

**Proposta para a criação da
Especialidade em
Medicina de Urgência e Emergência**



27 de Maio 2019

A Direcção do Colégio da Competência em Emergência Médica

SRN: Adelina Pereira, Humberto Machado, Sofia Rocha, Igor Milet

SRC: Vitor Almeida, Carlos Seco

SRS: Ângela Garcia, Ana Lufinha, Nuno Catorze, Carlos Ferreira

Nota Introdutória

O Colégio da Competência em Emergência Médica (CCEM) com os seus 783 inscritos tem vindo a promover o debate interno sobre a Medicina de Urgência e Emergência em Portugal. Em três assembleias gerais consecutivas tivemos a honra de poder contar com a presença de dirigentes europeus da sociedade científica (*European Society for Emergency Medicine - EUSEM*), membros da UEMS e digníssimos representantes de sociedades nacionais e da nossa Ordem, com a finalidade de reflectir, debater e maturar ideias sobre a importância da formação, organização e certificação dedicada e especializada para a boa prática médica nos serviços de urgência e emergência no contexto actual nacional e europeu.

Estes encontros só foram possíveis graças ao empenho da nossa Ordem, nomeadamente do nosso Bastonário, Dr. Miguel Guimarães e do nosso Conselho Nacional Executivo (CNE).

O CCEM deseja manifestar, antes de mais, um agradecimento sincero pelo incondicional apoio dado nesses eventos, peças angulares para a reflexão.

O debate interno, no seio do Colégio e com os peritos da área, sem exposição externa e de forma serena, permite-nos concluir que, efectivamente, o caminho seguido pelos nossos parceiros Europeus e a vasta maioria dos países dos cinco continentes, é o certo para garantir mais qualidade assistencial, uma maior segurança para os doentes e uma gestão de recursos eficiente nos respectivos Sistemas de Saúde.

Estamos convictos que o rumo certo exige a implementação determinada e célere da “Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência” em Portugal.

1. Fundamentação

1.1. Definição e Conceitos: A Medicina de Urgência e Emergência (MUE) é uma especialidade baseada em conhecimentos e competências necessárias para a prevenção, diagnóstico e o manuseamento dos aspectos agudos e urgentes de doenças e lesões no vasto espectro da doença física e comportamental, que afectam todas as faixas etárias. Esta Especialidade, em qual a vertente do “tempo” é crítica e a eficiente gestão de circuitos imperativa, abrange o pré-hospitalar, a admissão ao hospital, a ressuscitação e manuseamento de casos urgentes e emergentes até á alta ou transferência para outro médico / especialidade.

A *Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência* procura desenvolver uma abordagem standardizada, supervisionada e integrada não só do doente individual, mas também do colectivo em que se insere. A presença de especialistas no desenvolvimento de sistemas pré e intra-hospitalares e a abordagem emergente de doentes ou vítimas de trauma é outra prática comum a nível global: O *Especialista em Medicina de Urgência e Emergência* deve conhecer as particularidades do intra e pré-hospitalar e saber responder nos mais adversos cenários, desde o doente com síndrome coronário agudo, até à gestão de graves acidentes com multivítimas, epidemias ou situações de catástrofe.

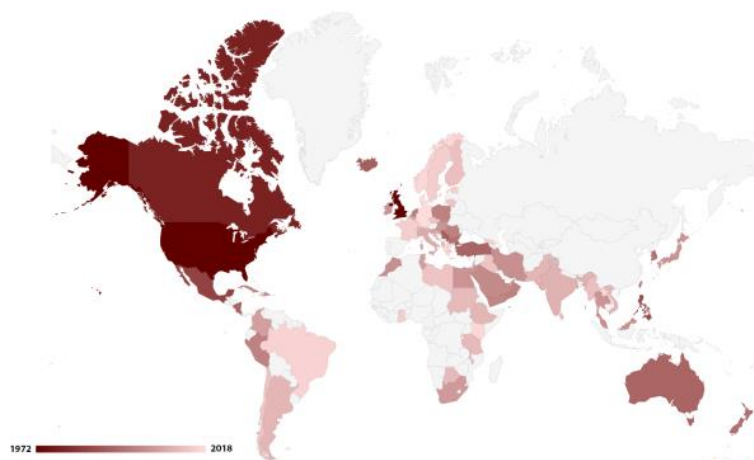
A visão integradora inclui ainda as crescentes áreas da medicina geriátrica e paliativa que cada vez mais se tornam importantes numa sociedade em que os serviços de urgência e emergência enfrentam novos desafios, resultantes de mudanças demográficas e do envelhecimento da população.

1.2. **A Especialidade no contexto mundial**

Os dados de que dispomos revelam que esta especialidade é reconhecida em 82 Países; 13 em África, 27 na Ásia, 13 no continente Americano, 27 da Europa e 3 da Oceânia. Na Europa só 4 países ainda não reconhecem a Especialidade, incluindo Portugal.

O Mapa das Especialidades revela que tanto em países desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto; Canadá, Noruega, Suécia etc.), em desenvolvimento (médio e alto; Índia, Turquia, Brasil, México) como em nações subdesenvolvidas (Etiópia, Yemen, Sudão) foi implementada esta especialidade de forma transversal e não condicionada por escassez de recursos económicos.

Figura 1) Mapa Mundo / Especialidade

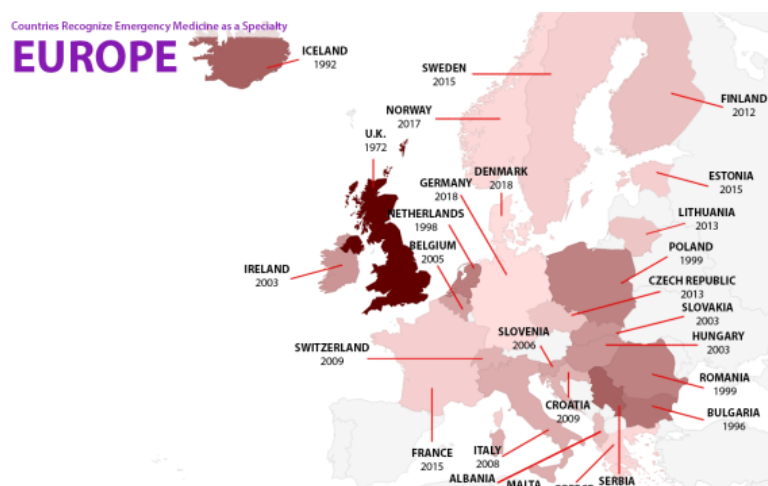


No panorama **Europeu** destaca-se a implementação massiva da **Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência**. Em **vinte e sete países da Europa** a organização dos cuidados médicos de urgência e emergência assenta na especialidade, devidamente reconhecida pela UEMS e sob orientação científica da EUSEM, com a existência de reconhecimento mútuo, o que permite à priori a livre circulação destes especialistas. O exame europeu de especialidade (*European Board Examination in Emergency Medicine* - EBEM), é outro factor agregador e promotor de desenvolvimento.

O curriculum europeu foca a atividade destes médicos especialistas essencialmente nos serviços de urgência e emergência e em ambiente pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar, em equipas dedicadas. Abrange ainda a medicina de catástrofe, missões humanitárias e crescentemente novas áreas como as ameaças NRBC, terrorismo e a medicina tática, colocando esta especialidade na liderança da resposta organizada a crises, tanto a nível local, como global, revelando uma particular relevância no contexto da saúde pública em geral e nos mecanismos europeus de proteção civil em especial.

A Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 referente ao reconhecimento das qualificações profissionais clarifica a importância da necessidade da abolição dos obstáculos à livre circulação de pessoas e serviços entre os Estados-Membros que constitui um dos objectivos da Comunidade, designadamente, o direito de exercer uma profissão, por conta própria ou por conta de outrem, num Estado-Membro diferente daquele em que tenham adquirido as suas qualificações profissionais e prevê a aprovação de diretivas que visem o reconhecimento mútuo de diplomas, certificados e outros títulos. Tendo em conta estes pressupostos e olhando para a União Europeia como casa comum dos Europeus, a não-existência desta especialidade contradiz este princípios e limita a livre circulação, colocando Portugal numa situação no mínimo delicada.

Figura 2) Europa Especialidade



A não implementação da especialidade limita o acesso de médicos europeus, **Especialistas em Medicina de Urgência e Emergência** e pode promover o êxodo de jovens médicos portugueses que desejam dedicar-se a esta área de primordial relevância.

Portugal, país integrado na UE, onde a regra é a existência da especialidade, corre risco de prejuízo sério para o seu reconhecimento como a referência exemplar na formação Médica, pilar fundamental da responsabilidade da nossa Ordem na sociedade.

1.3. Áreas de Atuação

E Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência agrega saberes que permitem a estabilização do doente agudo em risco de vida e/ou com falências vitais instaladas. A este reequilíbrio do doente, segue-se a sua orientação médica, pragmática, protocolada e segura. Propõe-se assim, no contexto nacional, as seguintes principais áreas de actuação:

- Serviço de Urgência Básica (SUB)
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP)
- Emergência Pré-Hospitalar (VMER e Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) e Coordenação – (CODU))
- Medicina de Catástrofe (intra e extra-hospitalar) e Missões Humanitárias
- Formação médica e de outros profissionais de saúde
- Planeamento e prevenção, incluindo saúde pública, educação da população, formação de agentes de protecção civil etc.

1.4. Organização da Especialidade e do Internato

O Curriculum para a **Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência (MUE)** deve definir os objectivos, conteúdos, experiência, *outcomes* e processos do programa de ensino. Deve ainda incluir a descrição da estrutura do treino, tais como critérios de admissão, duração e organização, bem como a metodologia de ensino, supervisão e avaliação. O Curriculum deve seguir o caminho definido pela EUSEM de **5 anos de Internato** e preparar o Médico para exercer **autónomamente a partir do 5º ano** em todas as áreas de actuação supracitadas em doentes de todas as faixas etárias*. (**Referente á Pediatria, o internato deve capacitar os **Especialistas em Medicina de Urgência e Emergência** para exercerem na emergência pré-hospitalar e nos SUB, SUMC e SUP, possibilitando a sua integração em equipas dedicadas de Urgência Pediátrica, sem substituir estes especialistas. A Pediatria requer, no nosso entender, um enquadramento específico reservado aos Pediatras, sem prejuízo de aquisição de competências pelos futuros **Especialistas em Medicina de Urgência e Emergência**. O **Especialista em Medicina de Urgência e Emergência** tem de ser mandatoriamente formado e treinado na urgência e emergência pediátrica, incluindo, por força da área de actuação na VMER, a abordagem do recém-nascido. Uma das mais valias destes Especialistas com formação em Urgência / Emergência Pediátrica, será a de melhorar a resposta no interior do País e no pré-hospitalar.*)

O Curriculum deve incluir as competências nucleares do *Médico de Urgência / Emergência Europeu*, conhecimentos baseados em sistemas, sintomas de doenças, aspetos especiais da Medicina de Urgência e Emergência, bem como conhecimentos e competências clínicas técnicas e não-técnicas. As competências nucleares incluem as mesmas como em qualquer especialidade médica no contexto hospitalar, mas devem ser complementadas por especificidades próprias das áreas de atuação do futuro especialista. É comumente aceite que os níveis de competência exigidos devem limitar-se à abordagem urgente e emergente do doente. Não é objectivo competir com outras especialidades, mas sim complementar o sistema, corrigir deficiências e resolver parte dos problemas existentes nas áreas de atuação preconizadas.

O Curriculum Europeu define com clareza conteúdos e objectivos; cuidados médicos, o conhecimento médico, comunicação, colaboração, ética, aspectos legais e de planeamento, educação e investigação são as competências genéricas que podem ser adaptadas facilmente à realidade Portuguesa.

Propõe-se que essa discussão seja realizada no seio da Ordem, com o envolvimento de peritos de vários colégios* (**que se dediquem a esta área e com conhecimento e prática comprovada nas áreas de atuação propostas*) a definir obviamente pelo nosso Bastonário e respectivos órgãos próprios.

1.5. Benefícios da criação da Especialidade vs eventuais riscos

A literatura internacional revela que a implementação da especialidade pode ajudar a resolver uma parte importante da problemática dos serviços de urgência que se arrastam há décadas em Portugal. Não é a única peça de um *puzzle* de reformas estruturantes e necessárias para um processo dinâmico que requer constante adaptação a mudanças sociais, económicas e culturais, mas pode assumir uma função de alavanca para reformas, e ser factor integrador e estabilizador, sob controlo estrito da Ordem dos Médicos.

- A formação contínua e padronizada, organizada por via do internato, devidamente avaliada pela Ordem, é a grande mais-valia dos modelos de especialização médica em Portugal. **Na Medicina de Urgência e Emergência essa formação não existe em Portugal.** Como consequência dessa lacuna, verificam-se preocupantes anomalias no recrutamento de Médicos para Serviços de Urgência Básica, Médico Cirúrgico e Polivalente onde não existe um controlo efetivo dos níveis formativos e actualizações / recertificações dos profissionais recrutados. Este problema agravar-se-á com o aumento de Médicos indiferenciados a prestarem serviço de Urgência e Emergência. Compete á Ordem salvaguardar o interesse dos doentes, que passa essencialmente por uma abordagem médica competente e rigorosa, que só pode ser salvaguardada com uma formação exigente e com Especialistas na área. A atuação actual de Médicos indiferenciados foge ao controlo da Ordem e torna-se imperativo corrigir essa fragilidade sistémica.
- Existindo esta especialidade, os seus médicos especialistas incorporarão sentido de pertença ao seu Serviço, mantendo uma atividade estruturada e contínua no SU, facilitando a gestão dos problemas clínicos, promovendo mais investigação e permitindo um planeamento a longo prazo, consequentemente, melhor gestão.
- Especialistas contribuem para melhorar a eficiência de serviços de urgência o que traz vantagens económicas para o Serviço de Saúde.
- Existem benefícios para a Saúde Pública e a implementação de medidas de prevenção quando as Urgências são geridas por Especialistas.
- A existência de uma equipa com estes especialistas é descrita como uma mais valia nas publicações que existem sobre a matéria. Acresce que, orgânica e tecnicamente, estes médicos têm formação **específica** para urgência e emergência, e não outra que, depois, se vê forçada a adaptar-se ao seu serviço de Urgência, muitas vezes sem a motivação necessária.
- O recrutamento na área Pré-Hospitalar levanta sérias preocupações. As assimetrias formativas são inquietantes: basta a realização de um “Curso VMER” com uma formação que consideramos manifestamente insuficiente, para que o setor possa contratar um médico para uma VMER. Lidamos com doentes críticos na fase de maior vulnerabilidade que não podem ser entregues a um profissional indiferenciado ou no início de qualquer internato em que não existe autonomia no exercício clínico. Uma verdadeira integração do Pré-Hospitalar nos SU exige uma formação mais ampla e abrangente que só pode ser garantida a longo prazo com a Especialidade.

- Faz todo sentido que o futuro especialista possa repartir o seu horário pelas várias áreas de atuação, mantendo assim o saber clínico e as competências técnicas e não-técnicas em elevados níveis, imprescindíveis para a abordagem do doente crítico em contexto adverso. Actualmente a maioria dos Médicos nas VMER deixa de exercer nesse meio, pouco depois de concluir a especialidade ou reduz significativamente a sua participação. O sistema perde os seus profissionais mais experientes e é obrigado a formar constantemente novos médicos, com gastos elevados para a sociedade. A criação da especialidade facilitará o recrutamento de médicos e garante níveis formativos elevados e uma prestação do profissional bem formado a longo prazo no sistema e pode ser a chave para a resolução dos graves problemas sobejamente conhecidos.
- A verdadeira integração das VMER nos SU, definida legalmente, mas *de facto* nunca concluída, possibilita um efectivo controlo de qualidade e permite o recrutamento de profissionais dedicados e devidamente formados. Essa perspectiva contrasta com a actual elevada taxa de horas efectuadas por Médicos indiferenciados ou sem qualquer ligação ou vínculo ao respectivo SU, e irá melhorar a qualidade da resposta inicial, e conseqüentemente contribuir para uma maior taxa de sobrevivência, com ganhos em saúde e uma redução de custos para o sistema.
- Será de referir o receio de alguns acerca da criação desta especialidade. Por exemplo, de que a criação da especialidade de MUE venha a desgarnecer os SU dos saberes e competências instaladas, pelo facto de outras especialidades deixarem de estar tanto na linha da frente dos SU. Contudo, é sabido e aceite que do resultado das intervenções destes médicos especialistas os doentes naturalmente melhoram. A manutenção de especialistas nos SU aos quais pode ser atribuída a **dupla titulação** não só é desejável, como mandatária, com uma fase de **transição alargada**.
- Outro receio, é o risco de *Burnout* a que estes especialistas estariam sujeitos por trabalharem sempre em urgência. Há outras especialidades potencialmente geradoras de stress, que existem há muitos anos e cujos médicos não estão especialmente sujeitos a *Burnout*. Este equilíbrio deve ser garantido por direcções de Serviço que saibam organizar, motivar e manter as condições de trabalho adequadas. É necessário obviamente rever a legislação em vigor e promover uma discussão com as entidades que se dedicam a questões laborais e que não são da responsabilidade da Ordem: a implementação deste Especialidade pode abrir caminho para o reconhecimento do elevado desgaste geral desta profissão que consideramos de risco, quebrar dogmas instalados e promover uma melhor organização hospitalar que trará benefícios aos Médicos com uma redução de risco de *Burnout* de quem é obrigado a dedicar parte substancial à Urgência sem que se sintam vocacionados para tal função.
- Tal permitirá um diálogo útil e em benefício do doente, com os vários interlocutores, e uma melhor gestão de recursos humanos médicos nos hospitais
- Em poucos anos será possível criar quadros próprios nos SU, com especialistas formados para o efeito e um ajuste real das necessidades de médicos nos hospitais. Este modelo substituiria o actual, baseado em rotatividade, mudança constante das estruturas hierárquicas, instabilidade no planeamento, heterogeneidade formativa e profunda desmotivação profissional, que daria lugar à estabilidade, competência, diálogo, hierarquização clara da organização e sobretudo continuidade.

- Melhoraria a comunicação dos SU com os especialistas médicos de medicina geral e familiar, facilitando a abordagem do doente (por exemplo, evitando duplicação de exames complementares) e a diferenciação hospitalar local e regional em urgência, que garantiria a sustentabilidade do acesso aos cuidados de saúde urgentes e emergentes. A possibilidade por exemplo destes especialistas poderem prestar serviço em SUB, nomeadamente no último ano do Internato com eventual autonomia, permitiria não só melhorar a qualidade prestada, bem com melhora a resposta pré-hospitalar no Interior, onde estes médicos escalados poderiam reforçar ainda a medicalização pré-hospitalar, actualmente desvirtuada com a implementação de ambulâncias SIV sem médico na equipa. As trágicas ocorrências de 2017, passíveis de se repetirem com as severas mudanças climáticas, puseram a nú as deficiências em vasta área do território nacional. **A Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência** será factor de coesão nacional por permitir a médio prazo que especialistas exerçam nas áreas mais desfavorecidas e vulneráveis.

2) Implementação da Especialidade

Seguindo os modelos de implementação de outras especialidades, parece-nos imperativo que não se repitam erros do passado e se crie uma base de diálogo transparente inter-pares no seio da Ordem. É indiscutível e inquestionável que só e unicamente a Ordem define se devemos como País enveredar finalmente por este caminho, já mais que atrasado em relação aos restantes parceiros europeus, ou se se adiará mais uma vez a decisão para outra data.

No nosso entender devem ser garantidos os seguintes pressupostos para a implementação da Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência:

- a) Currículo Europeu como matriz a adaptar à realidade Nacional, com 5 anos de Internato a organizar e distribuir pela áreas de atuação supracitadas.
- b) “Admissão por Consenso” de Médicos que cumpram os requisitos a definir pela Ordem. É convicção deste Colégio que devemos valorizar todos os médicos, de qualquer especialidade, que exerçam há muitos anos na medicina de urgência e emergência, nomeadamente em equipas ditas “dedicadas” de urgência, e que sejam detentores de um Currículo que demonstre a existência de formação contínua e actualizada em medicina de urgência e emergência. É desta forma que pode ser criado um *core* inicial de especialistas para desencadear o processo formativo das futuras gerações.
- c) Deve ser definida uma fase de **transição alargada** a especialistas que exercem nos SU e que permita uma **dupla titulação** mediante apresentação, como já referido, de Currículo. Essa fase de transição permitirá evitar disrupção, abrir portas motivacionais para Médicos que estão actualmente em formação e que desejam seguir esta área e manter um número adequado de profissionais dedicados.
- d) Paralelamente à implementação devem ser desenvolvidos todos os esforços possíveis, tanto na Ordem dos Médicos como de outras estruturas com responsabilidade na área organizacional e

laboral, para redefinir a legislação atual que não protege os Médicos dos danos causados por uma carga laboral prejudicial. Consideramos que o mais importante foco deve ser um reequilíbrio da relação entre trabalho e vida pessoal. O *Burnout* é de causa multifactorial e abrange muitas especialidades. Estamos convictos que a *Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência*, reduzirá o desgaste vivido pelos Médicos, actualmente no limite das suas capacidades.

e) A Medicina de Urgência deve ser encarada como meio **complementar** nos SU onde continuará a existir a saudável convivência e colaboração de várias especialidades. Não é objetivo criar serviços de urgência exclusivamente com especialistas desta área, mas criar núcleos fixos, devidamente organizados e formados, com a possibilidade de carreira dedicada, em colaboração com outras especialidades. Servirá para libertar recursos com elevadíssima diferenciação, atualmente mal aproveitados e que são banalizados à luz da má utilização dos SU pela população e que, efectivamente, acarretam custos incontroláveis

f) A criação de quadros próprios nas entidades que prestam emergência pré-Hospitalar deve ser incentivada através do internato e formação de *Especialistas em Medicina de Urgência e Emergência*.

3.) Resumo

O Colégio da Competência de Emergência Médica viu os seus critérios de admissão alterados para níveis mais exigentes em maio de 2017 e que se aproximam da filosofia do conceito da Especialidade. Chegámos à conclusão que a única forma **verdadeiramente estruturante** e que pode alavancar uma melhoria significativa do funcionamento da medicina de urgência e emergência em Portugal, é valorizando os profissionais que já exercem no terreno com a **dupla titulação** e a iniciar a formação de novos **Especialistas em Medicina de Urgência e Emergência**, a partir desse núcleo inicial, com um programa de **5 anos de Internato**, seguindo as orientações da **EUSEM e da UEMS**.

O Colégio da Competência em Emergência Médica, ao fim de longa e ponderada reflexão, vem assim propor formalmente, a criação desta Especialidade pela Ordem dos Médicos, seguindo o caminho dos nossos parceiros Europeus.

O CCEM está ao dispor para colaborar no debate interno, de forma serena e fraterna, com o objectivo de unir os Médicos á volta de uma causa que para nós é particularmente relevante e exige a agregação de esforços.

Perante as adversidades reconhecidas por todos que lidam diariamente com doentes críticos, urgentes e emergentes é tempo de agir, sob pena de nos afastarmos da realidade global e não correspondermos às necessidades reais do país e dos novos desafios que vão exigir profissionais especificamente formados para atuarem em variadíssimos cenários, desde á medicina de urgência em meio rural, a urgências altamente diferenciadas, em meios pré-hospitalares e em situação de catástrofe.

Os desafios colocados ao futuro do nosso País assim o exigem.

A Direcção do Colégio de Competência de Emergência Médica

27 de Maio de 2019

SRN: Adelina Pereira, Humberto Machado, Sofia Rocha, Igor Milet

SRC: Vitor Almeida, Carlos Seco

SRS: Angela Garcia, Ana Lufinha, Nuno Catorze, Carlos Ferreira

Agradecimentos:

A Direcção do CCEM deseja agradecer:

Ao nosso Bastonário Dr. Miguel Guimarães e aos Presidentes das Secções Regionais, Dr. António Araújo, Dr. Carlos Cortes e Dr. Alexandre Lourenço, bem como aos membros do CNE que sempre demonstraram abertura e apoio á discussão interna, transparente e colegial.

Á direcção da EUSEM, Dr. Luis Castrillo, Dra. Roberta Petrino, Dra. Barbara Hogan e Dr. Abdo Houry que apoiaram este processo com sabedoria e dedicação.

Aos colegas que integraram o actual e os anteriores colégios e que defenderam a criação da especialidade.

Aos Médicos com a CEM que apoiaram esta Direcção com contributos valiosos para esta discussão.

A todos que de forma directa ou indirecta contribuíram para a elaboração desta proposta.

Bibliografia:

1. Human Development, Indices and Indicators, 2018 Statistical Update, United Nations Development Programme (UNDP). http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_summary_human_development_statistical_update_en.pdf
2. A bold idea: The "Population" Specialist, Tintinally J., West J Emerg Med. 2014 Nov; 15(7): 721–722.
3. <https://www.healtheuropa.eu/disaster-medicine-healthcare-humanitarian-crisis/85445/>
4. DIRECTIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 7 de Setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, Jornal Oficial da União Europeia PT 30.9.2005
5. https://europa.eu/european-union/topics/humanitarian-aid-civil-protection_pt
6. "A Competência em Emergência Médica I. (Análise e Diagnóstico de Situação)", Almeida V., Chiado A., Revista da Ordem dos Médicos, Novembro de 1997, pp. 24-25
7. "A Competência em Emergência Médica II (Propostas do CNMI).", Almeida V., Chiado A., Revista da Ordem dos Médicos, Dezembro de 1997, pp. 44,
8. "O Rei vai de Fato Invisível ou A Realidade da Emergência Médica em Portugal.", Almeida V., Revista da Ordem dos Médicos, Setembro de 1999.
9. "Formação em Emergência Médica", Almeida V., Pais O., Milheiro C., "Encontro de Clínica Geral da Zona Norte", 16 e 17 de Outubro de 1997 em Matosinhos
10. "A Competência em Emergência Médica – proposta do CNMI". Almeida V., Chiado A., "1º Workshop de Emergência Médica" na Ordem dos Médicos, Lisboa, 17 de Abril de 1998.
11. "Accreditation of Emergency Medicine in Portugal", Almeida V., Morais J., Marcão F., Marques A., Machado H., Silva R., Sousa J., 2.nd. Mediterranean Emergency Medicine Congress, (EuSEM e AAEM), Barcelona, Espanha, 17 de Setembro de 2003.
12. "Medicina de Emergência: dos princípios à organização", Editado pelos Drs. António Marques e João Paulo Almeida e Sousa
13. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review, Holliman J., Mulligan T, Suter R., Cameron P., Wallis L, Anderson P., Int J Emerg Med. 2011; 4: 44.
14. Anderson P, Hegedus A, Ohlen G, Holliman CJ, Williams D, Suter R. Worldwide growth of Emergency Medicine as a recognized medical specialty. Acad Emerg Med. 2011;18(5):S22–S23.(abstract
15. Mathers CD, Loncar D. World Health Organization Report. Geneva, Switzerland; 2006. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results; p. 237.
16. Anderson P, Petrino R, Halpern P, Tintinalli J. The globalization of emergency medicine and its importance for public health. Bull World Health Org. 2006;84(10):835–839.
17. Jacoby JL, Cesta M, Heller MB, Salen P, Reed J. Synchronized emergency department cardioversion of atrial dysrhythmias saves time, money, and resources. J Emerg Med. 2005;28:27–30.
18. Nguyen HB, Rivers EP, Havstad S, Knoblich B, Ressler J, Muzzin AM, Tomlanovich MC. Critical care in the emergency department: a physiologic assessment and outcome evaluation. Acad Emerg Med. 2000;7:1354–1361. []
19. Nelson M, Waldrop RD, Jones J, Randall Z. Critical care provided in an urban emergency department. Am J Emerg Med. 1998;16:56–59.
20. Shoemaker WC, Wo CJ, Bishop MH, Thangathurai D, Patil RS. Noninvasive hemodynamic monitoring of critical patients in the emergency department. Acad Emerg Med. 1996;3:675–681.
21. Brady WJ, Perron AD, Chan T. Electrocardiographic ST-segment elevation: correct identification of acute myocardial infarction (AMI) and non-AMI syndromes by emergency physicians. Acad Emerg Med. 2001;8:349–360.
22. Orebaugh S. Initiation of mechanical ventilation in the emergency department. Am J Emerg Med. 1996;14:59–69.
23. Green SM, Rothrock SG, Harris T, Hopkins GA, Garrett W, Sherwin T. Intravenous ketamine for pediatric sedation in the emergency department: safety profile with 156 cases. Acad Emerg Med. 1998;5:971–976.
24. Steele R, Irvin CB. Central line mechanical complication rate in emergency medicine patients. Acad Emerg Med. 2001;8:204–207.
25. Svenson J, Besinger B, Stapczynski B. Critical care of medical and surgical patients in the ED: length of stay and initiation of intensive care procedures. Am J Emerg Med. 1997;15:654–657.[]
26. Panacek EA. Intensive care unit care in the emergency department. Acad Emerg Med. 1999;6:675–677. []
27. Huizenga J, Zink BJ, Maio RF, Hill EM. Guidelines for the management of severe head injury: are emergency physicians following them? Acad Emerg Med. 2002;9:806–812.
28. Bassett KE, Anderson JL, Pribble CG, Guenther E. Propofol for procedural sedation in children in the emergency department. Ann Emerg Med. 2003;42:773–782.
29. Hayden SR, Panacek E. Procedural competency in emergency medicine: the current range of resident experience. Acad Emerg Med. 1999;6:728–735.
30. Mayglothling JA, Gunnerson KJ, Huang DT. Current practice demographics and trends of critical care trained emergency physicians in the united states. Acad Emerg Med. 2010;17:325–329.
31. Green SM, Baruch K. Propofol in emergency medicine: pushing the sedation frontier. Ann Emerg Med. 2003;42:792–797. [PubMed] [Google Scholar]
32. Elisabeth G, Pribble CG, Junkins E, Kadish H, Bassett K, Nelson D. Propofol sedation by emergency physicians for elective pediatric outpatient procedures. Ann Emerg Med. 2003;42:783–791.
33. Michelson EA, Brady WJ. Emergency physician interpretation of the electrocardiogram. Acad Emerg Med. 2002;9:317–319.
34. Milzman DP, Rubin S, Moskowitz L. Consideration of adult critical care training for emergency physicians. Acad Emerg Med. 1999;6:345–348.
35. Birkhahn R, Gaeta T, Tloczkowski J, Mundy T, Sharma M, Bove J, Briggs W. Emergency medicine-trained physicians are proficient in the insertion of transvenous pacemakers. Ann Emerg Med. 2004;43:469–474.

36. Huang D, Osborn T, Gunnerson K, Gunn S, Trzeciak S. Critical care medicine training and certification for emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 2005;46:217–223.
37. Overton DT. Emergency medicine and critical care medicine: have the stars (finally) aligned? *Ann Emerg Med.* 2005;46:225–227.
38. Berger E. Emergency physicians' voice in the ACLS protocol: guideline's eclectic committee should serve as model. *Ann Emerg Med.* 2006;47:457–460.
39. Smith M. Thrombolytic therapy for myocardial infarction: pivotal role for emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 1987;16:126–127.
40. Sanders A, Berg R, Burrell M, Genova R. The efficacy of an ACLS training program for resuscitation from cardiac arrest in a rural community. *Ann Emerg Med.* 1994;23:56–59.
41. Kraft P, Newman S, Hanson D, Anderson W, Bastani A. Emergency physician discretion to activate the cardiac catheterization team decreases door-to-balloon time for acute ST-elevation myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2007;50:521–526.
42. Kohn M, Kwan E, Gupta M, Tabas J. Prevalence of acute myocardial infarction and other serious diagnoses in patients presenting to an urban emergency department with chest pain. *J Emerg Med.* 2005;29:383–390.]
43. Dire DJ, Kietzman L. A prospective survey of procedures performed by emergency medicine residents during a 36-month residency. *J Emerg Med.* 1995;13:831–837.
44. Langdorf M, Montague BJ, Bearie B, Sobel C. Quantification of procedures and resuscitations in an emergency medicine residency. *J Emerg Med.* 1998;16:121–127.
45. Miner J, Heegaard W, Mapes A, Biros M. Presentation time to antibiotics and mortality of patients with bacterial meningitis at an urban county medical center. *J Emerg Med.* 2001;21:387–392.
46. Magid D, Bradley E. Emergency physician activation of the cath lab: saving time saving lives. *Ann Emerg Med.* 2007;50:535–537.
47. Barroso B, Morisset C, Larrieu J, Bertandeanu E, Dakar A, Mangon H, Rouanet F. Stroke thrombolysis in the emergency department as an alternative service for community hospitals lacking a stroke unit. *Eur J Emerg Med.* 2008;15:71–74.
48. Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *New Eng J Med.* 1996;334:642–64
49. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns Helen JB, Krug SE. Fast track and the pediatric emergency department: resource utilization and patient outcomes. *Acad Emerg Med.* 1999;6:1153–1159.
50. Simon HK, McLario D, Daily R, Lanese C, Castillo J, Wright J. "Fast tracking" patients in an urban pediatric emergency department. *Am J Emerg Med.* 1996;14:242–244.
51. Simon HK, Ledbetter DA BIE, Wright J. Societal savings by "Fast Tracking" lower acuity patients in an urban pediatric emergency department. *Am J Emerg Med.* 1997;15:551–554.
52. Lateef F, Anantharaman V. The short-stay emergency observation ward is here to stay. *Amer J Emerg Med.* 2000;18:629–634.
53. Patel S, Dubinsky I. Outcomes of referrals to the ED by family physicians. *Am J Emerg Med.* 2002;20:144–150.
54. Sacchetti A, Harris RH, Warden T, Roth S. Contribution of ED admissions to inpatient hospital revenue. *Am J Emerg Med.* 2002;20:30–31.
55. Hauswald M. The ED is an efficient place to treat ED patients. *Am J Emerg Med.* 2004;22:564–567.
56. Jagminas L, Partridge R. A comparison of emergency department versus in-hospital chest pain observation units. *Am J Emerg Med.* 2005;23:111–113.
57. Northington WE, Brice JH. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Amer J Emerg Med.* 2005;23:131–137.
58. Chen EH, Shofer FS, Hollander JE, Robey JL, Sease KL, Mills AM. Emergency physicians do not use more resources to evaluate obese patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med.* 2007;25:925–930.
59. Haukoos JS, Witt MD, Leiwis RJ. Derivation and reliability of an instrument to estimate medical benefit of emergency treatment. *Am J Emerg Med.* 2010;28:404–411.
60. Storrow AB, Gibler WB. Chest pain centers: diagnosis of acute coronary syndromes. *Ann Emerg Med.* 2000;35:449–461.
61. Vinson DR, Berman DA. Outpatient treatment of deep venous thrombosis: a clinical care pathway managed by the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2001;37:251–258.
62. Koenig BO, Ross MA, Jackson RE. An emergency department observation unit protocol for acute-onset fibrillation is feasible. *Ann Emerg Med.* 2002;39:374–381.
63. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med.* 2003;41:668–677.
64. McCusker J, Jacobs P, Dendukuri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost-effectiveness of a brief two-stage emergency department intervention for high-risk elders: results of a quasi-randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2003;41:45–56.
65. William R. The costs of visits to emergency departments -revisited. *Ann Emerg Med.* 2005;46:471–472.
66. Singer AJ, Camargo CA, Lampell M, Lewis L, Nowak R, Schafermeyer RW, O'Neil BA. Call for expanding the role of emergency physician in the care of patients with asthma. *Ann Emerg Med.* 2005;45:295–298.
67. Magid D, Bradley E. Emergency physician activation of the cath lab: saving time saving lives. *Ann Emerg Med.* 2007;50:535–537.
68. Singer AJ, Shembekar A, Visram F, Russo V, Lawson W, Gomes C, Santora C, Mallszewski M, Wilbert L, Dowdy E, Vicceillo P, Henry MC. Emergency department activation of an interventional cardiology team reduces door-to-balloon times in ST-segment-elevation myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2007;50:538–544.
69. Decker WW, Smars PA, Valdyanathan L, Goyal D, Bole E, Packer D, Meloy TD, Boggust AJ, Haro LH, Laudon DA, Lobi JK, Saodsty AT, Schears RM, Schlebel NE, Hodge DO, Shen W. A prospective randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation. *Ann Emerg Med.* 2008;52:322–328
70. Handel DA, McConnell KJ, Wallace N, Galla C. How much does emergency department use affect the cost of Medicaid programs. *Ann Emerg Med.* 2008;51:614–621.
71. Henneman PL, Lemanski M, Smithline HA, Tomaszewski A, Mayforth JA. Emergency department admissions are more profitable than non-emergency department admissions. *Ann Emerg Med.* 2009;53:249–255.

72. Quick G. Time analysis of consult service emergency department admission process compared with emergency medicine service admission process. *J Emerg Med.* 1999;17:815–822.
73. Platz E, Bey T, Walter F. International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany: the influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country. *J Emerg Med.* 2003;25:203–210.
74. Sanchez M, Smally A, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med.* 2006;31:117–120.
75. Pines JM. The economic role of the emergency department in the health care continuum: applying Michael Porter's five forces model to emergency medicine. *J Emerg Med.* 2006;30:447–453.
76. Travers JP, Lee FCY. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: is there a role for the senior emergency physician in triage? *Eur J Emerg Med.* 2006;13:342–348.
77. Roberts MV, Baird W, Kerr P, O'Reilly S. Can an emergency department-based clinical decision unit successfully utilize alternatives to emergency hospitalization? *Eur J Emerg Med.* 2010;17:89–96.
78. James T, Aschkenasy M, Eliseo L, Olshaker J, Mehta S. Response to hepatitis a epidemic: emergency department collaboration with public health commission. *J Emerg Med.* 2009;36:412–416.
79. Wrenn K, Rice N. Social-work services in an emergency department: an integral part of the health care safety net. *Acad Emerg Med.* 1994. pp. 247–253.
80. Bernstein E, Goldfrank L, Kellerman A, Hargarten S, Jui J, Fish S, Herbert B, Flores C, Caravati M, Krishel S, Stevens C, Kirsch T, Lowe R, Lowenstein S, Baraff L, Mueller-Orsay E, Ling L, Sklar D. A public health approach to emergency medicine: preparing for the twenty-first century. *Acad Emerg Med.* 1994;1:277–286.
81. Ernst A, Farley T, Martin D. Screening and empiric treatment for syphilis in an inner-city emergency department. *Acad Emerg Med.* 1995;2:765–762.
82. Waxweiler R. The role of the emergency department in creating a safe America. *Acad Emerg Med.* 1997;4:761–763. [
83. D'Onofrio G, Bernstein E, Bernstein J, Woolard R, Brewer P, Craig S, Zink B. Patients with alcohol problems in the emergency department, part 2: intervention and referral. *Acad Emerg Med.* 1998;5:1210–1217.
84. Gordon J, Goldfrank L, Andrusis D, D'Alessandri R, Kellermann A. Emergency department initiatives to improve the public health. *Acad Emerg Med.* 1998;5:935–937.
85. Kirsch T, Chanmugam A, Keyl P, Regan L, Shahan J, Hexter D, Kelen G. Feasibility of an emergency department-based tuberculosis counseling and screening program. *Acad Emerg Med.* 1999;6:224–231.
86. Wei H, Camargo C Jr. Patient education in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2000;7:710–717.
87. Weigand J, Gerson L. Preventive care in the emergency department: should emergency departments institute a falls prevention program for elder patients? A systematic review. *Acad Emerg Med.* 2001;8:823–826. []
88. Gordan J. Cost-benefit analysis of social work services in the emergency department: a conceptual model. *Acad Emerg Med.* 2001;8:54–60.
89. Bernstein S, Becker B. Preventive care in the emergency department: diagnosis and management of smoking and smoking-related illness in the emergency department: a systemic review. *Acad Emerg Med.* 2002;9:720–729.
90. D'Onofrio G, Degutis L. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systemic review. *Acad Emerg Med.* 2002;9:627–638. []
91. McCloskey L, Lichter E, Ganz M, Williams C, Gerber M, Sege R, Stair T, Herbert B. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med.* 2005;12:712–722.
92. Rimple D, Weiss S, Brett M, Ernst A. An emergency department-based vaccination program: overcoming the barriers for adults at high risk for vaccine-preventable diseases. *Acad Emerg Med.* 2006;13:922–930.
93. Bernstein SL, Haukoos JS. Public health, prevention, and emergency medicine: a critical juxtaposition. *Acad Emerg Med.* 2008;15:190–193.
94. Vaca FE, Sayegh R, Mello MJ, Hargarten SW. Historical parallel evolution of injury prevention and control science and emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 2009;16:1049–1053.
95. Kellermann A. Emergency medicine and public health: stopping emergencies before the 9-1-1 call. *Acad Emerg Med.* 2009;16:1060–1064.
96. Kelso T, Self T, Rumbak M, Stephens M, Garrett W, Arheart K. Educational and long-term therapeutic intervention in the ED: effect on outcomes in adult indigent minority asthmatics. *Amer J Emerg Med.* 1995;13:632–637. []
97. Iserson K, Kastre T. Are emergency departments really a "safety net" for the medically indigent? *Amer J Emerg Med.* 1996;14:1–5.
98. Bernstein E, Bernstein J, Levenson S. Project ASSERT: an ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Ann Emerg Med.* 1997;30:181–189. []
99. Gordon J. The hospital emergency department as a social welfare institution. *Ann Emerg Med.* 1999;33:321–325. []
100. Pollack D, Lowery D, O'Brien P. Emergency medicine and public health: new steps in old directions. *Ann Emerg Med.* 2001;39:675–683.
101. Mace S, Geradi M, Dietrich A, Knazik S, Mulligan-Smith D, Sweeney R, Warden C. Injury prevention and control in children. *Ann Emerg Med.* 2001;39:405–414.
102. McCammon K. Alcohol-related motor vehicle crashes: deterrence and intervention. *Ann Emerg Med.* 2001;39:415–422.
103. Krasnoff M, Moscati R. Domestic violence screening and referral can be effective. *Ann Emerg Med.* 2002;40:485–492. []
104. Mion L, Palmer R, Meldon S, Bass D, Singer M, Payne S, Lewicki L, Drew B, Connor J, Campbell J, Emerman C. Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2003;41:57–68. []
105. Gordon J. The science of common sense: integrating health and human services in the hospital emergency department. *Ann Emerg Med.* 2005;45:251–252.
106. Mahajan P, Stanley R, Ross K, Clark L, Sandberg K, Lichtenstein R. Evaluation of an emergency department-based enrollment program for uninsured children. *Ann Emerg Med.* 2005;45:245–250.
107. Bernstein S, Boudreaux E, Cydulka R, Rhodes K, Lettman N, Almeida S, McCullough L, Mizouni S, Kellermann A. Tobacco control interventions in the emergency department: a joint statement of emergency medicine organizations. *Ann Emerg Med.* 2006;48:e417–e425.

108. Bernstein E, Bernstein J. Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Ann Emerg Med.* 2008;51:751–754.
109. D'Onofrio G, Pantaloni M, Degutis L, Flellin D, Busch S, Chawarski M, Owens P, O'Connor P. Brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2008;51:742–750.
110. Carpenter C. Preventing falls in community-dwelling older adults. *Ann Emerg Med.* 2010;55:296–298. [
111. Waxman M, Muganda P, Carter E, Ongaro N. The role of emergency department HIV care in resource-poor settings: lessons learned in western kenya. *Intl J Emerg Med.* 2008;1:317–320.
112. Steffen T. , Medikamentenbestand Rettungsdienst Goslar, (incl. titriervorgabe) KWB Goslar 2018
113. Lufkin KC, Smith SW, Matticks CA, Brunette DD. Radiologists' review of radiographs interpreted confidently by emergency physicians infrequently leads to changes in patient management. *Ann Emerg Med.* 1998;31:202–207.
114. Ilkhanipour K, Seaberg DC. Radiographic interpretation by emergency medicine residents. *Acad Emerg Med.* 1995;2:1113–1114.
115. Minnes BG, Sutcliffe T, Klassen TP. Agreement in the interpretation of extremity radiographs of injured children and adolescents. *Acad Emerg Med.* 1995;2:826–830.
116. Nitowski LA, O'Connor RE, Reese CL. The rate of clinically significant plain radiograph misinterpretation by faculty in an emergency medicine residency program. *Acad Emerg Med.* 1996;3:782–789.
117. Brunswick JE, Ilkhanipour K, Fuchs S, Seaberg D. Emergency medicine resident interpretation of pediatric radiographs. *Acad Emerg Med.* 1996;3:790–793.
118. Holdgate A, Chan T. How accurate are emergency clinicians at interpreting noncontrast computed tomography for suspected renal colic. *Acad Emerg Med.* 2003;10:315–319.
119. Gouin S, Patel H, Bergeron S, Amre D, Guerin R. The effect of picture archiving and communications systems on the accuracy of diagnostic interpretation of Pediatric Emergency Physicians. *Acad Emerg Med.* 2006;13:186–190.
120. Brunswick JE, Ilkhanipour K, Seaberg DC, McGill L. Radiographic interpretation in the emergency department. *Am J of Emerg Med.* 1996;14:346–348.
121. Simon HK, Khan NS, Nordenberg DF, Wright JA. Pediatric emergency physician interpretation of plain radiographs: is routine review by a radiologist necessary and cost-effective? *Ann Emerg Med.* 1996;27:295–298. [
122. Levitt MA, Dawkins R, Williams V, Bullock S. Abbreviated educational session improves cranial computed tomography scan interpretations by emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1997;30:616–621.
123. Al-Reesi A, Stiell IG, Al-Zadjali N, Cwinn AA. Comparison of CT head interpretation between emergency physicians and neuroradiologists. *Eur J Emerg Med.* 2010;17:280–282.
124. Sakles JC, Deacon JM, Bair AE, Keim SM, Panacek EA. Delayed complications of emergency airway management: a study of 533 emergency department intubations. *Western J Emerg Med.* 2008;11:190–194. [
125. Hartmann J, Gabram S, Jacobs L, Libby M. A model for an integrated emergency medicine/trauma service. *Acad Emerg Med.* 1996;3:1136–1139.
126. Chang RS, Hamilton RJ, Carter WA. Declining rate of cricothyrotomy in trauma patients with an emergency medicine residency: implications for skills training. *Acad Emerg Med.* 1998;5:247–251.
127. Bozeman WP, Gaasch WR, Barish RA, Scalea TM. Trauma resuscitation/critical care fellowship for emergency physicians: a necessary step for the future of academic emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 1999;6:331–333. [
128. Tayal VS, Riggs RW, Marx JA, Tomaszewski CA, Schneider RE. Rapid-sequence intubation at an emergency medicine residency: success rate and adverse events during a two-year period. *Acad Emerg Med.* 1999;6:31–37. [
129. Bushra JS, McNeil B, Wald DA, Schwell A, Karras DJ. A comparison of trauma intubations managed by anesthesiologists and emergency physicians. *Acad Emerg Med.* 2004;11:66–70.
130. Ma JO, Bently B, Debehne DJ. Airway management practices in emergency medicine residencies. *Am J Emerg Med.* 1995;13:501–504.
131. Leslie CL, Cushman M, McDonald GS, Joshi W, Maynard AM. Management of multiple burn casualties in a high volume ED without a verified burn unit. *Am J Emerg Med.* 2001;19:469–473.
132. Germann CA, Geyer DA, Perron AD. Closed reduction of prosthetic hip dislocation by emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 2005;23:800–805.
133. Plaisier BR, Meldon SW, Super DM, Jouriles NJ, Barnoski AL, Fallon WF, Malangoni MA. Effectiveness of a 2-specialty 2-tiered triage and trauma team activation protocol. *Ann Emerg Med.* 1998;32:436–441.
134. Sakles JC, Laurin EG, Rantapaa AA, Panacek EA. Airway management in the emergency department: a one-year study of 610 tracheal intubations. *Ann Emerg Med.* 1998;31:324–332.
135. Green SM, Rothrock SG. Is pediatric trauma really a surgical disease? *Ann Emerg Med.* 2002;39:537–540.
136. Levitan RM, Rosenblatt B, Meiner EM, Reilly PM, Hollander JE. Alternating day emergency medicine and anesthesia resident responsibility for management of the trauma airway: a study of laryngoscopy performance and intubation success. *Ann Emerg Med.* 2004;43:48–53.
137. Sagarin MJ, Barton ED, Ching Y, Walls RM. Airway management by US and Canadian emergency medicine residents: a multicenter analysis of more than 6000 endotracheal intubation attempts. *Ann Emerg Med.* 2005;46:328–336.
138. Green SM. Is there evidence to support the need for routine surgeon presence on trauma patient arrival? *Ann Emerg Med.* 2006;47:405–411.
139. Ahmed JM, Tallon JM, Petrle DA. Trauma management outcomes associated with nonsurgeon versus surgeon trauma team leaders. *Ann Emerg Med.* 2007;50:7–12.
140. Millard WB. A fine excision: ATLS manual no longer defines trauma as a surgical disease. *Ann Emerg Med.* 2010;55:19–24.
141. Green SM. Trauma surgery: discipline in crisis. *Ann Emerg Med.* 2009;53:198–207.
142. Wong E, Ng Y. The difficult airway in the emergency department. *Int J Emerg Med.* 2008;1:107–111.
143. Reeder TJ, Brown CK, Norris DL. Managing the Difficult airway: a survey of residency directors and a call for change. *J Emerg Med.* 2005;28:473–478.
144. Singer AJ, Singer AH, Halperin P, Kaspi G, Assaf J. Medical lessons from terror attacks in Israel. *J Emerg Med.* 2007;32:87–92.
145. Gildea JR, Janssen AR. Tactical emergency medical support: physical involvement and injury patterns in tactical teams. *J Emerg Med.* 2008;35:411–414.

146. Pershad J, Williams S, Wan J, Sawyer J. Pediatric distal radial fractures treated by emergency physicians. *J Emerg Med.* 2009;37:341–344.
147. Henderson SO, McClung CD, Sintu C, Swadron SP. The presence of an emergency airway response team and its effects on in-hospital code blue. *J Emerg Med.* 2009;36:116–120.
148. Squyer E, Cherry RA, Lehman E, Yanturali S, Kilicaslan I, Oktay C, Holliman CJ. Comparison of trauma mortality between two hospitals in Turkey to one trauma center in the US. *Eur J Emerg Med.* 2008;15:209–213.
149. Boyle AA, Atkinson PRT, Ahmed V, Kark WWT. Emergency physician performed rapid sequence induction and system changes reduce time to intubation in critically ill emergency medicine patients. *Eur J Emerg Med.* 2008;15:243–244.
150. Dufour DG, Larose DL, Clement SC. Rapid sequence intubation in the emergency department. *J Emerg Med.* 1995;13:705–710.
151. Jang T, Docherty M, Aubin C, Polites G. Resident-performed compression ultrasonography for the detection of proximal deep vein thrombosis: fast and accurate. *Acad Emerg Med.* 2004;1:319–322.
152. Mateer J, Aiman JEB, Brown M, Olson D. Ultrasonographic examination by emergency physicians of patients at risk for ectopic pregnancy. *Acad Emerg Med.* 1995;2:867–873.]
153. Ingeman J, Plewa M, Okasinski R, King R, Knotts FB. Emergency physician use of ultrasonography in blunt abdominal trauma. *Acad Emerg Med.* 1996;3:931–937.
154. Jolly T, Massarin E, Pigman C. Color Doppler ultrasonography by emergency physicians for the diagnosis of acute deep venous thrombosis. *Acad Emerg Med.* 1997;4:129–132.
155. Burgher S, Tandy T, Dawdy M. Transvaginal ultrasonography by emergency physicians decreases patient time in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 1998;5:802–817.
156. Henderson S, Hoffner R, Aragona J, Groth D, Esekogwu V, Chan D. Beside emergency department ultrasonography plus radiography of the kidneys, ureters, and bladder vs intravenous pyelography in the evaluation of suspected ureteral colic. *Acad Emerg Med.* 1998;5:666–671.
157. Lanoix R, Baker W, Mele J, Dharmarajan L. Evaluation of an instructional model for emergency ultrasonography. *Acad Emerg Med.* 1998;5:58–63.
158. Blaivas M, Harwood R, Lambert M. Decreasing length of stay with emergency ultrasound examination of the gallbladder. *Acad Emerg Med.* 1999;6:1020–1023.
159. Blaivas M, Lambert M, Harwood R, Wood J, Konicki J. Lower-extremity Doppler for deep venous thrombosis--can emergency physicians be accurate and fast? *Acad Emerg Med.* 2000;7:120–126.
160. Salen P, Melanson S, Heller M. The focused abdominal sonography for trauma (fast) examination: considerations and recommendations for training physicians in the use of a new clinical tool. *Acad Emerg Med.* 2000;7:162–168.
161. Rodgers J, Heegaard W, Plummer D, Hicks J, Clinton J, Sterner S. Emergency department right upper quadrant ultrasound is associated with a reduced time to diagnosis and treatment of ruptured ectopic pregnancies. *Acad Emerg Med.* 2001;8:331–336.
162. Blaivas M, Sierzynski P, Lambert M. Emergency evaluation of patients presenting with acute scrotum using bedside ultrasonography. *Acad Emerg Med.* 2001;8:90–93.
163. Heller M, Mandavia D, Tayal V, Cardenas E, Lambert M, Mateer J, Melanson S, Peimann N, Plummer D, Stahmer S. Residency training in emergency ultrasound: fulfilling the mandate. *Acad Emerg Med.* 2002;9:835–839.
164. Moore C, Rose G, Tayal V, Sullivan M, Arrowood J, Kline J. Determination of left ventricular function by emergency physician echocardiography of hypotensive patients. *Acad Emerg Med.* 2002;9:186–193.
165. Tayal V, Graf C, Gibbs M. Prospective study of accuracy and outcome of emergency ultrasound for abdominal aortic aneurysm over two years. *Acad Emerg Med.* 2003;10:867–871.
166. Counselman F, Sanders A, Slovis C, Danzl D, Binder L, Perina D. The status of bedside ultrasonography training in emergency medicine residency programs. *Acad Emerg Med.* 2003;10:37–42.
167. Brannan L, Blaivas M, Lyon M, Flake M. Emergency nurses' utilization of ultrasound guidance for placement of peripheral intravenous lines in difficult-access patients. *Acad Med.* 2004;11:1361–1363.
168. Plummer D. Whose turf is it, anyway? Diagnostic ultrasonography in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2000;7(2):186–187.
169. Durham B. Emergency medicine physicians saving time with ultrasound. *Am J Emerg Med.* 1996;14:309–313.
170. Gaspari R, Horst K. Emergency ultrasound and urinalysis in the evaluation of flank pain. *Acad Emerg Med.* 2005;12:1180–1184.
171. Witt M, Baumann B, McCans K. Bladder ultrasound increases catheterization success in pediatric patients. *Acad Emerg Med.* 2005;12:371–374.
172. Tayal VS, Hasan N, Norton J, Tomaszewski CA. The effect of soft-tissue ultrasound on the management of cellulitis in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2006;13:384–388.
173. Cook T, Hunt P, Hoppman R. Ultrasound is a necessary skill for emergency physicians. *Acad Emerg Med.* 2006;13:334–336.
174. Cook T, Hunt P, Hoppman R. Emergency medicine leads the way for training medical students in clinician-based ultrasound: A radical paradigm shift in patient imaging. *Acad Emerg Med.* 2007;14:558–561.
175. Burnside PR, Brown MD, Kline J. Systematic review of emergency physician-performed ultrasonography for lower-extremity deep vein thrombosis. *Acad Emerg Med.* 2008;15:493–498.
176. Soremekun OA, Noble VE, Liteplo A, Brown DF, Zane RD. Financial impact of emergency department ultrasound. *Acad Emerg Med.* 2009;16:674–680.
177. Sankoff J, Keyes LE. Emergency medicine resident education: making a case for training residents to perform and interpret bedside sonographic examinations. *Ann Emerg Med.* 1999;34:105–108.
178. Durston W, Carl ML, Guerra W. Patient satisfaction and diagnostic accuracy with ultrasound by emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 1999;17:643–646.
179. Lanoix R, Leak LV, Gaeta T, Gernsheimer JR. A preliminary evaluation of emergency ultrasound in the setting of an emergency medicine training program. *Am J Emerg Med.* 2000;18:41–45.
180. Adhikari S, Blaivas M, Lyon M. Diagnosis and management of ectopic pregnancy using bedside transvaginal ultrasonography in the ED: a 2-year experience. *Am J Emerg Med.* 2007;25:591–600.

181. Mateer JR, Valley VT, Aiman JE, Phelan MB, Thoma ME, Kefer MP. Outcome analysis of a protocol including bedside endovaginal sonography in patients at risk for ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med.* 1996;27:283–289.]
182. Durham B, Lane B, Burbridge L. Pelvic ultrasound performed by emergency physicians for the detection of ectopic pregnancy in complicated first-trimester pregnancies. *Ann Emerg Med.* 1997;29:338–347.
183. Shih CH. Effect of emergency physician-performed pelvic sonography on length of stay in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1997;29:348–352.
184. Tandy TK, Hoffenberg S. Emergency department ultrasound services by emergency physicians: model for gaining hospital approval. *Ann Emerg Med.* 1997;29:367–374.
185. Scruggs W, Fox J, Potts B, Zlidenny Alexander McDonough J, Anderson C, Larson J, Barajas G, Langdorf M. Accuracy of ED bedside ultrasound for identification of gallstones: retrospective analysis of 575 studies. *Western J Emerg Med.* 2008;9:1–5.
186. Kuhn M, Bonnin R, Davey M, Rowland J, Langlois S. Emergency department ultrasound scanning for abdominal aortic aneurysm: accessible, accurate, and advantageous. *Ann Emerg Med.* 2000;36:219–223.
187. Mandavia D, Hoffner R, Mahaney K, Henderson S. Bedside echocardiography by emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 2001;38:377–382.
188. Kline J, O'Malley P, Tayal V, Snead G, Mitchell A. Emergency clinician-performed compression ultrasonography for deep venous thrombosis of the lower extremity. *Ann Emerg Med.* 2008;52:437–445.
189. Blackstock U, Stone M. Emergency ultrasonography and error reduction. *Ann Emerg Med.* 2009;54:53–55.
190. Jain A, Stead L, Decker W. Ultrasound in emergency medicine: a colorful future in black and white. *Intl J Emerg Med.* 2008;1:251–252.
191. Tsui C, Fung H, Chung K, Kam C. Focused abdominal sonography for trauma in the emergency department for blunt abdominal trauma. *Intl J Emerg Med.* 2008;1:183–187.
192. Shah S, Noble V, Umulisa I, Dushimiyimana J, Bukhman G, Mukherjee J, Rich M, Epino H. Development of an ultrasound training curriculum in a limited resource international setting: successes and challenges of ultrasound training in rural Rwanda. *Intl J Emerg Med.* 2008;1:193–196.
193. Kendall J, Shimp R. Performance and interpretation of focused right upper quadrant ultrasound by emergency physicians. *J Emerg Med.* 2001;21(1):7–13.
194. Bassler D, Snoey E, Kim J. Goal-directed abdominal ultrasonography: impact on real-time decision making in the emergency department. *J Emerg Med.* 2003;24(4):375–378.
195. Costantino T, Bruno E, Neal H, Dean A. Accuracy of emergency medicine ultrasound in the evaluation of abdominal aortic aneurysm. *J Emerg Med.* 2005;29(4):455–460.
196. Unluer EE, Yavasi O, Eroglu O, Yilmaz C, Akarca FK. Ultrasonography by emergency medicine and radiology residents for the diagnosis of small bowel obstruction. *Eur J Emerg Med.* 2010;17:260–264.
197. Hoyer HX, Vogl S, Schiemann U, Haug A, Stolpe E, Michalski T. Prehospital ultrasound in emergency medicine: incidence, feasibility, indications, and diagnoses. *Eur J Emerg Med.* 2010;17:254–259.
198. Jorgensen H, Jensen CH, Dirks J. Does prehospital ultrasound improve treatment of the trauma patient? a systematic review. *Eur J Emerg Med.* 2010;17:249–253.
199. Weaver CS, Avery SJ, Brizendine EJ, McGrath RB. Impact of emergency medicine faculty on door to thrombolytic time. *J Emerg Med.* 2004;26:279–283.
200. Hirshberg MD, Holliman CJ, Wuerz RC, Chapman DM. Case Management by Physician Assistants and Primary Care Physicians vs. Emergency Physicians. *Acad Emerg Med.* 1997;4:1046–1052.
201. Ling LJ, Bowles LT, Reynolds R, Kroot L, Roth P. Emergency medicine in the medical school curriculum. *Acad Emerg Med.* 1997;4:1070–1077.
202. Jouriles NJ, Kuhn GJ, Moorhead JC, Ray G, Rund DA. Faculty development in emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 1997;4:1078–1086.
203. Meldon SW, Cydulka RK, Jouriles NJ, Emerman CL. Academic emergency medicine staffing nonacademic emergency department sites: a national survey. *Acad Emerg Med.* 1999;6:334–338.
204. Tamariz VP, Fuchs S, Baren JM, Pollack ES, Kim J, Seidel J. Pediatric emergency medicine education in emergency medicine training programs. *Acad Emerg Med.* 2000;7:774–778.
205. Jones JH, Weaver CS, Rusynlak DE, Brizendine EJ, McGrath RB. Impact of emergency medicine faculty and an airway protocol on airway management. *Acad Emerg Med.* 2002;9:1452–1456.
206. Berger TJ, Ander DS, Terrell M, Berle DC. The impact of the demand for clinical productivity on student teaching in academic emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2004;11:1364–1367.
207. Hohl CM, Robitaille C, Lord V, Dankoff J, Colacone A, Pham L, Berard A, Pepin J, Afilalo M. Emergency physician recognition of adverse drug-related events in elder patients presenting to an emergency department. *Acad Emerg Med.* 2005;12:197–205.
208. Kelly SP, Shapiro N, Woodruff M, Corrigan K, Sanchez LD, Wolfe RE. The effects of clinical workload on teaching in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007;14:526–531.
209. Youngquist ST, Shah AP, Niemann JT, Kaji AH, French WJ. A comparison of door-to-balloon times and false-positive activations between emergency department and out-of-hospital activation of the coronary catheterization team. *Acad Emerg Med.* 2008;15:784–787.
210. Kharbanda AB, Fishman SJ, Bachur RG. Comparison of pediatric emergency physicians' and surgeons' evaluation and diagnosis of appendicitis. *Acad Emerg Med.* 2008;15:119–125.
211. Dorfsman ML, Wolfson AB. Direct observation of residents in the emergency department: a structured educational program. *Acad Emerg Med.* 2009;16:343–351.
212. Holliman CJ, Wuerz RC, Kimak MJ, Burkhart KK, Donovan JW, Rudnick HL, Bates MA, Muller HA. Attending supervision of nonemergency medicine residents in a university hospital ED. *Am J Emerg Med.* 1995;13:259–261.
213. Cherrn C, Tsai J, Wong PS, Hu SC. Rotating residents' impressions of an ED managed by career emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 1995;13:232–235.
214. Hunt RC, DeHart K, Allison EJ, Whitley TW. Patient and physician perception of need for emergency medical care: a prospective and retrospective analysis. *Am J Emerg Med.* 1996;14:635–639.

215. Brillman JC, Doezema D, Tandberg D, Sklar DP, Skipper BJ. Does a physician visual assessment change triage? *Am J Emerg Med.* 1997;15:29–33.
216. Caterino JM, Holliman CJ, Kunselman AR. Underestimation of case severity by emergency department patients: implications for managed care. *Am J Emerg Med.* 2000;18:254–256.
217. Seow V, Lin A, Chen C, Chen K, Wang T, Chong C. Comparing different patterns for managing febrile children in the ED between emergency and pediatric physicians: impact on patient outcome. *Amer J Emerg Med.* 2007;25:1004–1008.
218. Cutler K, Bush A, Godambe S, Gilmore B. The use of pediatric emergency medicine-staffed sedation service during imaging: a retrospective analysis. *Amer J Emerg Med.* 2007;25:655–661.
219. Unterman S, Kessler C, Pitzele Z. Staffing of the ED by non-emergency-trained personnel: the VA experience. *Amer J Emerg Med.* 2010;28:622–625.
220. Emslander H, Bonadio W, Klatzo M. Efficacy of esophageal bougienage by emergency physicians in pediatric coin ingestion. *Ann Emerg Med.* 1996;27:726–729.
221. Todd KH, Hoffman JR, Morgan MT. Effect of cardiologist ECG review on emergency department practice. *Ann Emerg Med.* 1996;27:16–21.
222. Lambrecht CJ. Emergency physicians' roles in a clinical telemedicine network. *Ann Emerg Med.* 1997;30:670–674.
223. Berger E. Emergency physicians' voice in the ACLS protocol: guidelines eclectic committee should serve as model. *Ann Emerg Med.* 2006;47:457–460.
224. Kraft P, Newman S, Hanson D, Anderson W, Bastani A. Emergency physician discretion to activate the cardiac catheterization team decreases door-to-balloon time for acute ST-elevation myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2007;50:520–526.
225. Berk W, Welch R, Levy P, Jones J, Arthur C, Kuhn GJ, King J, Bock B, Sweeney P. The effect of clinical experience on the error rate of emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 2008;52:497–501.
226. Kroboth F, Brown F, Stewart R, Karpf M, Levey G. Impact of attending level supervision of the emergency department experience. *Ann Emerg Med.* 1982;11:192–196.
227. Sacchetti A, Carraccio C, Harris R. Resident management of emergency department patients: is closer attending supervision needed? *Ann Emerg Med.* 1992;21:749–752.
228. Misra S, Mahajan P, Chen X, Kannikeswaran N. Safety of procedural sedation and analgesia in children less than two years of age in a pediatric emergency department. *Intl J Emerg Med.* 2008;1:173–177.
229. Pitre CJ. The unique educational value of emergency medicine student interest groups. *J Emerg Med.* 2002;22:427–428.
230. Deflitch C, Holliman CJ. Medical care errors by mid-level practitioners: is direct emergency physician supervision needed? *Ann Emerg Med.* 2001;38:S47. (abstract)
231. Woolldige DP, Lichenstein R. A survey on the graduates from the combined emergency medicine/pediatric residency programs. *J Emerg Med.* 2007;32:137–140.
232. Gallagher JE, Coffey J, Lombardi G, Saef S. Medicine residents: who performs them in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 1995;2:630–633.
233. Alagappan K, Steinberg M, Mancherje N, Pollack S, Carpenter K. The psychological effects of a four-week emergency medicine rotation on residents in training. *Acad Emerg Med.* 1996;3:1131–1135.
234. Singer AJ, Hollander JE, Valentine SM, Thode HC, Henry MC. Association of training level and short-term cosmetic appearance of repaired lacerations. *Acad Emerg Med.* 1996;3:378–383.
235. Wyte CD, Adams SL, Cabel JA, Pearlman K, YArnold PR, Morkin M, Hott KA, Mathews JJ. Prospective evaluation of emergency medicine instruction for rotating first-postgraduate-year residents. *Acad Emerg Med.* 1996;3:72–76.
236. Magnusson AR, Hedges JR, Ashley P, Harper RJ. Resident educational time study: a tale of three specialties. *Acad Emerg Med.* 1998;5:718–725.
237. French D, Zwemer FL, Schneider S. The effects of the absence of emergency medicine residents in an academic emergency department. *Acad Emerg Med.* 2002;9:1205–1210.
238. Reisdorff EJ, Hayes OW, Reynolds B, Wilkinson KC, Overton DT, Wagner MJ, Kowalenko T, Protell D, Walker Gregory, Carlson. General competencies are intrinsic to emergency medicine training: a multicenter study. *Acad Emerg Med.* 2003;10:1049–1053.
239. Dowd DM, Tarantino C, Barnett TM, Fitzmaurice L, Knapp JF. Resident efficiency in a pediatric emergency department. *Acad Emerg Med.* 2005;12:1240–1244.
240. Brennan DF, Silverstri S, Sun JY, Papa L. Progression of emergency medicine resident productivity. *Acad Emerg Med.* 2007;14:790–794.
241. Kessler CS, Stallings LA, Gonzales AA, Templeman TA. Combines residency training in emergency medicine and internal medicine: an update on career outcomes and job satisfaction. *Acad Emerg Med.* 2009;16:894–899.
242. Sexton JD, Heller MB, Patterson JD, Pronchik D, Melanson SW. Impact of emergency medicine residents on ancillary test utilization. *Amer J Emerg Med.* 1998;16:245–248.
243. Liu CC, Liang C, Yen DHT, Chern CH, Wang LM, Lee CH. Diagnosis of appendicitis in the ED: comparison of surgical and nonsurgical residents. *Amer J Emerg Med.* 2001;19:109–112.
244. Adams BD, Zeiler K, Jackson WO, Hughes B. Emergency medicine residents effectively direct in-hospital cardiac arrest teams. *Amer J Emerg Med.* 2005;23:304–310.
245. McNamara RM, Kelly JJ. Cost of care in the emergency department: impact of an emergency medicine residency program. *Ann Emerg Med.* 1992;21:956–962.
246. Friedman L, Vilke GM, Chan TC, Hayden SR, Guss DA, Krishel SJ, Rosen P. Emergency department airway management before and after an emergency medicine residency. *J Emerg Med.* 1999;17:427–431.
247. Hall KN, Wakeman MA. Residency-trained emergency physicians: their demographics, practice evolution, and attrition from emergency medicine. *J Emerg Med.* 1999;17:7–15.
248. Branney SW, Pons PT, Markovchick VJ, Thomasson GO. Malpractice occurrence in emergency medicine: does residency training make a difference? *J Emerg Med.* 2000;19:99–105.
249. Taylor SF, Gerhardt RT, Simpson MP. An association between emergency medicine residencies and improved trauma patient outcome. *J Emerg Med.* 2005;29:123–127.

250. Levitt MA, Terregino CA, Lopez BL, Celi C. A national profile of resident research programs in emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 1999;6:348–351.
251. DeBehnke D, O'Brien S, Leschke R. Emergency medicine resident work productivity in an academic emergency department. *Acad Emerg Med.* 2000;7:90–92.
252. Denizbasi A, Unluer EE. The role of the emergency medicine resident using the Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis compared with the general surgery resident. *Eur J Emerg Med.* 2003;10:296–301.
253. Dick W. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Dis Med.* 2003;18:29–37.
254. Gallagher E, Henneman P. Changes in academic attributes associated with establishment of departments of emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 1998;5:1091–1095.
255. Burdick W, Jouriles N, D'Onofrio G, Kass L, Mahoney J, Restifo K. Emergency medicine in undergraduate education. *Acad Emerg Med.* 1998;5:1105–1110.
256. Davis M, Goldstein K, Nasser T, Assaf C. Peace through health: the role of health workers in preventing emergency care needs. *Acad Emerg Med.* 2006;13:1324–1327.
257. Michael G, O'Connor R. The importance of emergency medicine in organ donation: successful donation is more likely when potential donors are referred from the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009;16:850–858.
258. Chi C, Chang I, Wu W. Emergency department-based telemedicine. *Amer J Emerg Med.* 1999;17:408–411. [
259. Reeder T, Locascio E, Tucker J, Czaplinski T, Benson N, Meggs W. ED utilization: the effect of changing demographics from 1992 to 2000. *Amer J Emerg Med.* 2002;20:583–587.
260. Sharieff G, Benjamin L, Mace S, Sacchetti A. Emergency physicians and the care of children. *Amer J Emerg Med.* 2005;23:890–893.
261. Macy, Foundation J. The role of emergency medicine in the future of American medical care. *Ann Emerg Med.* 1995;25:230–233.
262. Bowles L. Recommendations for emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 1995;25:234–235.[
263. Kellermann A. Clinical emergency medicine, today and tomorrow. *Ann Emerg Med.* 1995;25:2235–238. []
264. Feied C, Smith M, Handler J, Kanhouwa M. Emergency medicine can play a leadership role in enterprise-wide clinical information systems. *Ann Emerg Med.* 2000;35:162–167.
265. American College of Emergency Physicians. Emergency medicine training, competency, and professional practice principles. *Ann Emerg Med.* 2002;39:468.
266. Babi F, Weiner D, Bhanji F, Davies F, Berry K, Barnett P. Advanced training in pediatric emergency medicine in the United States, Canada, United Kingdom, and Australia: an international comparison and resources guide. *Ann Emerg Med.* 2005;45:269–275.
267. Millard W. An American form of practice: societal contexts for the rise of emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2008;52:379–382.
268. Beemath A, Zalenski R. Palliative emergency medicine: resuscitating comfort care? *Ann Emerg Med.* 2009;54:103–105.
269. Gerhardt R, De Lorenzo R, Oliver J, Holcomb J, Pfaff J. Out-of-hospital combat casualty care in the current war in Iraq. *Ann Emerg Med.* 2009;53:169–174.
270. Antman E. The specialty of emergency medicine: needed now more than ever before. *Ann Emerg Med.* 2008;52:317–319.
271. AAEM Working Group. Position statement on the role of government in securing emergency medical care. *Eur J Emerg Med.* 2002;9:3–4.
272. Curry C. A perspective on developing emergency medicine as a specialty. *Intl J Emerg Med.* 2008;1:163–167. [
273. Wai A, Chor C, Lee A, Sittambunka Y, Graham C, Rainer T. Analysis of trends in emergency department attendances, hospital admissions and medical staffing in a Hong Kong university hospital: 5-year study. *Intl J Emerg Med.* 2009;2:141–148.
274. Lishner D, Rosenblatt R, Baldwin L, Hart G. Emergency department use by the rural elderly. *J Emerg Med.* 2000;18:289–297. [
275. Henderson S. Academic productivity in emergency medicine. *J Emerg Med.* 2001;21:71–73
276. Goldfrank L. Personal and literary experiences in the development of an emergency physician. *J Emerg Med.* 2003;24:73–84.
277. Marx J. The rightness of emergency medicine. *J Emerg Med.* 2004;27:307–312.
278. Ciottone G, Old A, Nicholas S, Anderson P. Implementation of an emergency and disaster medical response training network in the commonwealth of independent states. *J Emerg Med.* 2005;29:221–229.
279. Hsu E, Dey C, Scheulen J, Bledsoe G, VanRooyen M. Development of emergency medicine administration in the people's republic of china. *J Emerg Med.* 2005;28:231–236.
280. Reames J, Handel D, Al-Assaf A, Hedges J. Rural emergency medicine: patient volume and training opportunities. *J Emerg Med.* 2009;37:172–176.
281. Barkin R. Pediatric emergency medicine: reflections on the past, present and future. *J Emerg Med.* 2009;36:1–2.
282. Hayden SR, Jouriles NJ, Rosen P. Requiem for "non-urgent" patients in the emergency department. *J Emerg Med.* 2010;38:381–383.
283. Hsia R, Razzak J, Tsa AC, Hirshon JM. Placing emergency care on the global agenda. *Ann Emerg Med.* 2010;56:142–149.
284. Tang N, Stein J, Hsia RY. et al. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997–2007. *J Am Med Assoc.* 2010;304:664–670.
285. Grossman MD. The role of emergency medicine physicians in trauma care in North America: evolution of a specialty. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009;17:37–43.
286. Hallas P. The effect of specialist treatment in Emergency Medicine; A survey of current experiences. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2006;14:5–8.

O povo português é, essencialmente,
cosmopolita.

Nunca um verdadeiro português foi português:
foi sempre
tudo.

Fernando Pessoa; Portugal Entre Passado e Futuro

Colégio da Competência em Emergência Médica (CEEM)

Proposta para a criação da Especialidade em Medicina de Urgência e Emergência

SRN: Adelina Pereira, Humberto Machado, Sofia Rocha, Igor Milet
SRC: Vitor Almeida, Carlos Seco
SRS: Angela Garcia, Ana Lufinha, Nuno Catorze, Carlos Ferreira



27 de Maio 2019

