

Perfil socioprofissional dos médicos atuantes em serviços hospitalares

Social and professional profile of physicians working in hospitals

Kivia Silvério de Aguiar Guedes¹, Amélio Marques Neto¹, Rossana Vanessa Dantas de Almeida Marques¹, Daniel Abner Paiva Caetano¹, Ester Mesquita Pitaluga¹

RESUMO

Objetivo: Determinar o perfil socioprofissional dos médicos que atuam em serviços hospitalares de urgência e emergência. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa descritiva com delineamento transversal. Foram avaliadas as informações de 60 médicos que atuavam em três hospitais com serviços de urgência e emergência do município de Imperatriz (MA), no período de janeiro a março de 2018. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário autoaplicável contendo 18 questões. **Resultados:** Dos 60 participantes, 70% eram do sexo masculino, e 53,3% não ingressaram em programas de Residência Médica. A média de idade dos profissionais foi de 37 anos, enquanto a média do tempo de atuação no setor de urgência e emergência foi de 11 anos. Dos participantes, 85% referiram ter realizado cursos complementares voltados para a área da emergência. Os cursos mais citados foram o *Advanced Cardiac Life Support* (39,3%) e o *Advanced Trauma Life Support* (38,1%). **Conclusão:** Os perfis dos médicos foram de jovens, com predominância do sexo masculino e com pouco tempo de experiência profissional em atuação no setor de urgência e emergência. Identificou-se grande adesão aos cursos complementares na área de emergência e de educação continuada. Entretanto, apenas uma minoria dos participantes possuía especialidade e pós-graduação *stricto e lato sensu*.

Palavras-chave: Emergências; Pessoal de saúde; Medicina de emergência; Medicina hospitalar; Educação continuada; Serviços médicos de emergência

ABSTRACT

Objective: To establish the social and professional profile of physicians working in emergency hospital services. **Methods:** A descriptive study with cross-sectional design was carried out. The information of 60 physicians working in hospitals with emergency services in the municipality of Imperatriz, MA, from January to March 2018 was assessed. A self-administered questionnaire with 18 questions was applied for data collection. **Results:** Of the 60 participants, 70% were men and 53.3% did not enroll in Medical Residency Programs. The physicians' mean age was 37 years, while the mean time of work in the emergency department was 11 years. Of the participants, 85% declared taking complementary courses on the emergency area. The most cited courses were *Advanced Cardiac Life Support* (39.3%) and *Advanced Trauma Life Support* (38.1%). **Conclusion:** The physicians' profiles were being young, a predominance of men, and little experience in on the emergency area. There was high adherence to complementary courses in the area of emergency and of Continuing Education. However only a minority of participants had a graduate certificate or a graduate degree.

Keywords: Emergencies; Health personnel; Emergency medicine; Hospital medicine; Continuing education; Emergency medical services

¹ Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, MA, Brasil.

Data de submissão: 17/6/2019. **Data de aceite:** 27/6/2019.

Autor correspondente: Kivia Silvério de Aguiar Guedes. Universidade Federal do Maranhão – Avenida da Universidade, s/n – Dom Afonso Felipe Gregory – CEP: 65915-240 – Imperatriz, MA, Brasil – Tel.: 55 (21) 99115-7117 – E-mail: kiviaaguiaresag@hotmail.com

Conflitos de interesse: nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: CAAE 69857817.0.0000.5087.

Contribuição dos autores: Concepção e delineamento do projeto: KSAG, AMN e RVDAM.

Coleta, análise e interpretação de dados: EMP, DAPC e KSAG.

Redação e revisão crítica do manuscrito: AMN, RVDAM e KSAG.

Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicada: KSAG.

INTRODUÇÃO

O serviço de urgência no sistema de saúde brasileiro se destaca pelas inúmeras dificuldades apresentadas ao longo dos anos, principalmente, devido à exacerbada demanda e às deficiências na formação dos médicos para lidar com situações de maior complexidade.¹⁻⁴

Diante disso, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção às Urgências,⁵ coerente com o contexto brasileiro de morbimortalidade relacionado à violência, a traumas e a outras formas de urgências. Essa política determinou a necessidade de qualificação profissional e capacitação para lidar com situações clínicas extremas. Ainda, essa política definiu a estruturação pública e privada dos serviços de urgência e emergência.^{5,6}

A equipe de recursos humanos integrante de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências deve ser composta de um médico responsável técnico; uma equipe médica mínima, com profissionais que podem pertencer a diversas especialidades, como anestesiologia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia; equipes de sobreaviso.⁵ Nesse contexto, há espaço adicional para outros médicos, incluindo os que não possuem titulação de especialista.

O Código de Ética Médico⁷ determina que o próprio profissional é o responsável pela qualidade de sua atuação. Todavia, segundo a portaria 2.048/2002,⁴ todos os integrantes da equipe devem ser treinados por um núcleo de educação em urgência, departamento exigido para o cadastramento das unidades hospitalares de atendimentos às urgências e emergências. Esse departamento é responsável por determinar os currículos básicos necessários para capacitação e habilitação de todos os recursos humanos que já atuam ou venham a atuar no atendimento às urgência e emergências dos setores público ou privado.^{3-5,7,8}

No ano de 2015, por meio da resolução do Conselho Federal de Medicina 2.116,⁸ a medicina de urgência se tornou uma ramificação da clínica médica a partir da criação de um curso de aperfeiçoamento, com formação adicional de 1 ano, que tornaria o profissional apto para atuar na área de medicina de urgência. Essa resolução, entretanto, foi atualizada, em 2016, pela resolução 2.149 do Conselho Federal de Medicina,⁹ que reconhece a especialidade própria em medicina de emergência, com duração de 3 anos. Contudo, essa especialidade não se sobrepôs à existência da área de atuação de medicina de urgência.^{4,8,9}

A especialidade da medicina de emergência tem como principais características formar profissionais capacitados para realizar medidas de suporte inicial, em crianças ou adultos, em situações críticas, de caráter

clínico, cirúrgico ou traumático. Assim, a construção da Política Nacional de Atenção às Urgências brasileira ocorre em um processo gradual, com a intervenção de diversas instituições, a fim de buscar uma melhora na qualidade dos recursos humanos que compõem o atendimento de urgência e emergência hospitalar.^{5,10-13}

Ainda, no país, pelo fato de essa especialidade ter sido aprovada recentemente, observam-se algumas particularidades, como a existência de diversos cursos de pós-graduação *lato sensu* que englobam a medicina de urgência e emergência, diferindo, entretanto, dos programas de residência e não estando sujeitos às normas da Comissão Nacional de Residência Médica.¹²⁻¹⁴

Considerando que a atuação em urgências e emergências médicas é um dos setores mais importantes e, ao mesmo tempo, deficientes na saúde pública, a presente pesquisa tem como objetivo determinar o perfil socioprofissional dos médicos que atuam em serviços hospitalares de urgência e emergência.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal. A pesquisa contou com a participação de 60 profissionais formados em medicina, selecionados por conveniência, atuantes em três serviços hospitalares com atendimento de urgência e emergência. As instituições envolvidas foram: o Hospital Municipal de Imperatriz, do setor público; o Hospital São Rafael e o Hospital da Unimed Imperatriz, do setor privado. Além dessas, duas instituições particulares foram convidadas a participar da pesquisa, mas recusaram a solicitação.

A pesquisa foi realizada durante o primeiro trimestre de 2018. O critério de inclusão foi ser médico atuante em unidade de urgência e emergência no serviço hospitalar público e/ou privado.

O instrumento utilizado foi um questionário auto-aplicável, elaborado com base na literatura.^{15,16} Inicialmente foi realizado um teste-piloto para averiguar a clareza e a coerência das perguntas e adaptá-lo a fim de evitar possíveis vieses de resposta. Para isso, o questionário foi aplicado a quatro médicos (excluídos da amostra). Os questionários foram preenchidos pelos próprios médicos, individualmente, no serviço hospitalar onde atuavam, sob observação e assistência da pesquisadora. Na sequência, o questionário foi aplicado na amostra selecionada visando identificar o perfil profissional da população médica que atuava nos serviços hospitalares no atendimento de urgência e emergência do município de Imperatriz (MA).

Para organização dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2016. Os resultados foram apre-

sentados em forma de tabelas. Também foi realizada a análise estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão utilizando o *software* BioStat.

A pesquisa foi efetivada somente após ser submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE 69857817.0.0000.5087, em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O estudo avaliou, por meio de questionários, as informações referentes a 60 médicos de serviços hospitalares de urgência e emergência do município de Imperatriz. A idade dos profissionais da amostra teve uma amplitude de 23 a 72 anos, com a idade média de 37,2 anos ($\pm 12,70$), observando-se uma maior frequência do sexo masculino. A maioria dos profissionais participantes realizou a graduação nas Regiões Norte e Nordeste. A distribuição geográfica da origem dos profissionais está representada na tabela 1.

Tabela 1. Descrição sociodemográficas dos profissionais

Variáveis	
Sexo	
Masculino	42 (70,0)
Feminino	18 (30,0)
Idade, anos	
23-31	26 (43,3)
32-39	15 (25,0)
40-47	10 (16,7)
48-55	2 (3,3)
56-63	2 (3,3)
64-71	4 (6,7)
72-79	1 (1,7)
Média de idade	37,2
Estado em que obteve a graduação	
Maranhão	11 (18,4)
Tocantins	17 (28,3)
Pernambuco	2 (3,3)
Pará	14 (23,3)
Minas Gerais	2 (3,3)
Paraíba	3 (5,0)
Rondônia	1 (1,7)
Rio de Janeiro	5 (8,4)
Piauí	2 (3,3)
Ceará	1 (1,7)
Estrangeiro	2 (3,3)

Resultados expressos por n (%).

Quanto à formação profissional, 95% dos participantes da pesquisa informaram que tiveram contato com conteúdos relacionados à urgência e emergência durante sua formação acadêmica. Cerca de 55% afirmaram dominar alguma língua estrangeira, com destaque para o inglês, com a frequência de 74,4% entre os entrevistados.

O tempo médio de atuação desses profissionais foi de 11,3 anos ($\pm 12,24$), variando de 40 dias a 48 anos. Em relação à atuação específica no setor de urgência e emergência, o tempo médio foi de 11,3 anos ($\pm 12,24$), com uma variação de 1 dia a 48 anos. A estratificação dos intervalos de tempo da atuação médica geral e específica no setor de urgência e emergência desses profissionais pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2. Formação profissional dos entrevistados

Variáveis	
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	
Mestrado	0
Doutorado	0
Não possui	60 (100)
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	
Sim	16 (26,7)
Não	44 (73,3)
Programa de Residência Médica concluída	
Sim (1 ou mais)	26 (43,3)
Não	32 (53,3)
Em andamento	2 (3,4)
Especialidades	
Pediatria	8 (30,8)
Cirurgia geral	7 (26,9)
Urologia	3 (11,5)
Outras	8 (30,8)
Tempo de atuação na urgência e emergência, anos	
0-7	34 (56,7)
8-15	6 (10,0)
16-23	12 (20)
24-31	2 (3,3)
32-39	2 (3,3)
40-47	3 (5,0)
48-55	1 (1,7)
Média do tempo de atuação	11,3
Tempo de exercício profissional, anos	
0-7	38 (63,3)
8-15	6 (11,0)
16-23	11 (18,3)
24-31	2 (3,3)
32-39	1 (1,7)
40-47	1 (1,7)
48-55	1 (1,7)
Média do tempo de atuação	11,3

Resultados expressos por n (%), quando não indicado de outra forma.

Do total dos participantes, verificou-se que 71,7% iniciaram a atuação profissional inseridos na área de urgência e emergência. Os dados mostram ainda que 75% atuavam como plantonista de pronto atendimento, tanto no setor público quanto no privado. Questionados se possuíam outros vínculos na medicina além das atividades clínicas e assistenciais, 28,3% do total de participantes afirmou possuir atividades extras à assistência clínica, relacionadas à docência, pesquisa ou gestão.

Nenhum dos profissionais relatou possuir pós-graduação *stricto sensu*. Entretanto 26,6% afirmaram possuir algum tipo de pós-graduação *lato sensu*, excluindo-se os cursos vinculados à Residência Médica.

No que se refere ao ingresso e à conclusão de algum dos programas de Residência Médica, 53,3% dos médicos declararam não ter ingressado; 3,3% estavam no processo de ingresso; e 43,4% referiram tê-lo concluído. A distribuição das especialidades mais prevalentes está apresentada na tabela 2, com destaque para a saúde da família, com frequência de 25%, seguida pela saúde mental, com 12,5%.

Ainda, o estudo teve como enfoque a participação desses profissionais em programas de educação continuada. Aproximadamente 90% dos participantes relataram que já participaram de algum desses programas, e 38% participavam de algum programa no momento da pesquisa. Quase metade dos profissionais afirmou que o tema principal dos programas de educação continuada realizados ou em andamento foi a área de urgência e emergência.

DISCUSSÃO

Apesar das recomendações do Conselho Federal de Medicina e da Política Nacional de Atenção às Urgências, o Brasil não possui nenhuma legislação vigente que estabeleça uma formação específica para o médico que atua na urgência e emergência. A falta de padronização na formação desses profissionais se torna ainda mais evidente quando considerada a composição das equipes dos departamentos de emergência de outros países da América do Norte e Europa, que possuem predomínio de profissionais especialistas em medicina de emergência.^{17,18}

Observou-se, neste estudo, uma heterogeneidade na composição da equipe médica dos prontos atendimentos. A maioria dos médicos não ingressou em um programa de Residência Médica. Em contrapartida, em estudos realizados em Salvador (BA)¹⁶ e no estado do Pará,¹⁹ observa-se uma predominância de especialistas no departamento de emergência. Essa divergência entre estudos pode ter relação com os fatores geográficos. Corroborando os dados desta pesquisa, um estudo nacional¹⁵ sobre a demografia médica no Maranhão, rea-

lizado no ano de 2015, demonstrou que o estado apresenta uma proporção menor de especialistas em relação aos generalista.

De acordo com Feitosa-Filho et al.,¹⁶ a preferência por não ingressar em um programa de Residência Médica decorre principalmente pela motivação financeira e pela necessidade do profissional em buscar o sustento próprio e de sua família. Ademais, o fato reflete o empenho do Ministério da Educação e da Saúde na formação médica com base generalista, apesar de estudos determinarem que, durante a graduação, há uma inclinação de os alunos cogitarem a realização de uma especialidade médica.^{15,19}

Nesta amostra, as especialidades com maior concentração de profissionais foram a pediatria e a cirurgia geral, respectivamente, enquanto em outros estudos é possível observar a predominância das especialidades cirúrgicas.¹⁴ Uma justificativa possível para o fato é o processo de expansão de bolsas de residência nessas modalidades, conforme estudo realizado no ano de 2014. Outra explicação para o fato está relacionada com o perfil da população atendida e dos procedimentos realizados nas instituições avaliadas.^{5,7,16,18,20}

Na avaliação dos aspectos sociodemográficos desta pesquisa, houve uma maior prevalência do sexo masculino. Isso reflete a realidade a nível nacional, em que a atuação médica é predominantemente desempenhada por homens. Contudo, desde 2009, observa-se uma mudança do quadro, com crescente presença feminina, o que pode ser identificado pelos novos registros do Conselho Federal de Medicina. Diante do quadro, estudos apontam que já uma tendência de distribuição equilibrada entre os sexos no setor de emergência.^{17,21}

Outra questão observada no estudo foi o ingresso precoce do recém-formado na área de urgência e emergência, sendo que em muitos casos é o primeiro emprego na área médica. Em um estudo da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,²² verificou-se que a maioria dos recém-formados (64%; n=32/50) iniciou a vida profissional nos serviços de urgência, o que corrobora esta pesquisa. O setor de urgência, por possuir processos seletivos que, geralmente, têm poucos requisitos, abriga uma considerável parte dos médicos recém-formados. Essa realidade implica a necessidade de as universidades fornecerem, durante a vida acadêmica dos futuros profissionais, conteúdos curriculares e infraestrutura compatível com as demandas exigidas para inserção no mercado de trabalho da urgência e emergência.²³

Estudos recentes revelam que a média de idade dos médicos em atuação tem diminuído em nível nacional.

Milhares de jovens se empenham anualmente em busca da escola médica, impulsionados pelo mercado de trabalho atraente, tanto no setor público como privado, além das baixas taxas de abandono do curso e da profissão, determinando um perfil jovem do médico do século.^{15,24} O achado deste estudo vai ao encontro da tendência nacional ao determinar uma idade média ainda menor que a nacional. Na avaliação da faixa etária, observa-se que tanto no estudo presente quanto nos achados do estudo de Marques et al.,¹⁸ houve predominância dos médicos plantonistas no setor de emergência hospitalar na menor faixa etária.

No presente estudo, a origem da formação dos profissionais também foi questionada. A maioria dos participantes da pesquisa teve a formação acadêmica em instituições da Região Norte e Nordeste. Destaca-se que essas regiões apresentam a menor razão médicos/habitantes. O Maranhão, por exemplo, apresenta a menor razão do país, com 0,79 médico por mil habitantes.¹⁵ É possível correlacionar esses dados com a distribuição das faculdades de medicina que, de acordo com alguns estudos, mostram uma tendência dos médicos em atuarem nas áreas onde foram treinados por conta da afinidade com o local, além de laços afetivos estabelecidos com familiares, amigos e colegas de profissão.^{16,19,25}

Quanto à formação e à atualização do profissional, houve limitações devido à falta de literatura que englobe informações sobre a educação continuada além dos cursos de *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) e *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) no Brasil. Um estudo, conduzido por Filgueira-Filho et al.,²⁶ na cidade de Salvador (BA), no período de 2003 a 2004, ressaltou que 70,5% e 66,9% dos médicos que atuam em emergências públicas e privadas nunca tinha realizado o ACLS ou o ATLS, respectivamente. Esse resultado foi divergente dos dados coletados neste estudo e em estudos recentes, como o de Marques et al.,¹⁸ que determinou uma alta adesão desses cursos por médicos plantonistas.

A exigência de cursos como o ACLS e ATLS surgiu motivada por críticas feitas ao tratamento dos pacientes gravemente traumatizados e por deficiências observadas em estudos quanto à habilidade dos médicos em lidar com uma parada cardiorrespiratória. O objetivo almejado com a criação desses cursos era o de que todos os médicos que trabalhassem na urgência e emergência realizassem ao menos o ATLS, e que o curso deveria se tornar parte da graduação de médicos e enfermeiros para treinamento adequado tanto na ressuscitação cardíaca quanto no trauma.^{18,27}

Sobre o investimento na produção e participação em ciência e tecnologia, um dos elementos no questionário era referente à existência de pós-graduação *stricto sensu* entre os profissionais. Contudo, nenhum

dos participantes relatou possuir essa formação. Um estudo²⁸ sobre os médicos do Brasil, realizado em 1997, também analisou a existência de pós-graduação *stricto sensu* entre os médicos brasileiros, ressaltando que somente 7,7% relataram ter concluído o Mestrado e 3,7% o Doutorado. Em um estudo mais recente¹⁶ foram obtidos valores semelhantes. A baixa proporção de médicos com formação *stricto sensu* pode refletir uma maior dificuldade desses profissionais em conduzir pesquisas científicas. Outro estudo²⁹ relata que, entre os principais problemas relatados por profissionais de saúde, estão os relacionados à falta de apoio e supervisão médica, científica e/ou estatística, falta de tempo, além da falta de recursos financeiros e humanos.

Como limitações do estudo, cita-se a dificuldade de abordar todos os hospitais com serviço de urgência e nem todos os médicos que atuam nesse setor. Isso pode ser explicado pela dificuldade na comunicação com gestores das instituições e uma certa preocupação observada quanto à exposição de deficiências nas equipes e nos serviços prestados. Além disso, acrescentam-se a constante mudança na equipe de médicos e o fato de que grande parte dos profissionais que atuam no pronto atendimento possui turnos aleatórios e trabalha em áreas diferentes da emergência, o que restringe a disponibilidade para participação da pesquisa.

CONCLUSÃO

O perfil socioprofissional dos médicos atuantes no serviço de urgência e emergência hospitalar do município de Imperatriz demonstrou as seguintes características: profissionais jovens, com predominância masculina, com pouco tempo de experiência profissional e de atuação no setor de urgência e emergência. Os participantes apresentam grande adesão aos cursos complementares na área de emergência e de educação continuada. Todavia, apenas uma minoria possui especialidade e pós-graduação *stricto e lato sensu*. Esse perfil é semelhante ao de outros locais a nível nacional.

Desta forma, esses achados indicam outras possibilidades de pesquisa, que busquem analisar criticamente os serviços de saúde ofertados, sua infraestrutura e gestão. Salienta-se, ainda, a necessidade de capacitação adequada dos recursos humanos em serviços hospitalares de urgência e emergência na população estudada e em âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

1. Celedônio RM, Jorge MS, Santos DC, Freitas CH, Aquino FO. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. Rev da Rede Enferm do Nord. 2012 [citado 2021 Ago 2];13(5):1100-10. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4112/3206>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
3. Campos MC, Senger MH. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2013 [citado 2021 Ago 2];11(4):355-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n4/a4124.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2002 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf
6. Machado CV, De Lima LD, O'Dwyer G, De Andrade CL, Baptista TW, Pitthan RG, et al. Gestão do trabalho nas unidades de pronto atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(2):1-14. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170614>
7. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de ética médica. Resolução do CFM n.º 1.931/09. Brasília: CFM; 2010 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo_de_etica_medica.pdf
8. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n.º 2.116/2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n.º 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, DF: CFM; 2013 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: http://www.anam.org.br/site/upload_arquivos/legislacao_2015_5220151042277055475.pdf
9. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n.º 2.149, de 3 de agosto de 2016. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2016 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2149_2016.pdf
10. Tisherman SA, Alam HB, Chiu WC, Emler LL, Grossman MD, Luchette FA, et al. Surgical critical care training for emergency physicians: curriculum recommendations. *J Am Coll Surg.* 2013;217(5):954-959.e3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.05.029>
11. O'Dwyer G, Konder MT, Machado CV, Alves CP, Alves RP. The current scenario of emergency care policies in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:70. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-70>
12. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.º 2, de 18 de junho de 2007. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2007 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/rces002_07.pdf
13. Passini Júnior R. Residência Médica x Especialização. *Rev do Médico Resid.* 2011 [citado 2021 Ago 2];13(3):1-8. Disponível em: [https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/2011_-_vol_13_-_n_3\[3569\].pdf](https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/2011_-_vol_13_-_n_3[3569].pdf)
14. Fraga GP, Collet-Silva FS, Souza HP. Mais cirurgões, menos trauma. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(4):267-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000400002>
15. Scheffer M (coord.). Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/Demografia_Medica30nov20153.pdf
16. Feitosa-Filho GS, Kirschbaum M, Neves YC, Loureiro BM, De Castro Lima VA, Calazans RM, et al. Characteristics of training and motivation of physicians working in emergency medicine. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(2):112-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.02.112>
17. Reiter M, When LS, Allen BW. The emergency medicine workforce: profile and projections. *J Emerg Med.* 2016;50(4):690-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.09.022>
18. Marques VD, Lemos MM, Bandeira CO, Seidel AC, Peloso SM, Carvalho MD. Evaluation of care for traffic accidents victims made by on duty emergency physicians and surgeons in the emergency room. *Rev Col Bras Cir.* 2016;43(6):458-65. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016006012>
19. De Sousa IQ, da Silva CP, Caldas C. Medical Specializations: choices and influences. *Rev Bras Educ Med.* 2013;38(1):79-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100011>
20. Chaves HL, Borges LB, Guimarães DC, Cavalcanti LP. Vagas para Residência Médica no Brasil: onde estão e o que é avaliado. *Rev Bras Educ Med.* 2014;37(4):557-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400011>
21. Scheffer MC, Cassenote AJ. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioét.* 2013 [citado 2021 Ago 2];21(2):268-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XtCnKjggnr6gFR3bTRckCxs/?lang=pt#>
22. Senger MH. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Rev Col Bras Cir.* 2013;55(15):1-5. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004006>
23. Aguiar HD, Dias VL, Lage LF, Madad Filho Á, Gama PO, Gonzaga de M, et al. O ensino da medicina de urgência no Brasil. *Rev Med Minas Gerais.* 2011;21(4):27-31.
24. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho Working conditions and health of physicians: a neglected issue and a challenge for the Brazilian National Association of. *Rev Bras Med Trab.* 2015 [citado 2021 Ago 2];13(2):60-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-4435/2015/v13n2/a5229.pdf>
25. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006;22(8):1555-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>
26. Filgueiras-Filho NM, Bandeira AC, Delmondes T, Oliveira A, Lima-Júnior AS, Cruz V, et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador – Bahia sobre o atendimento de vítimas com Parada Cardiorrespiratória. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:634-40. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001800014>
27. Collicott PE. Advanced Trauma Life Support (ATLS): past, present, future--16th Stone Lecture, American Trauma Society. *J Trauma.* 1992;33(5):749-53. PMID: 1464926.
28. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997 [citado 2021 Ago 2]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>
29. Leto R, Asbroeck PJV. Young emergency medicine physicians and research: can you help? *Eur J Emerg Med.* 2013;20(3):222-3. doi: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32835ed96d>. PMID: 23411813