

Flávia Branco Cerqueira Serra Neves¹, Patrícia Sena Pinheiro de Gouvêa Vieira¹, Elaine Andrade Cravo¹, Talita da Silva Portugal¹, Míli Freire Almeida¹, Israel Soares Pompeu de Sousa Brasil¹, Almir Galvão Vieira Bitencourt², Gilson Soares Feitosa-Filho³

1. Membro da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva da Bahia – LAMIB - Salvador (BA), Brasil.
2. Membro da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva da Bahia (2005-2007) – LAMIB - Salvador (BA), Brasil.
3. Membro Consultor da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva da Bahia – LAMIB - Salvador (BA), Brasil.

Recebido da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva da Bahia – LAMIB - Salvador (BA), Brasil.

Submetido em 11 de Fevereiro de 2008
Aceito em 23 de Março de 2009

Autor para correspondência:

Flávia Branco Cerqueira Serra Neves
Av. Orlando Gomes, 382 - Cond. Village Piatã, casa B-18 - Piatã. 41650-010 – Salvador (BA), Brasil.
Fones: (71) 3367-4427 / 8728-2328
E-mail: flavinhaneves@superig.com.br

Motivos relacionados à escolha da medicina intensiva como especialidade por médicos residentes

Reasons related to the choice of critical care medicine as a specialty by medical residents

RESUMO

Objetivos: A medicina intensiva é especialidade relativamente nova que apresentou grande desenvolvimento no Brasil nos últimos anos. No entanto, existe pouca procura por parte dos médicos em realizar este tipo de especialização. O objetivo deste estudo foi descrever os motivos pelos quais os médicos residentes de Salvador-BA pretendem ou não realizar residência médica em medicina intensiva.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo, em que foi aplicado um questionário, durante o período de outubro a dezembro de 2007, a todos os médicos residentes das especialidades pré-requisito para medicina intensiva (clínica médica, cirurgia geral e anestesiologia).

Resultados: Foram incluídos no estudo 165 médicos residentes (89,7% do total), sendo 51,5% residentes de clínica médica, 25,5% de cirurgia geral e 23% de anestesiologia. Dos entrevistados, 14 (9,1%) pretendem fazer residência de medicina intensiva, embora 90 (54,5%)

pretendam ser plantonistas de unidades de terapia intensiva após a residência. O principal motivo destacado para se especializar em medicina intensiva foi gostar de trabalhar com pacientes graves (92,9%). Já os principais motivos para não se especializar em medicina intensiva estão relacionados à pior qualidade de vida ou de trabalho. Os médicos residentes que fizeram algum estágio em unidade de terapia intensiva durante a graduação são mais propensos a serem plantonistas de unidades de terapia intensiva após a residência.

Conclusões: A população avaliada demonstrou baixo interesse em se especializar em medicina intensiva. Os principais motivos apontados foram os fatores relacionados à qualidade de vida dos intensivistas e ao ambiente de trabalho. Um levantamento nacional se faz necessário para identificar quais as intervenções são adequadas para incentivar esta especialização.

Descritores: Educação médica; Cuidados intensivos; Internato e Residência; Especialidades médicas

INTRODUÇÃO

A Medicina Intensiva (MI) é uma especialidade relativamente nova, reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) desde 1981 e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1992. Nos últimos anos vem ocorrendo um grande desenvolvimento da MI no Brasil, com importante aumento no número de unidades de terapia intensiva (UTI) e com necessidade crescente de médicos especializados para atender a esta demanda. Desde 1998, a portaria governamental nº 3432 passou a exigir a presença do especialista titulado em MI nas atividades diárias das UTIs brasileiras, visando o manuseio otimizado de pacientes críticos.⁽¹⁾ No entanto, muitos destes serviços ainda não apresentam médicos que possuam tal título.⁽²⁾

A especialização em MI pode ser feita a partir de programa de residência médica,

com dois anos de duração para UTI adulto. Como pré-requisito, o médico que desejar se especializar em MI deve ter concluído previamente dois anos de residência em clínica médica, cirurgia geral ou anestesiologia.⁽³⁾ Alguns aspectos, no entanto, têm dificultado o desenvolvimento da especialidade, como o fato de poucos hospitais terem residência médica em MI credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).⁽¹⁾ Por outro lado, observa-se que ainda há pouca procura por parte dos médicos residentes em realizar esta especialização, de modo que, apesar do pequeno número de vagas para residência, muitas vezes estas não são completamente preenchidas.⁽⁴⁾

O objetivo deste estudo foi descrever os motivos pelos quais os médicos residentes de Salvador-BA pretendem ou não realizar residência médica em MI.

MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências com número de protocolo 53/2007, foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, no qual foram avaliados os 184 médicos residentes das especialidades consideradas como pré-requisito para MI (clínica médica, cirurgia geral e anestesiologia), na cidade de Salvador-BA. Uma relação dos médicos inscritos em programas de residência médica credenciados pelo Ministério da Educação (MEC) em 2007 foi solicitada à Comissão Estadual de Residência Médica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). A coleta de dados foi feita nas próprias instituições em que os médicos estavam cursando a residência médica, durante o período de outubro a dezembro de 2007, por estudantes da Liga de Medicina Intensiva da Bahia (LAMIB) previamente treinados. Foi utilizado um questionário auto-aplicável (Anexo 1). Os médicos residentes poderiam assinalar mais de uma opção apenas nas questões 10, 11 e 19.

A participação no estudo foi voluntária e sigilosa, sem identificação dos residentes que responderam ao questionário. Foi assinado por cada médico um termo de consentimento livre e esclarecido sobre a participação do estudo e publicação dos dados. Antes da aplicação do questionário nas instituições com residência médica, a Coordenação de Ensino de cada serviço foi contatada para permissão da coleta dos dados. Foi realizada submissão ao CEP de cada serviço quando solicitada pelas Coordenações de Ensino.

A análise dos dados foi feita através do software *Statistical Packages for Social Science* (SPSS) na versão 9.0. Foram utilizados os parâmetros da estatística descritiva, adotando-se as medidas usuais de tendência central e de dispersão, e cálculos de frequências simples e relativas. Para correlação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste do Qui-Quadrado e o nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Dos 184 médicos residentes elegíveis para o estudo, foram encontrados e concordaram em participar do estudo 165 médicos das especialidades pré-requisitos para residência em MI (89,7% do total). A média da idade dos entrevistados foi de $26,7 \pm 2,2$ anos. Dos 165 médicos que responderam ao questionário, 11 não preencheram a questão referente ao gênero e um não informou o ano de residência. Outros dados demográficos estão descritos na tabela 1. A maioria dos médicos residentes entrevistados (60,4%) já pensou em fazer residência de MI. No entanto, apenas 14 (8,5%) ainda pretendem fazê-la após a conclusão da residência atual.

Tabela 1 – Características demográficas dos médicos residentes entrevistados (N = 165)

Características	% (N)
Sexo	
Masculino	57,1 (88)
Feminino	42,9 (66)
Residência em curso	
Clínica Médica	51,5 (85)
Cirurgia Geral	25,5 (42)
Anestesiologia	23 (38)
Ano de residência	
R1	51,2 (84)
R2	42,1 (69)
R3	6,7 (11)
Pretendem fazer outra especialidade	79,4 (131)
Residentes de Clínica Médica	97,6 (83)
Cardiologia	25,6 (21)
Gastroenterologia	14,6 (12)
Endocrinologia	14,6 (12)
Medicina Intensiva	2,4 (2)
Residentes de Cirurgia Geral	97,6 (41)
Urologia	19,4 (7)
Cirurgia do Aparelho Digestivo	13,9 (5)
Medicina Intensiva	13,9 (5)
Residentes de Anestesiologia	18,9 (7)
Medicina Intensiva	100 (7)

Os motivos destacados pelos médicos residentes que nunca pensaram em fazer residência para MI para não se especializar nessa área foram qualidade de vida ruim (52,3%), não gostar de trabalhar em esquema de plantões (52,3%) e ambiente estressante (50,8%). Já o principal motivo apontado pelos residentes que já pensaram em fazer MI, mas desistiram, foi a qualidade de vida (69,6%). Entre os residentes que pretendem se especializar em MI, os principais motivos foram gostar de trabalhar com pacientes graves (92,9%) e boa remuneração (50%).

Durante a graduação, apenas 62 (37,6%) dos médicos residentes fizeram estágio curricular em UTI, 81 (49,1%) somente o fizeram de forma extracurricular e 22 (13,3%) não tiveram qualquer exposição ao ambiente de MI durante a graduação. A maioria dos entrevistados (90,9%) referiu que os temas básicos de MI são discutidos durante sua residência atual, sendo 37,8% de forma isolada e 53,1% como parte do programa da residência. Estágio em UTI é oferecido em todos os programas de residência avaliados, e 86,7% dos entrevistados já haviam realizado este estágio. Em relação aos cursos de imersão relacionados à MI (*Advanced Cardiac Life Support [ACLS]*, *Advanced Trauma Life Support [ATLS]* e *Fundamentals in Critical Care Support [FCCS]*), 48,5% dos médicos residentes referiram ter feito algum deles (Figura 1).

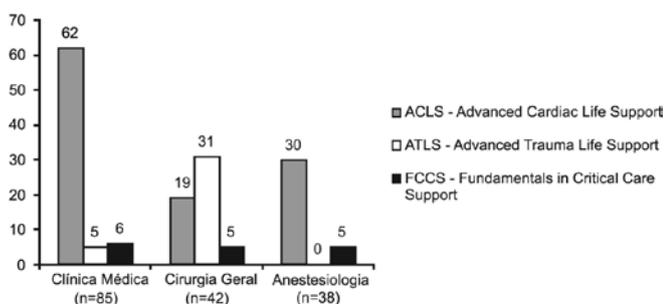


Figura 1 - Cursos de imersão realizados pelos médicos residentes (N = 165).

Apenas 35% dos residentes avaliados (n = 58) se sentem seguros em serem plantonistas de uma UTI e a maioria (72,1%, n = 119) acredita que os médicos plantonistas destas unidades deveriam ser especialistas em MI.

Dos residentes entrevistados, 77,4% (n = 127) já tiveram oportunidade/oferta ou já realizaram plantão em UTI (Figura 2). Dos 59 residentes que já realizaram plantão em UTI, 31 (52,5%) eram residentes de cirurgia geral, 17 (28,8%) de clínica médica e 11 (18,6%) de anestesiologia; 32 (54,2%) já realizaram algum curso de imersão e 14 (23,7%) não se sentem seguros em ser plantonista de UTI.

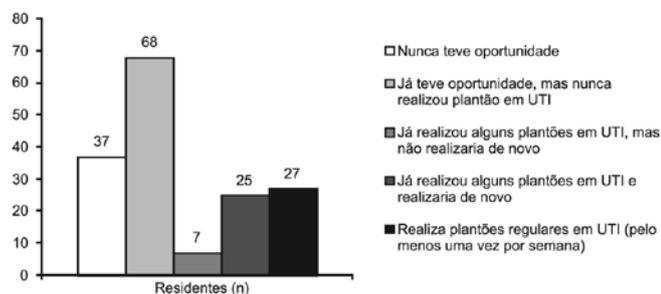


Figura 2 - Atividade dos residentes como plantonistas de unidade de terapia intensiva (N = 165).

UTI - unidade de terapia intensiva.

A maioria dos residentes (54,5%, n = 90) pretende ser plantonista de UTI após a residência (Figura 3). Os médicos residentes que tiveram algum estágio em UTI durante a graduação são mais propensos a serem plantonistas de UTI após a residência (Tabela 2).

Tabela 2 – Realização de estágio em unidades de terapia intensiva durante a graduação e o desejo de trabalhar como plantonista de unidades de terapia intensiva após a residência

Fez estágio em UTI durante a graduação	Pretende ser plantonista de UTI após a residência	
	Não	Sim
Não	17 (77,3)	5 (22,7)
Sim	58 (40,6)	85 (59,4)

UTI - unidade de terapia intensiva Resultados expressos em N(%), p = 0,002 (teste do Qui-Quadrado).

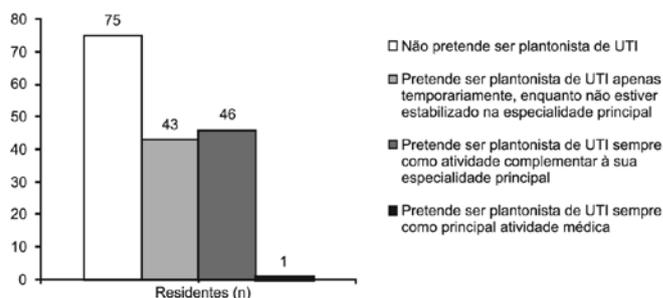


Figura 3 – Desejo dos residentes de trabalhar como plantonistas de unidades de terapia intensiva UTI após a residência (N = 165).

UTI - unidade de terapia intensiva.

DISCUSSÃO

Os médicos residentes avaliados demonstraram baixo interesse em se especializar em MI. Os principais motivos apontados foram os fatores relacionados à qualidade de vida dos intensivistas e ao ambiente da UTI. Estudos anteriores já demonstraram que os profissionais que trabalham em UTI são submetidos a múltiplos fatores estressores e tem maior predisposição em desenvolver síndrome de Burnout, que é uma reação de estresse excessivo relacionado ao trabalho.^(2,5,6) Em relação ao ambiente de trabalho médico em UTI, destacam-se alguns fatores que elevariam a possibilidade da ocorrência de Burnout como grandes jornadas de trabalho, numerosos plantões, demandas excessivas que diminuem a qualidade do atendimento, necessidade de lidar com sofrimento e morte, e exposição constante ao risco.⁽⁷⁾ A presença desses fatores está diretamente relacionada a uma pior qualidade de vida que acaba influenciando na decisão dos residentes de não se especializar em MI.

O termo “qualidade de vida” é amplo, abstrato e multifatorial por envolver diversos aspectos relacionados ao bem-estar biopsicossocial do indivíduo, o que torna sua interpretação di-

fácil. Neste contexto, vale ressaltar como importante limitação deste estudo que, no questionário utilizado, o item “qualidade de vida” entre os motivos para não realizar especialização em MI é genérico. Então, consideramos, por exemplo, que os itens “trabalhar em esquema de plantão” e “ambiente estressante” também estão relacionados a uma pior qualidade de vida. Deste modo, a interpretação dos resultados apresentados fica limitada visto que o item “qualidade de vida” engloba outros itens apontados no questionário.

No Brasil, segundo resultados de uma pesquisa realizada pelo CFM, menos de 1% dos médicos de todo o país é especialista em MI.⁽⁸⁾ A grande demanda por plantonistas em UTI associada ao pequeno número de intensivistas titulados leva à contratação de médicos sem especialização na maioria dessas unidades em nosso meio.⁽²⁾ Nos Estados Unidos, apenas um terço dos pacientes críticos está internado em UTI com médicos especializados em MI.⁽⁹⁾ Estudos demonstraram que esta escassez de especialistas em MI deve piorar nos próximos anos devido à crescente demanda hospitalar decorrente do envelhecimento da população e aumento constante no número de pacientes graves.⁽⁹⁾ Pronovost et al.⁽¹⁰⁾ destacaram que o treinamento de médicos especializados em MI permitiu significativa redução na mortalidade e no tempo de permanência dos pacientes nas UTI.⁽¹⁰⁾ Diante desta perspectiva, sociedades médicas internacionais passaram a desenvolver diversas estratégias para aprimorar o atendimento ao paciente crítico e aumentar o interesse dos profissionais médicos em formação pela MI.⁽¹¹⁾

Uma medida fundamental é o aprimoramento no ensino de MI tanto durante a graduação, como também na residência. Frankel et al.⁽¹²⁾ estudaram metodologias de ensino de escolas americanas e sugeriram a promoção de um rodízio na UTI durante a graduação, o que beneficiaria a aquisição de habilidades em procedimentos e conceitos de MI proporcionando segurança e efetividade aos futuros médicos no manejo de pacientes críticos. A Seção de Cirurgia da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) também recomenda, através de diretriz publicada em 2000, que a graduação deva incluir conhecimentos sobre a fisiologia básica de doenças críticas e o entendimento de conceitos como disfunção de órgãos e resposta inflamatória ao trauma e infecção.⁽¹³⁾ Em 1995, a SCCM também definiu um novo currículo para residências em clínica médica, cirurgia geral, anestesiologia e pediatria, com a implementação de competências visando o reconhecimento e manejo inicial de pacientes críticos.⁽¹⁴⁾ O ensino da MI na graduação e durante os programas de residência médica possibilita um maior interesse em aprimorar seus conhecimentos com a especialização em MI, como também a formação de médicos mais habilitados para o cuidado de pacientes críticos.^(15,16)

No Brasil, existe ainda uma grande deficiência na inclusão da MI nos currículos de graduação em medicina.⁽¹⁷⁾ Uma

alternativa encontrada pelos próprios estudantes, e incentivada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), para suprir esta deficiência na graduação foi a criação das ligas acadêmicas de MI. Desde 2005, quando foi criado o Comitê Especial das Ligas de Medicina Intensiva (LIGAMI-AMIB), até janeiro de 2008, 41 ligas foram criadas em todo o Brasil. O presente estudo permite sugerir que os residentes que realizaram estágio em UTI durante a graduação tiveram um maior interesse em trabalhar nestas unidades após a residência. Segundo estudo realizado anteriormente pela LAMIB, os estudantes de medicina apresentam elevado interesse em MI, no entanto, têm pouco contato com esta especialidade durante o curso médico.⁽¹⁸⁾ Desse modo, a maioria dos estudantes, em nosso meio, procura estágios extracurriculares para suprir esta carência das faculdades de medicina.⁽¹⁸⁾

Em vários países da Europa, a especialização em MI é realizada junto com a residência de anestesiologia.⁽¹⁹⁾ Em nosso trabalho, apesar de apenas um pequeno percentual dos residentes de anestesiologia pretendem cursar outra residência médica, todos eles desejam fazer MI. Este dado é interessante visto que, no Brasil, a anestesiologia é a única especialidade considerada como pré-requisito para MI com três anos de duração. A necessidade de realizar mais dois anos de residência, além da grande oferta de emprego para os residentes recém-formados, pode contribuir para o baixo interesse dos anestesiológicos em fazer especialização em MI, o que retardaria sua entrada no mercado de trabalho.

Dentre os residentes avaliados, os que demonstraram menor interesse em realizar especialização em MI foram os de clínica médica. O baixo percentual de residentes de clínica médica que pretendem realizar esta residência, em comparação com outras especialidades como cardiologia, gastroenterologia e endocrinologia, deve ser analisado em estudos direcionados para este fim, com o objetivo de desenvolver estratégias para incentivá-los a se especializar em MI.

CONCLUSÃO

Devido à crescente demanda de médicos especialistas para trabalhar em UTI em nosso meio, torna-se preocupante a escassez de profissionais com este tipo de formação no mercado. O baixo interesse dos residentes em se especializar em MI está relacionado principalmente à qualidade de vida dos intensivistas, incluindo o fato de trabalhar em esquema de plantão ou considerar a UTI um ambiente estressante. Um levantamento nacional faz-se necessário para identificar quais intervenções são adequadas para incentivar esta especialização. No entanto, os resultados apresentados neste estudo alertam para a necessidade urgente de medidas que visem melhorar a qualidade de vida dos intensivistas e o ensino de MI durante a graduação, de forma a incentivar a formação de novos médicos especialistas em MI.

ABSTRACT

Objectives: Critical Care Medicine is a relatively new specialty, which in recent years has made significant progress in Brazil. However, few physicians are willing to acquire this specialization. The main objective of this study was to describe the factors associated with choice of Critical Care Medicine as a specialty by medical residents of Salvador-BA.

Methods: A cross-sectional and descriptive study, in which a questionnaire was submitted to all residents of the specialties that are a prerequisite for Critical Care Medicine (Clinical Medicine, General Surgery and Anesthesiology), between October and December 2007.

Results: The study included 165 residents (89.7% of the total), in which 51.5% were clinical medicine residents, 25.5% were general surgery residents, and 23.0% were anesthesiology residents. Of the respondents, 14 (9.1%) intended to enter Critical Care Medicine

residency, although 90 (54.5%) were willing to become intensive care unit physicians after their regular residency. The main reason stated to specialize in critical care medicine was to like work with critically ill patients (92.9%). The main reasons stated not to specialize in critical care medicine, however were related with the poorer quality of life and work. Residents who did intensive care unit internship during medical studies were more likely to work in an intensive care units after residency.

Conclusions: This population showed little interest to specialize in critical care medicine. The main reasons given for this limited interest were factors related to quality of life and intensive care unit environment. A national survey is required to identify the interventions needed to favor this specialization

Keywords: Education, medical; Intensive care; Internship and residency; Specialties, medical

REFERÊNCIAS

1. Modelo para a residência médica em Medicina Intensiva. Atualidades AMIB. 2002;25:8-10.
2. Tironi MOS, Barros DS, Nascimento-Sobrinho CL, et al. Qualidade de vida e Burnout em médicos intensivistas. In: IX Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho e VII Congresso de Stress da ISMA-BR, 2007, Porto Alegre. Anais. 2007.
3. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residências Médica. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF). 2006; Mai 17; Seção 1: 23-36. [citado 2008 Jan 15]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002_2006.pdf
4. Os dilemas das novas gerações de intensivistas. Atualidades AMIB. 2007;45:7.
5. Souza Barros D, Tironi MOS, Nascimento-Sobrinho CL, Borges dos Reis EFJ, Filho ESM, Almeida A, et al - Burnout syndrome and quality of life in intensivists. Crit Care. 2007;11(Suppl 3):p.95.
6. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(7):686-92. Erratum in: Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(11):1209-10. Comment in: Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(7):634-6. Am J Respir Crit Care Med. 2007;176(7):724.
7. Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004;292(23):2880-9. Comment in: JAMA. 2004;292(23):2913-5.
8. Carneiro MB, Gouveia VV, coordenadores. O Médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
9. Angus DC, Kelley MA, Schmitz RJ, White A, Popovich J Jr; Committee on Manpower for Pulmonary and Critical Care Societies (COMPACCS). Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: can we meet the requirements of an aging population? JAMA. 2000;284(21):2762-70. Comment in: JAMA. 2001;285(8):1016-7; author reply 1018. JAMA. 2001;285(8):1017-8.
10. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremiszov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA. 2002;288(17):2151-62. Comment in: JAMA. 2003;289(8):985-6; author reply 986-7. JAMA. 2003;289(8):986; author reply 986-7.
11. Ewart GW, Marcus L, Gaba MM, Bradner RH, Medina JL, Chandler EB. The critical care medicine crisis: a call for federal action: a white paper from the critical care professional societies. Chest. 2004;125(4):1518-21. Comment in: Chest. 2005;127(6):2293. Chest. 2005;127(5):1863-4.
12. Frankel HL, Rogers PL, Gandhi RR, Freid EB, Kirton OC, Murray MJ; Undergraduate Medical Education Committee of the Society of Critical Care Medicine. What is taught, what is tested: findings and competency-based recommendations of the Undergraduate Medical Education Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2004;32(9):1949-56. Comment in: Crit Care Med. 2005;33(6):1465; author reply 1465-6.
13. Ivy M, Angood P, Kirton O, Shapiro M, Tisherman S, Horst M. Critical care medicine education of surgeons: recommendations from the Surgical Section of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2000;28(3):879-80.
14. Guidelines for resident physician training in critical care medicine. Guidelines/Practice Parameters Committee, American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 1995;23(11):1920-3.
15. Dorman T, Angood PB, Angus DC, Clemmer TP, Cohen NH, Durbin CG Jr, Falk JL, Helfaer MA, Haupt MT, Horst

- HM, Ivy ME, Ognibene FP, Sladen RN, Grenvik AN, Napolitano LM; American College of Critical Care Medicine. Guidelines for critical care medicine training and continuing medical education. Crit Care Med. 2004;32(1):263-72.
16. Wong N. Medical education in critical care. J Crit Care. 2005;20(3):270-3.
17. Moraes APP, Araújo GF, Castro CA. Terapia intensiva na graduação médica: os porquês. Rev Bras Ter Intensiva. 2004;16(1):45-8.
18. Almeida AM, Albuquerque LC, Bitencourt AGV, Rolim CEC, Godinho TM, Liberato MV, et al. Medicina Intensiva na graduação médica: perspectiva do estudante. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(4):456-62.
19. Section and Board of Anaesthesiology, European Union of Medical specialists, Carlsson C, Keld D, van Gessel E, Fee JP, van Aken H, Simpson P. Education and training in anaesthesia—revised guidelines by the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2008;25(7):528-30.

Anexo 1

	<p><u>LIGA ACADÊMICA DE MEDICINA INTENSIVA (LAMIB)</u></p> <p>PESQUISA SOBRE FATORES QUE INFLUENCIAM A ESCOLHA DAA MEDICINA INTENSIVA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA POR MÉDICOS RESIDENTES DE SALVADOR-BA.</p>
<p>1. Idade: _____ 2. Sexo: (M) (F) 3. Ano Formatura: _____</p> <p>4. Residência: () Clínica Médica () Cirurgia () Anestesiologia</p> <p>5. Ano da Residência: () R1 () R2 () R3</p> <p>6. Já fez alguma outra residência antes? () Não () Sim. Qual? _____</p> <p>7. Pensa em fazer alguma residência depois? () Não () Sim. Qual? _____</p> <p>8. Classifique o seu interesse em Medicina Intensiva de 1 a 5: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p> <p>9. Já pensou alguma vez em fazer residência para Medicina Intensiva? () Não () Sim</p> <p>10. Assinale os motivos pelos quais você faria Medicina Intensiva como especialidade: () Boa remuneração () Gosto de trabalhar com pacientes graves () Gosto de trabalhar em esquema de plantões () Qualidade de vida () Maior resolutividade () Outros. Quais? _____ _____ _____</p> <p>11. Assinale os motivos pelos quais você NÃO faria Medicina Intensiva como especialidade: () Não gosto de trabalhar com pacientes graves () Não gosto de trabalhar em esquema de plantão () Ambiente estressante () Qualidade de Vida () Não me sinto seguro () Meu perfil não se enquadra () Outros. Quais? _____ _____ _____</p> <p>12. Já realizou plantão em UTI (como plantonista)? () Nunca tive oportunidade () Já tive oportunidade mas nunca aceitei () Algumas vezes, mas não daria de novo () Algumas vezes, daria de novo () Dou plantão em UTI pelo menos uma vez por semana</p>	<p>13. Você pretende ser plantonista de UTI após a residência? () Não. () Sim, apenas temporariamente, enquanto não estiver estabilizado na minha especialidade principal. () Sim, sempre, como atividade complementar à minha especialidade principal. () Sim, como principal atividade médica.</p> <p>14. Você fez algum estágio em UTI durante sua graduação? () Não () Sim, curricular. () Sim, extra-curricular.</p> <p>15. Temas básicos relacionados à Medicina Intensiva são discutidos na sua residência (abordagem teórica)? () Não () Sim, apenas de forma isolada. () Sim, fazem parte do programa da residência.</p> <p>16. Sua residência oferece estágio em UTI? () Não () Sim, obrigatório. () Sim, opcional.</p> <p>17. Se sim, você já passou por este estágio? () Não () Sim</p> <p>18. Você se sente seguro em ser plantonista de uma UTI? () Não () Sim</p> <p>19. Você acha que o médico plantonista de UTI precisa ser especialista em Medicina Intensiva? () Não () Sim</p> <p>20. Você já fez algum dos cursos abaixo? () BLS – Suporte de Vida Básico () ACLS – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia () ATLS – Suporte Avançado de Vida em Trauma () PALS – Suporte Avançado de Vida em Pediatria () FCCS – Fundamentos em Medicina Intensiva () Outros. _____</p> <p>21. Comentários _____ _____ _____ _____ _____</p>