



Contributos para a criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência

Versão final após defesa

António Miguel Fonseca Cunha

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

junho de 2020

“Segue as tuas melhores ou piores inclinações e, antes de mais nada, encaminha-te para a tua perdição; em ambos os casos, favorecerás, provavelmente, de uma maneira ou de outra, o progresso da humanidade.”

Friedrich Nietzsche, *A Gaia Ciência*

Dedicatória

*Aos meus velhos que trataram de tudo,
Tentaram de tudo pra m'ajudar
Deram-me um curso, deram-me estudos
Deram no duro para me dar.*

Agradecimentos

Em primeiro lugar, queria agradecer ao Prof. Dr. Miguel Castelo-Branco por todas as orientações e pelo empenho demonstrado. Gostava também de fazer um agradecimento especial ao Dr. Vítor Almeida, por toda a ajuda disponibilizada. Aos meus amigos, que de uma maneira ou outra tornaram estes anos numa jornada mais especial. Por último mas mais importante, quero agradecer aos meus pais, sem eles nada disto seria possível.

Resumo

É sabido que os serviços de urgência do nosso país são sentidos como sendo, nas últimas décadas, um dos maiores problemas do Sistema Nacional de Saúde (1), tanto a nível da eficiência como a nível de coordenação. Com longas filas de espera, o que leva à insatisfação e desagrado das populações mas também algum descontentamento por parte dos profissionais de saúde, que se queixam de turnos longos e falta de carreiras médicas (1-4). Atualmente não existe uma especialidade com formação específica e orientada que assegure estes serviços. Sendo os mesmos assegurados por um vasto leque de médicos, que vão desde as mais variadas especialidades até médicos sem especialidade, comumente apelidados de *tarefa* ou *indiferenciados* (3). Simultaneamente, o Estado tem vindo a aumentar o orçamento gasto, despendendo avultados valores a pagar horas extraordinárias ou por *horas à tarefa*, devido à falta de recursos humanos (4).

O presidente do Colégio de Competência em Emergência Médica, Dr. Vítor Almeida, considera que a criação duma especialidade em Medicina de Urgência e Emergência não é, só por si, “a varinha mágica que vai resolver os problemas do serviço de urgência”. Ainda assim, considera que a existência da especialidade seria uma “peça fundamental do puzzle”, além de uma reforma e reorganização do sistema. “Perante o panorama que temos, faz sentido acabar com algumas anomalias. Por um lado, somos um país grande consumidor do serviço de urgência e por outro temos um número muito elevado de médicos sem acesso a especialidade”, declarou numa entrevista à agência Lusa (5).

O Dr. Vítor Almeida frisa ainda que os padrões europeus apontam “claramente para a implementação de uma especialidade própria” em Medicina de Urgência e Emergência, sendo uma realidade que não se fica pela Europa.

Palavras-Chave

Especialidade médica; Urgência; Emergência; Serviço de Urgência; Especialista em Medicina de Urgência e Emergência

Abstract

It is known that the emergency service in our country is recognized as being, in the last few decades, as one of the major problems in the Nacional Health System (1), both at the efficiency and coordination levels. With long waiting times, which in turn leads to population dissatisfaction and displeasure and also some discontent felt by the healthcare professionals that complain about long shifts and lack of medical careers (1-4). Nowadays there isn't a medical specialty with an oriented and specific training that ensures these services. Therefore the emergency services are being assured by a vast array of doctors, going from specialized ones to doctors without speciality, commonly dubbed as *tarefairos* or undifferentiated doctors (3). At the same time, the portuguese government has been increasing the budget, spending large amounts to pay for overtime work or *work by hours* due to the lack of human resources (4).

The chairman of the “*Colégio de Competência em Emergência Médica*”, Doctor Vítor Almeida, considers that the creation of a specialty in Urgency and Emergency won't be, by itself, the “magical wand which will solve the problems of the emergency service”. Nonetheless he thinks that the existence of this specialty would be a “fundamental piece of the puzzle”, besides the overhaul and reorganization of the system itself. “In view of our outlook, it makes sense ending some anomalies. On the one hand, we are a country which is a large consumer of the emergency service and on the other hand we have a large number of doctors without access to a specialty”, he stated to the *Lusa* news agency (5). Doctor Vítor Almeida also stresses that the european standards “point clearly towards the implementation of it's own specialty” in Urgency and Emergency Medicine, which is a reality not only seen in Europe.

Keywords

Medical speciality; Urgency; Emergency; Emergency Service; Urgency and Emergency Medicine Specialist

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Acrónimos e Abreviaturas	xiii
1 – Introdução.....	1
1.1 Contexto	1
2 – Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência.....	5
2.1 Caracterização da especialidade	5
2.2 Panorama europeu da especialidade	6
2.3 Panorama nacional: áreas de atuação em Medicina de Urgência e Emergência	8
2.4 Escolha da especialidade	10
3 – Implementação da especialidade.....	11
3.1 Colégio de Competência em Emergência Médica.....	11
3.2 Organização da especialidade em Portugal	12
3.3 European Curriculum of Emergency Medicine.....	13
4 – Aplicabilidade em Portugal.....	17
4.1 Serviço de Urgência em tempos de COVID-19	17
4.2 Benefícios com a criação da especialidade.....	18
5 – Conclusão	21
6 – Referências bibliográficas.....	23

Lista de Figuras

Figura 1 - Panorama da especialidade nos diferentes países europeus	7
---	---

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

- CCEM - Colégio de Competência em Emergência Médica
CNE - Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos
CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
EBEEM - *European Board Examination in Emergency Medicine*
EMUE - Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência
EUSEM - Sociedade Europeia de Medicina de Emergência
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OM – Ordem dos Médicos
SAC - Serviço de Atendimento Complementar
SAP - Serviço de Atendimento Permanente
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPMUE – Sociedade Portuguesa de Medicina de Urgência e Emergência
SU - Serviço de Urgência
MUE – Medicina de Urgência e Emergência
UEME - União Europeia de Médicos Especialistas
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1 – Introdução

1.1 Contexto

Atualmente os serviços de saúde ocupam um lugar bastante central na nossa sociedade. Não só pelo facto da saúde ser considerada como o bem mais precioso, sendo cada vez mais valorizada e cuidada mas também porque é um dos índices mais importantes para a caracterização da evolução e desenvolvimento social e económico de um determinado país. É consensual afirmar que falhas na qualidade dos serviços de saúde se podem vir a refletir numa baixa da qualidade de vida e numa subida da morbilidade e mortalidade. Aproveitando agora a situação da atual pandemia mundial (COVID-19), sabemos que vivemos tempos difíceis mas também únicos, e assim, no meio do caos podemos ver esta pandemia como uma janela de oportunidade para uma reestruturação do Serviço de Urgência (SU). Estamos a presenciar momentos excecionais, sem precedentes, o que se tem vindo a revelar uma verdadeira prova à capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Porém há sempre lições que podemos encontrar nos momentos mais sombrios e temos essa obrigação moral de cavar mais fundo em busca dos nossos pontos mais débeis e assim procurar estratégias para os melhorar.

Dado o momento crítico que atravessamos, até à presente data não existem ainda estudos extensivos de como esta situação de calamidade afetou a capacidade de resposta dos sistemas de saúde. No entanto, já é seguro afirmar que, apesar de ser uma situação extrema, onde são necessários mais recursos que o habitual, o SNS não está completamente preparado para dar resposta às necessidades. Isto, em grande parte, ficou-se a dever ao facto de os médicos de Medicina Interna, que são uma espécie de “especialidade mãe” do SU, estarem concentrados no atendimento a doentes COVID-19, ficando assim uma lacuna por preencher no SU. Um estudo referente à taxa de mortalidade em Portugal no período de 16 de Março a 14 de Abril de 2020, registou um excesso de 1214 óbitos em relação ao esperado, com base na mortalidade média diária dos últimos 10 anos (6). No entanto, este aumento não é explicado exclusivamente pelas mortes reportadas por COVID-19, sendo que apenas 49% deste excesso esteve diretamente relacionado com a pandemia (6).

Deste modo, existe uma crescente preocupação por parte dos governos no investimento e desenvolvimento dos serviços de saúde, tendo o país vindo a assistir a vários investimentos na área de emergência médica nas últimas décadas (7,8). Mas talvez mais importante que a crescente injeção de dinheiro na área da saúde que se tem vindo a

verificar ao longo dos últimos anos, seja uma gestão adequada e inteligente de fundos e recursos.

O SNS criado em 1979 com vista à concretização do direito à proteção de saúde, à prestação de cuidados globais e ao acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, veio suprir inúmeras necessidades e lacunas no nosso país, permitindo-nos estar neste momento em 13º (em 35 países), logo a seguir à Alemanha, no ranking *Euro Health Consumer Index* (EHCI) 2018, sendo esta posição a melhor de Portugal desde o início deste índice em 2006.

No entanto, tal como a prática médica acompanha e se molda aos desafios da medicina moderna, como o aumento da esperança média de vida ou o aumento de doenças crónicas, também a gestão e organização dos sistemas de saúde vai evoluindo e mudando ao longo dos tempos, consoante as necessidades populacionais e as alterações tecnológicas. Na sociedade atual com uma economia mundial caracterizada pela globalização e rapidez de evolução tecnológica, esta gestão organizacional deve ser cada vez mais estudada e pensada, exigindo-se um elevado grau de compromisso das organizações governamentais para que se venha a traduzir num aumento da qualidade dos serviços prestados, assim como na satisfação e sensação de segurança por parte das populações. Referiremos como corolário do atrás dito, ter como objetivo a diminuição dos tempos de espera, a principal lacuna apontada pelos doentes aos SU (1,9). Devido ao facto do envolvimento do doente nos cuidados e nas decisões médicas estar a ganhar cada vez mais relevância, e sendo os doentes, além de utilizadores destes serviços, também os contribuintes para a sua sustentabilidade, faz com que estes não devam ser vistos apenas como elementos passivos do sistema de saúde. Neste sentido, devem ser conhecidas e exploradas as necessidades, opiniões e queixas dos utentes, de forma à criação de mecanismos que tornem o SNS mais eficaz.

O uso do SU por parte de doentes com situações consideradas não urgentes, leva à sobrelotação destes, e conseqüente diminuição da satisfação do doente e da qualidade dos serviços prestados (1,10,11). Neste momento, Portugal é o país que mais utiliza serviços de urgência/emergência *per capita* dentro do espaço OCDE (12,13). Sendo assim, a recorrência a estes serviços de forma racionalizada vai depender, em parte, do adequado funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (14). Regra geral, todos os utentes que se deslocam a um Centro de Saúde (CS) conseguem consulta no próprio dia (15), no entanto vários estudos comprovam (16) que aqueles que se dirigem aos CS e são confrontados com dificuldades na marcação de consulta, poderão ter maior tendência a utilizar menos estes serviços (15).

Como explicação para o aparente uso abusivo do SU vem a falta de qualidade/quantidade dos serviços de CSP, especificamente os CS (17,18). No entanto, outros estudos

demonstram que nem sempre isso é verdade, pois doenças crescentes nos dias de hoje, do foro psiquiátrico e psicossomático, ou outros fatores como classe social baixa, crianças pequenas ou a proximidade aos serviços de urgência pediátrica, aumentam o recurso inapropriado ao SU (17).

Na década de 80 criaram-se dois novos tipos de serviços: os Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e os Serviços de Atendimento Complementar (SAC), com vista a um descongestionamento do já lotado SU (18,19). No entanto, com o tempo veio-se a verificar que estas não foram medidas eficazes, pois, na prática os SAP apenas serviram como uma consulta suplementar aos CS e parte dos utentes que procuram estes serviços apenas o fez para colmatar falhas na assistência médica dos CS (18,20,21). Dado isto, estudos realizados vieram a comprovar (18) que, apesar do médico de família ter claramente um importante papel no atendimento de situações urgentes, os valores de utilização destes serviços ainda continuam bastantes baixos quando comparados aos valores de utilização do SU (18).

Um estudo de Idalmiro Carraço, publicado na *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, em 1998, que fala sobre o acesso aos CSP em situação de urgência, relata que a utilização do SU era independente da facilidade de acesso dos pacientes ao seu médico de família. Nessa mesma edição da revista, Joaquim Palma verificou que existe uma dificuldade de acesso por uma parte relevante de doentes ao médico de família em caso de urgência (17). Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo principal a caracterização da Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência (EMUE), assim como análise da possível criação desta especialidade em território nacional, com vista a uma melhor qualidade e gestão dos serviços de saúde.

2 – Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência

2.1 Caracterização da especialidade

A especialidade de Medicina de Urgência e Emergência engloba variadas competências que a distingue das demais especialidades médicas. Foca-se em diversos componentes, que vão desde o pré-hospitalar, atualmente assegurado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), até à manutenção do SU propriamente dito. É uma especialidade que passa pela prevenção, diagnóstico, até ao manuseamento de situações agudas, situações estas que podem ir desde a doença física à doença psiquiátrica e comportamental, abrangendo todas as faixas etárias. A criação desta especialidade procura integrar o pré-hospitalar com o intra-hospitalar, o que na realidade neste momento não acontece, pois cada um está sob responsabilidade de entidades diferentes. Visto que em situações de emergência o fator *tempo* é imperativo, esta coordenação e simbiose existente entre o atendimento pré-hospitalar, a admissão hospitalar e o posterior manuseamento dos casos, seja a alta ou a transferência para outro serviço/especialidade, torna-se crucial para uma boa gestão e efetividade dos serviços prestados. De salientar que apesar de não existir possibilidade de controlo pela procura do SU, é fundamental gerir o tempo de permanência e a capacidade de dar “altas”. Aliada a uma boa organização das equipas, a efetividade do tratamento numa sala de emergência requer um conhecimento inter-disciplinar, competências técnicas de ressuscitação, comunicação, conhecimento de prioridades e tomada de decisões (22). Esta especialidade tem como objetivo a procura de uma abordagem mais padronizada, supervisionada e integrada, não só sobre o doente isolado mas também da comunidade onde se insere (22). Como tal, possui protocolos e algoritmos a aplicar em situações específicas. Visto ser uma área de grande abrangência médica, isto é, dá foco a uma panóplia de doenças e situações clínicas que podem ir desde uma doença súbita até situações de sinistrados, catástrofes ou até epidemias. Um especialista em Medicina de Urgência e Emergência (MUE) deve conhecer as particularidades do pré e intra-hospitalar, devendo saber lidar rapidamente com a diversidade de situações que lhe podem ser apresentadas (22). Por outro lado, devido ao contínuo avanço da Medicina, da esperança média de vida, do crescente número de doenças crónicas e degenerativas, uma vertente mais geriátrica e paliativa não pode ser esquecida nem negligenciada (22). Dado isto, podemos concluir que existem diferenças entre um médico formado em MUE e um médico que atualmente trabalha no SU em Portugal. Uma dessas principais

diferenças pode-se dizer que passa pelo nível de autonomia, que a longo prazo se vem a refletir eficiência de trabalho. Um médico com formação em MUE é capacitado para lidar com qualquer tipo de situação emergente que surja, sem uma necessidade tão grande de dependência de terceiros. Por outras palavras, um especialista em MUE é treinado para, de modo mais rápido, intuitivo e autónomo, dar solução imediata qualquer caso de doença súbita ou sinistrado, seja ela pela resolução do problema ou pelo encaminhamento para outro serviço.

Assim, a EMUE procura englobar todas as faculdades necessárias para o manuseamento de situações emergentes, integrando conhecimentos de variadas especialidades numa só. Deste modo, acaba por ser uma especialidade inteiramente dedicada ao manejo de casos de doença ou lesão que requerem tratamento médico imediato.

2.2 Panorama europeu da especialidade

Atualmente esta especialidade é reconhecida em mais de 80 países em todo o mundo. Contudo, trata-se de uma especialidade relativamente recente na Europa. Em 2001 apenas era reconhecida no Reino Unido e na Irlanda, porém hoje é reconhecida como especialidade primária em vinte e nove países europeus e como supra-especialidade em três deles (23). Portugal faz parte de uma minoria de seis países na Europa que não reconhece a especialidade (23). Em trinta e dois países europeus, o SU é assegurado por médicos com formação nesta área. Os períodos destas formações são distintos de país para país, variam de 2-3 anos, onde a EMUE é reconhecida como supra-especialidade e entre 4-5 nos países onde é reconhecida como especialidade primária (24).

Dado o historial recente desta especialidade na Europa, a sua prática, assim como a sua visão não é uniforme por todos os países. Deste modo, a União de Médicos Especialistas (UEMS) juntamente com a Sociedade Europeia de Medicina de Emergência (EUSEM) criaram um documento oficial, publicado pela primeira vez em 2002 e apresentada a sua última atualização em 2019, intitulado *European Core Curriculum for Emergency Medicine*. Este documento tem como principal função definir a especialidade, explicar os principais conceitos subjacentes à sua distinção das demais e enumerar as competências esperadas de um médico especialista em MUE (25). A EUSEM foi criada em 1994 e incorpora agora uma Federação de 30 sociedades nacionais europeias de Medicina em Emergência e conta com cerca de 14000 membros médicos (25).

Visto possuir uma regulamentação a nível central, através da EUSEM, permite assim a livre circulação de médicos especialistas entre estes países. Além disso, existe ainda o *The Emergency Medicine Examination Reference Group for Europe* (EMERGE), criado

em 2014, sendo uma organização conjunta da UEMS/EUSEM que realiza e supervisiona o *European Board Examination in Emergency Medicine – EBEEM* (25). O *EBEEM* é um exame dividido em duas partes e foi desenvolvido com o intuito de confirmar a adequação dos candidatos à prática independente como médicos de Emergência em qualquer país da União Europeia (EU). Este exame avalia os conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para a prática clínica de MUE ao nível de especialista ou consultor na prática privada. A aprovação neste exame certifica que o candidato está apto à liderança num departamento de MUE (26).

Fora de Portugal, esta especialidade é responsável pela liderança em situações de crise, tanto local como global, revelando especial importância no contexto de saúde pública e proteção civil.

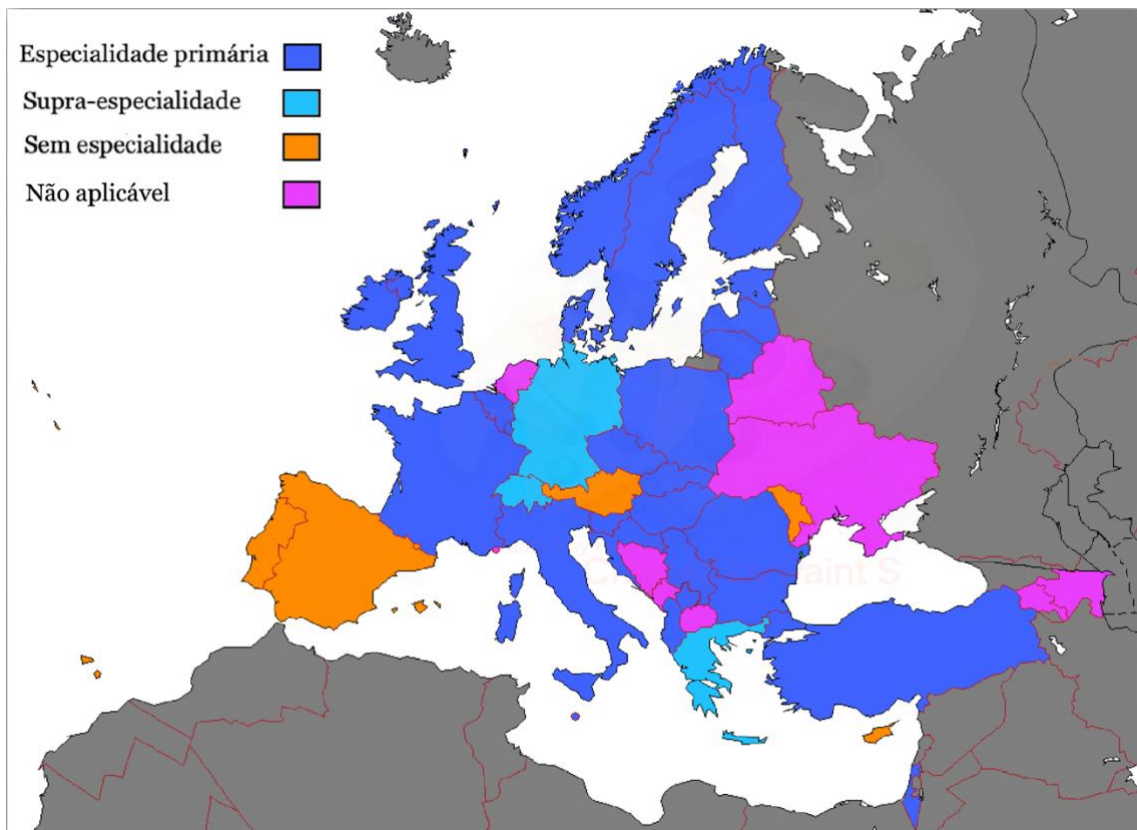


Figura 1 - Panorama da especialidade nos diferentes países europeus

2.3 Panorama nacional: áreas de atuação em Medicina de Urgência e Emergência

Em Portugal apesar de não existir uma EMUE, existe, além de um Colégio de Competência em Emergência Médica, um sistema dedicado a atender situações de emergência. O INEM é o responsável pela coordenação do funcionamento em território de Portugal continental pelo Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) (27). Assim, o INEM é responsável pela pronta prestação de cuidados de saúde em situações de sinistrados ou vítimas de doença súbita no próprio local da ocorrência, assim como o posterior transporte assistido das vítimas e de toda a articulação entre os vários intervenientes do SIEM (27). Através do Número Europeu de Emergência – 112, disponível 24h por dia, são feitos os contactos de pedido de ajuda. Geralmente estas chamadas são atendidas em centrais de emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP), no entanto, atualmente, as chamadas que dizem respeito a situações de saúde são encaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. O funcionamento do CODU é assegurado por médicos e técnicos com formação específica. A este compete atender e avaliar os pedidos de socorro recebidos fazendo assim a triagem dos casos, o aconselhamento de pré-socorro, a seleção e acionamento dos meios de socorro adequados, o acompanhamento das equipas de socorro no terreno e o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes (27). Mediante as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, o CODU tem à sua disposição diversos meios de comunicação e atuação, como as ambulâncias INEM, as motas, as viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER) e os helicópteros de emergência médica, assim como a capacidade de selecionar e preparar a receção hospitalar dos diferentes doentes (27). O INEM possui ainda dois sub-sistemas, o CODU-MAR que atua em situações de emergência a bordo de embarcações e o CIAV (centro de informação antivenenos) que presta informações necessárias, no âmbito da toxicologia, tanto a profissionais de saúde como ao público em geral, referentes a intoxicações agudas ou crónicas, relativas ao diagnóstico, quadro clínico, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos. Estes tóxicos podem ser das mais variadas origens, desde medicamentos a produtos de utilização doméstica ou industrial, produtos naturais, plantas ou animais. Em Portugal o SU é um serviço público de atendimento a doentes agudos, com uma distribuição nacional baseada na densidade populacional e nas distâncias entre as localidades e os serviços (28). O SU divide-se em três tipos de estruturas de diferenciação crescente: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (28).

Como se pode constatar pelo parecer da Entidade Reguladora de Saúde no ponto (19) da bibliografia, a rede de SU a nível nacional está planeada de forma razoável e sensata para as necessidades, no entanto na prática isto não se tem verificado. Uma das principais razões está no facto do acesso ao SU ser livre, isto é, além dos casos que lá chegam referenciados por outros serviços, qualquer cidadão em território nacional se pode dirigir a estes serviços por vontade própria. Esta liberdade de acesso constitui assim um dos principais motivos que leva à saturação e à incapacidade dos profissionais de saúde em prestar um serviço de qualidade (29). Esta sobrelotação leva ainda a outros problemas secundários, responsáveis pela degradação da qualidade de serviço prestado, como atrasos no diagnóstico/tratamento de doentes graves e aumentos de custos com exames e tratamentos desnecessários (29).

Uma das formas encontradas de gerir o atendimento a estes doentes foi a criação de uma triagem na admissão. Conhecida como *triagem de Manchester*, é um método que assenta no estabelecimento de prioridade clínica de acordo com cinco níveis, a que são atribuídas cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) que vão do menos grave (azul) ao mais grave (vermelho). Esta triagem é baseada em queixas clínicas e consoante cada cor, há um objetivo de tempo máximo de espera por parte do doente.

Atualmente, o SU é um dos maiores problemas do SNS em Portugal. Se por um lado temos os doentes que se queixam de longos períodos de espera, por outro, temos os profissionais de saúde que alegam falta de condições de trabalho, como por exemplo pesadas cargas horárias (1). Dado ser um serviço que não corresponde a nenhuma especialidade, torna-se assim como uma espécie de “terra sem dono”, sendo obrigatório fazer recrutamento de médicos de outras especialidades e por vezes de médicos sem especialidade. Assim, a distribuição da carga horária semanal de médicos hospitalares é repartida entre o serviço de origem do médico e o SU, resultando na necessidade destes médicos hospitalares abdicarem de uma determinada percentagem do seu horário semanal para assegurar o funcionamento do SU. Por outro lado, convém ressaltar que apesar da existência de uma Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos não existe nada que imponha que os médicos que trabalham no SU sejam detentores desta.

Em geral, estima-se que em Portugal cerca de 35% dos casos que dão entrada no SU são considerados pouco urgentes ou não urgentes (29). Dados oficiais, disponíveis no Portal da Transparência do SNS, revelaram que no ano de 2018, 40% dos atendimentos em SU nos hospitais públicos foram triados com pulseiras verde e azul, isto é, situações pouco urgentes ou não urgentes. Traduzindo isto para números, equivale a 2,2 milhões de consultas realizadas no SU em apenas um ano, que se pensa deveriam ter sido feitas em outros serviços, como os CSP.

2.4 Escolha da especialidade

A escolha da especialidade médica é talvez a mais importante decisão na vida de um futuro médico. No entanto, é uma escolha que vai pendendo em distintas direções ao longo ao tempo. Desde o momento que o estudante ingressa na faculdade até à altura em que já como médico, opta por uma das variadas especialidades ou até por nenhuma, pois atualmente não existem vagas de especialidade para todos os médicos recém-formados, impedindo assim um número crescente de médicos de se especializarem (30).

Esta decisão pode ter em conta variados fatores. Um estudo realizado em 2013 na Finlândia, aponta como principal fator a diversidade de trabalho, seguida dos bons exemplos dados pelos colegas dessa especialidade, das experiências positivas durante o processo de aprendizagem, das boas perspectivas de empregabilidade, da carga horária razoável, etc (31). No entanto, esta ideia de futura especialidade não é estável. Pode ser vista como um processo gradual de acumular de ideias, gostos e experiências que evolui ao longo do processo de aprendizagem médica (32) e possivelmente ao longo da carreira médica também.

A satisfação profissional de um médico ao longo da sua carreira tem diversos aspetos que a podem influenciar como por exemplo, a quantidade de trabalho, o stress associado ao local de trabalho, a organização do espaço, a qualidade do serviço prestado, o acesso desses serviços aos pacientes, uma justa distribuição de recompensas (31), assim como o período de vida pessoal em que este se encontra, por exemplo períodos de gravidez. Para isso, estes profissionais devem procurar uma especialidade que considerem interessante do seu ponto de vista pessoal mas também que se adapte à sua personalidade e à sua vida (32,33).

Ao mesmo tempo, esta escolha deve ser ponderada ao longo do período de aprendizagem, tendo assim a orientação profissional durante a própria faculdade e também após, um papel a desempenhar (35). Por esta orientação entende-se, a informação esclarecida sobre a demanda de cada especialidade atual em cada país, dando deste modo ferramentas para que futuros especialistas possam levar determinada especialidade em consideração ou mesmo considerar outra que não seria a sua primeira opção.

Uma pesquisa nacional de 1740 estudantes de Medicina no último ano e médicos em especialidade, constatou que mais de metade dos entrevistados estavam muito insatisfeitos com as orientações de carreira que receberam e 16% dos mesmos inquiridos relataram que a falta de aconselhamento os levou a escolher uma especialidade da qual agora se arrependem (36).

3 – Implementação da especialidade

3.1 Colégio de Competência em Emergência Médica

Esta especialidade assenta principalmente na atuação em situações de emergência/urgência nos mais variados ambientes, pré, intra e inter-hospitalar. Além disso, tem ainda abrangência a medicina de catástrofe, missões humanitárias, ameaças NRBQ, terrorismo e medicina tática (22). Agrega saberes na estabilização de um doente agudo em risco de vida e/ou com falências vitais instaladas.

Em 1997 foi iniciado o processo de criação do Colégio de Competência em Emergência Médica (CCEM), sob proposta do Dr. Vítor Almeida do então Conselho Nacional do Médico Interno, sendo aprovado em 2000 o relatório onde era constituído um grupo de trabalho coordenado por Dr. João Paulo Almeida e Sousa. Um ano mais tarde, a Ordem dos Médicos (OM) assume o documento regulamentador da Competência em Emergência Médica e nomeia a Comissão da Competência em Emergência Médica que fica responsável pela elaboração deste documento regulamentador, sendo o processo de admissão iniciado em 2003. Este referido documento define e descreve assim, de modo polivalente e transversal, os objetivos, programa curricular, as entidades competentes para a formação e os critérios de admissão, sendo a Competência aberta à inscrição de qualquer médico, de qualquer especialidade ou mesmo sem especialidade, incluindo internos complementares que cumpram os requisitos. Este processo de admissão foi iniciado em 2003, contando agora esta Comissão de Competência com cerca de 783 médicos aprovados.

O organograma é constituído por 3 médicos eleitos pelos seus pares, inscritos na respetiva Competência. Deste modo, foi entregue ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) uma proposta de modo a aproximar, do ponto de vista orgânico, os Colégios de Especialidade, Subespecialidade e Competência. Foi então proposto ao CNE os seguintes grupos de trabalho temáticos para a facilitação da concretização dos trabalhos propostos:

- Normas de boa prática em Trauma;
- Transporte de doente crítico;
- Desfibrilhação Automática Externa por não médicos;
- Organização dos SU/Formação específica em Medicina de Urgência e Emergência;
- Medicina de catástrofe;
- Formação específica em Cirurgia de Emergência.

No caso do Trauma, a iniciativa contou com a nomeação de representantes de diversos Colégios de Especialidade da OM. No caso do Transporte de doente crítico, contou-se com a participação do Colégio de Subespecialidade de Medicina Intensiva e foi assumido em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Foi ainda assumido que, após conclusão do trabalho de cada grupo, seja criada uma Comissão de Acompanhamento para a prossecução das ações necessárias à operacionalização e seguimento dos projetos em causa.

Assim um grupo de trabalhos criado pelo Ministério da Saúde, elaborou em 2019 uma proposta para a criação da EMUE, que tem como objetivo a substituição do atual modelo, que assenta em rotatividade, mudanças constantes em estruturas hierárquicas, instabilidade no planeamento, heterogeneidade formativa e profunda desmotivação profissional. Esta proposta defende: uma adaptação do *Curriculum Europeu* ao modelo nacional, com 5 anos de Internato; “admissão por consenso”, ou seja, é convicção do CCEM que todos os médicos que exercem já na área de Medicina de Urgência/Emergência devem ser valorizados, assim todos aqueles que sejam detentores de um currículo que demonstre a existência de uma formação contínua e atualizada nesta área (com critérios ainda a definir pela OM), fariam parte de um *core* inicial de especialistas para desencadear o processo formativo das gerações futuras; definir uma fase de transição alargada a especialistas que exercem no SU e que permita uma dupla titulação mediante apresentação de currículo válido. Esta fase de transição permitiria, não só evitar uma disrupção no SU, mas também abrir portas motivacionais aos médicos que estão atualmente em formação e que desejam seguir esta área; paralelamente à implementação, desenvolver todos os esforços possíveis para redefinir a legislação atual que não protege os médicos dos danos causados por uma carga laboral prejudicial; a criação de equipas de especialistas em MUE a complementar o SU, juntamente com as especialidades já estabelecidas nestes serviços; criação de quadros próprios nas entidades que prestam emergência pré-hospitalar, incentivada através do Internato e não com um recrutamento sem regras, como está estabelecido atualmente.

3.2 Organização da especialidade em Portugal

O CCEM com a realização da Proposta para a criação da Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência Médica, definiu já como seria o *Curriculum* para a EMUE que consiste no seguinte:

- objetivos, conteúdos, experiências, *outcomes* e processos do programa de ensino;

- incluir a descrição da estrutura de treino, tais como critérios de admissão, duração e organização, bem como a metodologia de ensino, supervisão e avaliação.

Este *Curriculum* deve seguir o caminho definido pela EUSEM de 5 anos de Internato e preparar o médico para exercer autonomamente a partir do 5º ano em todas as áreas de atuação supracitadas em doentes de todas as faixas etárias.

Relativamente à área da Pediatria, o médico deve ser capacitado para exercer emergência pré-hospitalar e nos SUB, SUMC e SUP. Devendo ser integrado em equipas dedicadas à Urgência Pediátrica, no entanto sem substituir especialistas em Pediatria.

De realçar que o objetivo da criação desta especialidade é complementar o sistema, isto é, servir de reforço às especialidades já existentes, tentando assim corrigir lacunas existentes nas áreas de atuação. Deste modo, não é objetivo da especialidade que o SU seja apenas constituído por especialistas nesta área mas sim a criação de núcleos fixos, devidamente organizados e formados, em colaboração com outras especialidades.

Na véspera de se assinalar o Dia Internacional da Medicina de Emergência e Urgência (27 de Maio), um grupo com cerca duas dezenas de médicos criou a Sociedade Portuguesa de Medicina de Urgência e Emergência (SPMUE), com o principal objetivo de promover a criação da EMUE em Portugal mas também com uma série de outros objetivos como a formação, a cooperação com peritos e organizações congéneres nacionais ou estrangeiras, a divulgação de documentos científicos ou o estímulo à investigação (37). É também pretendido a promoção da representação socioprofissional dos médicos que exercem já nesta área. Deste modo, aliado ao apelo público da EUSEM, que defende uma “resposta mais homogénea a nível europeu”, a SPMUE pretende promover esta especialidade por duas vias. Uma das quais passa pela criação de um currículo português que siga o modelo europeu, baseado em cinco anos de formação contínua (37). A outra, mediante a possibilidade de uma dupla titulação aos médicos que já exercem neste momento na área de urgência/emergência médica, através da apresentação de um currículo válido e de uma especialidade já concluída (37). Nesse mesmo dia, o bastonário da OM, Miguel Guimarães, afirmou que irá ser promovido um debate interno entre os seus pares, a começar pela Medicina Interna, com vista à discussão da criação da EMUE (37).

3.3 European Curriculum of Emergency Medicine

O *European Curriculum of Emergency Medicine* foi publicado pela primeira vez em 2002 pelo EUSEM e atualizado pela última vez em 2019 em conjunto com a UEMS. É um documento criado com o objetivo de definir a especialidade, explicando os principais

conceitos subjacentes à sua distinção e listando as competências que devem ser esperadas de especialistas nesta área (25). Este documento faz assim uma listagem das competências gerais que um médico especialista nesta área deve possuir assim como os problemas que um especialista deve ser capaz de resolver, as condições em que devem ser capazes de reconhecer e coordenar, os procedimentos capazes de realizar e as investigações que devem ser capazes de interpretar (25). Não obstante, possui também uma orientação para internos e especialistas europeus na aquisição das competências essenciais na área da emergência médica para a realização do *EBEEM* (25). Assim, é esperado que este documento estabeleça os princípios essenciais a um programa de formação unificado, com objetivos comuns, padrões de treino semelhantes e uma transferência de habilidades e conhecimento por todos os países europeus.

A segunda secção do referido documento lista assim as competências principais, dividindo-as posteriormente em subsecções. A secção 2.1 aborda as competências a nível de “Triage e Ressuscitação”. Relativamente à triagem, devido ao facto de existirem diversos sistemas diferentes é aconselhado a usar aquele que mais se adequa. Em relação à ressuscitação é sugerido a adoção do algoritmo ABCDE (25).

Na secção 2.2 são abordados “Sintomas, Sinais e Situações”, onde é listado o conjunto de sintomas, sinais e situações que dão ao especialista um ponto de partida para: estimar a gravidade da condição do paciente; iniciar terapêutica imediata, caso necessário; estimar as probabilidades de possíveis condições onde o momento da terapia afeta a morbimortalidade; selecionar e interpretar investigações relevantes (25). A estes especialistas não é pedido uma listagem de diagnósticos diferenciais para cada sinal ou sintoma, mas sim dominar as abordagens que permitem estimar as probabilidades de determinada condição consoante o tempo de evolução, como por exemplo: diante de uma queixa de dor no peito, o especialista deve obter rapidamente informações de uma história clínica focada e direcionada, podendo usar outros meios acessórios como o exame físico ou exames laboratoriais para conseguir estabelecer as probabilidades de essa dor se dever a um síndrome coronário agudo, uma disseção da aorta ou uma embolia pulmonar (25). Esta abordagem deve sempre levar em conta a prevalência local da cada situação (25).

No seguinte ponto 2.3 abordam-se “Diagnósticos e Síndromes”, sendo o termo “condição” dado ao conjunto de diagnósticos e síndromes. Assim, as condições que são o principal foco da EMUE são aquelas que são sensíveis no tempo, ou seja, aquelas para as quais um tratamento oportuno, no escopo de horas a dias, tem impacto na morbimortalidade do doente. Deste modo, esta secção apresenta uma listagem das principais condições sensíveis no tempo. Contudo, um especialista em MUE deve: conhecer os fatores de risco da condição em causa para poder avaliar a sua probabilidade;

conhecer os possíveis sintomas, sinais e situações da condição; ser capaz de estimar a probabilidade de o paciente padecer de determinada doença, consoante o histórico clínico, os achados físicos e os exames laboratoriais; saber como coordenar inicialmente, no âmbito da Medicina de Emergência, pacientes potencialmente afetados com estas condições, incluindo ter a capacidade de estimar os riscos/benefícios dos diversos tratamentos para cada paciente; e saber com quem entrar em contacto para a coordenação de doentes fora do campo da Medicina de Emergência, assim como todo o processo de transferência do doente (25).

A secção 2.4 fala sobre “Procedimentos e Testes de Diagnostico”, onde são listados os procedimentos que um médico especialista deve ser capaz de executar e os testes de diagnóstico que este deve poder solicitar assim como interpretar adequadamente. Para cada procedimento o médico deve ser capaz de: conhecer as suas indicações; conhecer as suas contra-indicações; ser capaz de realizar sistematicamente e eficientemente o procedimento; conhecer as suas possíveis complicações assim como manejá-las inicialmente; e conhecer o manejo pós-procedimento (25). Num procedimento que envolva farmacoterapia, um especialista deve conhecer as indicações deste, assim como contra-indicações, interações, efeitos secundários e dosagens dos medicamentos relevantes (25). Relativamente aos testes de diagnóstico o médico deve: conhecer a sua sensibilidade e especificidade para condições sensíveis no tempo; conhecer as suas possíveis complicações; e ser capaz de interpretar sistematicamente os resultados dos exames pedidos (25). Alguns dos procedimentos aqui listados (por exemplo, toracotomia), apesar de poderem ser de elevada importância em certas situações, raramente são indicados, assim sendo, apesar de ser desejável manter estas competências em todos os especialistas, provavelmente não será alcançável. Desta forma, em casos desta ambivalência são assinaladas estas situações na listagem (25).

Segue-se a secção 2.5, onde se aborda o “Raciocínio Clínico e Tomada de Decisões”. Após a aquisição das informações necessárias e a avaliação das probabilidades de condições sensíveis no tempo, um especialista precisa decidir quais os testes ou tratamentos adicionais são do interesse do doente, assim como se esses testes e tratamentos podem ser realizados fora do hospital ou se é necessário internamento hospitalar (25). Estas decisões baseiam-se não apenas nas probabilidades das condições mas também nos riscos/benefícios das investigações e tratamentos para cada doente, levando em consideração as comorbidades, os desejos do doente, o valor dos procedimentos, as circunstâncias sociais, a capacidade funcional do doente, etc (25). Estas decisões devem ser sempre tomadas ponderando bem o risco/benefício para o doente, assim como as limitações do sistema de saúde vigente. Deste modo, é apresentada uma lista de situações específicas que podem afetar a tomada de decisão do médico.

Por último, na secção 2.6 abordam-se as “Competências Profissionais”, que por sua vez se dividem em seis pontos: competências organizacionais; comunicação e colaboração; educação e pesquisa; avaliação e melhoria dos cuidados de saúde; profissionalismo, ética e médico-legal; advocacia em saúde; desenvolvimento profissional contínuo; e utilização da tecnologia e gestão de informação (25). Estes pontos abordam de uma maneira mais generalista a organização da especialidade em ambiente hospitalar, assim como algumas áreas de atuação: medicina de catástrofes; segurança, prevenção e manejo de situações de violência; suporte ao domicílio; e cuidados pré-hospitalares.

Em jeito de conclusão, este Currículo tem como objetivo servir de guia e padrão para todos os países europeus que procuram formar médicos em Urgência/Emergência.

4 – Aplicabilidade em Portugal

4.1 Serviço de Urgência em tempos de COVID-19

Aproveitando uma vez mais o exemplo da pandemia atual, podemos constatar que o problema do SU não está na falta de recursos mas sim no grande número de doentes que desnecessariamente ocorrem a estes serviços (12,36,37). Conclusões de um grupo de investigadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, apontam para um decréscimo global de 45% nas idas ao SU no mês de Março do corrente ano quando comparado ao mesmo período entre 2014 e 2019 (38). Apesar do estudo apresentar algumas limitações admitidas e este decréscimo se poder dever a causas não relacionadas com o COVID-19, os números são bastantes expressivos.

Em contrapartida, um estudo referente à taxa de mortalidade em Portugal no período de 16 de Março a 14 de Abril registou um aumento de óbitos em relação à mortalidade média diária dos últimos 10 anos (6). Sendo que 51% destes óbitos não esteve relacionado com a pandemia (6).

Apesar desta redução de afluência ao SU não estar completamente apurada podemos fazer já algumas suposições. Por um lado, esta baixa afluência poder-se-á dever ao receio, por parte dos doentes, de serem mais facilmente contaminados em meios hospitalares, evitando assim a deslocação ao SU (36,38). Isto aplicando-se a casos não urgentes é um ponto positivo, no entanto, a mesma razão pode ser aplicada a casos urgentes que realmente necessitariam de atendimento no SU. Por outro lado, devido ao confinamento/quarentena temos também menos situações como acidentes rodoviários, acidentes de trabalho, procura de baixas profissionais, traumatismos desportivos, etc (38). Estas últimas causas contudo podem ser contrabalançadas com outras, que nestas condições, se esperam que aumentem, como acidentes domésticos, casos de violência doméstica no domicílio, criação de dependências, etc (38).

A percentagem de doentes nas urgências diminuiu globalmente, desde os menos graves até aos mais graves, contudo é na redução dos doentes menos graves que nos devemos focar. Se foi possível esta redução em tempos de pandemia é de esperar que seja possível manter estes números quando esta situação termine. Comparativamente ao mesmo período do ano passado, o número de doentes pouco urgentes (triados com pulseira verde) diminuiu em 47% (12), o que nos leva a crer que cerca de metade das situações poucos urgentes que dão entrada no SU poderiam ser evitadas.

Posto isto, podemos tirar duas conclusões. Por um lado, observamos que é possível uma redução considerável de entradas no SU das situações desejáveis, os doentes pouco

urgentes (pulseiras azuis e verdes). Por outro lado, os dados mostram que esta descida acentuada de idas ao SU (tanto de casos não urgentes como de casos urgentes), implicou uma subida na mortalidade. Assim, é possível deduzir que este aumento da mortalidade em casos não relacionados diretamente com o COVID-19, se pode dever à não ida ao SU dos casos urgentes. Deste modo, constatamos a importância e o peso que o SU tem no SNS.

4.2 Benefícios com a criação da especialidade

Atualmente, segundo a legislação, médicos a partir dos 50 anos estão dispensados de fazer urgência noturna e a partir dos 55 anos estão dispensados de fazer urgência quer de noite quer de dia. Esta não é de todo uma situação sustentável, pois os médicos portugueses constituem um grupo profissional globalmente envelhecido, sendo que 54% têm mais de 50 anos e o escalão entre os 50 e os 59 anos representa 30% da totalidade de médicos no ativo (41). Caso todos os médicos que se encaixam nestes critérios fizessem uso desta dispensa uma parte significativa do SU em Portugal colapsaria (42). Existiram já vários sinais de alarme, como no Hospital São José ou na Maternidade Alfredo da Costa, ambos em 2018, onde foram apresentadas cartas de demissão por parte dos profissionais de saúde que asseguram estes SU. O motivo destas demissões ficou-se a dever à falta de condições de trabalho, grande carga de horas de trabalho e exaustão dos profissionais (40,41).

Por definição, os médicos especialistas hospitalares têm 12 ou 18 horas semanais dedicadas ao SU que por vezes chegam a ser mais de 24 horas, por falta de recursos humanos. Este problema crónico de falta de recursos humanos faz com que cada vez mais especialistas de outras áreas tenham de fazer horas extraordinárias no SU. Quando são contabilizadas as horas totais que um especialista dedica ao SU percebemos que quase na totalidade dos casos metade do seu horário semanal é investido no SU. O que além da maior despesa que o Estado tem a pagar horas extraordinárias, faz com que surja outro problema: as horas que ficam por fazer nos serviços de origem destes mesmos médicos. Assim, um médico especialista passa metade do seu horário semanal no SU, em vez de aumentar a sua disponibilidade para realizar as consultas da sua especialidade. Com a atribuição de uma parte considerável do horário do SU a médicos especialistas em MUE, além da menor necessidade de horas extraordinárias, era também aliviada a carga horária da maioria dos especialistas hospitalares, permitindo-lhes deste modo dedicarem mais tempo ao seu serviço base e evitando situações *burnout* e exaustão profissional.

Uma outra clara vantagem da criação desta especialidade seria uma formação contínua e padronizada, feita através do Internato, devidamente regulada pela Ordem, o que vem sendo a grande mais-valia dos modelos da especialização em Portugal. Na Medicina de Urgência e Emergência em Portugal essa formação e devida regulamentação pela OM não existe. Dado isto, outro dos atuais grandes problemas do SU, que atualmente foge ao controlo da OM, está no recrutamento. Não existe um controlo a nível formativo, nem de atualizações/recertificações dos médicos recrutados. Atualmente um grande número de médicos sem especialização (médicos indiferenciados), trabalha no SU de norte a sul do país. Estes médicos não têm qualquer tipo de formação na área de MUE, o que torna esta questão num problema pertinente. É problemático do ponto de vista dos doentes que não recebem um atendimento especializado, do ponto de vista do SNS que acaba por perder eficiência mas também dos próprios médicos que se podem ver diante situações clínicas para as quais nunca foram treinados nem preparados. Além disso, é um problema que se tende a agravar no futuro, pois com o crescente número de médicos indiferenciados (42,43), os que não conseguem uma vaga de especialidade acabarão por trabalhar no SU como forma de escape. Dada a pressão do mercado laboral para o aumento de médicos sem especialidade, o SU acabará por substituir médicos especialistas por médicos indiferenciados. Isto é, visto que as prospeções são de um aumento crescente de médicos sem especialidade, pois as vagas nas faculdades de Medicina não estão a diminuir nem as vagas de especialidade a aumentar, estes médicos são assim forçados a procurar outros caminhos para o seu futuro que não passem pela especialização, como trabalhar no sector privado, emigrar ou dedicarem-se a fazer turnos no SU como médicos indiferenciados (30).

Por outro lado, um médico especialista e dedicado inteiramente ao SU tem um sentido de pertença ao Serviço, mantendo uma atividade estruturada e contínua, facilitando a gestão de problemas clínicos, promovendo mais a investigação e permitindo planeamentos a longo prazo. Contrariamente aos médicos que trabalham neste momento no SU sem formação específica para essa área e muitas vezes sem a vocação ou a motivação necessária, um médico especialista em MUE seria formado e treinado com vista a suportar estes serviços, não havendo a necessidade de se ter de adaptar a um serviço que não é o seu de base. Assim, ao invés de um médico indiferenciado que não tem qualquer ligação ou vínculo ao SU, um especialista em MUE contribuiria para melhorar a eficiência do SU, com ganhos em saúde, mas também com uma redução de custos para o sistema.

Todavia existem alguns receios de desvantagens que possam advir da criação desta especialidade. Como a de que esta especialidade iria desprover o SU dos saberes e competências já instalados por outras especialidades, que deixariam de estar tanto na

linha da frente. Existe também a questão do *burnout*, pois como é sabido existe uma maior vulnerabilidade destes profissionais padecerem desta síndrome (45). No entanto, ambas as questões podem ser rebatidas. O *Royal College of Emergency Medicine Forum* identificou os seguintes fatores como sendo os principais responsáveis pelo desgaste (*burnout*) (46):

- turnos não sustentáveis com alta frequência de horas de trabalho;
- pobre moral dentro do departamento ou faltas de respeito perceptíveis;
- ambiente de trabalho mau com altos níveis de stress;
- más condições de trabalho e más remunerações;
- desigualdade de apoios entre diferentes médicos

Em função disso, serão as Direções do SU que deverão procurar a criação de turnos sustentáveis, com horas de trabalho dentro dos padrões de outras especialidades, inspirar confiança, empatia e sentido de entreajuda nas suas equipas de modo a manter motivados os seus profissionais. Em contrapartida, em poucos anos será possível a criação de quadros próprios do SU, com especialistas formados para o efeito e um ajuste real das necessidades de médicos nos hospitais. Por outra parte, seria também essencial que as Direções do SU fossem assumidas por pessoas dedicadas e pertencentes ao serviço e não como acontece na maioria dos casos, onde essas Direções são compostas por pessoas externas ao serviço. É também necessário quebrar alguns dogmas, pois a criação desta especialidade traria benefícios aos médicos que neste momento sustentam o SU, com uma redução do risco de *burnout* a quem é obrigado a dedicar parte substancial do seu horário de trabalho a este mesmo SU sem que se sinta motivado para tal função. Relativamente à questão de o SU perder conhecimentos previamente instalados, devemos estar cientes de que um médico especialista em MUE estaria preparado para lidar e estabilizar todo o tipo de situações urgentes e caso necessário, encaminhar o doente (já estabilizado) para outra especialidade. Deste modo, o SU não perderia valências mas passaria sim por uma reestruturação organizacional, que faria com que todas as especialidades/conhecimentos continuassem igualmente à disposição do doente, este apenas seguiria uma cadeia de tratamento diferente. Por outro lado, o objetivo da criação da especialidade não passa pela substituição completa das equipas, que neste momento trabalham no SU, por equipas de especialistas em MUE. Passa sim, por um agregar de especialistas em MUE às atuais equipas, complementando-as com habilidades e saberes dirigidos a este tipo de serviço.

5 – Conclusão

O SU é a porta de acesso a cuidados de saúde que nunca está fechada, o que leva com que muitas vezes os doentes o utilizem sem critérios clínicos, chegando lá as mais variadas situações, desde o doente emergente ao não urgente, passando por situações que são exclusivamente casos sociais. Aliado a isto, existe o fator de insatisfação com este tipo de serviço de saúde, tanto por parte de muitos doentes que o utilizam como por parte dos profissionais que nele trabalham. Dado que esta situação dura há já longos anos, apesar de se ter falado da sua alteração, a presente pandemia de COVID-19 veio criar mais uma oportunidade de nos debruçarmos sobre estes problemas e pensarmos numa reestruturação do SU com o objetivo de o tornar mais efetivo, eficiente e seguro.

Dado os problemas serem de índoles distintas, será necessária uma reestruturação a diferentes níveis. Visando a redução dos acessos clinicamente não justificados será importante melhorar o esclarecimento da população sobre a correta utilização dos serviços de saúde, incluindo a promoção e desenvolvimento da Linha de Saúde 24. Todavia, creio que a criação da EMUE poderá ser uma grande alavanca para uma melhoria destes serviços ao permitir a existência de mais médicos habilitados a fazer ponte entre o atendimento pré, intra e inter-hospitalar, contrastando com a atual disrupção existente, assim como a débil formação que é dada aos médicos do INEM. Será também importante melhorar a articulação entre a urgência e os serviços clínicos assegurando a continuidade de cuidados efetiva e sem descontinuidades dispensáveis.

Acredita-se que esta nova especialidade médica trará mais valias ao sistema de saúde português mas também aos próprios profissionais de saúde. Como referido ao longo deste trabalho, neste momento o SU é uma “bomba-relógio” que pode rebentar a qualquer momento, uma vez que assenta numa população médica altamente envelhecida e é um serviço sem uma fonte de recrutamento fixa nem regulada pela OM. Neste momento o SU é assegurado por médicos de distintas especialidades que vão repartindo o seu trabalho entre os seus serviços base e o SU mas também por médicos a contrato, muitas das vezes médicos indiferenciados, que não seguiram o habitual processo formativo completo. Isto leva a que muitas das vezes alguns médicos não se sintam vocacionados para este tipo de trabalho, levando a que a qualidade dos serviços prestados decaia. Associado a isto, existe a questão dos avultados valores gastos pelo Estado português a pagar horas extraordinárias por falta de recursos humanos, além do impacto no funcionamento das outras linhas de atividade clínica pela prioridade que a prestação de trabalho na urgência assume.

Além do mais, o atual modelo de trabalho do SU pouco tem em consideração a qualidade de vida dos profissionais médicos que nele exercem, não lhes permitindo uma oportunidade de carreira nesta área, exigindo, muitas vezes, cargas horárias superiores às ideais e por vezes submetendo-os a situações clínicas para as quais não receberam formação nem treino apropriado, colocando assim em causa a segurança dos doentes.

Aponta-se como muito importante a criação da EUSEM, aceitando-se que transitoriamente seja possível manter a experiência e o conhecimento já instalado no SU através de um processo de dupla titulação, permitindo a médicos experientes que já exercem nesta área continuarem a fazê-lo, mediante a apresentação de currículo que assim o comprove. Por outro, começar-se-á o processo de formar e especializar uma demanda de jovens médicos que ficarão responsáveis por assegurar este serviço no futuro. Evitando assim que o SU colapse por falta de recursos humanos.

Esta valorização permitirá ter um SU mais capacitado, com médicos especialistas melhor preparados e treinados especificamente para as situações clínicas diárias enfrentadas nestes serviços, através de uma formação padronizada a nível europeu e seguindo o exemplo da maioria dos países da Europa. Proporcionando, assim, um atendimento o mais especializado possível e direcionado ao que um doente pode requerer de um SU, aumentando também a segurança do doente.

6 – Referências bibliográficas

1. Gomes, J., 2018. Caos Nas Urgências. O Que Se Está A Passar Nos Hospitais Portugueses?. [online] Observador. Available at: <<https://observador.pt/explicadores/caos-nas-urgencias-o-que-se-esta-a-passar-nos-hospitais-portugueses/>> [Accessed 2 May 2020].
2. Mendes, D., 2015. Médicos Internos Do Hospital De Coimbra Recusam Fazer Urgência Geral. [online] Diário de Notícias. Available at: <<https://www.dn.pt/portugal/medicos-internos-do-hospital-de-coimbra-recusam-fazer-urgencia-geral-4873672.html>> [Accessed 2 M.
3. Jornal Médico. 2017. Jornal Médico - Recurso A Médicos Tarefeiros Motiva Crítica A Campos Fernandes. [online] Available at: <<https://www.jornalmedico.pt/atualidade/33330-recurso-a-medicos-tarefeiros-motiva-critica-a-campos-fernandes.html>> [Accessed 2 May .
4. Vasconcelos, C. and Rocha, S., 2019. Saúde Atinge Número De "Tarefeiros" E Horas Extra Mais Alto De Sempre. [online] TSF. Available at: <<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/saude-com-numero-de-horas-extra-mais-alto-de-sempre-setor-aponta-dedo-ao-governo>.
5. Cotrim, A., 2019. Portugal Quase Isolado Na Europa Na Falta De Especialidade Em Medicina De Urgência E Emergência. [online] Observador. Available at: <<https://observador.pt/2019/05/23/portugal-quase-isolado-na-europa-na-falta-de-especialidade-em-medicina->.
6. Mortalidade E De, Covid- T De, Vieira A, Ricoca V, Aguiar P. Excess Mortality in Portugal in Times of COVID-19. 2020;
7. Gomes, J. and Porto, R., 2020. Orçamento Da Saúde Reforçado Em 800 Milhões De Euros. Governo Anuncia Contratação De 8400 Profissionais De Saúde. [online] Observador. Available at: <<https://observador.pt/2019/12/11/800-milhoes-para-reduzir-divida-do-sns-e->.
8. Delgado, M., 2019. O Orçamento Da Saúde Para 2020. [online] Visão. Available at: <<https://visao.sapo.pt/opiniao/2019-12-30-o-orcamento-da-saude-para-2020/>> [Accessed 2 May 2020].
9. Cordeiro, A., 2019. Tempos De Espera Nas Urgências Dispararam Ao Final Do Dia. [online] PÚBLICO. Available at: <<https://www.publico.pt/2019/01/05/sociedade/noticia/tempos-espera-urgencias-dispararam-final-dia-1856793>> [Accessed 2 May 2020].
10. Lourinho, I. and Rodrigues, T., 2019. Hospitais: Estudo Inédito Retrata Experiência Dos Utentes. [online] DECO PROTESTE. Available at: <<https://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos/noticias/hospitais-estudo-inedito-retrata-experiencia-dos-utentes>.
11. Catón V. Papel del médico de familia en las urgencias hospitalarias [editorial]. Aten Prim 1998; 21:509-10.
12. Campos, A., 2020. Procura Das Urgências Caiu 45%. Onde Estão Os Enfartes E Os AVC, Perguntam Os Investigadores. [online] PÚBLICO. Available at: <<https://www.publico.pt/2020/04/03/sociedade/noticia/procura-urgencias-caiu-45-onde-estao-enfartes-avc-pergunta>.
13. Baptista, A., 2019. Um SNS Consumido Pelo Monstro Das Urgências. [online] PÚBLICO. Available at: <<https://www.publico.pt/2019/10/19/sociedade/opiniao/sns-consumido-monstro-urgencias-1889826>> [Accessed 3 May 2020].

14. PÚBLICO. 2019. Recurso A Urgências Acontece Por Falta De Alternativa Nos Centros De Saúde. [online] Available at: <<https://www.publico.pt/2019/09/25/sociedade/noticia/recurso-urgencias-acontece-falta-alternativa-centros-saude-1887831>> [Accessed 3 May 2020].
15. Carraça; I, Gala AB e, Gago HS, Gameiro L. Atendimento complementar e acessibilidade. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2002;18:271–80.
16. Rosário AJM. Congestionamento de serviço de urgência. XXI Curso de Administração Hospitalar, ENSP, 1992.
17. Brito de Sá A. Urgência hospitalar e Cuidade de Saúde Primários: mitos e falácias. *Rev Port Clínica Geral.* 2002;(18):347–8.
18. Palma J. Problemas de saúde urgentes: a quem recorrem os utentes e o que influencia a sua escolha. *Rev Port Med Geral e Fam [Internet].* 2002;18(5):283–97. Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9888>
19. Miranda J. Urgências em cuidados de saúde primários [editorial]. *Rev Port Clin Geral* 1995;12: 182-5.
20. Viegas A. Caracterização da população utilizadora do Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Faro. *Rev Port Clin Geral* 1995; 12:196-203.
21. Pereira C. O Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Vendas Novas. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11:271-9.
22. Pereira A, Machado H, Rocha S, Milet I, Almeida V, Seco C, et al. Proposta para a criação da Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência. 2019.
23. Eusem.org. 2019. Emergency Medicine European Countries. [online] Available at: <https://eusem.org/images/EM_primary_specialty_status_in_EU_2020.pdf> [Accessed 5 May 2020].
24. Eusem.org. 2019. European Curriculum Of Emergency Medicine. [online] Available at: <<https://eusem.org/education/curriculum/european-curriculum-of-emergency-medicine>> [Accessed 5 May 2020].
25. Härtel C, Brown R, Dryver E, Garcia-castrillo L, Kurland L. European core curriculum for Emergency Medicine. Version 2.0. 2019;(March):2011–4. Available from: https://eusem.org/images/Curriculum_2.0_WEB.pdf
26. Eusem.org. 2020. About The EBEEM. [online] Available at: <<https://eusem.org/ebeam/>> [Accessed 5 May 2020].
27. SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica; Versão 2.0, 1ª Edição. 2013.
28. Entidade Reguladora da Saúde. Análise da Cobertura Populacional da Rede de Urgência/Emergência Criada pelo Despacho N.º 13427/2015, de 16 de Novembro, do Ministro da Saúde. 2015;1–19. Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1766/ERS_-_Parecer_Nete_de_Urg_ncia-Emerg_ncia.pdf
29. Dixe M, Passadouro R, Peralta T, Ferreira C, Lourenço G, de Sousa PML. Determinants of non-urgent emergency department use TT - Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes Determinantes del acceso al servicio de urgencias por usuarios no urgentes. *Rev Enferm Ref [Internet].* 2018;4(16):41–50. Available from: <http://ezproxy.lib.umb.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/2060920840?accountid=28932%0Ahttp://linksource.ebsco.com/linking.aspx?sid=ProQ%3Anahs&fmt=journal&genre=article&issn=&volume=4&issue=16&date=2018-01-01&spage=41&title=Revista+de+Enfe>
30. Lima, J., 2018. Número De Médicos Sem Especialidade Pode Chegar Aos Quatro

- Mil Em 2021. [online] JPN - JornalismoPortoNet. Available at: <<https://jpn.up.pt/2018/03/16/numero-medicos-sem-especialidade-pode-chegar-aos-quatro-mil-2021/>> [Accessed 25 May 2020].
31. Heikkilä TJ, Hyppölä H, Vänskä J, Halila H, Kujala S, Virjo I, et al. What predicts doctors' satisfaction with their chosen medical specialty? A Finnish national study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0643-z>
 32. Mihalynuk T, Leung G, Fraser J, Bates J, Snadden D. Free choice and career choice: Clerkship electives in medical education. *Med Educ*. 2006;40(11):1065–71.
 33. Tekian A. Teaching and Learning in Medicine: An International Minority Students, Affirmative Action, and the Admission Process: A Literature Review, 1987-1998. *Teach Learn Med*. 2000;12(1):33–42.
 34. Manuel RS, Borges NJ, Jones BJ. Person-oriented versus technique-oriented specialties: early preferences and eventual choice. *Med Educ Online*. 2009;14:4.
 35. Woolf K, Elton C, Newport M. The specialty choices of graduates from Brighton and Sussex Medical School: A longitudinal cohort study. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):1–11.
 36. Mahoney R, Katona C, McParland M, Noble L, Livingston G. Shortage specialties: Changes in career intentions from medical student to newly qualified doctor. *Med Teach*. 2004;26(7):650–4.
 37. PÚBLICO. 2020. Ordem Dos Médicos Avalia Criação Da Especialidade De Medicina De Urgência E Emergência. [online] Available at: <<https://www.publico.pt/2020/05/27/sociedade/noticia/ordem-medicos-avalia-criacao-especialidade-medicina-urgencia-emergencia-1918>>
 38. Santana, R., Rocha, J., Sousa, J. and Soares, P., 2020. A Procura De Serviços De Urgência/ Emergência Hospitalar: Tendências Durante O Primeiro Mês De Resposta À COVID-19. [online] [Barometro-covid-19.ensp.unl.pt](https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt). Available at: <<https://barometro-covid-19>>
 39. Sónia, D. and Pedro, A., 2020. Barómetro Covid-19 — Resultados. [online] [Barometro-covid-19.ensp.unl.pt](https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt). Available at: <<https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/opiniao-social/Resultados/>> [Accessed 3 May 2020].
 40. Barros, R., Chaíça, I. and Baptista, S., 2020. Coronavírus: Portugueses “Desaparecem” Das Urgências Dos Hospitais. [online] PÚBLICO. Available at: <<https://www.publico.pt/2020/03/27/sociedade/noticia/coronavirus-portugueses-desaparecem-urgencias-hospitais>>
 41. Santana P, Peixoto H, Loureiro A, Costa C, Nunes C, Duarte N. Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde. 2013;162.
 42. LCM, 2018. “Se Os Médicos Com Mais De 50 Anos Deixarem Urgências, Podem Entrar Em Colapso” | TVI24. [online] TVI24. Available at: <<https://tvi24.iol.pt/sociedade/saude/se-os-medicos-com-mais-de-50-anos-deixarem-urgencias-podem-entrar-em-colapso>> [Accessed].
 43. PP, 2018. Hospitais: “As Pessoas Estão A Trabalhar No Limite” | TVI24. [online] TVI24. Available at: <<https://tvi24.iol.pt/sociedade/saude/hospitais-as-pessoas-estao-a-trabalhar-no-limite>> [Accessed 2 May 2020].
 44. Maia, A. and Cardoso, M., 2018. Pelo Segundo Ano Consecutivo, Quase 700 Médicos Não Têm Vaga Para Fazer A Especialidade. [online] PÚBLICO. Available at: <<https://www.publico.pt/2018/06/06/sociedade/noticia/pelo-segundo-ano-consecutivo-700-medicos-nao-tem->>
 45. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al.

Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors. *Biomed Res Int.* 2019;2019.

46. Hughes A, Boden D, Naravi M. Training in emergency medicine. *Br J Hosp Med.* 2018;79(9):504–6.