

INTEGRAÇÃO DAS SOCIEDADES MÉDICAS EM TORNO DAS EMERGÊNCIAS: UMA PROPOSTA DE INCLUSÃO

Antonio Carlos Lopes

Prof. Titular da Disciplina de Clínica Médica da UNIFESP

Prof. Titular de Medicina de Urgência pela UNIFESP

Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Fundador da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência

Trata o presente documento da apresentação de argumentação contrária ao pleito da ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência) acerca do Reconhecimento da Medicina de Emergência, por parte das entidades médicas, como Especialidade. Cabe ressaltar que tecer considerações a respeito de qualquer tema e propor alternativas sensatas para contornar obstáculos inerentes a própria natureza do problema (que é motivo da discussão) transforma-se em tarefa extremamente difícil quando entram em jogo interesses pessoais, institucionais, acadêmicos, políticos, econômicos, profissionais ou outros.

A referida solicitação se explicita por meio de documento apresentado à Associação Médica Brasileira intitulado: “Medicina de Emergência no Mundo e Emergência como Especialidade no Brasil” (ABRAMEDE,2010). A discussão acerca do reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica foi pauta de reunião ordinária do Conselho Científico da Associação Médica Brasileira (AMB) realizada no dia 25 de fevereiro de 2010 em São Paulo cujos argumentos favoráveis a solicitação foram devidamente registrados em ata (AMB,2010) .

Na ocasião, os principais argumentos favoráveis apresentados pelos membros da diretoria da ABRAMEDE foram:

...“ Milhares de Vidas que estão se perdendo nas Emergências de forma quase banal”...“A simples Instituição da Especialidade não resolverá o problema do atendimento de emergência no Brasil , que envolve imperfeições gerenciais , questões tecnológicas e corrupção, mas cabe às entidades médicas zelar pela boa formação dos profissionais dessa área : acreditamos que só mudando o perfil desse profissional conseguiremos mudar o status da Emergência. Ou seja , queremos tirar a Emergência do porão do hospital e colocá-la no lugar que lhe é devido, o lugar mais importante do hospital.”...“ É responsabilidade

social das entidades médicas legitimarem o profissional médico de emergência, por isso, a ABRAMEDE solicita o reconhecimento da Medicina de Emergência como Especialidade Médica”...“O Dr Arnaud reconheceu a existência de interfaces entre diversas especialidades no atendimento de emergências , mas ressaltou que não se pretende tomar espaço de outros especialistas no mercado”...“O nosso tempo com o paciente é breve , é a chegada , a reanimação, a estabilização e o encaminhamento à UTI ou a outro setor onde outros especialistas vão atuar.”...“ O que queremos é aquele momento em que se o paciente não for bem atendido irá a óbito ou terá um número muito maior de sequelas .”...“O especialista em emergências irá contribuir para a união e a harmonia com os demais especialistas”...“O despreparo do profissional compromete a vida dos pacientes”...“EUA formam 1500 médicos especialistas em Emergência /ano”...“No ano que os EUA criaram a Medicina de Emergência a mortalidade caiu de 5,8% para 4% e esse índice foi caindo nos anos seguintes”...“O II Congresso promovido pela ABRAMEDE , em Fortaleza , em Set 2009, reuniu personalidades nacionais e internacionais da área , e que já há programas de três anos de residência em emergência em Fortaleza e Porto Alegre,”...“Mais de 50 profissionais aprovados e absorvidos pelo mercado : eles estão nos melhores hospitais como coordenadores de emergência , e estão lutando para modificar esse perfil tão ruim que temos no Brasil”, descreveu o Dr Arnaud.”...(AMB,2010).

1-EMERGÊNCIA MÉDICA COMO PROBLEMA COMPLEXO, INTERDISCIPLINAR E MULTIPROFISSIONAL

Os argumentos apresentados em tela apontam para uma situação de caos instalado no setor de atendimento às urgências e emergências de hospitais e pronto-socorros do país, situação esta reconhecida não só pelas entidades médicas mas também por boa parte da população brasileira que sofre e morre à espera de atendimento junto à rede de serviços de saúde que hoje constitui o SUS. Parte dessa situação é atribuída às questões de ordem econômica, política, social e gerencial do setor saúde no país, e outra parte à situação de despreparo dos profissionais de saúde no atendimento às urgências e emergências. Em meio a essa situação propõe-se a criação da Medicina de Emergência como especialidade médica como estratégia para solução do problema. Reforça-se esse desejo por meio de argumentos que incluem países que já têm o setor de Emergências organizado sob o espectro da especialidade médica, vinculando-se esse fato à queda de mortalidade de pacientes atendidos no setor de emergências.

O convencimento em torno do reconhecimento da necessidade de criação ou não de uma nova especialidade médica, seja ela qual fosse, historicamente sempre surgiu em meio ao amadurecimento de idéias entre as entidades médicas, cuja decisão sempre se pautou pela ampla discussão acerca da validade, factibilidade e oportunidade das propostas, culminando sempre pelas decisões consensuais. A discussão acerca da Emergência Médica em nosso país não deve ser diferente. Em primeiro lugar, qualquer discussão sobre esse tema, que intencione dar conta das diversas articulações entre diferentes domínios disciplinares deve considerar o paradigma da complexidade como contexto, explicação e forma de pensar, caso contrário incorrerá na falha de análise, marcante do pensamento simplificador que desintegra, mutila, reduz e torna unidimensional aquilo que é conhecimento multidimensional, e cuja concepção e explicação se dá por meio da associação combinatória de elementos diferentes (Morin,2003). Nesse sentido torna-se fundamental a consideração da visão sistêmica na busca de explicações e soluções mais abrangentes para o problema da Emergência Médica em nosso país.

Assim sendo, deve-se considerar que os problemas decorrentes no setor de emergência dos hospitais não revelam somente a deficiência do atendimento de pacientes naquele setor em si, mas demonstra também deficiências na formação médica no âmbito da graduação e residência médica e da ineficiência da organização do sistema de saúde. Como imaginar que a criação de uma especialidade poderá resolver problemas de tamanha magnitude? A análise inicial da situação aponta para um caminho de soluções bem diverso do que esse: ao invés de centralizar o problema em torno de um segmento específico da categoria médica deve-se convergir os esforços do conjunto de especialidades médicas que lidam com as emergências promovendo estratégias de desenvolvimento e capacitação de profissionais de forma mais amplificada. Para isso, há que se congregam ações vigorosas do ponto de vista multiprofissional e interdisciplinar envolvendo boa parte das Sociedades Médicas e incluindo as demais profissões de saúde na formulação de novas políticas públicas a serem implementadas pelas diferentes esferas do governo. Dessa forma há que se reforçar o papel da ABRAMURGEM, que caminha na direção da inclusão, à medida que já congrega 20 especialidades entorno das urgências e emergências (ABRAMURGEM, 2010). É necessário aproveitar esse capital associativo e promover ações de disseminação massiva do conhecimento sistematizado nessas áreas formando competências e

lideranças para o setor em todo o país. É inegável a capacidade convocatória da categoria por parte da AMB e CFM, cuja competência na área já foi amplamente demonstrada por meio do desenvolvimento de diversos projetos que visaram a melhor qualificação médica nos últimos 10 anos. Dentre as iniciativas de destaque ressalta-se: o Projeto Diretrizes, Educação Médica Continuada e os trabalhos da Comissão Nacional de Acreditação e da Comissão Mista de Especialidades.

2- O TRABALHO MÉDICO NO SETOR DE EMERGÊNCIAS: OPÇÃO DE VIDA OU RITO DE PASSAGEM ?

O Setor de Emergência é atraente para o desenvolvimento profissional do médico de forma definitiva ou serve como rito de passagem necessário entre o início da prática profissional e a realização efetiva por meio da criação de uma identidade com uma especialização mais abrangente e que envolve outros cenários de prática profissional?

A opção de cirurgiões pela cirurgia de trauma bem como de clínicos pelo atendimento às emergências tem sido progressivamente menos atraente a novos adeptos nos últimos anos em função de diversos fatores (Biolini, 2007):

1-A progressiva fragmentação da Cirurgia Geral e da Clínica Geral em inúmeras especialidades e a migração progressiva dos profissionais para essas especialidades;

2-O impacto negativo na qualidade de vida dos cirurgiões do trauma e dos clínicos emergencistas em função da grande demanda de trabalho e responsabilidade e baixo retorno pessoal (crescimento profissional e retorno financeiro).

As diversas alternativas na busca de maior motivação de clínicos e cirurgiões para o trabalho junto às emergências e ao trauma respectivamente devem respeitar as diferenças de contexto de cada país ou região, ou seja, o que pode ser bom para determinada realidade local, não necessariamente pode ser interessante ou aplicável para outros locais e contextos.

O desenvolvimento do trabalho no setor de emergência deve reunir 2 estratégias fundamentais: tecnologia adequada com disponibilidade de investimentos em estrutura hospitalar, recursos diagnósticos e terapêuticos, ambulâncias, etc... e pessoas preparadas para manejar as emergências. Para o uso efetivo da tecnologia se faz necessário a presença do profissional qualificado (que

sabe usar a tecnologia em benefício do paciente). Um profissional despreparado usa mal a tecnologia disponível, causa malefícios ao paciente e aumenta os custos da atenção à saúde (Birolini, 2009, Campos et al,1997).

Há uma fuga constante e contínua do profissional médico dos setores de urgência e emergência para outras especialidades que dão mais prestígio, maior retorno financeiro e menos desgastes emocionais e físicos. Esse progressivo desinteresse se explica em função da falta de perspectiva de evolução profissional e das jornadas de trabalho inconvenientes, por vezes desumanas, com sérios prejuízos para a vida profissional e familiar dos profissionais envolvidos e também em decorrência da crescente demanda de trabalho, de responsabilidades e de riscos de erros na prática profissional. Erros em técnicas e procedimentos médicos ocorrem mais freqüentemente durante plantões noturnos do que durante plantões diurnos (Lesar et al,1997).A redução do período de sono noturno para 5 ou 6 horas afeta, consideravelmente, a capacidade de tomada de decisão rápida e precisa em situações de emergência (Bonnet,2000).

Com freqüência, médicos residentes em setores de urgências e emergências trabalham 60 horas ou mais por semana, com plantões de 24 horas de trabalho contínuo. Ao final desses plantões, estudos recentes demonstram que esses médicos apresentam fadiga, perda da concentração e sinais de depressão (Sankoff e Jaques, 1991). A diminuição do desempenho clínico, a incidência de erros com drogas, e o tempo necessário para realizar funções que requeiram destreza manual (intubação traqueal e cateterismo vascular, por exemplo) aumentam significativamente com a privação do sono (Smith-Coggins et al,1994).Em um estudo sobre a relação entre desempenho clínico de médicos e tempo de sono, os autores afirmam que, após 24 horas de plantão, sem dormir, a performance psicomotora de um profissional de saúde é semelhante a de um indivíduo legalmente bêbado (Weinger e Ancoli-Israel,2002 e Carvalho e Vieira,2002).

Diante do panorama catastrófico que envolve o desgaste e despreparo dos profissionais de saúde que atuam no setor de emergências dos hospitais brasileiros surge a questão inevitável: O que pode ser feito para mudar esse panorama? Evidentemente que não há resposta fácil ou simples para uma questão de tamanha complexidade. Claro está, entretanto que investir na criação de uma especialidade de Emergências é desconhecer o que ocorreu e o que está ocorrendo em outros

países nos quais a especialidade já existe e nos quais foi ou está sendo progressivamente abandonada.

O que parece ser lógico é voltar a incluir o atendimento à emergência ao “cardápio” do clínico geral e o trauma ao do cirurgião geral. Dessa forma pode-se imaginar um percurso mais ameno na vida profissional desses médicos que ao completarem sua formação no âmbito da residência médica (de cirurgia e clínica médica seguidas de R3 e R4 em áreas de atuação em Trauma e Emergência respectivamente) se dedicariam em uma fase inicial da carreira ao atendimento das emergências e trauma, mas com a perspectiva de modificar o perfil de atuação e atendimento, para pacientes portadores de patologias crônicas e/ou de afecções cirúrgicas de caráter eletivo. Em outras palavras, o clínico e o cirurgião começariam se dedicando a uma atividade mais sacrificada, com a vantagem de adquirir experiência para o futuro. Com o passar dos anos e devido ao desgaste decorrente da prática intensa e estressante, passaria a voltar seu trabalho para uma atividade mais tranquila e melhor remunerada. Exemplo assim é observado na França onde os médicos interessados nas emergências iniciam sua atividade no SAMU, dando plantões nas ambulâncias e no atendimento pré-hospitalar. Após alguns anos, passam a trabalhar nas UTIs, para finalmente transformarem-se em anestesistas em uma fase intermediária da vida profissional (Slullitel et al, 1999;).

Nos EUA existe o ACS, “Acute Care Surgeon” que é um cirurgião que atua no atendimento não só do trauma, mas também das emergências e cirurgias de urgência (Ciesla et al,2005). À parte de parecer um cirurgião geral com uma área de atuação mais abrangente, cabe aqui algumas reflexões. Qual seria o mercado de trabalho para esse profissional em nosso meio? Seguramente seria um profissional que “operaria” mais que um cirurgião geral ou só do trauma, mas continuaria dando plantões (de dia, noite, finais de semana, feriados...), portanto, em termos de qualidade de vida e de perspectiva de evolução profissional não seria em nada diferente do emergencista e do cirurgião geral e do trauma que hoje dispomos. Além disso uma série de questões se interpõem no tipo de formação que seria necessária ao ACS : seria apenas mantê-lo durante a residência em um serviço de emergência atendendo aos casos cirúrgicos? Para um cirurgião operar um caso com hérnia estrangulada é necessário que ele tenha familiaridade com as hérnias de uma forma geral. Quem vai lhe dar a formação para adquirir esse tipo de competência? O cirurgião geral? O mesmo ocorre com a abordagem de um paciente com um câncer

de cólon perfurado. Quem irá operar esse paciente na emergência? Caso seja um ACS, aonde ele será treinado para adquirir essa experiência? Onde estará a interface com o coloproctologista, ou com o cirurgião oncologista na abordagem desse paciente?

O mesmo raciocínio se aplica ao “emergencista” proposto pela ABRAMEDE. Seria uma visão reducionista imaginar que o cenário único de formação desse profissional na residência médica seria o setor de emergência. Seguem-se inúmeros exemplos de que é necessário a inclusão de diversos profissionais com diversas competências para o atendimento integral ao ser humano na porta de entrada dos serviços de saúde e ,em especial, dos hospitais. Uma entubação oro-traqueal ,por vezes difícil em mãos experientes no PS, deve ser preferencialmente vivenciada e inicialmente treinada pelo residente em laboratórios de simulação, passando pelo paciente anestesiado no Centro Cirúrgico, pelo paciente menos grave em uma enfermaria para somente depois de inúmeras exposições, esse médico considerar-se apto ao procedimento na emergência. Esse conceito se aplica a inúmeros outros procedimentos corriqueiros da prática em PS tais como drenagens de tórax, cricotiroidostomias, punções lombares, acessos venosos e arteriais, manobras de cardioversão , e reanimação , etc. Em todos esses procedimentos , o médico em formação deve passar por diversos cenários de ensino-aprendizagem que incluem ,mas não se limitam, ao treinamento no PS e também devem vivenciar a experiência de diversos especialistas que possuem abordagens diversificadas para os mesmos procedimentos (Thomas R.et al,2007). É esse tipo de vivência que faz brotar o espírito crítico e reflexivo sobre os diversos aspectos que envolvem a profissão, preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina de todo o país (Almeida org., 2002).

3- CONTRARIANDO A RESOLUÇÃO CFM Nº 1634/2002

A Resolução CFM nº1634/2002 que dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica- CNRM tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de

atuação médica (CFM,2002). Nesse mesmo documento, no ANEXO I as 3 entidades procuram uniformizar o conceito de especialidade médica e área de atuação bem como estabelecer os critérios para reconhecimento de novas especialidades . Sendo assim , define-se especialidade como “Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade” e área de atuação como “Modalidade de organização do trabalho médico , exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”. Dessa forma o texto propõe o reconhecimento de especialidades médicas somente “àquelas consideradas raízes e as que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

1-Complexidade das Patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;

2-Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;

3-Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;

4-Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;

5-Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes;

Não se admite como critério para reconhecimento de Especialidades :

1-Número de médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;

2-Área que já esteja contida em uma especialidade existente;

3-Processo que seja apenas o meio diagnóstico e, ou terapêutico;

4-Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;

5-Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;

6-Função ou atividade essencialmente vinculada ao conhecimento da legislação específica;

7-Disciplina acadêmica correspondente.

A proposta de reconhecimento da Emergência Médica como especialidade tal como apresentada pela diretoria da ABRAMEDE é contrária a pelo menos 4 pontos estabelecidos na Resolução CFM 1634/2002 :

a) O primeiro refere-se a um problema de origem da proposta em tela, pois atinge princípio elementar da resolução na sua definição de especialidade médica. A Emergência Médica aprofunda horizontalmente e não verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade, uma vez que o seu objeto de estudo e de prática mantém intersecção profunda com mais de 20 especialidades médicas, já que trata de um momento específico de evolução de uma gama variada de agravos à saúde.

b) O segundo diz respeito ao primeiro critério proposto como condição para o reconhecimento de uma especialidade médica. Para tanto ela ou é uma especialidade considerada “raiz”, ou que contenha em seus conteúdos graus variados de *“Complexidade das Patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico”*. Nesse ponto o conflito gerado pela idéia de Emergência Médica como especialidade é ainda maior, pois boa parte dos conteúdos, tópicos geradores de discussão e práticas relacionadas nos documentos apresentados pela ABRAMEDE pertencem ao âmbito de competência da graduação médica tal como proposto pelas DCN . Isso quer dizer que ao se estabelecer uma nova “especialidade” tal como se apresenta, se incorre no tortuoso caminho do esvaziamento e desobrigação das Escolas Médicas com o ensino e a aquisição de competências no âmbito da graduação em área de conhecimento de vital importância epidemiológica que constitui as emergências, indissociáveis do rol de agravos que constituem também as urgências em medicina.

c) Ao avançar em uma infindável lista de temas e tópicos geradores que constituiriam o escopo da especialidade, a ABRAMEDE incorre em dois outros graves equívocos: a) passa a invadir áreas já alicerçadas de organização da prática e do conhecimento médico tal como as especialidades raízes e um diversificado leque de outras especialidades não menos estruturadas há muitos anos tais como a Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Cirurgia Vasculare, Cirurgia Cardíaca, Ortopedia, Oftalmologia, Gastrocirurgia, Cirurgia Pediátrica, etc; incorrendo aí em contradição com o item 5 da Resolução do CFM; b) reforça valores já superados da prática médica relacionados a falsa sensação de onipotência e infalibilidade do médico emergencista a medida que por meio da apresentação de uma irreal listagem de atributos e capacidades necessárias a formação do emergencista dá a falsa sensação de que é possível se formar “um super-médico para o setor” que

sabe de tudo e está acima de todos no cuidado do paciente do Pronto Socorro. Nos dias atuais sabe-se que a imagem deste tipo de profissional já não faz parte da visão da categoria médica sobre a profissão e nem do imaginário popular, uma vez que com a participação cidadã e do controle social junto aos serviços de saúde, boa parte da população já reconhece a necessidade da abordagem multiprofissional e interdisciplinar como a mais adequada para a condução de boa parte dos problemas de saúde e as emergências, certamente, fazem parte desse espectro.

4- CONCLUSÕES

Em síntese, as razões pelas quais o propósito da ABRAMEDE em pleitear a Emergência como Especialidade não se sustenta são as seguintes:

1. Emergências não são patologias independentes, mas sim uma condição de pacientes portadores de patologias em fase específica de evolução, patologias estas que já pertencem ao terreno de diferentes especialidades. Não faz sentido criar-se uma nova especialidade para cuidar de uma fase de patologias diversas. Seria exagerar na fragmentação e compartimentalização do saber médico.

2. A Sociedade Brasileira de Clínica Médica foi criada em 1989, em plena época de ouro da criação de especialidades e sub-especialidades médicas. A criação dessa sociedade foi uma saudável reação contra o movimento de fragmentação do saber médico. Não faz sentido agora, após mais de 20 anos de resgate do papel do médico clínico, um novo movimento de fragmentação como a idéia de transformar medicina de emergência em especialidade.

3. Por definição de área de saber, as emergências médicas são por excelência uma área multi e interdisciplinar. Profissionais das mais diferentes áreas trabalham com suas respectivas emergências. Por isso uma associação de medicina de emergência deve ser uma entidade multi e interdisciplinar, como é a ABRAMURGEM, e não uma entidade que pretende congrega apenas trabalhadores de pronto-socorro.

4. Se o problema em tela é defender direitos e valorizar o trabalho de profissionais que trabalham em pronto-socorros, o caminho mais adequado seria constituir um Sindicato dos Trabalhadores em Serviços de Urgência e Emergência, e não o caminho da criação de uma nova especialidade médica.

5. Uma nova especialidade médica de emergências só traria aos médicos a exigência de obter o título de especialista para poder trabalhar em pronto-socorros, o

que na prática significaria mais investimento de tempo e dinheiro, sem nenhuma garantia de qualquer retorno por isso.

6. O caminho natural para o treinamento e obtenção do título de especialista é a residência médica. Se Emergências for uma especialidade, os setores do hospital onde as emergências são atendidas passarão a ser domínio dos residentes dessa nova especialidade, o que terá como consequência uma provável “falta de espaço” para os residentes das diversas especialidades existentes treinarem o atendimento das emergências de suas respectivas áreas. Criar-se-ia o risco de se começar a formar especialistas de várias especialidades que chegarão ao mercado sem prática no atendimento das emergências de suas respectivas especialidades.

7. Quanto às normas definidas pela Comissão Mista de Especialidades Médicas para o reconhecimento de novas especialidades (Resolução CFM 1.632, de 11/04/2002), a proposta da Medicina de Emergência não atende às exigências de:

a. Conceito de especialidade, pois não aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade, mas de fato abrange uma segmentação horizontal que perpassa várias especialidades,

b. Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes, pois toda a medicina de emergência já está englobada nas especialidades existentes;

8. Enfim, vale lembrar que os critérios de “grande número de médicos atuando na área” e “existe a disciplina acadêmica de medicina de emergência” não são critérios admissíveis para pleitear-se a criação de uma nova especialidade (Resolução CFM 1.632, de 11/04/2002).

BIBLIOGRAFIA

1. Associação Brasileira de Medicina de Emergência. **Medicina de Emergência no Mundo e Emergência como Especialidade no Brasil**. 2010.61p. Disponível em <http://www.abramede.com.br/publico-leigo/material-para-download/>.

2. Associação Médica Brasileira. Ata de Reunião do Conselho Científico da Associação Médica Brasileira realizada no dia 25 de fevereiro de 2010, em São Paulo. In mimeo.2010, 24p.

3. Morin, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.
4. Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência. **Palavra do Presidente : Urgência e Emergência , Interface com todas Especialidades**. In: Sala de Emergência. 2010, 6(1):2.
5. Birolini D. **Trauma: a social and medical challenge**. In: Scudder Oration on Trauma, In mimeo., 2007. New Orleans, 20p.
6. Birolini D. **Cirurgião do Trauma e Acute Care Surgeon: Algumas considerações pessoais**. In mimeo., 2009. São Paulo, 5p.
7. Campos, GWS., Chakour, M., Santos, RC. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Públ. 1997; 13(1):141-144.
8. Lesar TS, Briceland L, Stein DS. **Factors related to errors in medication prescribing**. JAMA 1997; 277:312-7.
9. Bonnet MH. **Sleep deprivation**. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editores. **Principles and practice of sleep medicine**. 3ª ed. Philadelphia, (PA): WB Saunders; 2000.p.53-71.
10. Samkof JS, Jaques CHM. **A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents performance**. Acad Med 1991; 66:687-93.
11. Smith-Coggins R, Rosekind M, Hurds S, Buccino K. **Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood**. Ann Emerg Med 1994; 24:928-34.
12. Weinger MB, Ancoli-Israel S. **Sleep deprivation and clinical performance**. JAMA 2002; 287:955-7.
13. Carvalho, M., Vieira, AA. **Erro médico em pacientes hospitalizados**. J. Pediatr. 2002, 78(4):261-8.
14. Slullitel, A.; Sousa AM.; Fraga A O. **O papel do Anestesiologista no Atendimento do Trauma**. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 251-261, jul./set. 1999.
15. Ciesla, DJ.; Moore, EE.; Moore, JB.; Johnson, JL.; Cothren, CC.; Burch, JM. **The Academic Trauma Center Is a Model for the Future Trauma and Acute Care Surgeon**. J. Trauma-Injury Infect. & Critic. Care: 2005 ;58(4), 657-662.
16. Thomas RE., Crutcher R., Lorenzetti D. **A systematic review of the methodological quality and outcomes of RCTs to teach medical undergraduates surgical and emergency procedures**. Can J Surg. 2007. Vol. 50, No. 4,.
17. Almeida M.org. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida; 2003.
18. CFM. **Resolução CFM nº1634/2002**. DOU de 29 de abril de 2002, seção I, p.81.

Disponível em:http://www.portalmedico.org.br/resoluções/cfm/2002/1634_2002.htm