

CAPÍTULO III

A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular

*Gustavo Pereira Fraga; Gerson Alves Pereira Júnior e
Carlos Edmundo Rodrigues Fontes*

INTRODUÇÃO • O Brasil é hoje o segundo país no mundo com o maior número de escolas de Medicina, sendo superado apenas pela Índia, que tem uma população aproximadamente seis vezes maior¹⁻³. Atualmente, o Brasil tem 220 escolas de Medicina ativas cadastradas, com uma média de 16 mil médicos formando-se anualmente, número que tende a aumentar nos próximos anos³.

A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) tem 156 escolas associadas e uma preocupação constante com a qualidade da formação desses médicos⁴. E essa preocupação é ainda maior quanto ao ensino de urgência e emergência, principalmente porque a maioria dos médicos recém-formados acaba trabalhando em plantões, seja em prontos-socorros, unidades de pronto atendimento ou atendimento pré-hospitalar.

Dessa maneira, é muito importante que o egresso do curso médico tenha um conjunto de habilidades, competências e atitudes que o tornem apto para um bom atendimento aos doentes nos diferentes cenários da urgência e emer-

gência, tanto traumáticas quanto não traumáticas. Porém, as Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas em 2001⁵ pouco valorizam essa área da prática médica, exceto em seu artigo 5º, parágrafo XIV, que descreve 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. (Artigo 5º – Inciso XIV)

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 nenhum destaque, visto que, na quase totalidade das vezes, não há programa de ensino para emergências médicas na matriz curricular das faculdades de Medicina em nosso país. No entanto, há um aumento na prevalência de tais casos nos hospitais, observado em todo o mundo, que ocorre em virtude de maior longevidade da população, maior sobrevivência de pacientes com diversas doenças, maior número de acidentes automobilísticos e maior violência civil ⁶⁻⁸.

Tal deficiência na formação médica também 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. Como mostrado na pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, coordenada pela Fiocruz e pelo Conselho Federal de Medicina, 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 ⁶⁻⁸.

Houve uma atenção maior do governo brasileiro ao setor de urgência, que teve início em 2002 com a Política Nacional de Atenção às Urgências e a publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 2.048, instituindo o regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência⁹. Esta portaria, ampla em seu conteúdo e abrangência, normatiza as ações em âmbito pré e intra-hospitalar,

definindo e caracterizando a regulação médica de urgência, tanto no aspecto técnico quanto gestor, e estabelecendo treinamento mínimo para o exercício das atividades de regulação e de atendimento às situações de urgência e emergência.

Em 2003, a Portaria nº 1.863/GM instituiu a Política Nacional em todas as unidades federadas, e a Portaria nº 1.864/GM instituiu a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro^{10,11}. Desde então, o governo federal tem realizado uma série de ações na tentativa de otimizar o atendimento aos doentes no setor de urgência. As entidades médicas, porém, já vinham alertando há alguns anos sobre a necessidade de melhor formação e capacitação de recursos humanos^{12,13}.

Em 24 de junho de 2010, o Conselho Federal de Medicina (CFM) sediou em Brasília (DF) o Fórum Nacional de Urgência e Emergência, com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), e a participação de representantes dos ministérios da Saúde e da Educação, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conassem), que discutiram estratégias a fim de solucionar os problemas que vêm ocorrendo nas urgências do País.

Em 20 e 21 de outubro de 2011, também na sede do CFM, em Brasília, foi realizado o II Fórum Nacional de Urgência e Emergência, reunindo médicos e especialistas que atuam na área¹³. A necessidade do reconhecimento imediato da especialidade Emergência Médica foi eleita uma das prioridades para o setor pelos participantes. A Abem foi representada por sua presidente, Jadete Barbosa Lampert, que apresentou o resultado de um inquérito sobre o ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina no Brasil, que foi encaminhado a 160 cursos e respondido por 39% destes. Dados interessantes foram observados, tais como: em algumas escolas, tais atividades não constam da matriz curricular; outras possuem programa com conteúdos bem definidos; a carga horária variou de menos de 200 horas a pouco mais de 2.000 horas; foram citados como locais de prática o pronto-socorro hospitalar, unidade de urgência e emergência, e laboratório de habilidades. Para o ensino de urgência e emergência, foram citadas: inadequados cenários de prática; hospitais universitários sem pronto-socorro; dificuldade de parceria da escola/serviço;

estrutura física inadequada para assistir e ensinar; falta de professores preparados e disponíveis; falta de preceptores e de equipes capacitadas; alto custo de laboratório de habilidades e manequins.

Em 2012, foi aprovado o “Projeto Abem 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, com financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde (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 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 deste ensino na matriz curricular.

No 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), realizado de 11 a 14 de outubro de 2012 na Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo, ocorreu o simpósio: “Urgência e Emergência – uma grande área no ensino de graduação?”, já iniciando as discussões do subprojeto¹⁴.

A Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, no inciso 1º do artigo 4º do capítulo III, estabelece que, no funcionamento dos cursos de Medicina, ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais¹⁵. O inciso 2º estabelece que as atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de residência médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o artigo 27 desta Lei¹⁵.

O presente estudo apresentará a maneira como foi conduzido esse subprojeto, as ações desenvolvidas em mais de um ano de atividades e as recomendações geradas pelo grupo de trabalho para que a Abem divulgue e auxilie as escolas médicas brasileiras a melhorar a formação de urgência e emergência dos futuros médicos e, desta forma, venha a contribuir para a reversão do atual quadro nacional de crise neste setor de atendimento à população.

OBJETIVOS • O presente subprojeto teve por objetivos avaliar as escolas no que se refere direta ou indiretamente às competências e habilidades para o atendimento das situações de urgência e emergências, no contexto da atenção integral e contínua à saúde, e elaborar recomendações para a estruturação deste ensino na matriz curricular para todos os cursos de Medicina no Brasil.

MÉTODO • Foram convidadas a participar do estudo as escolas médicas associadas da Abem que já tiveram ao menos uma turma de médicos formados. Para integrar o projeto, a direção da instituição assinou uma carta-acordo com a Abem e a Opas, comprometendo-se a participar de todas as fases do subprojeto, apoiando o docente indicado e eventuais discentes para as atividades designadas.

O estudo foi dividido em quatro fases:

I. Elaboração e resposta a um questionário eletrônico com várias informações e dados do ensino de urgência e emergência;

II. Realização de oficinas em conjunto com o subprojeto “Internato Médico”, com espaço reservado para a discussão de urgência e emergência;

III. Realização de oficina no 51º Cobem, ocorrido em Recife (PE) de 19 a 22 de outubro de 2013, com a participação de docentes e discentes;

IV. Realização de oficina específica de urgência e emergência durante o VI Congresso Nordestino de Educação Médica (Conem), ocorrido em Salvador (BA) de 3 a 5 de abril de 2014, com a participação de docentes, gestores e discentes.

O questionário da fase I foi preenchido online após a liberação de senha para o docente responsável de cada escola, sendo os resultados automaticamente alimentados em uma planilha Excel. Foi solicitado que o preenchimento fosse feito em conjunto por docentes que atuam na urgência e emergência. O questionário estava estruturado com perguntas voltadas para os dois primeiros anos do curso (ciclo básico), para o terceiro e quarto anos (ciclo intermediário) e quinto e sexto anos (internato). As respostas mais importantes avaliadas no questionário foram:

- Se existe alguma disciplina/programação/área dentro da matriz curricular que aborde os temas de urgência/emergência traumática e não traumática durante o curso médico;
- Se existe alguma programação de urgência e emergência na matriz curricular regular nos primeiros quatro semestres do curso; caso exista, o que faz parte da programação;
- Se existe alguma programação de urgência e emergência na matriz curricular regular do quinto ao oitavo semestre do curso; caso exista, o que faz parte da programação;
- Se existe programação de atendimento pré-hospitalar e de atendimento hospitalar nos primeiros oito semestres;
- Quais as atividades de urgência/emergência no internato, envolvendo diferentes cenários, preceptores, e os temas e procedimentos abordados.

Na fase II, as respostas do questionário foram apresentadas e discutidas com docentes de 78 escolas médicas que participaram de duas oficinas sobre internato realizadas em São Paulo – a primeira de 28 de fevereiro a 2 de março de 2013, e a segunda nos dias 27 e 28 de junho de 2013. Diversas experiências positivas e negativas foram apresentadas pelos representantes das escolas médicas já sendo possível um esboço inicial para um consenso sobre o ensino de urgência e emergência na graduação.

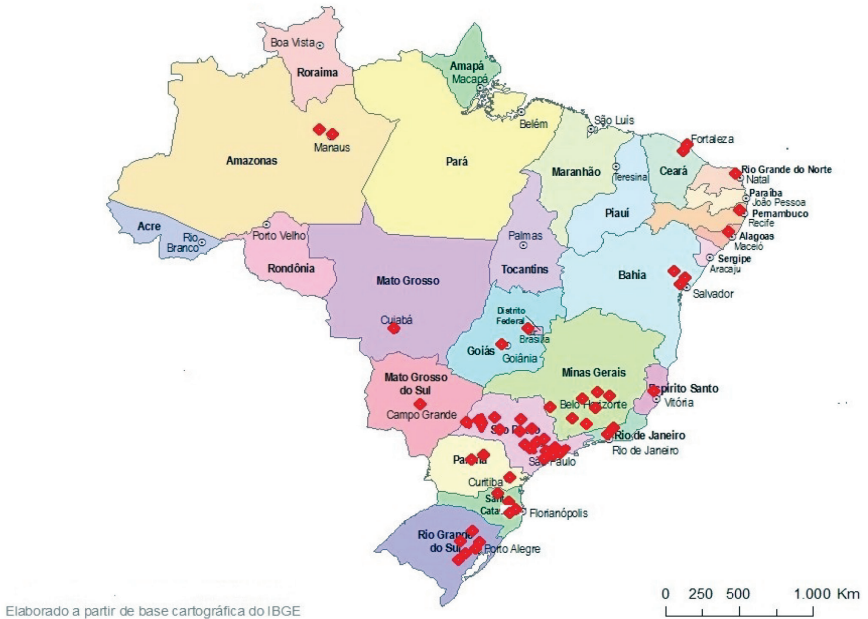
Na fase III, as respostas do questionário foram apresentadas numa oficina com duas horas e meia de duração no 51º Cobem, numa sala com 150 pessoas, a maioria discentes, e muitos docentes que trouxeram importantes contribuições. Como resultado desta discussão, algumas recomendações foram encaminhadas à diretoria da Abem com base nessa oficina¹⁶.

Na fase IV, as respostas e recomendações geradas foram amplamente debatidas entre docentes, gestores e discentes numa oficina com 12 horas de duração e resultaram em diretrizes que podem orientar o ensino de urgência e emergência nas escolas médicas.

O grupo participante pretende continuar os trabalhos com reuniões presenciais em congressos, especialmente no Cobem, e à distância via telemedicina.

RESULTADOS • O questionário foi respondido por 54 das 156 escolas médicas associadas, que estão distribuídas conforme a Figura 1. Nessas escolas, o número de participantes de cada uma das regionais da Abem foi: 16 escolas da regional São Paulo (correspondendo a 48,4% das escolas associadas nessa regional); 6 (54,5%) da regional Sul I (RS); 7 (43,7%) da regional Sul II (PR/SC); 3 (14,2%) da regional Rio de Janeiro/Espírito Santo; 7 (35%) da regional Minas Gerais; 9 (32,1%) da regional Nordeste; 2 (14,2%) da regional Norte; e 4 escolas (30,7%) da regional Centro-Oeste.

FIGURA 1 • Distribuição geográfica das escolas participantes do projeto



Ao se questionar como está programado o ensino de urgência e emergência no curso médico, observou-se: em 34 escolas (63%), existe alguma disciplina/programação/área na matriz curricular que aborda de forma integrada (conjunta) os temas de urgência/emergência traumática e não traumática durante o curso médico; em 15 (27,8%), existe programação de urgência/emergência envolvendo temas de trauma e não trauma, porém não são abordados de forma integrada (conjunta); em 4 (7,4%), a programação de urgência/emergência está dentro das programações das especialidades; e em uma escola (1,8%), existe programação de urgência/emergência envolvendo apenas temas clínicos (não traumáticos). Nenhuma escola respondeu que não existe programação de urgência/emergência.

Sobre a existência de alguma programação de urgência e emergência na matriz curricular regular nos primeiros quatro semestres (primeiro e segundo anos do curso), 29 escolas (53,7%) responderam sim, e outras 25 (46,3%) responderam que não ensinavam esse conteúdo nessa fase do curso. Nas que responderam que têm o programa de urgência, a carga horária variou de 4 horas a 100 horas, com média de 46 horas. De 25 escolas que ensinam no início do curso, as atividades estão presentes no primeiro semestre em 11 escolas, no segundo em 9, no terceiro em 5, e no quarto em 5, sendo que em algumas escolas existe conteúdo em dois semestres. Apenas duas escolas (3,7% do total) possuem um eixo longitudinal nos quatro primeiros semestres do curso.

As atividades que fazem parte da programação no primeiro e segundo anos de escolas que possuem o ensino de urgência e emergência nessa fase da graduação estão listadas na Tabela 1.

Quanto à programação de urgência e emergência na matriz curricular regular do quinto ao oitavo semestres do curso, 41 escolas (75,9%) responderam que ensinam esse conteúdo nessa fase do curso. A média de carga horária é de 110 horas, variando de 4 horas a 360 horas. As atividades que fazem parte da programação no terceiro e quarto anos de escolas que possuem o ensino de urgência e emergência nessa fase da graduação estão listadas na segunda coluna da Tabela 1.

Considerando os quatro primeiros anos do curso, 32 das 54 escolas (59,3%) ensinam conteúdos de atendimento pré-hospitalar, 29 (53,7%) têm atividades práticas simuladas, sendo que 28 (51,9%) utilizam laboratório de habi-

lidades e 12 (22,2%) usam laboratório para técnica cirúrgica. Ainda nos quatro primeiros anos do curso, 32 escolas (59,3%) têm atividades deste ensino utilizando o ambiente hospitalar.

TABELA 1 • Atividades que fazem parte da programação no primeiro e segundo, e terceiro e quarto anos de escolas que possuem o ensino de urgência e emergência nessas fases do curso

ATIVIDADE	1º/2º anos n = 29 escolas (100%)	3º/4º anos n = 41 escolas (100%)
Visita supervisionada a pronto-socorro	12 (41,4%)	20 (48,8%)
Visita supervisionada ao Samu	8 (27,6%)	9 (22,0%)
Visita supervisionada ao Corpo de Bombeiros	8 (27,6%)	2 (4,9%)
Curso de primeiros socorros	24 (82,8%)	14 (34,1%)
Curso de atendimento pré-hospitalar	20 (69,0%)	12 (29,3%)
Curso de procedimentos básicos	23 (79,3%)	21 (51,2%)
Visita supervisionada ao centro cirúrgico URG	4 (13,8%)	17 (41,5%)
Visita supervisionada à UTI URG	4 (13,8%)	15 (36,6%)

Nas respostas às perguntas sobre o ensino de urgência e emergência durante o internato (quinto e sexto anos), observou-se que as atividades práticas estão centradas no ambiente hospitalar em 50 escolas (92,6%), com experiência em atividades no ambiente pré-hospitalar em apenas 21 (38,9%), sendo nas unidades de suporte avançado do atendimento móvel em 11 (20,4%), acompanhamento das atividades da regulação médica em 5 (9,3%) e nas unidades não hospitalares de pronto atendimento em 13 (24,1%). Estes estágios envolveram programações teóricas em 50 escolas (92,6%) e atividades simuladas em 38 (70,4%). Na grande maioria das escolas, a supervisão das atividades é de responsabilidade dos preceptores docentes.

Na fase II, as oficinas em São Paulo reuniram 168 participantes, de 126 escolas médicas, que discutiram sobre as habilidades, competências e atitudes do internato médico, destacando-se na área de urgência e emergência o que deve ser de domínio de um médico geral. Nesse momento, foram debati-

dos temas relevantes, como necessidade de docentes e preceptores, cenários de prática, utilização de laboratório de habilidades, hospitais universitários ou não, entre outros. Nessas oficinas já surgiram linhas gerais de como deve ser o ensino de urgência e emergência, com a participação de docentes de diferentes áreas e especialidades.

A fase III, realizada em Recife durante o 51º Cobem, teve grande participação de discentes, que trouxeram fatos importantes para a discussão: algumas escolas não têm matriz curricular de urgência ou oferecem esse programa de modo opcional; universidades tradicionais não têm hospital com pronto-socorro para atendimento de urgência e emergência; alguns alunos estão atuando no Samu sem supervisão; as ligas acadêmicas, especialmente as de trauma, proliferam em parte devido a essa falha no ensino curricular; falta de professores e preceptores capacitados e com afinidade nessa área; falta de integração entre as diferentes áreas que atuam na urgência; falta de um eixo longitudinal, entre outros fatos relevantes. Para consolidar as recomendações sobre estas questões do ensino de urgência e emergência a serem encaminhadas às escolas médicas pela Abem, foi planejada uma oficina com espaço de tempo ampliado, que resultou na fase seguinte do projeto.

Na fase IV, 75 participantes, representando 38 escolas, integraram a oficina em Salvador, que gerou um documento encaminhado à diretoria da Abem com recomendações para o ensino de urgência e emergência. Como princípio norteador, há necessidade de um eixo longitudinal na matriz curricular da graduação com programação conjunta (conteúdo, momento da inserção na matriz, formas de avaliação) e pactuação das atividades teórico-práticas de complexidade crescente pelas diversas especialidades médicas.

Quanto à distribuição das programações no eixo de ensino de urgência e emergência, são fundamentais as seguintes orientações:

1. Nos dois primeiros anos do curso, deve haver, obrigatoriamente, uma programação voltada para Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida, a fim de despertar o interesse e capacitar os alunos para situações que possam vivenciar envolvendo temas relacionados às emergências médicas traumáticas e não traumáticas. Como desdobramentos destas 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;

2. No terceiro e/ou quarto ano, deve haver uma programação diversificada com conteúdo e treinamento de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas (em Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetria), tendo como modelos de programação os cursos de imersão em urgência (PHTLS, ACLS, ATLS, PALS e Also). Recomenda-se, preferencialmente, o treinamento em laboratórios de habilidades/simulação. Na programação desta 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 no atendimento pré-hospitalar fixo (englobando acolhimento e classificação de risco) e móvel (na Unidade de Suporte Avançado, sob supervisão de médicos), bem como na regulação médica;
3. No internato, a Comissão 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/Obstetria, Neurologia e Psiquiatria. Também deve ser garantido que o estágio seja acadêmico, evitando a utilização dos alunos apenas como força de trabalho. Os internos devem desenvolver habilidades de prescrição médica e indicação consciente das drogas comumente utilizadas em cenários de urgência e emergência, podendo ser empregada a simulação para sedimentar o conteúdo proposto. A preceptoria docente e não docente deve ter adequada capacitação pedagógica. Os preceptores não docentes devem ser valorizados de todas as formas possíveis: financeira, certificados, mestrado profissional, etc. Preferencialmente, no quinto ano, as UPAs devem ser utilizadas como cenário de prática em parceria com as faculdades. No sexto ano, os alunos devem ter vivência no pronto atendimento hospitalar, de preferência com demanda regulada;

4. É fundamental o reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica para a formação de médicos residentes e futuros professores nesta área, assegurando a continuidade dos esforços que visam à melhoria da qualidade dos serviços de atendimento de urgência e emergência. Por fim, é necessária uma estratégia para melhor valorização, capacitação dos preceptores, política salarial e fixação dos profissionais que atuam na Urgência e Emergência.

DISCUSSÃO • As Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Medicina, criadas e publicadas em 2001, estabelecem os princípios gerais que devem nortear a formação de médicos no Brasil, com competências, habilidades, atitudes e conteúdos programáticos a serem desenvolvidos, com o objetivo de formar um profissional adequado às necessidades da sociedade⁵. Mais recentemente, essas diretrizes foram revistas e orientam que 30% da carga horária do internato abordem conteúdos de Urgência e Emergência e Atenção Básica, porém não preveem a introdução do aluno de graduação em Medicina na temática do atendimento a situações de urgência e emergência nos primeiros anos do curso.

Muitos cursos de Medicina não apresentam em sua matriz curricular nenhuma atividade voltada ao treinamento de habilidades em atendimento em urgência e emergência nos primeiros três anos do curso, não para capacitar o aluno para a prática de atos médicos que devem ser contemplados mais adiante no curso, mas para prepará-lo para agir em situações de emergência que pode presenciar ou das quais venha a participar prestando atendimento básico de suporte à vida.

Diante desta realidade e tendo em vista que os principais agravos à saúde estão ligados a situações agudas, sejam elas clínicas ou causadas por trauma, devem ser ensinadas habilidades técnicas bem estabelecidas por protocolos internacionais para os alunos dos primeiros anos dos cursos da área da saúde.

Há ainda a possibilidade de relacionar esta proposta a projetos em andamento que tratam de ações indutoras de mudanças na formação médica, fortalecem e aumentam a chance de êxito com o incremento no projeto de cenário nas Unidades Básicas de Saúde, como já ocorre em projetos como o Pró-Saúde e os Programas de Educação para o Trabalho (PET). Junto a isso, o ensino da urgência

e emergência está em consonância com as linhas gerais de fortalecimento do ensino na saúde no País, observadas as disposições constantes do Programa Nacional de Apoio ao Ensino e à Pesquisa em Áreas Estratégicas (Pronap).

Outras recomendações para aplicar aos alunos dos primeiros anos de Medicina são a prevenção e a extensão, levando para a comunidade o treinamento e o reconhecimento de situações de intervenção numa situação de emergência, melhorando as chances de sucesso no atendimento desses agravos à vida.

Na formação atual mostrada pelas respostas do questionário sobre o ensino de urgência e emergência nas escolas médicas, ainda preocupa a baixa utilização do atendimento pré-hospitalar móvel e, principalmente, da Central de Regulação Médica como campo de estágio prático. Trata-se de uma importante política pública nacional, instituída na Portaria 2.048 de novembro de 2002, e cujo conteúdo boa parte dos médicos brasileiros desconhece. Nos municípios em que as Centrais de Regulação Médica estão bem constituídas e funcionando, ainda existe bastante resistência dos médicos, muito por desconhecimento das funções técnicas e gestoras do médico regulador e também pela falta de vivência prática desta atividade em sua formação na graduação. A estruturação destes estágios na graduação médica irá contribuir para maior conhecimento e adesão dos médicos a esta política pública.

Tanto nas respostas do questionário quanto nas discussões com professores e alunos nas oficinas, mostrou-se extremamente preocupante o fato de muitas escolas não terem estágio de urgência e emergência tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente pré-hospitalar fixo. E também o fato de outras escolas deixarem os alunos procurar por conta própria este tipo de estágio sem nenhum controle da frequência e da qualidade da supervisão e preceptoria.

Outro fato a comentar e que é consenso em países do Primeiro Mundo é a utilização de diversos cenários de simulação médica de procedimentos, prescrição, atendimento e discussão de casos com a utilização de protocolos e diretrizes clínicas, 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 em cenários reais de prática clínica. Tal estratégia de ensino antecipa os problemas reais que têm acontecido em muitos serviços de saúde e previnem a ocorrência de iatrogenias. Estas atividades práticas simuladas estão presentes durante o internato em 38 escolas (70,4%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS • 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 nos ambientes pré-hospitalar e hospitalar.

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.

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 o atendimento pré-hospitalar móvel (em unidades de suporte avançado) e fixo (em unidades de pronto atendimento não hospitalar), assim como na regulação médica e nos serviços hospitalares de referência terciária. Neste sentido, a escola médica precisa auxiliar a cobrar dos gestores de saúde a implantação plena da Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as suas fases.

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 destes profissionais, para que possam se manter motivados na assistência, ensino e pesquisa, e também motivar os estudantes sobre o trabalho nesta área da medicina. Como ainda não existem muitos profissionais com o perfil adequado para atuação completa nesta supervisão e no sentido de estimular e valorizar esta 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.

AGRADECIMENTOS • Os autores agradecem em nome da Abem aos professores que participaram da fase IV em Salvador: Alessandro Lia Mondelli, André Gusmão Cunha, Anna Tereza Soares de Moura, Antonio Pazin Filho, Claudia Regina Fernandes, Dione Tavares Maciel, Fábio Fernandes Neves, Frederico Carlos de Sousa Arnaud, Frederico Michelino de Oliveira, Jadete Barbosa Lampert, Jorge Carlos Machado Curi, Jorge Carvalho Guedes, José Mauro da Silva Rodrigues, Lia Márcia Cruz da Silveira, Lucia Christina Iochida, Lucia Helena Antunes Pezzi, Luiz Fernando Soares Varela, Marcelo A. F. Ribeiro Junior, Marcelo Conrado dos Reis, Marco Antonio de Carvalho Filho, Marcus Vinicius Melo De Andrade, Maria Cecília de T. Damasceno, Mauricio Braz Zanolli, Michelle Virginia Eidt, Norma Suely Oliveira, Paulo Pinho, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga, Ricardo Breigeiron, Rogerio Fett Schneider, Ronaldo Marcelo Taques, Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão, Silvio Pessanha Neto, Vera Therezinha Medeiros Borges e Viviane Mendes Cunha.

REFERÊNCIAS

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
2. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014;370(10):950-7.
3. Escolas Médicas no Brasil. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/>. Acesso em: 5 mai. 2014.
4. Associação Brasileira de Educação Médica. Disponível em: <http://www.abem-educ-med.org.br>. Acesso em: 5 mai. 2014.

5. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes_curriculares.pdf. Acesso em: 5 mai. 2014.
6. Pereira Jr GA. Emergências Médicas: a quem interessa? Apresentação do Simpósio Trauma II. Revista Medicina (Ribeirão Preto) 1999;32(4):377-80.
7. Birolini D. Trauma: a social and medical challenge. J Am Coll Surg. 2008;207(1):1-6.
8. Pazin Filho A, Scarpelini S. Medicina de Emergência na FMRP-USP Você pode fugir, mas não há como se esconder!. Medicina (USP.FMRP). 2010;43:432-43.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência: Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863/GM de 29 de setembro de 2003. Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, nº 193, de 6 de outubro de 2003. Brasília, 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864/GM de 29 de setembro de 2003. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. Diário Oficial da União, nº 193, de 6 de outubro de 2003. Brasília, 2003.
12. Fraga GP. Programas de qualidade no atendimento ao trauma. Medicina (Ribeirão Preto) 2007;40(3):321-328.
13. Urgência e Emergência: Reconhecimento está na pauta do CFM. Jornal Medicina, Ano XXVI, n. 201, pag. 5, out. 2011.
14. SBAIT participa do COBEM 2012. Revista Emergência, Espaço do Trauma 2012; 44:18. Disponível em: <http://www.sbeit.org.br/espaco/2012/2012-11-Ed44.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2014.
15. Brasil. Lei 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 dez. de 1993, e nº6.932, de 7 jul. de 1981. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013.
16. Educação Médica: SBAIT presente no 51º COBEM. Revista Emergência, Espaço do Trauma 2013; 56:20. Disponível em: <http://www.sbeit.org.br/espaco/2013/2013-11-Ed56.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2014.