

CAPÍTULO 7.1



O ensino de Emergências na graduação e residência médica



Gerson Alves Pereira Júnior

Docente de Cirurgia de Urgência e do Trauma

Universidade de São Paulo

Especialista em Medicina de

Emergência (ABRAMEDE)

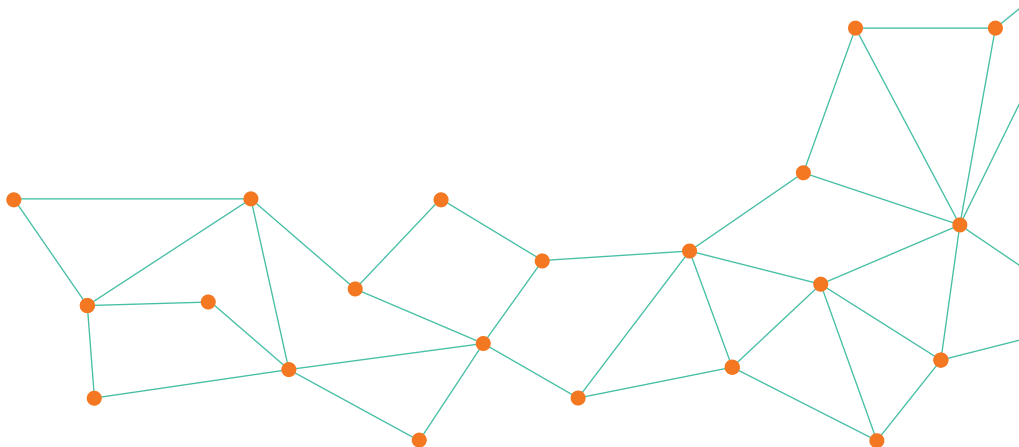
Fernanda Silveira Nunes

Médica Emergencista

Mestranda do Programa de Pós-graduação

em Ensino nas Ciências da Saúde

Faculdades Pequeno Príncipe



1. INTRODUÇÃO

O ensino de urgência e emergência na graduação médica não foi contemplado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina como uma grande área do internato médico em 2001, tampouco houve qualquer especificação sobre o tema durante o curso. Apenas no parágrafo XIV do artigo 5º, descreve-se que

[...] a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico (BRASIL, 2001).

Sobre o internato médico, as DCN de 2014 (BRASIL, 2014) definiram, no inciso 3º do artigo 24, que o mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico da graduação em Medicina será desenvolvido na atenção básica e em serviço de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando-se o mínimo de dois anos desse internato (35% da carga horária total do curso de graduação em Medicina). A carga horária dessas atividades deverá ser eminentemente prática, e a carga horária teórica não deverá ultrapassar 20% do total. Também houve a definição de carga horária máxima de 12 horas diárias e 44 horas semanais (BRASIL, 2014).

As DCN de 2014 definem competência, para os fins da formação médica, como sendo a “capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde”. Eis os elementos da competência:

- A mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras deve promover uma combinação de recursos que se expressa em ações perante um problema.
- As ações são traduzidas por desempenhos que refletem os elementos da competência, as capacidades de intervenção dos valores e o padrão de qualidade num determinado contexto da prática.
- Essas ações traduzem a excelência da prática médica nos cenários do SUS.

Embora essa definição das DCN 2014 represente um avanço, seu cumprimento pelos cursos é muito heterogêneo, tendo em vista a enorme falha de regulamentação e monitoramento. Além disso, não informa nada sobre a necessidade de um eixo curricular de ensino de urgência, que deveria ser iniciado precocemente na formação médica, evoluindo com complexidade progressiva.

Dessa forma, na formação do profissional de saúde, particularmente dos médicos, tanto no curso de graduação quanto na residência médica, o ensino das emergências médicas traumáticas e não traumáticas não tem merecido destaque, visto que, na quase totalidade das vezes, não há programa estruturado de ensino para emergências médicas na matriz curricular das faculdades de Medicina em nosso país (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015).

Tal deficiência na formação médica vai em direção contrária às estatísticas, que mostram que 70% dos médicos trabalham, por um bom tempo de sua vida profissional, principalmente nas fases de iniciação e afirmação profissional, em plantões de pronto atendimento, estando na linha de frente do atendimento às emergências sem o devido preparo técnico e emocional.

A maioria dos médicos recém-formados terão como uma das principais oportunidades de emprego o trabalho em regime de plantões em unidades de pronto atendimento (UPA) ou de pronto-socorro, além das unidades básicas de saúde (UBS) na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Em todos esses cenários de atuação profissional, deverão atender pacientes em situações de urgência e emergência. Como mostrado na pesquisa “Perfil dos médicos no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), esses profissionais estão expostos ao desgaste por excesso de trabalho, jornada de trabalho prolongada, multiemprego, baixa remuneração,

más condições de trabalho e excesso de responsabilidade (PEREIRA JÚNIOR, 1999).

Dessa forma, estabelece-se um paradoxo, pois, numa área em que deveria haver os médicos mais experientes e bem preparados, acontece justamente o contrário!

Pela identificação de maior risco ético-profissional e jurídico, pelo excesso de carga profissional, pela pouca valorização e pelo estresse pessoal/profissional, os médicos mais experientes migram para outros tipos de atividade e as vagas nessa área acabam sendo preenchidas por médicos recém-formados, o que leva à alta rotatividade das escalas de trabalho e de plantão (PEREIRA JÚNIOR, 1999).

A formação limitada em urgência e emergência médica traumática e não traumática durante a graduação e a residência médica ainda está associada a outros fatores que complicam sua atuação:

- 1) Falta de estruturação da central de regulação de urgência em diversas regiões do país.
- 2) Excesso de demanda de atendimento por falta de orientação da população.
- 3) Inadequado acolhimento e inexistência da classificação de risco para triagem dos casos.
- 4) Falta de direitos trabalhistas.
- 5) Risco à segurança física.
- 6) Pouca experiência profissional para atuação em unidade de suporte avançado (USA) do atendimento móvel pré-hospitalar.
- 7) Escassez e má distribuição de recursos diagnósticos e terapêuticos nas unidades de saúde de atendimento pré-hospitalar fixo.
- 8) Sobreposição concomitante e acúmulo de função do médico emergencista de pronto-socorro e de supervisão de pacientes de enfermarias.

Tudo isso deixa o médico inexperiente bastante exposto a todo risco de problemas de ordem pessoal, ético-profissional e jurídica. Por sua vez, a população fica exposta ao atendimento nas situações de urgência e emergência de um profissional mal preparado tanto no âmbito individual quanto para o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o que compromete completamente a segurança dos pacientes (PEREIRA JÚNIOR, 1999).

As tentativas de discussão e aproximação interprofissional, tanto do aparelho formador quanto da assistência, foram sempre infrutíferas, pois os demais cursos da área da saúde e as associações de categoriais profissionais mal sabiam reconhecer os problemas multiprofissionais da inserção de sua

área nas situações de urgência. Para tentar melhorar essa situação e aumentar a possibilidade de integração na educação e no trabalho interprofissional nas urgências, a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) contribuiu com a publicação da Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), que inclui o Parecer Técnico nº 300/2017, em que foram definidos os 12 princípios gerais para as DCN dos cursos de graduação da área da saúde:

- 1) Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde.
- 2) Atendimento às necessidades sociais em saúde.
- 3) Integração ensino-serviço-gestão-comunidade.
- 4) Integralidade e as redes de atenção à saúde (RAS).
- 5) Trabalho interprofissional.
- 6) Projetos pedagógicos de cursos e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde.
- 7) Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa.
- 8) Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil.
- 9) Educação e comunicação em saúde.
- 10) Avaliação com caráter processual e formativo.
- 11) Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde.
- 12) Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde.

O princípio geral 1 (“Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde”) estabelece que as instituições de ensino, orientadas pelas DCN, devem incorporar o arcabouço teórico do SUS nos projetos pedagógicos de seus cursos, objetivando a formação de profissionais comprometidos com a democracia e com o direito fundamental à saúde, que compreendam os princípios, as diretrizes e as políticas do sistema de saúde. O que se busca é a valorização da vida por meio de abordagens dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade (BRASIL, 2017).

O princípio geral (“Projetos pedagógicos de cursos e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde”) estabelece que as ações previstas no âmbito do Programa Nacional

de Segurança do Paciente (PNSP) contemplam as demais políticas de saúde e objetivam contribuir para a qualificação do cuidado nas RAS. Estabelece ainda que no Brasil, assim como em todo o mundo, há um aumento do número de casos de urgência e emergência que demandam atenção dos hospitais e serviços de saúde em geral, o que ocorre em virtude do maior número e da maior longevidade da população, da maior sobrevivência de pacientes com diversas doenças crônicas e do expressivo quantitativo de acidentes e casos de violência civil. *Esse quadro tem demandado adequações na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, que devem contemplar: a assistência direta aos pacientes nas situações de urgência e emergência; o conhecimento e a discussão das políticas públicas de saúde; e a prevenção e a reabilitação dos agravos, estimulando atividades que enfoquem a promoção da saúde no sentido de evitar a agudização de doenças crônicas e prevenir os diversos tipos de condições clínicas agudas e traumas, temas prioritários de saúde pública em todo o território nacional. Nesse sentido, é importante que as DCN definam as competências requeridas na Área de urgência e emergência, em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2017).*

Todos os dias, em qualquer tipo de mídia, televisiva, rádio, jornais, internet, temos muitas notícias de vários problemas relacionados ao caótico atendimento de urgência em todo o país, geralmente de modo sensacionalista, continuado e sem a cobrança efetiva das soluções necessárias às diversas e complexas dimensões do problema.

Conforme a síntese de evidências produzida pela RBCE (DE NEGRI FILHO *et al.*, 2018), a congestão ou saturação dos serviços hospitalares de urgência (SHU) e, mais além, sua superlotação refletem essencialmente a insuficiência quantitativa de serviços, notadamente leitos de internação efetivos, e uma gestão insuficiente dos processos assistenciais. Esse problema é observado internacionalmente e, no sistema de saúde brasileiro, afeta todos os estados da Federação de forma sistêmica e rotineira, tanto os serviços do SUS como muitos da saúde suplementar (DE NEGRI FILHO *et al.*, 2018).

Os serviços congestionados e superlotados apresentam demora para avaliação inicial dos pacientes agudos, para o diagnóstico, para a instituição das terapêuticas e para a alta desse serviço, resultando em efeitos negativos para os pacientes que ficam maior tempo nos SHU e nas UPA e que assim

sofrem mais complicações, comorbidades e mortalidade, bem como em efeitos negativos para o sistema de saúde, pois o agravamento da condição dos pacientes, além de comprometer o uso racional dos recursos, provoca maior permanência nas internações, o que leva a uma ainda maior saturação do sistema de saúde e compromete sua sustentabilidade (SPRIVULIS *et al.*, 2006).

No atual cenário de expansão das escolas médicas brasileiras com significativo aumento do número de médicos formados para os próximos anos, é muito importante que o egresso do curso médico tenha um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o tornem competente e confiável para um bom atendimento aos pacientes nos diferentes cenários da urgência e emergência, tanto traumáticas quanto não traumáticas (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Para estabelecer um consenso sobre as recomendações para esse ensino nos cursos de graduação no país, foi necessário primeiramente fazer o diagnóstico de como tem sido realizado esse ensino nas várias fases da formação médica e promover a discussão entre os representantes das escolas acerca das recomendações nacionais sobre o ensino de urgência e emergência no Brasil, o que ocorreu, a partir de 2012, no subprojeto “Situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina” (FRAGA; PEREIRA JR.; FONTES, 2014) que foi aprovado dentro do “Projeto Abem 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, com financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e será apresentado mais à frente.

2. A POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA NO BRASIL

É muito importante conhecermos a Política Nacional de Urgência (BRASIL, 2003) para planejarmos a inserção de programações e estágios dos estudantes ao longo do eixo longitudinal de ensino de graduação, conforme previsto nas recomendações da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Os estudantes devem ter inicialmente uma visão sistêmica da rede de atenção às urgências e, à medida que vão progredindo no curso médico, e a experiência de passar por programações e estágios em todos os cenários de prática pré-hospitalar móvel (USA) e fixo (UPA), em central de regulação de urgências e nos setores de urgência de hospitais de diferentes complexidades.

A saúde brasileira nas últimas décadas passou por transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais, tais como o crescimento econômico, a instabilidade econômica, a perda de convênio médico, a urbanização, a redução de fertilidade, a elevação da expectativa de vida, o aumento de pessoas com doenças crônicas, a pobreza e o desemprego, a crescente mão de obra itinerante e o crescimento populacional de grandes centros. Esses e outros fatores repercutem diretamente no acesso a um atendimento médico resolutivo e de qualidade.

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico dos países do hemisfério norte com sistema de saúde socializado, também em curso acelerado no Brasil, já constata aumento da demanda para a atenção às urgências, sobretudo para os casos de agudização das doenças crônicas. Para o crescimento de 9,3% na população, houve aumento de 25,8% da demanda aos serviços de urgência (NAGREE *et al.*, 2011). Na Espanha, o aumento populacional de 2000 a 2005 foi de 8,9%, mas a demanda por serviços de urgência aumentou 10,4% (MIRÓ, 2009).

A assistência à população brasileira nos serviços de urgência ao longo dos anos ainda mostra um quadro bastante desfavorável. Os departamentos ou serviços de urgência no mundo todo são alvos de intensas reclamações por parte dos usuários e sofrem grandes pressões da imprensa, de órgãos governamentais e organizações sociais para que executem suas tarefas de forma eficiente. A superlotação desses serviços transforma essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde. Os componentes da rede de urgência e emergência lidam com a aglomeração e a insatisfação de pacientes, o que dificulta a gerência e a assistência, aumenta os riscos para trabalhadores e usuários, e tem sido objeto de exposição negativa do SUS, já que múltiplos fatores concorrem para esse quadro (BRASIL, 2011a).

O SUS desde 1989 é baseado na descentralização administrativa, com ampliação da autonomia dos municípios e fortalecimento da sua capacidade gestora (BRASIL, 1990). Nesse período, várias normas operacionais – Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) n^{os} 01/93 e 01/96, e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) n^{os} 01/2001 e 01/2002 – impulsionaram esse processo de descentralização, e, em 2006, optou-se pela adoção do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) com melhor definição das atribuições dos entes federados e fortalecimento dos espaços de negociação, articulação e pactuação.

Foram criados os colegiados de gestão regional com potencial para formulação de estratégias que operacionalizassem as políticas públicas de saúde (COSEMS, 2008). Esse arranjo regional, previsto constitucionalmente, pôde proporcionar a formação de sistemas de saúde eficientes e o estabelecimento de relações governamentais cooperativas e solidárias (BRASIL, 2006b).

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Além disso, consolidou a responsabilidade de gestão das três esferas de governo com o sistema de forma articulada por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), nas quais se devem pactuar a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em RAS (BRASIL, 2011a; SANTOS & ANDRADE, 2008).

O Decreto nº 7.508/2011 reafirma o acesso universal e igualitário, e regulamenta a ordenação às ações e aos serviços de saúde por meio de suas portas de entrada: serviços de atenção primária, serviços de atenção de urgência e emergência, serviços de atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, completando-se nas RAS, regionalizadas e hierarquizadas de acordo com a complexidade do serviço necessário (BRASIL, 2011b).

A regionalização que se seguiu após a assinatura do pacto pelos entes federados vem transformando os espaços de discussão das políticas de saúde, de forma a organizar as RAS e a responsabilidade da atenção básica como ordenadora dessa rede e co-ordenadora de cuidado (BRASIL, 2006c).

Deve ser destacado que a regionalização foi a diretriz adotada na concepção do SUS, pois já existiam evidências internacionais de que o sistema de saúde em redes melhorava a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação do usuário, e ainda diminuía os custos dos sistemas (SANTOS, 2008).

Os gestores vêm atuando para a implantação das RAS. A Portaria nº 4.279/2010 estabelece diretrizes para a organização das RAS e define-as como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). É consenso que as redes deverão ter em comum o seu centro de comunicação:

a atenção primária à saúde (APS) que, quando bem estruturada, torna as RAS efetivas, eficientes e de qualidade (SILVA, 2011).

Nos últimos anos, a crescente demanda por serviços na área de urgência e emergência, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, fatos já mencionados neste capítulo, e a insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. A satisfação nos serviços de urgência é significativamente associada ao tempo de espera, à qualidade do atendimento fornecido e à idade do paciente (MCCARTHY, 2011). Isso tem transformado essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde.

No Brasil, a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, instituiu o regulamento técnico do atendimento das urgências e emergências, definindo a participação dos componentes de atendimento pré-hospitalar fixo (UBS e unidades não hospitalares de pronto atendimento) e móvel (unidades de suporte básico e avançado), classificou as unidades hospitalares e introduziu a regulação médica como o elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de urgência e emergência. As centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

A Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, estabeleceu as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, redefiniu as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências.

Dentro do modelo de assistência pré-hospitalar adotado no Brasil, existe a presença do médico na central de regulação médica e nas USA (unidade de terapia intensiva (UTI) móvel).

O atendimento pré-hospitalar deve prestar atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel, ele deve estar vinculado a uma central

de regulação de urgências e emergências. A central deve ser de fácil acesso/comunicação ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente acessível). O médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado para que a comunidade possa utilizá-lo quando necessário. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como da Polícia Militar (190), do Corpo de Bombeiros (193) ou de quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à central de regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

O médico regulador pode monitorar, via rádio, o atendimento local, orientando em tempo real a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários para a condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Respostas rápidas são vitais para as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência. O sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, por meio do trabalho integrado das centrais de regulação médica de urgências com outras centrais de regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como as Polícias Militares e a Defesa Civil (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

Essas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades. Dessa forma, a regulação médica das urgências, baseada na implantação de suas centrais de regulação, é o elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de urgência e emergência. As centrais, estruturadas

nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema, e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

O atendimento pré-hospitalar fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes com quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possam levar ao sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do sistema estadual de urgência e emergência. Esse atendimento é prestado por um conjunto de UBS, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

É imprescindível que as unidades tenham uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento de pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados nesse primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim, mediados pela respectiva central de regulação, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, prontos-socorros, ambulatorios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, deve-se adotar mecanismos que garantam transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

As unidades não hospitalares de atendimento de urgência e emergência, que funcionam 24 horas do dia, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados. São estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e unidades de saúde da família e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências, com im-

portante potencial de complacência da enorme demanda atual dos prontos-socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões: atender aos usuários do SUS com quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade, e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o PSF não estão ativos; descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade; da retaguarda às UBS e unidades de saúde da família; diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem a essa demanda; ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel; desenvolver ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não agudos, e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes); articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e outras instituições e serviços de saúde do sistema local-regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, e ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e o planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

A presença de profissionais sem preparo adequado prejudica o processo de assistência em todos os níveis de atenção do SUS. Como consequência, há uma redução da resolutividade e a 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 (AMORETTI, 2005).

A regulação médica das urgências, por meio das suas prerrogativas e da capacitação profissional,

mitigou parte dos problemas da situação assistencial anterior: modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade; má utilização das portas de entrada de elevada complexidade; insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de terapia intensiva e retaguarda para as urgências; deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal; inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores; baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações; incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência; escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas; e falta de regulação da rede de urgência e emergência (BRASIL, 2006d).

As unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências são classificadas em unidades gerais de tipos I e II e em unidades de referência de tipos I, II e III. Essa diferenciação é dada em critérios de recursos humanos mínimos presentes no próprio hospital e alcançáveis, além dos recursos tecnológicos (propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializado) mínimos e indispensáveis presentes na própria estrutura hospitalar, e aqueles disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar da unidade (PEREIRA JÚNIOR, 2012).

Há críticas aos serviços de pronto atendimento como porta de entrada para o sistema. Entretanto, a urgência como “porta de entrada” responde a uma expectativa da população, e essa porta de entrada “irregular” não compete com a atenção básica porque não está qualificada para seguir e fazer vínculo com o paciente. Cabe à atenção básica receber o paciente por demanda espontânea ou programada, e muitas demandas espontâneas são necessidades de urgência, reconhecida ou não pelo referencial técnico. Outra grande parte da demanda espontânea não chega à atenção básica, e a central de regulação permite um espaço do seu encaminhamento para os serviços da rede de urgência que, embora não desejável, é o acesso possível e operativo. Os usuários preferem os serviços de pronto atendimento, tanto pelos aspectos culturais quanto pelos técni-

cos, tendo em vista que podem chegar ao serviço na hora em que bem entendem, pois serão atendidos, dependendo do dia da semana e do horário, com maior ou menor rapidez. Nos serviços de urgência, é possível que os exames complementares para o diagnóstico sejam realizados ali mesmo, e, quando necessários, a medicação para o tratamento e/ou o procedimento também estão ao alcance (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; GARLET *et al.*, 2009; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; COELHO *et al.*, 2010; CUNNINGHAM, 2011).

Os indicadores da central de regulação de urgência analisados pelo Comitê Gestor de Urgência, com regularidade, obtiveram informações sobre restrições de recursos humanos, capacitação e lacunas assistenciais, e, assim, passaram a servir de mecanismo de gestão da rede assistencial de urgência e oferecer subsídios para identificar necessidades de investimentos públicos.

3. RECOMENDAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA PARA O ENSINO DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA NA GRADUAÇÃO

Em 2012, foi aprovado o “Projeto Abem 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, com financiamento da Opas. A Abem destacou como uma das prioridades o subprojeto “Situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina”, que tinha como metas: conhecer as informações e dados do ensino de urgência e emergência dos cursos de Medicina associados; analisar o conjunto das informações e dos dados com dirigentes escolares e gestores do SUS; diagnosticar os aspectos situacionais e as expectativas; e discutir as proposições em consenso para que houvesse uma recomendação nacional para a estruturação desse ensino na matriz curricular das escolas médicas.

O objetivo foi avaliar as escolas no que se refere direta ou indiretamente às necessidades de conhecimentos, habilidades e atitudes para o atendimento das situações de urgência e emergências, no contexto da atenção integral e contínua à saúde, e elaborar recomendações para a estruturação desse ensino na matriz curricular para todos os cursos de Medicina no Brasil (FRAGA; PEREIRA JR.; FONTES, 2014).

As discussões realizadas nas quatro oficinas nacionais tiveram como resultado os consensos apre-

sentados a seguir (FRAGA; PEREIRA JR.; FONTES, 2014):

- Necessidade de um eixo longitudinal na matriz curricular da graduação com programação conjunta dos professores das várias áreas médicas, envolvendo os seguintes tópicos: conteúdo, momento da inserção na matriz e formas de avaliação.
- Programações com pactuação das atividades teórico-práticas de complexidade crescente pelas diversas áreas médicas.

Quanto à distribuição das programações no eixo de ensino de urgência e emergência ao longo do curso, são fundamentais as seguintes orientações (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015):

- *Nos dois primeiros anos do curso:* No primeiro ano, deve haver uma programação voltada para primeiros socorros ou suporte básico à vida, a fim de despertar o interesse e capacitar os alunos para situações que possam vivenciar em temas relacionados às emergências médicas traumáticas e não traumáticas com conhecimento para ativação do sistema de urgência e emergência e de seus recursos.

Como desdobramentos dessas programações, deve-se estimular a inserção dos alunos em atividades/programas de extensão universitária que focalizem a prevenção de acidentes e de agudização das doenças crônicas, e ensino de suporte básico à vida.

- *No terceiro e/ou quartos anos:* Deve haver uma programação diversificada com conteúdo e treinamento de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas (em clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia/obstetrícia), tendo como modelos de programação os cursos de imersão em urgência (*PreHospital Trauma Life Support – PHTLS, Advanced Cardiac Life Support – ACLS, Advanced Trauma Life Support – ATLS, Pediatric Advanced Life Support – PALS e Advanced Life Support in Obstetrics – ALSO*). Recomenda-se, preferencialmente, o treinamento em laboratórios de habilidades/simulação.

Na programação dessa fase da graduação, devem ser ministrados conteúdos sobre as portarias que norteiam a organização do sistema de urgência e emergência. Os alunos devem ter vivência prática nos atendimentos pré-hospitalar fixo (englobando acolhimento e classificação de risco) e móvel (na

USA, sob supervisão de médicos), bem como na central de regulação de urgência, para que entendam o funcionamento da rede de urgência.

O uso da simulação como ferramenta didática deve ser estimulada devido às questões éticas e de segurança dos pacientes. A simulação pode ser utilizada para treinamento de procedimentos, prescrição, atendimento e discussão de casos clínicos preparados, e manejo de situações de crises em setores específicos, como centro cirúrgico, anestesia e terapia intensiva, antes de os estudantes terem contato com os pacientes reais nos cenários de prática clínica. Tal estratégia de ensino antecipa os problemas reais que têm acontecido em muitos serviços de saúde e previne a ocorrência de erros e iatrogenias, **JÁ QUE** os alunos poderão treinar num ambiente seguro com discussão das dificuldades encontradas e repetir **ÃO** o treinamento dos procedimentos até sentirem-se mais seguros e capacitados para sua execução com sucesso (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015).

A utilização de protocolos e diretrizes clínicas com utilização da melhor evidência científica e experiência profissional também deve ser estimulada nas discussões de condutas diagnósticas e terapêuticas tanto em ambientes simulados quanto na prática clínica.

- *No internato*: A Comissão de Internato da escola médica deve evitar a fragmentação dos conteúdos e assegurar a continuidade da programação conjunta nos estágios práticos de urgência e emergência envolvendo as áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, neurologia e psiquiatria.

Também deve ser garantido que o estágio seja acadêmico, inserindo os alunos diretamente nas atividades práticas com pacientes sob supervisão, porém evitando sua utilização apenas como força de trabalho, sem a devida discussão dos casos atendidos pelos discentes.

Os internos devem desenvolver habilidades de prescrição médica, racionalização do uso de recursos diagnósticos e indicação consciente das drogas comumente utilizadas em cenários de urgência e emergência. A simulação também deve ser empregada para sedimentar os conteúdos propostos nas suas várias possibilidades de uso, principalmente em procedimentos médicos e manejo de situações de crise, como parada cardiorrespiratória e atendimento ao traumatizado grave.

Como cenários de prática e integração ensino-serviço, preferencialmente no quinto ano, as unidades não hospitalares de pronto atendimento (UPA) devem ser utilizadas para que os alunos tenham vivência e experiência de um serviço de saúde de porta aberta (não regulada).

No sexto ano, os alunos devem ter vivência no pronto-socorro hospitalar, de preferência com demanda regulada.

Algumas escolas médicas possuem estágio de medicina intensiva, oferecendo a oportunidade de aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, uso de critérios de triagem e índices prognósticos, compreensão de protocolos de segurança dos pacientes, gestão de equipe multidisciplinar, cuidados paliativos, bioética e ética médica.

Também permitem discussões sobre a medicina translacional nas suas três fases:

- 1) Da pesquisa básica (de bancada) em pesquisa clínica,
- 2) A partir de investigação clínica para a diretrizes baseadas em evidências na assistência aos pacientes, e
- 3) Do cuidado individual ao paciente até o uso sistemático e generalizado da prática baseada em evidências.

A maioria das escolas com estágio em medicina intensiva discute temas relativos aos pacientes críticos distribuídos nos estágios das grandes áreas, particularmente a abordagem da sepse e dos diferentes tipos de choque circulatório. Vários estudos internacionais colaboram para a incorporação desses assuntos na graduação médica (SANTEN; DEIORIO; GRUPPEN, 2012; FESSLER, 2012).

A preceptoria docente e não docente deve ter adequada capacitação pedagógica e técnica. Os preceptores não docentes devem ser valorizados de todas as formas possíveis: financeira, certificados, acesso aos programas de pós-graduação, entre outras formas de premiação.

Não há a menor dúvida sobre a necessidade de uma estruturação urgente e obrigatória do ensino de urgência e emergência traumática e não traumática na graduação médica em todas as escolas do país. As programações devem ser realizadas de forma integrada e colaborativa entre todas as áreas do conhecimento médico, com complexidade crescente, desenvolvendo precocemente atividades teórico-práticas com simulações que utilizem ambientes e materiais propícios para que o estudante possa

ter estudo, contato e capacitação prévia com diversas atividades médicas antes do atendimento aos pacientes nos diversos cenários de prática (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015).

As programações devem envolver a assistência direta aos pacientes nas situações de urgência e emergência, assim como o conhecimento e a discussão das políticas públicas de saúde, a prevenção e a reabilitação dos agravos, estimulando atividades que enfoquem a promoção de saúde no sentido de evitar a agudização de doenças crônicas e prevenir os diversos tipos de trauma, temas prioritários de saúde pública em todo o território nacional (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015).

As atividades práticas, particularmente no internato médico, devem ser realizadas em serviços de saúde de diferentes níveis de atenção e complexidade, integrados à rede de urgência e emergência municipal e regional, trabalhando com demanda regulada ou não pela central de regulação de urgência. É de fundamental importância que os alunos possam ter experiência prática com os atendimentos pré-hospitalar móvel (em USA) e fixo (em UPS não hospitalar), assim como na regulação médica e nos serviços hospitalares de referência terciária (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015).

Uma atenção especial deve ser dada aos docentes e preceptores dos serviços de urgência e emergência que serão responsáveis pela supervisão dos casos atendidos pelos estudantes. Há que se cuidar da capacitação tanto técnica quanto pedagógica desses profissionais, para que possam se manter motivados na assistência, no ensino e na pesquisa, e também motivar os estudantes sobre o trabalho nessa área da medicina. Como ainda não existem muitos profissionais com o perfil adequado para atuação completa nessa supervisão e no sentido de estimular e valorizar essa carreira, permitindo que tenhamos mais docentes e preceptores capacitados e experientes, o reconhecimento da medicina de emergência como especialidade médica no Brasil seria um importante catalisador para a mudança da atual realidade de atendimento às urgências e emergências médicas traumáticas e não traumáticas em todo o país, assim como aconteceu nos países do Primeiro Mundo (PEREIRA JÚNIOR *et al.*, 2015).

4. SITUAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA NO BRASIL

Mundialmente, a medicina de emergência é uma das maiores especialidades, e hoje mais de 60 países a reconhecem. Somente nos Estados Unidos há mais de 160 programas de residências em medicina de emergência que formam mais de mil médicos por ano.

Como bem demonstra a literatura mundial, o médico emergencista com formação e titulação reduz a mortalidade, os custos, a superlotação com tomadas de decisão seguras nos critérios de internação e alta, bem como reduz os processos éticos profissionais decorrentes das atuações nas emergências.

No Brasil, para haver residência médica, é necessário antes o reconhecimento da especialidade. O reconhecimento da medicina de emergência como especialidade há anos esbarra em questões políticas e vaidades pessoais, deixando a população relegada a um segundo plano. A Comissão Mista de Especialidades constituída pela Associação Médica Brasileira (AMB), pelo CFM e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é o órgão responsável por tal reconhecimento.

Em 2010, tanto o CFM como alguns conselhos regionais começaram a discutir o assunto de forma mais oficial. Em 2015, após reuniões entre as entidades, resolve-se que é melhor para a medicina brasileira que a medicina de emergência seja uma especialidade médica (54ª especialidade brasileira), como é em mais de 80 países em todo o mundo. Porém, somente em agosto de 2016 é que foi publicado o documento oficial do CFM, etapa final do reconhecimento da medicina de emergência como a mais nova especialidade médica do país.

Toda essa discussão pelo reconhecimento da medicina de emergência como especialidade foi conduzida pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), fundada em 2008 e já tendo realizado cinco congressos nacionais até então. Porém, logo após o reconhecimento da especialidade, a Associação Brasileira de Medicina de Urgência (ABRAMURGEM), fundada em 2009, um grupo derivado da clínica médica e que era contra o reconhecimento da especialidade, cujo trabalho

retardou por mais de dez anos esse processo, requereu assumir o comando da emergência brasileira, mesmo sendo contra os fundamentos da especialidade. A AMB, de forma clara, transparente e juridicamente correta, abriu um edital para que, após a exposição das sociedades pretendentes, todas as sociedades médicas escolhessem aquela que representaria a emergência brasileira. Dessa forma, em abril de 2017, a ABRAMEDE saiu vitoriosa do pleito e passou a ser a representante da emergência brasileira, sendo a única filiada à AMB, e é a sociedade que certificará todos os especialistas brasileiros em medicina de emergência.

Dessa forma, a residência em medicina de emergência é ainda uma novidade para a maioria dos hospitais e centros universitários do país. Em 2017, de acordo com a *Demografia médica no Brasil*, havia 68 médicos residentes em medicina de emergência no país, o que correspondia a 0,2% do total.

O Programa de Residência em Emergência tem três anos de duração. Esse programa visa formar um profissional qualificado para atender às situações clínicas e traumáticas agudas de nossa população e, especialmente, liderar a organização dos serviços de urgência e emergência do Brasil. O programa foi desenhado conforme as diretrizes adotadas pela CNRM e é embasado, também, na experiência bem-sucedida de dois programas já em funcionamento no país: um no Hospital de Pronto Socorro, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, criado em 1996; e outro no Hospital Marsejana, em Fortaleza, no Ceará, criado em 2008. Essa proposta foi elaborada por membros representantes das seguintes instituições: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade de São Paulo (USP), USP de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Hospital Santa Marcelina, Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Hospital Marsejana de Fortaleza e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

Atualmente, são reconhecidos pela CNRM mais de 40 programas com duração de três anos distribuídos pelo país.

A titulação é concedida por meio de programa de residência médica credenciado pelo Ministério da Educação (MEC) e também pela ABRAMEDE com a AMB.

A divulgação da nova especialidade está entre os principais desafios da categoria. Isso se faz necessário para que as pessoas, as empresas e as instituições aprendam e entendam a importância de ter um médico emergencista na frente de uma emergência. Um profissional realmente capacitado, não simplesmente alguém que esteja fazendo um “bico” ou um recém-formado.

O segundo desafio está relacionado à necessidade de capacitar os médicos que já trabalham há muito tempo na frente das emergências, de modo a atualizá-los, pois, à medida que a especialidade se torna oficial, é imprescindível resgatar o profissional que está desatualizado.

Em 2017, houve a primeira titulação, e ainda existem hoje menos de mil médicos emergencistas no Brasil, mas acredita-se que, com a titulação e as formações dos programas de residência médica, esse número irá aumentar bastante para começar a exigir que esses profissionais sejam aceitos nas emergências do país.

A pesquisa *Demografia médica 2018 no Brasil* revelou, entre as 54 especialidades médicas, as mais e menos procuradas. As dez mais procuradas são clínica médica (11,2%), pediatria (10,3%), cirurgia geral (8,9%), ginecologia e obstetrícia (8%), anestesiologia (6%), medicina do trabalho (4,2%), ortopedia e traumatologia (4,1%), cardiologia (4,1%), oftalmologia (3,6%) e radiologia e diagnóstico por imagem (3,2%). Por sua vez, cirurgia de mão (0,2%), radioterapia (0,2%) e genética médica (0,1%) foram as menos requisitadas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

No que se refere à remuneração, tomemos como exemplo um país em que a especialidade já existe há algum tempo. No dia 10 de abril de 2019, foi publicado nos Estados Unidos o *Medscape Physician Compensation Report 2019*, que avalia os salários médios e o nível de satisfação de 30 especialidades médicas. Nesse ano, a medicina de emergência ficou em 13º lugar em remuneração (média de 353 mil dólares anuais) e em segundo lugar (68%) em grau de satisfação (sentir-se recompensado de maneira justa, não necessariamente relacionada ao salário). Foi visto ainda que 83% dos emergencistas entrevistados escolheriam novamente a medicina de emergência como especialidade (KANE, 2019).

No Brasil, onde a medicina de emergência engatinha e muitas pessoas sequer sabem da sua existência, ainda não é regra um pagamento diferenciado para especialistas e não especialistas. Porém, nos locais onde há emergencistas formados, temos

exemplos de diversos hospitais que preferem um especialista, concursos em que ser médico emergencista é um diferencial e até hospitais onde todos os plantonistas do setor de emergência são médicos emergencistas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação do atendimento de urgência e emergência é caótica em todo o Brasil, e as ações pontuais dentro desse sistema complexo têm sido inócuas.

Não há como adequar o modelo de formação sem realizar paralelamente a adequação do modo e dos modelos de atenção. Caso contrário, os estudantes estarão aprendendo algo na teoria que não poderão aplicar na prática dadas as inadequações do cenário prático assistencial. Entre os principais problemas apontados, destacam-se:

- A necessidade de adequação e hierarquização dos serviços de urgência e emergência mediante redes regionais de atenção a pacientes agudos (integração dos atendimentos pré-hospitalar fixo e móvel com o atendimento hospitalar);
- Adoção do acolhimento e classificação de risco de acordo com os critérios de gravidade;
- A adequação das portas hospitalares de urgência e do fluxo dos pacientes nos leitos de observação;
- A definição dos tempos de espera e permanência das patologias agudas com maior risco de morte em cada nível de atenção para que diminua o número de mortes evitáveis e sequelas que poderiam não ter ocorrido; e
- A implementação de protocolos clínicos e indicadores de qualidade assistencial, pactuados entre os médicos das unidades de atendimentos pré-hospitalar fixo e móvel, médicos reguladores e médicos dos hospitais de referência.

6. REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A. Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

BRASIL. Lei nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

Para a resolução desses problemas, visando à melhoria da formação de futuros profissionais de saúde e dos profissionais já formados dentro do programa de educação permanente, os docentes, os preceptores não docentes e os médicos que trabalham nos serviços de urgência e emergência precisam ser capacitados do ponto de vista técnico assistencial, de gestão clínica e pedagógico, com ênfase na atuação em equipe multiprofissional. Essa capacitação envolve programação teórica por ensino a distância e capacitação prática simulada dos profissionais; estratégias de supervisão presencial e a distância; utilização do acolhimento e classificação de risco, abordagem em equipe multiprofissional dos atendimentos dentro das normas técnicas, éticas e de boa comunicação; uso de protocolos clínicos baseados em evidências nas condutas tomadas e na pactuação das necessidades de encaminhamentos com a central de regulação de urgências; uso de diferentes estratégias de avaliação – cognitiva, avaliação do desempenho prático (*Mini Clinical Evaluation Exercise – Mini-CEX*), avaliação do trabalho em equipe multiprofissional, autoavaliação e avaliação 360º; estratégias de acompanhamento psicológico com avaliação do perfil profissional e cultura/clima organizacional; e avaliação dos serviços de urgência e emergência (infraestrutura física, organização do processo de trabalho, recursos diagnósticos e terapêuticos, recursos humanos, origem da demanda recebida, índice de resolubilidade e percentual de encaminhamentos).

Todas essas ações precisam ser estruturadas, com necessidade de diversas ações de políticas públicas, diretrizes, recomendações, formação de recursos humanos na graduação e residência médica, educação permanente, pesquisa e extensão universitária.

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

- BRASIL. Portaria nº 2.048, 5 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.
- BRASIL. Portaria GM nº 1863, de 29 de setembro de 2003. **Diário Oficial da União**, n. 193, 6 out. 2003.
- BRASIL. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html. Acesso em: 10 jul. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a
- BRASIL. **Normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v.3.
- BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006c.
- BRASIL. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Implementação das redes de atenção às urgências/emergências – RUE. Nota Técnica da CIT. 19/05/11. 2011a.
- BRASIL. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011b.
- BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BRASIL. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil 2018**. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 10 junho 2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/reflexoes-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-integral-as-urgencias-e-emergencias-2/>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- CUNNINGHAM, P. **Nonurgent use of hospital emergency departments**. Statement of Peter Cunningham. Washington: Center for Studying Health System Change, 2011.
- DE NEGRI FILHO, A. *et al.* Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências. Brasília, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087521/13-sintesecongestaosuperlotacaofinal31mar2020.pdf> Acesso em: 27 de fevereiro de 2022.
- FESSLER, H. E. Undergraduate medical education in critical care. **Critical Care Medicine**, v. 40, p. 3065-3069, 2012.
- FRAGA, G. P.; PEREIRA JR., G. A.; FONTES, C. E. R. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: LAMPERT, J. B.; Bicudo, A. M. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. p. 41-56.
- GARLET, E. R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.
- KANE, L. 10 Apr. 2019. Physician compensation report. Disponível em: <https://blog.doximity.com/articles/doximity-2019-physician-compensation-report->

doi.org/10.1111/3cfl-4cbb-b403-a49b9ffa849f Acesso em: 10 jun. 2021.

MCCARTHY, M. L. Overcrowding in emergency departments and adverse outcomes. **BMJ**, v. 342, p. d2830, 2011.

MIRÓ, O. El usuário y su uso de las urgências. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 32, n. 3, p. 311-316, 2009.

NAGREE, Y *et al.* Determining the true burden of general practice patients in the emergency department: the need for robust methodology. **Emergency Medicine Australasia**, v. 23, p. 116-119, 2011.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SGBd4Hbk5ghWD3yg6vqt3Jk/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. Emergências médicas: a quem interessa? Apresentação do Simpósio Trauma II. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 377-380, 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7739/9277>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. Protocolo clínico e de regulação para atendimento inicial do paciente traumatizado. In: SANTOS, JS. **Protocolos clínicos e de regulação**. São Paulo: Elsevier, 2012.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. *et al.* O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas

Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. **Cadernos ABEM**, v. 11, 20 - 47 out. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299573258>. **O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos**. Acesso em: 10 jun. 2021.

SANTEN, S. A.; DEIORIO, N. M.; GRUPPEN, L. D. Medical education research in the context of translational science. **Academic Emergency Medicine**, v. 19, p. 1323-1327, 2012.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S. F. da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa, Conasems, 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S. F. da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa, Conasems, 2008.

SILVA, S. F. da. Pacto pela saúde e redes regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S. F. da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa, Conasems, 2008.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à Saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SPRIVULIS, P. C. *et al.* The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA**, v. 184, n. 5, p. 208-212, 2006.