

# Apresentação

DR. GERSON ALVES PEREIRA JÚNIOR  
Coordenador do Simpósio

## **EMERGÊNCIAS MÉDICAS, A QUEM INTERESSA ?**

Quem nunca necessitou, para si mesmo, familiares, parentes ou amigos, de um atendimento médico de emergência, na rede pública ou privada ?

E qual foi o temor causado por tal situação repentina, no tocante à capacidade e qualidade dos profissionais, médicos e não médicos, envolvidos no atendimento ?

Também, qual foi o temor diante do ambiente de atendimento hospitalar, no que diz respeito à área física, higiene, lotação e à presença de equipamentos para diagnóstico, monitorização e tratamento dos diversos tipos de emergências médicas?

Tais assuntos são freqüentemente explorados pelos vários meios de comunicação para denunciar o caos que é o atendimento às emergências médicas no Brasil, geralmente de modo sensacionalista, continuado, e sem a cobrança efetiva das soluções necessárias aos diversos níveis de problemas.

Todos os cidadãos, estejam eles envolvidos diretamente ou não com a medicina, no exercício pleno de sua cidadania, são os responsáveis por tal situação.

Na formação do profissional de saúde, particularmente dos médicos, tanto no curso de graduação, quanto na residência médica, o ensino das emergências médicas, traumáticas e não traumáticas, não tem merecido nenhum destaque, visto que, na quase totalidade das vezes, não há programa de ensino para emergências médicas dentro da grade curricular, por parte das faculdades de medicina em nosso país. O aumento na prevalência de tais casos, nos hospitais, é observado em todo o mundo e ocorre em virtude da maior longevidade da população, da maior sobrevida de pacientes com diversas patologias, maior número de acidentes automobilísticos e maior violência civil.

Tal deficiência, na formação médica, também vai em direção contrária às estatísticas que mostram que 70% dos médicos trabalham, por um bom tempo de sua vida profissional, principalmente nas fases de iniciação e afirmação profissional, em plantões de pronto-atendimento, estando na linha de frente do atendimento às emergências, sem o devido preparo técnico e emocional. Conforme mostrado na pesquisa “Perfil dos médicos no Brasil”, coordenada pela Fiocruz e pelo Conselho Federal de Medicina, esses profissionais estão expostos ao desgaste pelo excesso de trabalho, jornada de trabalho prolongada, multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho e excesso de responsabilidade.

Em virtude da deterioração do padrão de vida do médico pelo aviltamento dos seus vencimentos, necessitando de vários empregos públicos ou privados, e do maior número de profissionais médicos no mercado de trabalho, muitas vezes com formação profissional insuficiente e sujeitando-se a qualquer condição de trabalho e salário, temos assistido a uma proliferação de médicos, de qualquer formação ou especialidade médica, mesmo numa fase profissional já consolidada ou que deveria ser de desaceleração progressiva de suas ativida-



des, trabalhando em esquema de plantão nos pronto-atendimento da rede pública ou privada, sem qualquer formação ou reciclagem profissional para estar apto ao adequado atendimento às emergências médicas. Tais profissionais estão expostos a críticas e a acusações pelo não funcionamento e pelo estado de deterioração do sistema de saúde, o que abala a credibilidade do profissional e a confiança do paciente, chegando o profissional até a ser maltratado e ameaçado, em alguns casos. Isto acaba contribuindo para um maior desgaste do profissional de saúde e o expõe a um maior risco de problemas jurídicos.

Situações semelhantes também já ocorreram em países desenvolvidos e foram resolvidas ou, pelo menos, melhor encaminhadas, em cada local, por uma mobilização da sociedade e de seus órgãos e associações representativas, o que exige nível cultural suficiente, já que se trata de cobrar medidas e propor soluções eficientes e exequíveis dentro de cada realidade nacional, num planejamento médico, político, social e econômico adequados.

Nos Estados Unidos, após quase uma década de discussão com as áreas de cirurgia, clínica médica e pediatria, que temiam a perda de seu espaço no atendimento médico de emergência, embora não o ocupassem integralmente, foi criada uma especialidade médica, reconhecida como tal, em 1979, pela Associação Médica Americana, chamada Medicina de Emergência e que gerou famosas e rentáveis séries de televisão e documentários. Nessa especialidade, trabalham profissionais bem remunerados, numa escala de trabalho que permita o seu bem estar físico, familiar e mental, num processo de educação continuada e, sobretudo, envolvimento profissional e pessoal com este tipo de atendimento, dentro de uma política institucional que estimule a sua motivação e o pleno desenvolvimento de seus conhecimentos e habilidades.

No Brasil, muitos dos profissionais de saúde que trabalham no atendimento às emergências, sobretudo os médicos, pelas razões anteriormente consideradas, sentem-se envergonhados de seu trabalho, pois, aqui ainda existe a cultura de que tais profissionais são “frustrados”, de que não conseguiram se estabelecer no competitivo mercado de trabalho, restando, para a sua sobrevivência, apenas aquele “emprego”. Verdaderamente, tal fato ocorre com profissionais de saúde com formação insuficiente, embora, lamentavelmente, também possa ocorrer com bons e bem formados profissionais que não se adequam ou não querem ser coniventes com a caótica estrutura

atual, ou estão à margem de “apadrinhamentos” familiares e políticos, ou não fazem parte de entidades oficiais ou não oficiais.

Há várias tentativas de melhorias na qualidade do atendimento às emergências médicas já ocorrendo no Brasil.

Os governos federal e estadual, preocupados com a má repercussão das notícias de tragédias ocorridas nos atendimentos de emergências, criou o REFORSUS (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde), com empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial (BIRD), para a melhoria do atendimento às emergências médicas em todo o país, utilizado para a compra de equipamentos, reforma e ampliação de hospitais, laboratórios e hemocentros ligados ao SUS (Sistema Único de Saúde). Tais investimentos foram concentrados nas áreas de urgência, emergência e assistência ao parto dos hospitais, onde tem ocorrido um maior número de mortes evitáveis.

Em Ribeirão Preto, a Unidade de Emergências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi contemplada com verba para a sua reforma física e para a aquisição de equipamentos. Porém, no geral, como já veiculado pelo Jornal Folha de São Paulo, no dia 30/01/2000, apenas um quarto dos 650 milhões de dólares conseguidos, foram utilizados, devido à frágil consistência dos projetos frente ao rigor dos critérios de aprovação dos mesmos, que pode dar margem a diversas formas de desvio de verbas ou a sua utilização para outros fins e à inexperiência em licitações e à inadimplência dos gestores dos hospitais com a Previdência.

Uma outra tentativa de melhora desta situação absurda foi a elaboração e a aprovação, por parte do Ministério da Saúde, de uma lei (Diário Oficial da União, Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999) que estabelece o papel da Regulação Médica, após as conclusões do trabalho “Normatização da Atividade Médica na Área de Urgência-Emergência na sua fase pré-hospitalar”, iniciado em 1995 e desenvolvido com a participação das áreas técnicas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina.

A necessidade de normatização do atendimento pré-hospitalar tornou fundamental e imperativo o papel de uma Central de Regulação, que sob a coordenação e supervisão direta do médico, faz a interface entre a rede pública de atendimento médico, dos chamados domiciliares e de vias públicas através do telefone 192, e a rede de atendimento hospitalar. Ao mé-

dico regulador cabe fazer a avaliação técnica dos pedidos de socorro, em termos de gravidade e prioridade e, a decisão gestora, devendo ele decidir qual o meio de transporte adequado (com ou sem médico e que tipo de veículo, dependendo da complexidade que o caso possa vir a exigir) e qual o hospital apto a receber o paciente, tanto em termos de vagas (leitos) disponíveis, quanto em termos de complexidade de recursos humanos e meios diagnósticos e terapêuticos exigidos pelo caso.

Em Ribeirão Preto, desde 17 de janeiro de 2000, houve um acordo (Resolução 02/2000), publicado no Diário Oficial do município, no dia 25/01/2000, onde ficou concretizada a união de esforços da Divisão Regional de Saúde (DIR - 18), Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital das Clínicas, no sentido de fortalecer a Regulação Médica, num âmbito regional, compreendendo os 23 municípios que fazem parte da DIR-18, regulando, também, os encaminhamentos de casos médicos das cidades vizinhas para os vários hospitais da cidade de Ribeirão Preto e o agendamento de consultas no Hospital das Clínicas.

Tal iniciativa é muito importante e avançada, sendo um passo decisivo na melhoria da qualidade do atendimento às emergências médicas, necessitando, agora, contar com a presença e a colaboração de profissionais sérios e competentes nas diversas portas de entrada do sistema de saúde, na Regulação Médica e nos vários hospitais, devendo-se manter, ainda, a decisão política para que, cada vez mais, este sistema seja fortalecido e aperfeiçoado. Isso não é tarefa fácil, dado o conflito de interesses, mas é o que existe de mais lógico em termos de agilização e resolutividade do sistema de saúde, quando se visa uma melhoria da qualidade do atendimento à população em todas as instâncias.

Algumas universidades e faculdades de medicina no Brasil, atentas e preocupadas com esta situação, fundaram e estruturaram a Disciplina de Emergências Médicas, já há algum tempo, como é o caso da Disciplina de Emergências Clínicas (1990) da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, da Disciplina de Medicina de Urgência da Escola Paulista de Medicina e Disciplina de Emergências Médicas da Universidade Federal de Uberlândia (MG). Tal estruturação compreende atuações nas áreas de graduação, residência médica e pós-graduação. No entanto, tal especialidade médica, à semelhança do que ocorre com a Cirurgia do Trauma e de Emergências e com a Terapia Intensiva, ainda não é reconhecida, nem

pelo Conselho Federal de Medicina, nem pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Numa tentativa de padronização e uniformização das condutas a serem tomadas no atendimento às emergências médicas, várias instituições de ensino de vários países, sobretudo nos Estados Unidos, desenvolveram cursos de imersão, que têm-se difundido em todo o mundo, tais como: o *PreHospital Trauma Life Support* (PHTLS) da *National Association of Emergency Medical Technicians*, o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) do *American College of Surgeons*, o *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) e o *Brain Attack* da *American Heart Association*, o *Fundamental Critical Care Support* (FCCS) da *Society of Critical Care Medicine*, o *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) da *American Academy of Pediatrics* e da *American Heart Association*. Esses cursos são elaborados com um alto nível de conteúdo científico, realizados dentro de padrões didáticos pré-estabelecidos e rígidos e atualizados periodicamente, para que o conteúdo do manual acompanhe a evolução do conhecimento médico e tecnológico.

O atendimento às emergências médicas, principalmente após o funcionamento da Regulação Médica, mostra toda a lógica que uma boa organização traz na agilidade e eficiência de todo o sistema de saúde, mas, por outro lado, expõe todas as mazelas desse sistema, denunciando o despreparo e descrença dos profissionais de saúde, a falta de ações políticas nos meios de transporte e em ações sociais de impacto na qualidade de vida dos cidadãos, e toda a problemática advinda do baixo nível cultural de nossa população.

A sala de emergências, em qualquer lugar do mundo, acaba sendo a “consciência do país”. Ali se visualizam e vivenciam todos os aspectos sociais da saúde das pessoas, o que, dentro de um sistema de saúde desorganizado, acaba trazendo problemas aos profissionais que nele trabalham, e que, apesar de conviverem, diariamente, com todo tipo de mazelas, sempre foram vistos pelas instituições e pelos colegas, profissionais de saúde, como pessoas agressivas e de difícil trato. O que ocorre é um sofrimento psíquico, que se apresenta pela perda de controle do trabalhador sobre todos os aspectos do seu trabalho, já que a tomada de decisões são atribuições de terceiros, geralmente alheios, inclusive à dinâmica do processo de trabalho em si, tornando-o sem significado, levando a um isolamento social, e à falta de envolvimento com o ambiente de trabalho, o que é agravado pelas condi-

---

ções precárias do mesmo. “No trabalho alienado, há uma utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas, assim como do próprio corpo”, como citou Seligmann Silva.

Fica difícil e, até mesmo insensato, discutir sobre a paradoxal humanização do atendimento médico frente a todos os aspectos que precisam ser resolvidos antes de qualquer discussão acerca da tão necessária humanização.

Há um perfil de personalidade bem definido, para que um profissional de saúde tenha sucesso no trabalho diário com casos de emergências médicas, principalmente o desenvolvimento de um processo de educação continuada e a capacidade de trabalhar em equipe, de um modo harmônico, sem com isso quebrar a hierarquia e a disciplina que o atendimento de tais casos demanda. Tal perfil tem que ser talhado, de um modo profissional, através de reuniões periódicas entre os vários profissionais que compõem as equipes de atendimento, visando à discussão dos conflitos e das dificuldades apresentadas.

O prognóstico final do paciente com uma emergência médica, seja traumática ou não traumática, será altamente dependente de uma melhor eficiência e qualidade em todas as fases do sistema de saúde: pré-hospitalar, hospitalar (envolvendo a sala de emergências e politraumatizados, centro cirúrgico, centro de

terapia intensiva e enfermarias) e a reabilitação. Qualquer falha, em qualquer das fases, alterará, decisivamente, o prognóstico relativo ao paciente e elevará, proporcionalmente, o tempo de internação hospitalar e, exponencialmente, os gastos hospitalares, muitas vezes com muito pouco sucesso, apesar de toda a energia e o elevado custo empregados, sendo o resultado final a morte ou a incapacidade permanente.

Hoje, com o desenvolvimento dos índices de trauma e prognósticos, como o *Revisited Trauma Score* (RTS), o *Injury Severity Score* (ISS) e o *Trauma and Injury Severity Score* (TRISS), podemos quantificar e estabelecer uma probabilidade de sobrevivência aos pacientes traumatizados, o que auxilia na avaliação da qualidade e no aperfeiçoamento de todo o sistema de emergência, e permite detectar suas possíveis falhas.

Para finalizar, parece não ser muito difícil saber o caminho que devemos tomar, mas é preciso muita coragem e empenho pessoal, institucional, político e comunitário para minimizar o temor causado por todas aquelas questões que nos vêm à cabeça, quando necessitamos de atendimento médico de emergência.

Enquanto uma eficiente Medicina de Emergência não for conseguida entre nós, boa sorte, se precisar de atendimento médico de emergência.