

Programa de neurologia para a formação do residente em psiquiatria no Brasil Neurology training program to the education of residents in psychiatry in Brazil

Marcel Wilkins Pereira Souza¹, Carlos Arteaga Rodríguez¹

RESUMO

Introdução: A psiquiatria e a neurologia são especialidades entrelaçadas. O avanço da neuropsiquiatria viabilizou a incisão da dicotomia funcional-orgânico e a necessidade de incluir conteúdos de neurologia na formação do psiquiatra. **Objetivos:** Determinar o conteúdo e a metodologia da disciplina de neurologia na formação do residente de psiquiatria. **Métodos:** De 2011 a 2013, realizou-se uma pesquisa teórico-reflexiva. Consultou-se os sítios da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), das residências em psiquiatria do Brasil, PubMed e SciELO. Utilizou-se os termos: programa de residência médica e de residência em psiquiatria; neurologia e residência em psiquiatria. Procurou-se competências, carga horária, atendimento hospitalar ou ambulatorial, supervisor, método de ensino, conteúdo temático, avaliação, pesquisa e literatura recomendada. **Resultados e discussão:** No Brasil, existem 66 residências em psiquiatria concentradas no Sudeste e Sul (71,1%). Das 840 vagas de residência, 80,1% estão localizadas nessas regiões. Só 8% das residências publicam seus programas, ainda que parciais. Os residentes da psiquiatria acompanham o serviço da neurologia em ambulatórios especializados como neurogeriatria, cefaleia e epilepsia. Nenhuma residência divulga o conteúdo temático e a literatura recomendada. Um estágio reportou a necessidade de avaliação para sua conclusão. **Conclusões:** No Brasil, não existe um programa completo de neurologia para formar o psiquiatra. É necessário que as residências publiquem seus programas e experiências. Sugere-se que a ABP estructure um programa nacional para que as instituições possam adequá-lo à sua realidade. Propõe-se que o preceptor de neurologia faça parte do serviço da psiquiatria e não que o residente passe por ambulatórios subspecializados de neurologia.

Palavras-chave: educação médica; internato e residência; programas.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatry and neurology are intertwined specialties. The advance of neuropsychiatry allowed the incision of the functional-organic dichotomy, as well as the need to include contents of neurology discipline in training the psychiatrist. **Objectives:** To determine the content and methodology of neurology discipline in the formation of psychiatry residents. **Methods:** In 2011 to 2013 a theoretical and reflective research was held on the websites of the Brazilian Psychiatric Association (BPA), residencies in psychiatry in Brazil, PubMed and SciELO. The terms used were: medical residency program and residency in psychiatry; neurology and residency in psychiatry. We searched for skills, workload, hospital care or outpatient, supervisor, teaching method, thematic content, evaluation, research and recommended literature. **Results and discussion:** In Brazil, there are 66 residencies in psychiatry, concentrated in the Southeast and South regions (71.1%). Of the 840 residency positions, 80.1% are located in these regions. Only 8% of residencies publish their programs, even partial. Psychiatry residents accompany the service of neurology at specialized clinics as neurogeriatrics, headache and epilepsy. No residency discloses the thematic content and recommended literature. An internship reported the need for evaluation to completion. **Conclusions:** In Brazil, there is not a full program of neurology to form the psychiatrist. It is necessary that the residencies publish their programs and experiences. It is suggested that the BPA structure a national program so the institutions can adapt it to their reality. It is proposed that the preceptor of neurology be part of the psychiatry service, and not the resident pass by neurology subspecialty outpatients.

Keywords: education, medical; internship and residency; programs.

¹Secretaria Municipal de Saúde – São José dos Pinhais (PR), Brasil.

Contato: marcelwps@gmail.com

Recebido em 24/07/2016. Aceito para publicação em 08/03/2017.

INTRODUÇÃO

A psiquiatria e a neurologia são especialidades entrelaçadas desde os trabalhos de Jean-Martin Charcot no século XIX.¹ No início do século XX, com os trabalhos de Emil Kraepelin e Sigmund Freud, os nomes mais influentes da psiquiatria na época, iniciou-se a separação dessas especialidades.² Para Kraepelin, o pai da psiquiatria moderna, as doenças psiquiátricas são causadas por desordens genéticas e biológicas.³ Freud, discípulo de Charcot na Salpêtrière, estudou a histeria e ressaltou a importância dos conceitos de inconsciente dinâmico e de determinismo psíquico no desenvolvimento dos distúrbios mentais.⁴

Após a Segunda Guerra Mundial, acentuou-se a divisão entre a psiquiatria e a neurologia, o que influenciou na formação acadêmica de psiquiatras e neurologistas. Ambas as especialidades foram separadas, fundamentalmente, pela dicotomia orgânica *versus* funcional.²

A partir de 1960, com a evolução da neurofarmacologia e a identificação dos neurotransmissores, surgem as bases da psiquiatria biológica.⁵ No final do século XX e início do XXI, com o aparecimento das novas drogas psicotrópicas, a descoberta das bases genéticas e o avanço dos métodos de imagem do cérebro, as moléstias psiquiátricas e neurológicas tornaram-se novamente integradas.^{6,7}

Doenças consideradas primariamente psiquiátricas, como o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), possuem fundamentação neurobiológica, como demonstram os estudos de neuroimagem, e podem apresentar manifestações neurológicas além das psiquiátricas.⁸⁻¹¹ Por sua vez, doenças neurológicas, como a esclerose múltipla e a doença de Huntington, apresentam manifestações psiquiátricas que por vezes antecedem o quadro neurológico.¹²

Esses argumentos justificam a inclusão, na formação do residente em psiquiatria, de conteúdos teóricos e práticos que facilitem a compreensão dessa interface. Dessa forma, o psiquiatra formado poderá oferecer aos pacientes um atendimento embasado nos saberes neuroanatomofisiológicos subjacentes às doenças psiquiátricas. Utilizará os psicotrópicos com base em seus mecanismos de ação e seus receptores, de forma a evitar e reconhecer efeitos adversos como síndrome neuroléptica maligna, crise serotoninérgica, discinesias e parkinsonismo.

Essas fundamentações nos motivaram a realizar esta pesquisa, que tem como propósito analisar e discutir os programas de neurologia para formar o especialista em psiquiatria no Brasil.

MÉTODOS

No período do 2011 até 2013, realizou-se uma pesquisa teórica-reflexiva, aliando o método dedutivo à técnica de pesquisa bibliográfica, visando caracterizar o panorama do programa de neurologia na formação do psiquiatra no Brasil.

Consultou-se os sítios da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e das instituições com residência em psiquiatria no Brasil conforme a ABP.¹³ Realizou-se um levantamento nas bases de dados PubMed e SciELO dos últimos dez anos. Como termos, utilizou-se: programa de residência

médica; programa de residência em psiquiatria; neurologia e residência em psiquiatria; neurologia e psiquiatria.

Nos programas das residências, procurou-se: competências, carga horária, atendimento hospitalar ou ambulatorial, supervisor, método de ensino, conteúdo temático, avaliação, pesquisa e literatura recomendada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A residência em psiquiatria

A especialização médica, estruturada como residência médica, iniciou-se em 1889 no Hospital da John's Hopkins University, quando William Halsted nomeou quatro ex-internos como residentes em cirurgia. O treinamento incluía uma responsabilidade progressiva na execução das cirurgias e nos cuidados dos pacientes. William Osler adotou o mesmo sistema para a especialização em medicina interna.^{13,14}

Ao ser constatado o padrão técnico do médico especialista norte-americano, o sistema de residência médica se difundiu e a Associação Médica Americana (AMA) reconheceu sua necessidade como treinamento de pós-graduação. Em 1927, a AMA organizava as relações dos hospitais no desenvolvimento dos programas de residência médica.¹⁵

No Brasil, a residência médica se iniciou em 1945, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com a especialidade de ortopedia. Três anos após, no Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado do Rio de Janeiro, foram iniciados os programas de residência em cirurgia geral, clínica médica, pediatria e obstetrícia-ginecologia.¹⁶

Os primeiros programas de residência em psiquiatria no Brasil iniciaram-se, em 1948, no hospital geral do Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado no Rio de Janeiro, e, em 1951, no HCFMUSP.¹⁷ A regulamentação dos programas de residência médica (PRM) ocorreu em 1977 com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).¹⁸

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização e tem como objetivo o aperfeiçoamento do médico recém-formado. Caracteriza-se pelo treinamento em serviço em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a supervisão de professores/preceptores. O residente exercita os conhecimentos adquiridos na graduação e consolida novos saberes teórico-práticos. Trata-se da melhor maneira de preparar o médico especialista.¹⁹

A Comissão de Residência Médica em Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria (CRMP-ABP) recomenda um programa mínimo para a residência. Esse programa propõe uma duração de 3 anos e carga horária mínima de 2.880 horas anuais. Da carga horária total, pelo menos 10% é destinada à programação acadêmica e 80 a 90% para treinamento em serviço.²⁰

Tem-se observado que em algumas instituições o residente é considerado um membro da equipe para "tocar serviço". Sua aprendizagem fica à mercê de acompanhar a rotina da especialidade durante o estágio. É certo que a formação do residente é fundamentalmente prática, porém, deve incluir um programa acadêmico com avaliações e realização de pes-

quiza que favoreçam a formação integral, abrangente e competente. Trata-se de se evitar a formação a livre arbítrio.

Em 2010, Botti e Rego²¹ relataram que o processo de ensino-aprendizagem e o conteúdo da formação do residente ainda eram pouco estudados. Calil e Contel²² publicaram que o processo de ensino na residência em psiquiatria não era realizado conforme as resoluções do CNRM e que os residentes executavam modalidades de treinamento não exigidas pelo CNRM. Os autores ainda verificaram que as avaliações de desempenho não eram realizadas periodicamente, o que impossibilitava um julgamento objetivo do aproveitamento docente-assistencial. Havia discordância entre os objetivos do residente e as pretensões dos preceptores.

Por que ensinar neurologia na residência de psiquiatria?

Considera-se que entre as disciplinas essenciais na formação do residente em psiquiatria encontra-se a neurologia. O psiquiatra com conhecimentos em neurologia é capaz de lidar com a interface neurologia-psiquiatria e compreender os mecanismos fisiopatológicos das doenças neuropsiquiátricas, permitindo-lhe considerar o diagnóstico diferencial e tratar adequadamente seus pacientes.

Já se argumentou a relação entre a psiquiatria e a neurologia, destacando-se que a dicotomia do orgânico e do funcional na atualidade não tem fundamento. Pelo contrário, doenças consideradas psiquiátricas, como o TOC e o TDAH, têm uma fundamentação neurobiológica. Por sua vez, doen-

ças neurológicas podem se apresentar inicialmente como manifestações psiquiátricas, como a esclerose múltipla, doença de Huntington e doença de Parkinson.

Ainda, o aparecimento, no final do século XX e início do XXI, das novas drogas psicotrópicas, das bases genéticas dos distúrbios neuropsiquiátricos e dos métodos de imagem do cérebro, as moléstias psiquiátricas e neurológicas tornaram-se cada vez mais integradas.⁵⁻⁷ Daí a necessidade dos saberes neurológicos na formação do psiquiatra. O problema é definir os saberes e a metodologia a ser utilizada.

A ABP²⁰ propõe em seu programa que o estágio em neurologia tenha no mínimo 5% da carga horária do primeiro ano da residência em psiquiatria. Porém, não contempla a metodologia nem o programa a ser desenvolvido durante o estágio. A critério das instituições, fica a elaboração do programa didático-pedagógico que contemple atividades teórico-práticas, temas, metodologia, avaliações e distribuição da carga horária ambulatorial, enfermarias e pronto-atendimento.

Programas de neurologia das residências em psiquiatria do Brasil

Conforme a Comissão Nacional dos Médicos Residentes (CNMR),²³ existem, no Brasil, 66 instituições com residência em psiquiatria. Segundo o CNMR, em 2013²³, na Região Sudeste, concentrava-se o maior número de instituições (31), com 497 vagas. A Região Sul é a segunda, com 16 serviços de residência e 177 vagas (Figura 1).

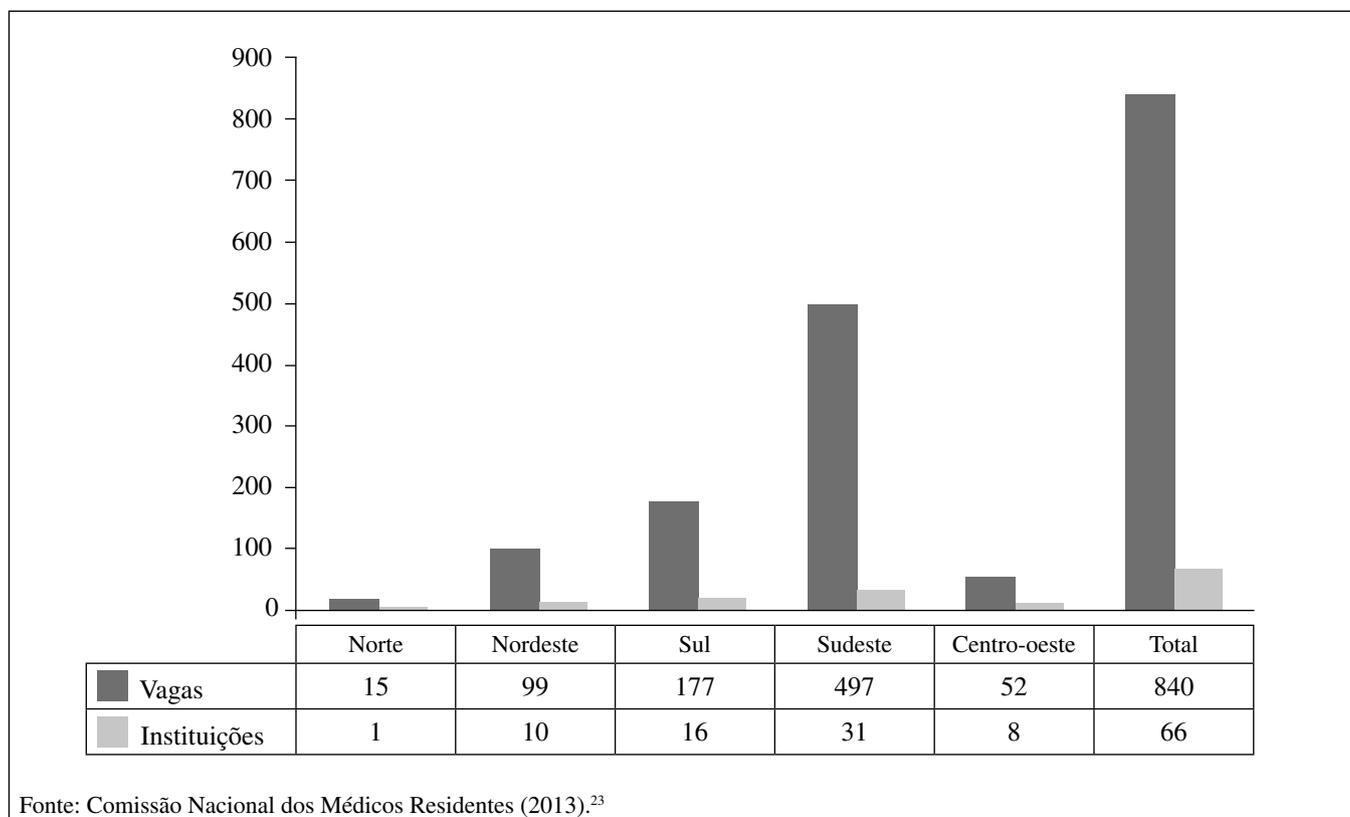


Figura 1. Número de vagas e instituições com residência em psiquiatria no Brasil.

A maioria das residências em psiquiatria possui sítio de internet ou apresenta suas informações em sítios parceiros. Em duas residências, não encontramos informações. Nenhuma das instituições pesquisadas publica todos os dados pesquisados do programa de neurologia: competências, carga horária, atendimento hospitalar ou ambulatorial, supervisor, competências, método de ensino, conteúdo temático, avaliação, pesquisa e literatura recomendada. Apenas 8% das instituições disponibilizaram informações, porém, parciais. As informações obtidas foram dos programas de residência da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),²⁴ Faculdade de Medicina do ABC (FMABC),²⁵ do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC),²⁶ Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM),²⁷ do Ceará, e Hospital Professor Edgar Santos (HUPES),²⁸ da Bahia.

Em 2013, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),²⁴ São Paulo, a disciplina de neurologia clínica era obrigatória durante o primeiro ano da residência (R1), e o preceptor, neurologista, ministrava aulas em curso teórico com os temas: exame neurológico (90 minutos) e neuroimagem (4h30). Em rodízio, um R1 acompanhava o serviço de neurologia uma vez por semana. Havia um ambulatório de psiquiatria geriátrica onde eram abordados os transtornos neuropsiquiátricos do idoso. A seguinte bibliografia era recomendada: Forlenza OV. Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação. São Paulo: Atheneu, 2006; Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu, 2001; Caixeta L. Demência: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2006; Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; Yudofsky SC, Hales RE. Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Compreende-se que a disciplina de neurologia da UNICAMP²⁴ tem ênfase no exame neurológico, na neuropsiquiatria geriátrica e neuroimagem. Não se observa integração dos saberes neurológicos e psiquiátricos, e os serviços estão separados, o que sugere a existência da dicotomia neurologia e psiquiatria. Essas observações são metas a serem superadas.

Na FMABC²⁵, o R1, sob supervisão do neurologista, participa durante cinco horas semanais das atividades no ambulatório da neurologia geral. Ao término desse estágio, é aplicada uma avaliação escrita com o objetivo de mensurar os conhecimentos obtidos e as habilidades. O residente que não alcança nota mínima de sete está sujeito à reprovação. Observa-se que o residente se integra no serviço de neurologia, mantendo-se a separação entre ambas as especialidades e não existindo um programa analítico. Mas, nesse caso, há avaliação como premissa de aprovação da disciplina.

O IPq/SC²⁶ incluía em seu programa atividades no Laboratório de Casos Refratários (REFRACTA) e no laboratório de Psicogeriatrics e Demência (PG). O REFRACTA foi concebido como um laboratório de neurociências que integra a psiquiatria e a neurologia no atendimento de pacientes refratários à terapêutica. Um residente do terceiro ano (R3)

participa dessa atividade, uma vez por semana, sob supervisão do neurologista e do psiquiatra. No laboratório PG, dois R3, uma tarde por semana, atendem pacientes idosos portadores de quadros demenciais e outros transtornos psiquiátricos. Ainda realizam seminários teóricos supervisionados pelos preceptores. O programa do IPq/SC²⁶ mostra uma integração interdisciplinar, porém seletiva. Ele abrange os pacientes neurogeriátricos e casos mais complexos, chamados de refratários, deixando de lado as comorbidades mais frequentes. Porém, não há avaliação.

O programa da residência em psiquiatria do HSMM²⁷ possui a disciplina de neuropsiquiatria e inclui atendimento ambulatorial em epilepsia e neuropsiquiatria. Não foram encontradas outras informações. A residência do HUPES²⁸ consta de ambulatórios de epilepsia, cefaleia, distúrbios do movimento e demências. Cada ambulatório possui carga horária de cinco horas semanais onde participam os R3. Tais informações sugerem que esses programas não integram a interface neurologia-psiquiatria, visto que o residente passa por vários ambulatórios especializados.

Comprovou-se que há poucas informações referentes à disciplina de neurologia nas residências em psiquiatria (Quadro 1). Pode-se considerar a inexistência de um programa da disciplina disponível para consulta, favorecendo a organização das atividades de cada instituição docente segundo critérios próprios.

Existe a necessidade que ABP proponha um consenso ampliado e flexível entre as instituições formadoras do psiquiatra, que inclua um programa que possa ser enriquecido atendendo às características de cada serviço.

CONCLUSÕES

É inadmissível que o residente se forme “tocando serviço” ou a “livre arbítrio”. Deve-se formar em serviço, porém, sob supervisão do preceptor ou professor que o guiará e orientará nas condutas corretas, no manejo da relação médico-paciente, na prática dos princípios éticos, no manejo clínico científico e humano dos pacientes. Utilizando-se a metodologia de ensino embasado em problemas e em evidências científicas. Além disso, considera-se necessária a realização de uma pesquisa e prova teórico-prática final como pré-requisitos para obter a titulação.

O programa de neurologia para formar o residente da psiquiatria é uma necessidade. Ainda assim, não se encontrou, no Brasil, um programa completo de neurologia para formar o psiquiatra. Sugere-se que a ABP estruture um programa nacional com os conteúdos, metodologia, atuação ambulatorial, hospitalar ou ambos, literatura recomendada, carga horária, pesquisa, avaliação da disciplina e o ano da residência para a realização do estágio. Esse programa deverá ser flexível, de forma que as instituições possam adequá-lo à sua realidade docente-assistencial.

Propõe-se que o preceptor de neurologia deva integrar o corpo docente da psiquiatria e não o residente integrar-se ao serviço de neurologia. Além disso, o programa de neurologia deve nascer das necessidades do manejo do paciente da psiquiatria, na procura da integração de ambas as disciplinas e não em ambulatórios especializados. O programa deve incluir temas neurofisiológicos, propedêuticos e clíni-

Quadro 1. Informações do programa de neurologia apresentadas pelas instituições de ensino.

	UNICAMP	FMABC	IPq/SC	HSMM	HUPES
Carga horária	Sim (aulas teóricas: 5:30 h/semana; aulas; estágio no serviço de neurologia: 1 vez por semana) – R1	5 h/ semana – R1	Sim (uma vez por semana no Laboratório RE-FRACTA e uma tarde por semana no Laboratório PG) – R3	Não	Sim (5 h/ semana em cada ambulatório – R3)
Local de atendimento	Serviço de neurologia e ambulatório de psiquiatria geriátrica	Ambulatório de neurologia geral	Laboratório de Casos Refratários e Laboratório de Psicogeriatria e Demência	Ambulatórios de epilepsia e neuropsiquiatria	Ambulatórios de epilepsia, cefaleia, distúrbios do movimento e demências
Supervisor responsável	Sim (psiquiatra e neurologista)	Neurologista	Sim (psiquiatra e neurologista)	Não	Não
Competências	Não	Não	Não	Não	Não
Método de ensino	Sim	Não	Sim	Não	Não
Conteúdo temático	Sim	Não	Não	Não	Não
Processo de avaliação	Não	Avaliação escrita	Não	Não	Não
Incentivo à pesquisa	Não	Não	Não	Não	Não
Literatura recomendada	Sim (vide texto)	Não	Não	Não	Não

Fonte: UNICAMP²⁴; FMABC²⁵; IPq/SC²⁶; HSMM²⁷; HUPES²⁸.

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas; FMABC: Faculdade de Medicina do ABC; IPq/SC: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina; HSMM: Hospital de Saúde Mental de Messejana; HUPES: Hospital Professor Edgar Santos.

cos que facilitem a compreensão e a aplicação da interface neurologia-psiquiatria.

Sugere-se que as residências em psiquiatria publiquem seus programas na sua totalidade para facilitar comparações e uma linguagem comum, no que diz respeito ao programa de neurologia para formar o psiquiatra.

REFERÊNCIAS

- Teive HAG. O Papel de Charcot na Doença de Parkinson. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(1):141-5.
- Martin JB. The integration of neurology, psychiatry, and neuroscience in the 21st century. *Am J Psychiatry.* 2002;159(5):695-704.
- Pereira MEC. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2009;12(1):161-6.
- Mabilde LC. Conceitos psicanalíticos freudianos fundamentais. In: Elzirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 73-84.
- Bastos O. Psiquiatria: conceito, objetivos, panorama atual e perspectivas. In: Brasil MAA, Botega NJ, editores. *PEC Programa de educação continuada da Associação Brasileira de Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 2-6.
- Sanches M, Soares JC. Psiquiatria e neurociência: estado atual e perspectivas futuras. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. *Clínica psiquiátrica.* Barueri: Manole; 2011. p. 49-54.
- White PD, Rickards H, Zeman AZJ. Hora de acabar com a distinção entre doenças mentais e neurológicas. *BMJ.* 2012;5(49):418-20.
- Rauch SL. Neuroimaging and neurocircuitry models pertaining to the neurosurgical treatment of psychiatric disorders. *Neurosurg Clin N Am.* 2003;14(2):213-23.
- Cordioli AV. Diagnóstico do TOC, diagnóstico diferencial e comorbidades. In: Cordioli AV, editor. *TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo.* Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 33-54.
- Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychol Rev.* 2007;17(1):39-59.
- Anacleto TS, Louzada FM, Pereira EF. Ciclo vigília/sono e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(3):437-42.

12. Fazzito MM, Jordy SS, Tilbery CP. Psychiatric disorders in multiple sclerosis patients. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2009;67(3a):664-7.
13. Welch CS. História da cirurgia. In: Davis L. *Clínica cirúrgica.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1970. p. 1-21.
14. Calil LC. Proposta de um modelo pedagógico para programas de residência médica. *Rev Bras Med.* 2000;57(7):751-6.
15. Gonçalves EL. Pós-graduação e residência médica no Brasil. São Paulo: [editora desconhecida]; 1992.
16. Ferreira HB. A residência médica no Brasil. *Resid Méd.* 1984;6(1/2):2-12.
17. Uchôa DM. Organização da psiquiatria no Brasil. São Paulo: Sarvier; 1977.
18. Brasil. Ministério da Educação. Decreto-lei n. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica e cria a Comissão de Residência Médica. *Diário Oficial da União.* 6 set. 1977.
19. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência médica [Internet]. [acesso em 06 jan. 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>
20. Associação Brasileira de Psiquiatria. Programa mínimo para residência médica em Psiquiatria [Internet]. [acesso em 19 jan. 2016]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6534-psiquiatriasesur-m&Itemid=30192
21. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(3):363-73.
22. Calil LC, Contel JOB. Estudo dos programas de residência médica em psiquiatria do estado de São Paulo no ano de 1993. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3):139-44.
23. Comissão Nacional dos Médicos Residentes. Instituições e programas: número de residentes e número de vagas [Internet]. [acesso em 27 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.abp.org.br/residencia/residencias.pdf>
24. Universidade Estadual de Campinas. Residência médica [Internet]. [acesso em 15 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/residencias-em-saude/residencia-medica>
25. Faculdade de Medicina do ABC. Residência Médica [Internet]. [acesso em 15 set. 2015]. Disponível em: <http://www.fmabc.br/residencia-medica>
26. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Residência médica em psiquiatria. São José (SC): IPq-SC; 2015.
27. Hospital de Saúde Mental de Messejana. Residência médica [Internet]. Messejana: Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto; c2009 [acesso em 15 set. 2015]. Disponível em: <http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/ensino-e-pesquisa/residencia-medica>
28. Hospital Professor Edgar Santos. Residência Médica [Internet]. Salvador: Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos; 2015 [acesso em 15 set. 2015]. Disponível em: <http://www.complexohupes.ufba.br/ocomplexo-hupes/ensino-e-pesquisa/residencia-medica/>