

O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência

The work of recently graduated physicians in emergency services

Maria Celeste Gonçalves Campos¹, Maria Helena Senger¹

Recebido da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: A superlotação dos serviços de urgência, causada por vários fatores, associada ao fato de o médico que lá está ser, muitas vezes, um inexperiente recém-formado, transforma essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro. Este estudo teve por objetivo quantificar e avaliar a inserção do médico recém-formado nos serviços de urgência em uma parcela de formandos em 2011 de uma escola privada. **MÉTODOS:** Foi utilizado um questionário estruturado e perguntado ao egresso se ele estava ou não cursando residência médica, se estava trabalhando em serviço de urgência (não vinculado à residência médica cursada), especificando-o (unidades de pronto atendimento, de emergência ou pré-hospitalar móvel), e se era público ou privado. **RESULTADOS:** Da turma de 101 ex-alunos, 50 responderam ao questionário. Destes, 31 (62,0%) estavam cursando residência médica e 19 (38,0%) não estavam. Trabalhavam em serviços de urgência 20 (64,5%) estudantes do primeiro grupo e 12 (63,2%) do segundo. Prevalceu a empregabilidade no setor privado. Não houve diferença significativa se o egresso estava cursando ou não residência médica. **CONCLUSÃO:** O trabalho em serviços de urgência mostrou ser opção relevante para os egressos, independentemente da residência médica. Isso reforça a importância do ensino/aprendizagem de urgências durante a graduação e aponta para a possível sobrecarga de trabalho durante a residência médica.

Descritores: Educação médica; Plantão médico; Recursos humanos em saúde; Residência médica; Sistema médico de emergência; Sistema único de saúde

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Emergency services overcrowding, due to a variety of factors, associated with the

fact that the physician in charge may often be an inexperienced recently graduated person, has turned this sector into one of the most problematic in Brazilian health system. This study aimed at quantifying and assessing the insertion of recently graduated physicians from a group of graduated students of year 2011 of a private institution in emergency services. **METHODS:** A structured questionnaire was used; graduates were asked whether they were attending medical residency, and to specify the type of emergency service (not connected to the medical residency attended) they were working at, if any (first care units, emergency units or mobile pre-hospital units), and whether public or private. **RESULTS:** Out of 101 former students, 50 answered the questionnaire. Out of these, 31 (62.0%) were attending medical residency and 19 (38.0%) were not. Twenty in the former group (64.5%) and 12 in the latter group have been working at emergency units. Jobs in the private sector prevailed. No significant difference was seen between graduates attending/not attending residency. **CONCLUSION:** Jobs at emergency services have proven to be a relevant option for graduates, regardless of the medical residency. This reinforces the importance of the teaching/learning of emergencies during graduation course and shows possible work overload during medical residency.

Keywords: Health manpower; Internship and residency; Emergency medical education; Medical system; Unified health system; After-hours care

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Resolução nº 1.451/95, de 10/3/1995, define os seguintes termos⁽¹⁾:

- **urgência:** ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;
- **emergência:** constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

No dicionário da língua portuguesa, a palavra “emergência” é relativa a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia e que passa a existir. Dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que o paciente passe a apresentar, desde uma virose respiratória a uma hemorragia digestiva, constitui-se como uma situação de emergência. A palavra “urgência”, por sua vez, significa algo que tem pressa, ou seja, que não pode esperar⁽¹⁾.

Em virtude do grande número de dúvidas e discussões geradas por essas terminologias, o Ministério da Saúde (MS) passou a

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP, Brasil.

Data de submissão: 17/6/2013 – Data de aceite: 11/7/2013

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Maria Celeste Gonçalves Campos
Rua Dr. João Domingos de Moura, 206 – Jardim Residencial Tivoli Park
CEP: 18048-155 – Sorocaba, SP, Brasil
Tel.: 55 (15) 3224-4047 – E-mail: celestecampos@uol.com.br

adotar apenas o termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados imediatos. Ainda nos locais de atendimento às urgências, estas deverão ser classificadas em níveis com o objetivo de priorizar os casos mais graves⁽¹⁾.

A assistência à população brasileira, nos serviços de urgência, ao longo dos anos, ainda mostra um quadro bastante desfavorável. A superlotação desses serviços transforma essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde⁽²⁾. Múltiplos fatores concorrem para esse quadro.

Nos últimos anos, tem se constatado uma alta morbimortalidade relacionada às violências e a acidentes de trânsito até os 40 anos e, acima dessa faixa, uma alta morbimortalidade ligada às doenças do aparelho circulatório⁽²⁾.

Observa-se, nos dias atuais, um aumento na prevalência das doenças crônicas e neoplasias, em função das melhorias no sistema de saúde e do desenvolvimento contínuo das estratégias de tratamento. As intercorrências relacionadas a essas doenças são comuns e contribuem para um aumento na procura dos serviços de urgência pelos portadores dessas doenças⁽³⁾.

Outras situações frequentes nos serviços de urgência são os quadros álgicos, destacando-se os quadros de lombalgia e cefaleia. Acredita-se que, em alguma época da vida, 70 a 85% de todas as pessoas apresentarão, ao menos, um episódio de lombalgia^(4,5). Quanto à cefaleia, acredita-se que 80% da população apresentará esse sintoma numa dada fase da vida. Estima-se que 76% das mulheres e 57% dos homens tenham, ao menos, um episódio de cefaleia por mês⁽⁶⁾.

As doenças respiratórias ocupam posição de destaque entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde (SUS). Estão cada vez mais frequentes em função do tabagismo, da poluição atmosférica, das condições ambientais inadequadas e baixo nível socioeconômico⁽⁷⁾.

Contribuem também para a sobrecarga nos serviços de urgência os agravos infecciosos sazonais, como os surtos de dengue e conjuntivite.

O governo brasileiro, diante da demanda crescente pelos serviços de urgência e próximo de sediar dois eventos do esporte mundial, tem trabalhado para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência, de forma ágil e oportuna. Com esse objetivo, pretende instituir a Rede Nacional de Atenção às Urgências⁽²⁾. Essa rede será constituída pelos seguintes componentes, que deverão ser implantados no período compreendido entre 2011 a 2018: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de Serviços 24 horas não hospitalares; Componente Hospitalar e Componente Atenção Domiciliar⁽²⁾.

As UPA são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os prontos-socorros dos hospitais terciários. Podem ser construídas em cidades com população acima de 50 mil habitantes e devem ter a retaguarda do SAMU. Os outros serviços de urgência 24 horas são formados por policlínica; pronto atendimento (PA); pronto-socorro especializado; pronto-socorro geral e unidades mistas⁽²⁾.

A Rede Nacional de Atenção às Urgências pressupõe que todas as portas de entrada do SUS deverão se preparar para o atendimento de urgência. Os casos mais complexos deverão ser transferidos, de forma responsável e organizada, para outros serviços. Em todos os pontos de atenção, devem-se priorizar as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológico⁽²⁾.

Uma pesquisa divulgada pelo CFM em 2004, com a participação de 14.405 médicos, revelou que a atividade em plantão é exercida pela maioria dos médicos brasileiros (51,8%). Na Região Sudeste, estes totalizam 48,7% e se trata de uma atividade comum entre os mais jovens: 42,0% fazem plantão há menos de 5 anos; 24,9% por 6 a 10 anos; 23,8% por 11 a 20 anos; 8,6% por 21 a 30 anos; 0,6% por 31 a 40 anos e 0,1% por 41 ou mais. Mais da metade dos médicos (55,8%) referiu trabalhar em plantões por 12 a 24 horas semanais. No Estado de São Paulo, 48,1% dos médicos trabalham em regime de plantão e 42,2% desse contingente exerce a atividade há menos de 5 anos; 54,5% referiram trabalhar por 12 a 24 horas semanais⁽⁸⁾.

De acordo com o II Fórum da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) sobre Educação Médica (Brasília, junho de 2010), o setor de Urgência e Emergência é uma das principais formas de trabalho médico no setor público. O profissional que lá está é, muitas vezes, um médico formado recentemente, com todas as dúvidas e inseguranças que o aprendizado do seu curso, recém-finalizado, pode lhe trazer. Assim, a necessidade de formação médica de maior qualidade, com treinamentos mais específicos na área, foi unanimidade entre os debatedores⁽⁹⁾.

A presença de profissionais sem preparo adequado prejudica o processo de assistência em todos os níveis de atenção do SUS. Como consequência, tem-se uma redução da resolutividade e ineficácia das práticas, com intensificação dos encaminhamentos desnecessários e inadequados a outros profissionais e serviços. Isso causa um grande ônus para os usuários e contribui para a não desejada reputação de um SUS ineficiente. Além disso, gera sobrecarga nos setores de atendimento às urgências e emergências⁽¹⁰⁾.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de Medicina recomendam o desenvolvimento curricular voltado para as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, referidas pelo usuário e identificadas pelo setor de saúde. Sugerem que o aluno seja inserido precocemente em atividades práticas relevantes para sua futura vida profissional e que seja capacitado para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico⁽¹¹⁾.

A Emergência Médica, no Brasil, é considerada uma área de atuação, vinculada à área básica da Clínica Médica. Seu reconhecimento como especialidade tem ocasionado divergências de opiniões nas sociedades médicas. Independentemente disso, é inegável a importância da Emergência na prática diária da medicina, o que torna imprescindível a formação de profissionais capacitados em emergência durante a graduação médica⁽³⁾.

É por contexto e pelos motivos apontados anteriormente que entendemos a importância em analisar a inserção de recém-egressos de um curso de medicina em serviços de urgência, de modo a gerar dados quantitativos preliminares para uma proposta futura de intervenção educacional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa. Os 101 ex-alunos graduados em 2011, no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) foram informados sobre a pesquisa.

A todos eles, foi aplicado um questionário (impresso ou por via eletrônica, por meio do *Survey Monkey*), breve e de preenchimento rápido, que avaliou: se o ex-aluno estava cursando ou não residência médica (RM) e se estava trabalhando em serviços de urgência não incluídos em seu programa de residência (caso o estivesse cursando). A seguir, foi pedido para que ele especificasse em qual tipo de serviço vem atuando como plantonista, dentre das seguintes opções: unidade de emergência (UE) do Serviço Público, PA do Serviço Público, UE do Serviço Privado, PA do Serviço Privado e SAMU.

Foi garantido o anonimato dos respondentes, de modo a se preservar a privacidade dos participantes na pesquisa.

Os questionários foram aplicados nos meses de abril, maio e junho de 2012. As respostas foram analisadas quanto à sua frequência. O teste estatístico qui-quadrado foi usado para a interpretação dos dados e o valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS/PUC-SP (SISNEP: 0115.0.154.000-11). Os participantes que responderam ao questionário impresso assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os que responderam por via eletrônica receberam uma carta-convite especificando que a resposta ao questionário implicaria na autorização para o uso dos dados coletados.

RESULTADOS

A FCMS de Sorocaba formou, em 2011, sua LVI turma de médicos, composta por 101 alunos. Todos foram informados da pesquisa por meio de *e-mail* ou contato direto. Aproximadamente metade dos alunos formados em 2011 ($n=50$; 49,5%) respondeu aos questionários. Destes, 31 (62,0%) estavam matriculados em programa de RM e 19 (38,0%) não estavam matriculados. Dentre aqueles cursando RM, 20 (64,5%) estavam trabalhando em serviços de urgência não vinculados ao seu programa de residência. Dos que não estavam cursando a residência, 12 (63,2%) trabalhavam como plantonistas em serviços de urgência (Tabela 1).

A análise dos dados se deu por meio do teste qui-quadrado e não mostrou diferença ($p=0,83$) entre os grupos de médicos cursando ou não residência, quando comparados em relação à atuação em serviços de urgência.

No grupo dos residentes, alguns referiram trabalhar em mais de um local, resultando em 26 postos de trabalho ocupados por 20 médicos residentes. No grupo que não estavam cursando residência, todos referiram trabalhar em apenas um local (Tabela 2). Para realização dos plantões (Tabela 2), tanto por residentes como por não residentes, o PA representou o posto de trabalho mais frequentemente citado ($n=26$; 68,4% dos 38 postos ocupados), porém sem significância estatística ($p=0,81$), quando com-

Tabela 1. Médicos recém-formados, cursando ou não residência médica, segundo a atuação profissional em serviços de urgência não vinculados aos programas de residência

Grupos	Total n (%)	Trabalho em serviços de urgência	
		Sim n (%)	Não n (%)
Cursando residência	31 (62,0)	20 (64,5)	11 (35,5)
Não cursando residência	19 (38,0)	12 (63,5)	7 (36,8)
Total de respondentes	50*	32	18

* 49,5% dos formandos de 2011.

Tabela 2. Distribuição dos médicos em relação aos postos de trabalho ocupados em serviços de urgência

		Cursando residência n (%)	Não cursando residência n (%)	Total n (%)
Respondentes		20	12	32
PA n=26 (68,4%)	Serviço privado	12(46,1)	5(41,7)	17(44,7)
	Serviço público	5(19,2)	4(33,3)	9(23,7)
UE n=11 (29,0%)	Serviço privado	4(15,4)	2(16,7)	6(15,8)
	Serviço público	4(15,4)	1(8,3)	5(13,2)
SAMU		1(3,8)	0	1(2,6)
Postos de trabalho ocupados		26	12	38

PA: pronto atendimento; UE: unidade de emergência; SAMU: serviço de atendimento móvel de urgência.

parado com as UE e SAMU. Além disso, a maioria dos postos de trabalho ocupados pertence a empresas privadas ($n=23$; 60,5% dos 38 postos), mas essa preferência pelo serviço privado não é estatisticamente significativa ($p=0,85$).

DISCUSSÃO

De um universo de 101 egressos de 2011 da FCMS de Sorocaba-/PUC-SP, a pesquisa coletou dados de 50 ex-alunos (49,5%) e mostrou que 64,0% (32 de 50) deles trabalhavam em serviços de urgência (não integrantes de programas de RM), mais frequentemente privados, não diferindo se o médico era residente ou não.

O número de respondentes pode ser considerado como relevante possivelmente por conta da facilidade que o meio eletrônico proporcionou, tanto para a divulgação como para a aplicação dos questionários. Pesquisa realizada com egressos da Faculdade de Medicina do ABC, em 2006, por meio de questionários enviados pelo correio, obteve 152 (23,4%) respostas em universo de 800 pesquisados⁽¹²⁾. Outra pesquisa com egressos da Universidade Luterana Brasileira, em 2007, mostrou que, dos 249 questionários enviados, 69 (32,10%) retornaram preenchidos⁽¹³⁾.

Um número maior de pesquisados talvez pudesse mostrar um comportamento diferente do que foi aqui obtido ou mesmo reforçá-lo. No entanto, o dado de que 32 ex-alunos (31,7% dos recém-formados em 2011) atuavam em serviços de urgência alguns meses após sua formatura mostra que cerca de um terço da turma (e 64,0% dos ex-alunos respondentes) optou por trabalhar nessa modalidade, independentemente de cursarem ou não programas de RM. Esse dado concreto aponta e revela a importância das reais necessidades de aprendizagem dos alunos durante sua formação e dos currículos médicos se voltarem para a formação adequada quanto ao atendimento das urgências, ainda mais com o cenário anteriormente descrito, com relação às demandas e às políticas governamentais.

O recém-formado encontra as portas abertas para atuar nos serviços de urgência e acaba sendo facilmente inserido nesse tipo de trabalho, especialmente nos de origem privada, nos quais o processo seletivo nem sempre requer concursos públicos. O *site* do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo anunciava, em 15 de setembro de 2012, 198 vagas para médicos em serviços de urgência, na capital e interior do Estado. A maioria delas era em PA e em nenhum dos anúncios se exigia experiência prévia⁽¹⁴⁾.

O curso de Medicina é longo e caro. Mesmo para os alunos que frequentam escolas públicas, os gastos com livros, congressos, cursos extracurriculares, entre outros, costumam ser altos. Outros ex-alunos têm o compromisso de quitar a dívida com o programa Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), programa do Ministério da Educação; e novos compromissos financeiros costumam ser adicionados aos prévios quanto à subsistência, após a formatura⁽¹⁵⁾. Tais apelos para um maior aporte financeiro contribuem para a opção por uma maior jornada de trabalho, fato preocupante especialmente entre os residentes, que se comportaram igualmente aos não residentes com relação ao trabalho em urgências.

Além disso, alguns residentes declararam trabalhar em mais de um posto de trabalho. A carga horária oficial de um programa de residência é de 60 horas semanais. A bolsa recebida pelos médicos residentes da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que financia a maior parte dos salários e dos programas de residência do Estado, incluindo o da FCMS, é de R\$2.384,82⁽¹⁶⁾. Os plantões extrarresidência propiciam um aumento dos rendimentos, embora o vínculo de trabalho seja informal. A remuneração média é de aproximadamente R\$800,00 por plantões de 12 horas⁽¹⁴⁾. É difícil, para o residente, encontrar outra forma de trabalho, além dos plantões, em função da carga horária da residência, restando o horário noturno e de finais de semana para essa atividade. Ou seja, o ônus dessa sobrecarga de trabalho recai sobre seus supostos horários destinados ao descanso ou ao estudo.

Numa pesquisa realizada com 136 médicos residentes do Hospital Evangélico de Curitiba, com carga horária média de trabalho semanal de 66 horas, sem computar os plantões extracurriculares, identificaram-se altos índices de sonolência diurna e *burnout*, além da percepção de baixa Qualidade de Vida. O *burnout* é uma síndrome caracterizada por despersonalização, exaustão emocional e baixa realização pessoal, levando ao baixo

desempenho profissional⁽¹⁷⁾. Os autores citam diversos fatores estressores próprios da RM como agentes dessas alterações: aumento da responsabilidade profissional, cobrança de preceptores e pacientes, e longas jornadas de trabalho. Essas últimas estão associadas a pouco tempo para descanso, privação do sono e diminuição do tempo para vida social, amigos, família e lazer⁽¹⁷⁾.

Em outra pesquisa, realizada pelo CREMESP, com 400 médicos, em 2007, 30% dos pesquisados afirmaram trabalhar mais que 60 horas por semana. Dentro desse grupo, 52% tinham até 29 anos de idade. Os jovens médicos que estão matriculados nos programas de residência contribuem com essa casuística⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, o recém-formado sem acesso à residência tem, além dos plantões, outras opções de trabalho e em outros horários, como atividades em ambulatórios, podendo levá-los a obter salários de duas a três vezes maiores que o dos médicos residentes⁽¹⁵⁾. Este pode ser um fator desencorajador à opção pela RM.

O trabalho em serviço privado, em detrimento do serviço público, ocorre devido à maior oferta de trabalho no primeiro setor. Atualmente, no Estado de São Paulo, 44,5% da população está coberta pelos planos de saúde. Isso resulta em 114.990 postos de trabalho no serviço privado, contra 69.181 no serviço público. No país, são 354.536 postos no serviço privado e 281.181 no serviço público. Assim, o setor privado acaba, obrigatoriamente, por absorver mais profissionais⁽¹⁹⁾. Não foi objeto deste estudo especular sobre as diferenças de remuneração e de direitos trabalhistas entre os setores público e privado, mas o dado de que, em nossa amostra, os médicos que não cursam RM optaram, em sua maioria, por trabalhar nos serviços privados nos faz supor algumas hipóteses, que podem influenciar, isoladamente ou em conjunto, nessa decisão: 1. persistência nos seus estudos, visando aos futuros exames de residência; 2. remuneração mais interessante do serviço privado naquele momento, geradora de interesse imediato; 3. os planos de carreira e progressão a médio e longo prazo, ainda incipientes no setor público, e mesmo os direitos trabalhistas não causam impacto nesse período da vida profissional dos recém-formados.

O período de aplicação dos questionários (abril, maio e junho), poucos meses após a formatura em novembro de 2011, mostrou que a inserção do recém-formado no serviço de urgência é precoce. É necessário, portanto, que o jovem médico esteja bem preparado para atuar nessa área. Mesmo que a Medicina de Urgência seja classificada como especialidade médica no Brasil (polêmica que também não foi objeto deste estudo), ainda cabe à escola médica definir um currículo para o ensino-aprendizagem das urgências e encontrar a melhor maneira de desenvolvê-lo. No entanto, nos parece claro que tal processo deva ocorrer desde os anos iniciais da graduação, usando recursos como treinamento em primeiros socorros, nos laboratórios de habilidades, de simulação e, no internato, dos cenários de prática nos níveis secundário e terciário para prática no atendimento de urgências⁽³⁾.

CONCLUSÃO

Espera-se que todo médico, independentemente da especialidade escolhida e do local de trabalho, saiba atuar frente a uma

situação de urgência. O Ministério da Saúde, ao colocar que todas as portas do Sistema Único de Saúde devem estar aptas a prestar um atendimento de urgência, reforça essa necessidade⁽²⁾. Diante disso e da inserção precoce do jovem médico em serviços de urgência, comprovada em nosso estudo, há a necessidade de se analisar como garantir sua adequada formação durante a graduação neste tópico tão relevante.

O fato do trabalho não diferir se o médico está cursando ou não residência sugere que a atividade dos médicos residentes em plantões extracurriculares precisa ser mais bem avaliada. É de se supor que isso resulte em excesso de trabalho e em diminuição da Qualidade de Vida, podendo comprometer o aprendizado e o desempenho do recém-formado, nesse importante momento de sua formação médica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. p. 69.
3. Pazin Filho A, Scarpelini S. Medicina de emergência na FMRP-USP: Você pode fugir, mas não há como se esconder! Medicina (Ribeirão Preto). 2010;43(4):432-43.
4. Silva MC, Fassa AG, Valle NC. Dor lombar crônica em uma população adulta no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):377-85.
5. Camargo Neto AC, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. Rev Bras Clin Med. 2010; 8(5):428-33.
6. Evangelista RA. Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaleia [tese]. Ribeirão Preto SP; 2007. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
7. Fonseca FR, Vasconcelos CH. Estudo da distribuição de doenças respiratórias no estado de Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Colet. 2011;19(4):454-60.
8. O Médico e o Seu trabalho: Resultados da região sudeste e seus estados. Coordenação de Mauro Brandão Carneiro, Valdiney Veloso Gouveia e Eliane de Souza. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2004.
9. II Fórum Nacional FENAM Sobre Educação Médica. Brasília, Junho de 2010.
10. Amoretti RA. Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Med. 2005;29(2):136-46.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
12. Castellanos ME, Silveira AF, Martins LC, Nascimento VB, Silva CS, Bortolotte FH, et al. Perfil dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC: o que eles pensam sobre atenção primária em saúde? Arq Bras Ciên Saúde. 2009;34(2):71-9.
13. Caovilla F, Leitzke L, Menezes HS, Martinez PF. Perfil do médico egresso do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Revista AMRIGS. 2008;52(2) 103-9.
14. SIMESP. Sindicato dos Médicos de São Paulo. Banco de empregos médicos. São Paulo: SISMEP; sd. [citado 2012 Set 14]. Disponível em <<http://www.bem.org.br>>.
15. Feitosa-Filho GS, Loureiro CM, Almeida NR, Mascarenhas VN, Camurugy TC, Magalhães LB. Razões alegadas por médicos recém-formados em Salvador/BA em 2010 para não prestarem o concurso de residência médica. Rev Bras Clin Med. 2012;10(2):92-4.
16. Residência Médica. Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, agosto de 2011.
17. Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. Rev Bras Educ Med. 2010;34(3)422-9.
18. O trabalho do médico no Estado de São Paulo. Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, novembro de 2007.
19. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.