção dos fatos e situações (Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000). Nota-se, de acordo com a análise da tabela 3, que, pelo menos, cinco residentes, nos três momentos de avaliação, apresentaram esse aspecto de reexaminação mais acentuado, pois apresentaram a associação de respostas **FD** com respostas **S** elevadas.

As respostas dadas no espaço branco (**S**) tendem a indicar atitudes oposicionistas-questionadoras. Dentro de uma normalidade, é importante que o indivíduo apresente uma resposta **S** no protocolo, pois indica

determinação, assertividade e forma de se posicionar diferentemente daquilo que está sendo instituído ou do que é convencional. Entende-se que sair do convencional (um pouco que seja) pode ser considerado como um bom ajustamento. Contudo, quando um número elevado de respostas **S** é encontrado em um protocolo, compreende-se que o estilo oposicionista apresenta-se como uma tendência marcada do indivíduo. Ou seja, será aquele que se opõe a qualquer convenção, ou qualquer situação que perceba e interprete contra aquilo que espera e almeja. Indivíduos que dão muitas respostas **S** normalmente manifestam sentimentos de raiva, de protesto em relação a situações ou condutas que eles não necessariamente gostariam de realizar (Weiner, 2000). Nesse estudo foi observado que no momento inicial nove residentes apresentaram acima de uma resposta **S** em seus protocolos; esse valor aumenta para doze indivíduos em T2 e cai para o mesmo valor inicial em nove indivíduos em T3, o que indica que na grande maioria dos residentes o oposicionismo se mostra como uma tendência mais marcante de sua personalidade.

É importante ressaltar que pesquisas realizadas por Vaz (1997) referem que:

[...] passamos a não aceitar a interpretação de S como simples oposicionismo, mas que fundamentalmente o espaço em branco é a expressão dos sentimentos de insegurança, de desprazer, da tensão diante de uma barreira a ser transposta, ou seja, em última análise, a expressão da ansiedade situacional do examinando (Vaz, 1997, p. 88).

Dessa forma, compreende-se que o excesso de introspecção (**FD**) associado ao sentimento de contrariedade, oposicionismo e ansiedade situacional, número elevado de **S**, de tornar essa introspecção problemática (Vaz, 1997). O indivíduo é obrigado a entrar em contato com situações que vão contra aquilo que ele gostaria de fazer. A impossibilidade de canalizar o oposicionismo pode contribuir para que toda a energia agressiva (da própria oposição) se volte contra ele, desenvolvendo assim tipos agressivos de respostas mórbidas, **MOR**, que são representações de seus *selves*. No entanto, esta hipótese não se confirma tendo em vista a diminuição de **MOR** ao longo do tempo (T3). Isso sugere, portanto, que tal oposicionismo pode estar direcionado ao meio, como uma manobra defensiva adaptativa de autoproteção, e que realmente seja uma característica de personalidade predominante desse grupo.

É possível afirmar, portanto, que ao final da residência, as respostas de conteúdos **MOR** diminuem, e isso sugere que se tornam livres de atitudes negativas e desfavoráveis. Apresentam características predominantes de oposicionismo e autocobrança, o que parece ser algo constante e presente em suas personalidades e na sua forma de agir.

Os residentes se apresentam mais integrados à figura, à função e ao papel de médico, pois no terceiro ano de residência (R3) se mostram mais responsáveis e ainda contribuem com o ensino de outros residentes, se desenvolvendo, assim, de maneira mais autônoma, segura e experiente. Por outro lado, são mais solicitados quanto ao conhecimento teórico e prático de sua especialidade, conseqüentemente sendo mais pressionados pela competitividade inerente à profissão médica. Ainda nesse momento final da residência, surge a sensação de empoderamento, que os ajuda a não mais se perceberem frágeis ou vulneráveis como se viam no início da residência. Sobre as características predominantes no grupo, observadas de maneira constante ao longo do tempo, é possível considerá-las como traços de suas personalidades, portanto presentes naqueles que buscam essa área. Em pesquisa realizada com residentes de diversas especialidades, em que são avaliados os estereótipos e aspectos de personalidade por meio do Método de Rorschach (Escola Francesa), Bellodi (2001) refere que os residentes, sejam clínicos ou cirurgiões, mostram-se “autocríticos e observadores quanto ao próprio comportamento, apresentando temor de inadequação e dificuldade em lidar com situações pouco estruturadas” (p. 203). Tais resultados parecem confirmar os achados deste estudo.

Considerações Finais

A partir dos avaliações feitas neste estudo não se pode afirmar que a residência torne os residentes mais estressados, deprimidos ou ansiosos. Contudo, ao comparar os momentos T0, T2 e T3 foram observadas alterações consideráveis.

A análise feita por meio do Método de Rorschach propiciou o entendimento de características da personalidade dos participantes no que concerne a capacidade de enfrentamento diante circunstâncias adversas. Observou-se que os aspectos de ansiedade, pensamentos pessimistas e avaliação negativa e denegrada a respeito de si, foram evidenciados pela incidência da variável **MOR**. As variáveis **FD** e **S** ambas apresentaram mínima diminuição de T0 para T3, porém, mostraram-se aumentadas expressivamente em T2. Desta forma, residentes iniciaram o R1 apresentando componentes autodepreciativos, que se dissipam ao longo do tempo e mantiveram as características de autocobrança e autoinspeção, bem como, sentimentos de hostilidade, ressentimentos e oposicionismo. Esses fatores apresentaram diferenças estatisticamente significantes quando comparadas a amostra normativa brasileira.

A análise dos resultados deste estudo deve ser feita com cautela, uma vez que se refere a uma amostra de conveniência com um grupo específico de 13 residentes avaliados ao longo dos três anos do programa de residência em Ortopedia. Um outro ponto que merece ser

observado se refere ao fato de se tratar de uma amostra de médicos residentes de uma única instituição. O desenvolvimento de novos estudos com outros programas de residência se faz necessário, a fim de produzir maior entendimento sobre o assunto

Constata-se desta forma, a importância da implementação de Programas de Tutoria. Bellodi (2005) resalta que a tutoria amplia a rede de suporte ao aluno/residente e, em conjunto com outros esforços institucionais especializados, quando bem estruturada e com pessoas motivadas, capacitadas e generosas, pode colaborar decisivamente para o seu desenvolvimento amplo, seja pessoal ou profissional. Nota-se assim a importância do acompanhamento do residente, em todas as etapas da vida acadêmica, de forma psicoeducativa e que abranja não somente aspectos do seu desenvolvimento prático em seu trabalho, mas também que o ajude a desenvolver melhores instrumentos de enfrentamento emocional frente à tarefa do exercício da Medicina.

Agradecimentos

Agradeço meus pais, Alan e Léa Esquivel e a meu marido Alexandre Sacramento pelo amor, cuidado e paciência. Agradeço também aos meus orientadores, Profa. Dra. Latife Yazigi e Prof. Dr. Luiz Antônio Nogueira-Martins por todos os ensinamentos e aprendizado que servirão para toda minha vida. E a CAPES pelo suporte financeiro.

Financiamento

Todas as fontes de financiamento para elaboração e produção do estudo (coleta, análise e interpretação dos dados, bem como, escrita dos resultados no presente no manuscrito) foram fornecidas pelo projeto de pesquisa no. 741379 – CAPES.

Contribuições dos autores

Declaramos que todos os autores participaram da elaboração do manuscrito. Especificamente, a autora Daniela Arroyo Esquivel participou da redação inicial do estudo – conceitualização, investigação, visualização, os autores Daniela Arroyo Esquivel, Latife Yazigi e Luiz Antonio Nogueira-Martins participaram da análise dos dados, e os autores Daniela Arroyo Esquivel, Latife Yazigi e Luiz Antonio Nogueira-Martins participaram da redação final do trabalho – revisão e edição.

Disponibilidade dos dados e materiais

Todos os dados e sintaxes gerados e analisados durante esta pesquisa serão tratados com total sigilo devido às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Porém, o conjunto de dados e sintaxes que apoiam as conclusões deste artigo estão disponíveis mediante razoável solicitação ao autor principal do estudo.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Referências

- Aach, R. D., Cooney, T. G., Girard, D. E., Grob, D., McCue, J. D., Page, M. I., & Smith, J. W. (1988). Stress and impairment during residency training: Strategies for reduction, identification, and management. *Annals of Internal Medicine*, 109(2), 154-161. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-109-2-154>
- Barbosa, H. (1984). A Residência médica no Brasil. *Residência Médica*, 6(1-2), 2-12.
- Bellodi, P. L. (2001). *O clínico e o cirurgião: Estereótipos, personalidade, e escolha da especialização médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bellodi, P. L. (2005). *Tutoria: Mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brent, D. A. (1981). The residency as a developmental process. *Journal of Medical Education*, 56(5), 417-422. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7194376/>
- Esquivel, D. A., Brunoni, G. R., Nogueira-Martins, L. A., & Yazigi, L. (2010). Estresse situacional avaliado pelo método de Rorschach em residentes de primeiro ano de ortopedia. Em S. R. Pasian (Ed.), *Avanços do Rorschach no Brasil* (pp. 153-172). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E., Jr. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E., Jr. (2003). The Rorschach: A comprehensive system (4th ed.). *Vol. 1, Basic foundations and principles of interpretation*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E., Jr., & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fagnani Neto, R. (2003). *Cuidando de residente de medicina e outros trainees na área de saúde: a experiência do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica (NAPREME) na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo].
- Fagnani Neto, R., Obara, C. S., Macedo, P. C., 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 Sao Paulo. *São Paulo Medical Journal*, 122(4), 152-157. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802004000400004>
- Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 295(6597), 533-536. <https://doi.org/10.1136/bmj.295.6597.533>
- Firth-Cozens, J., Cording, H., & Ginsburg, R. (2003). Can we select health professionals who provide safer care. *Quality and Safety in Health Care*, 12 Suppl 1, i16-20. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i16
- Friedman, R. C., Kornfeld, D. S., & Bigger, T. J. (1973). Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 48(5), 436-441. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4699420/>

- Girard, D. E., Hickam, D. H., Gordon, G. H., & Robison, R. O. (1991). A prospective study of internal medicine residents' emotions and attitudes throughout their training. *Academic Medicine*, *66*(2), 111-114. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1993094/>
- Gordon, G. H., Girard, D. E., & Hickam, D. H. (1987). Comparison of mood changes and satisfaction among first-year medical residents in three programs. *Journal of Medical Education*, *62*(5), 428-430. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3573023/>
- Johnson, W. D. (1991). Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: The role of unconscious and experiential factors. *British Journal of Medical Psychology*, *64*(Pt 4), 317-329. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1786225/>
- Lichstein P. M. (2020). What is the prevalence of burnout, depression, and substance use among orthopaedic surgery residents and what are the risk factors? A collaborative orthopaedic educational research group survey study. *Clin Orthop Relat Res. Aug; 478*(8):1709-1718. Recuperado de: https://journals.lww.com/clinorthop/Fulltext/2020/08000/What_Is_the_Prevalence_of_Burnout_Depression_and.3.aspx
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., Sen, S. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA. 2015 Dec 8; 314*(22): 2373-83. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866499/>
- Nascimento, R. S. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: Teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nogueira-Martin, L. A. (1998). Residência médica: Estresse e crescimento. *Psychiatry On-Line Brazil*, *3*(10). Recuperado de <http://www.polbr.med.br/ano98/resid2.php>
- Nogueira-Martins, L. A. (1994). *Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo].
- Nogueira-Martins, L. A. (2005). *Residência médica: Estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nogueira-Martins, L. A., & Jorge, M. R. (2003). Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Psychiatry On-Line Brazil*, *8*(3). Recuperado de http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0303_1.php
- Rorschach, H. (1921). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou.
- Sadat-Ali, M., Al-Habdan, I. M., Al-Dakheel, D. A., & Shriyan, D. (2005). Are orthopedic surgeons prone to burnout? *Saudi Medical Journal*, *26*(8), 1180-1182. Recuperado de: <https://smj.org.sa/content/smj/26/8/1180.full.pdf>
- Sampaio, A. S. (1984). A implantação da residência médica no Hospital das Clínicas: 40 anos de história. Em *Estudos Fundap: Residência médica*. São Paulo: Fundap.
- Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M. O., Rubash, H., & Barrack, R. L. (2004). Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *Journal of Bone and Joint Surgery, 86-A*(7), 1579-1586. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15252111/>
- Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M. O., Rubash, H., & Barrack, R. L. (2009). Quality of life during orthopaedic training and academic practice. Part 1: orthopaedic surgery residents and faculty. *Journal of Bone and Joint Surgery, 91*(10), 2395-2405. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19797575/>
- Smith, J. W., Denny, W. F., & Witzke, D. B. (1986). Emotional impairment in internal medicine house staff. Results of a national survey. *JAMA*, *255*(9), 1155-1158. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/403121>
- Travers, V. Burnout in orthopedic surgeons. *Orthop Traumatol Surg Res. 2020 Feb; 106*(1S): S7-S12. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31740160/>
- Toews, J. A., Lockyer, J. M., Dobson, D. J., Simpson, E., Brownell, A. K., Brenneis, F., Cohen, G. S. (1997). Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Academic Medicine*, *72*(11), 997-1002. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9387825/>
- Vaillant, G. E., Sobowale, N. C., & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*, *287*(8), 372-375. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5043521/>
- Valko, R. J., & Clayton, P. J. (1975). Depression in the internship. *Diseases of the Nervous System*, *36*(1), 26-29. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1109883/>
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: Teoria e desempenho*. São Paulo: Manole.
- Weiner, I. B. (1995). Variable selection in Rorschach research. In J. Exner, Jr. (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 73-97). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Weiner, I. B. (1998). *Principles of Rorschach Interpretation*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

recebido em julho de 2020
aprovado em outubro de 2020

Sobre os autores

Daniela Arroyo Esquivel é psicóloga (Universidade Mackenzie), mestre e doutora em ciências pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM. Atualmente é psicóloga clínica/hospitalar e docente/supervisora do Curso de Psicologia do Complexo Educacional FMU.

Latife Yazigi é psicóloga (USP), Livre Docente, ex-Professora Titular do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM.

Luiz Antonio Nogueira-Martins é psiquiatra (UNIFESP-EPM), Livre Docente e Professor Associado Aposentado do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM.

Como citar este artigo

Esquivel, D. A., Yazigi, L., & Nogueira-Martins, L. A. (2021). Rorschach e residência médica: estudo prospectivo com residentes de ortopedia e traumatologia. *Avaliação Psicológica*, *20*(2), 209-219. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2021.2002.21099.09>