

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

PEDRO OTÁVIO BELLOZI GALINDO GALINDO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA:
HISTÓRIA, EDUCAÇÃO E AÇÃO

Duque de Caxias - RJ

2020

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

PEDRO OTÁVIO BELLOZI GALINDO GALINDO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA:
HISTÓRIA, EDUCAÇÃO E AÇÃO

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Prof. Armindo Matheus da Luz Júnior.

Duque de Caxias - RJ

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO - NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

G158m Galindo, Pedro Otávio Bellozi Galindo.
Medicina de emergência: história, educação e ação / Pedro Otávio Bellozi Galindo Galindo. – Duque de Caxias, 2020.
61 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2020.
“Orientador: Prof. Dr. Armindo Matheus da Luz Júnior”.
Referências: f. 52-53.

1. Medicina. 2. Atenção primária à saúde. 3. Medicina de emergência. 4. Educação médica. 5. Urgência. 6. Emergência. I. Luz Júnior, Armindo Matheus da. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

PEDRO OTÁVIO BELLOZI GALNDO GALINDO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA:
HISTÓRIA, EDUCAÇÃO E AÇÃO

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2020

Duque de Caxias - RJ

2020

DEDICATÓRIA

Ao meu saudoso pai, sempre presente, Pedro Galindo Galindo, exemplo de fortaleza e dedicação; da Clínica Médica fez sua missão de força, honra, conhecimento e assistência; descansou com o justo reconhecimento de uma vida de intenso trabalho e a certeza da árdua missão cumprida, e, assim, foi recolhido. Prometi à sua inesquecível memória que sua honra seria continuada. Eis-me aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso Senhor, criador de tudo e de todo o conhecimento.

À memória, sempre presente, de meu saudoso pai, Pedro Galindo Galindo, pela história de adversidades, superação e sucesso; seu exemplo sempre será a inspiração e força.

À minha mãe, Maria da Glória Bellozi Galindo Galindo, por sua assistência durante toda a trajetória; sem sua benevolência e incentivo, nada teria existido.

À Renata Ribeiro Ferreira da Silva, minha companheira de todas as horas, sem sua grandeza, dedicação e paciência, muito mais se teria perecido e, talvez, sucumbido, mas sua existência suplantou as grandes adversidades.

À Helena Ribeiro Salomão, pelo sempre generoso apoio em todo o tempo, em todas as circunstâncias.

A Sebastião Simar Cortes, o amigo que sempre esteve presente em todas as ocasiões.

A Tony Pelosi, o amigo que esteve sempre presente e generosamente sempre ajudou nas necessidades.

À Marília Frizeiro, pelo sempre generoso incentivo, por uma história de adversidades, determinação e superação.

Ao meu irmão, Marcio Lopes de Figueiredo, pela companhia em todas as horas e ocasiões, todo o poderoso incentivo que transcendeu as grandes adversidades.

Aos meus amigos Alexandre Paulino Ribeiro, Rafael Percia de Melo, Vagner Tavares Guimarães, Antônio Marcos Veloso, Felipe Formenti da Paixão, Victor Luiz Gasser, pela inspiradora amizade de uma vida.

Aos amigos Ana Cláudia Costa, Marcelo Costa, Juliana Queiroz Possas, Eгна Júlia de Queiroz Possas, Camila Blanc, Mônica Manhardt, Néder Périco Júnior, Ângela Moraes, Marina Moraes, Mariana Moraes, sempre presentes em todas as ocasiões.

Aos amigos José Maria Damaceno, sempre presente, e Conceição Damaceno, pela generosidade e assistência quando mais necessitamos.

Aos colegas e amigos da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro - CIEP 281 Gabriela Mistral, que em todo o tempo estiveram comigo e me ajudaram na jornada: especialmente à Prof.^a Angelita da Silva Souza, à Prof.^a Bianka Soares Lopes, ao Prof. Vinícius das Neves Sabbadim, à Profa. Ângela M. Francisco, à Sra. Laíde Francisca da Silva Machado (as sempre generosas e poderosas palavras, principalmente nas adversidades, nunca serão esquecidas), a Carlos Henrique Bastos.

Aos inspiradores colegas e amigos que a faculdade proporcionou durante a jornada: Enrique Moreira Cruz Miranda, William Paul Majarowsky, Sthefania Sad Rodrigues, Arlindo Marques Ferreira Júnior, Victória Figueiredo Junger, Bernardo Cardoso Hannas, Jan Pavel Brych, Lauro Ribeiro Areas, João Gabriel Figueira Meyrelles, Symone Nisa Serafim de Oliveira, Isabela Meneses de Moraes Fontana. Juntos passamos por todos os momentos, mas juntos, fomos mais fortes e vencemos. Nas adversidades da árdua trajetória, a amizade e as generosas palavras de incentivo e a ajuda foram suficientes.

À Liga Acadêmica de Trauma e Emergência da Universidade do Grande Rio, especialmente à Alexandra Medeiros Brito de Oliveira, pelo exemplo.

A Expedito Martins Pinheiro Silva, pelo generoso incentivo, além da extraordinária história e carreira médica que, por si, já inspiram.

A Rodolfo Ernesto Vasquez Suriano pelo gentil incentivo em meio às adversidades.

A Frederico Carlos de Souza Arnaud, pelo incentivo e generoso compartilhamento de uma grande história de sucesso para o desenvolvimento da Medicina no País.

Ao professor orientador Armindo da Luz Matheus Júnior, pela generosidade e assistência, sempre benevolente em compartilhar de seu vasto conhecimento e experiência.

À prof.^a co-orientadora Raquel Fernandes de Barros Nóboa, pela sempre gentil e experiente assistência, auxiliando valiosamente na construção do conhecimento.

EPÍGRAFE

*A emergência é um momento decisivo que não pode esperar
para devolver o indivíduo a si mesmo.*

(Pedro Otávio Bellozi Galindo Galindo)

“Eu vi pessoas ao redor de mim sangrando e gritando, eu estava em um vestido branco e logo lembrei de meus dias trabalhando na sala de emergência em um jaleco branco de laboratório e eu sabia que eu tinha que fazer algo” (Israa Seblani).

Sobre a explosão em Beirute no dia 04 de agosto de 2020.



Fonte: <https://www.arabamericannews.com/2020/08/08/after-going-viral-the-bride-from-beirut-tells-her-story/>. Acesso em 02/11/2020

RESUMO

Introdução: A Medicina de Emergência é uma nova especialidade no Brasil, reconhecida legalmente em 2016 pela Associação Médica Brasileira, com campo de atuação de fundamental importância na Atenção Primária, em muitas vezes como porta de entrada ao sistema de saúde. Nessa área, há assuntos de várias naturezas, inclusive ética, e procedimentos específicos que exigem uma educação própria, preferencialmente ainda na graduação, visto a importância do assunto, além do fato de que muitos recém-formados iniciam a carreira profissional justamente na área de emergência. Essa nova especialidade tem uma importante e oportuna missão de reformar o modelo de emergência no País, oferecendo um serviço de maior rapidez, qualidade e resolubilidade. **Objetivos:** apresentar um histórico da Medicina de Emergência mundial, especialmente da América do Norte, precursora da especialidade, e do Brasil; evidenciar as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil, traçando-se, assim, o perfil da emergência no País; descrever alguns artigos recentes sobre o assunto e apresentar uma proposta de trabalho do tema urgência e emergência na graduação. **Métodos:** procedeu-se a uma revisão bibliográfica sobre o assunto, recorrendo-se a obras do Ministério da Saúde sobre o tema; foram observadas as estatísticas de morbimortalidade a partir do banco de dados TabNet do DataSUS; foram consultados artigos científicos específicos sobre medicina de emergência nos portais SciELO e Pubmed publicados entre 2014 e 2020. **Resultados:** pôde-se verificar que a Medicina de Emergência é de alguma forma exercida desde remotamente, de acordo com as necessidades que surgem inesperadamente, comum ao ato de viver. A Medicina de Emergência é bem destacada na América do Norte, reconhecida como especialidade em 1979, com trabalhos bem dedicados nessa importante área, contrastando-se com outros países que ainda não apresentam a especialidade, mas exercem condutas de emergência através de médicos de outras especialidades. Analisando-se as estatísticas do Ministério da Saúde, observa-se uma maior morbimortalidade por trauma e doenças cardiovasculares, o que sugere uma atenção maior para essas doenças. No Brasil, a especialidade foi reconhecida em 2016, com crescente e importante trabalho nessa promissora área e surgimento de programas de residência médica em Medicina de Emergência. Também se verifica a necessidade de se trabalhar o assunto emergência ainda na graduação, visto a importância do tema, bem como estender discussões sobre o tema não só à comunidade acadêmica, principalmente nas graduações de Medicina, como também se oferecer trabalhos nesse campo para a população em geral, atendendo-se, inclusive, à Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Conclusões:** A Medicina de Emergência é uma importante área da Atenção Primária da Saúde, antiga na América do Norte, desde 1971, e agora especialidade reconhecida no Brasil em 2016, com grande importância de atuação na Atenção Primária e com um propósito maior de adequar os serviços de emergência do País, tornando os mesmos mais eficientes, apontando, portanto, a necessidade de um trabalho mais sistemático sobre o tema, ainda na graduação em Medicina.

Palavras-chave: medicina de emergência; educação médica; urgência e emergência.

ABSTRACT

Background: Emergency Medicine is a new specialty in Brazil, legally established in 2016 by the Brazilian Medical Association, having fundamental field of work in primary attention in health, in many times working as the main way to the system of public health. In this area there are subjects from several areas of knowledge, even ethics, and specific procedures which demand an appropriate education, even during undergraduate, due to the fact that several physicians at the very beginning of the career start to work really in the field of emergency. This new specialty has the important and opportune mission to reorganize the model of emergency in the country, offering more agility, quality and resolving in the service.

Objective: show a brief history of the Emergency Medicine, especially of The United States, beginning of the specialty, and of Brazil; reveal the main cause of morbimortality in Brazil, showing, therefore, the profile of the emergency in the country; describe some recent articles about the subject and show a proposal of study of the theme urgency and emergency in the undergraduate. **Method:** It was done a bibliographic review about the theme, using resources from the Ministério da Saúde, It was analysed statistic data from the database TabNet and DataSUS, It was searched specific scientific articles about Emergency Medicine in the databases SciELO and Pubmed, published between 2014 and 2020. **Results:** It could be verified that Emergency Medicine has been, by some way, practiced since remote time, according to the needs that show up all of a sudden, common in the living. The Emergency Medicine is well defined in the United States, recognized as specialty in 1979, with dedicated works in this field, against other countries, where the specialty is not recognized yet, but procedures of emergency have been practiced through physicians of other specialties. Analysing statistical data from Ministério da Saúde, It is shown that there is more morbimortality due to trauma and cardiovascular diseases, what suggests, in this way, needs of more attention in these diseases. In Brazil the specialty was recognized in 2016 with increasing and important work in this field and the beginning of residence programmes of medical residence in Emergency Medicine. Also, It is noticed that is necessary to discuss the theme emergency yet during undergraduate, due to the importance of the theme, as well as discuss the theme not only among academic community, mainly among students of Medicine, but also offer works in this field among the population, even in accordance with the Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Conclusions:** the Emergency Medicine is an important field of the primary attention in health, it began early in the United States in 1971, and now recognized specialty in Brazil since 2016, having important role in the primary attention and great opportunity to adequate the services of emergency in the country, turning these services more efficient, pointing, therefore, to the necessity of a more systematic work about the theme yet during the undergraduate. **Keywords:** emergency medicine, medical education, urgency and emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AAEM – American Academy of Emergency Medicine
ABEM – American Board of Emergency Medicine
ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABMS – American Board of Medical Specialties
ABRAMEDE – Associação Brasileira de medicina de Emergência
ACEM – Australasian College of Emergency Medicine
ACEP – American College of Emergency Physicians
ACLS – Advanced Cardiovascular Life Support
AHA – American Heart Association
ALSO – Advanced Life Support in Obstetrics
APH – Atendimento pré-hospitalar
ATLS – Advanced Trauma Life Support
AVCH – acidente vascular cerebral hemorrágico
AVCI – acidente vascular cerebral isquêmico
BLS – Basic Life Support
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID – Classificação Internacional de Doenças
DCN – Diretriz Curriculares Nacionais
DERSA – Desenvolvimento Rodoviário S.A.
EMBS – Educação Médica Baseada em Simulação
EMRA – Emergency Medicine Residents' Association
FCEM – Fellow of the College Of Emergency Medicine
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IAM – infarto agudo do miocárdio
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NBME – National Board of Medical Examiners
PALS – Pediatric Advanced Life Support
PHTLS – Pre Hospital Trauma Life Support
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
PNPDEC – Política Nacional de Proteção e Defesa Civil
PPA – Plano de Pronto Ação
PS – Pronto Socorro
PSF – Programas de Saúde da Família
PU – Posto de Urgência
RCP – ressuscitação cardiopulmonar
SAEM – Society for Academic Emergency Medicine
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgências
SBV – Suporte Básico de Vida
SNS – Sistema Nacional de Saúde
STEM – Society of Teachers in Emergency Medicine
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TARM – telefonistas auxiliares de regulação médica
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAEMS – University Association of Emergency Medical Service
UAEMS – University Association of Emergency Medical Service
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
USA – unidade de suporte avançado de vida terrestre
USB – unidade de suporte básico de vida terrestre
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VIR – veículo de intervenção rápida

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA E ESTATÍSTICOS SOBRE MORBIMORTALIDADE	18
2.1 – HISTÓRICO MUNDIAL DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA	18
2.2 – MODELOS DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA	19
2.3 – HISTÓRICO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA NO BRASIL	20
2.4 – HISTÓRICO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA NO BRASIL	23
2.5 – PANORAMA ESTATÍSTICO SOBRE MORBIMORTALIDADE	25
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	27
4 – OBJETIVOS	30
5 – MATERIAL E MÉTODOS	31
6 – RESULTADOS	32
7 – DISCUSSÃO	44
8 – CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES.....	54
ANEXOS	55

1 – INTRODUÇÃO

Este estudo abarca o vasto e iminente campo de atuação da, hoje, Medicina de Emergência, transcorrendo por todas as especialidades da Ciência Médica, tanto na abordagem clínica quanto na cirúrgica. Sabe-se que, atualmente, para a definição dos termos urgência e emergência, utiliza-se a Resolução 1.451 de 1995, do Conselho Federal de Medicina:

Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.¹

Nesse amplo campo de atuação, que é a Medicina de Emergência, frequentemente surgem ocorrências de maneira inesperada e incontrolavelmente, seja pela história natural de dada enfermidade, seja pelo próprio ato de viver, estando, portanto, sujeitas às eventualidades do organismo e do meio em que o indivíduo vive. Assim, a área da emergência pode, de certa maneira, refletir o próprio comportamento da sociedade, fornecendo indicadores epidemiológicos para ação e prevenção. A Medicina de Emergência sempre foi exercida, de alguma maneira, para evolução da sociedade.²

Nessa perspectiva, o médico clínico generalista deve contemplar o indivíduo especialmente como um complexo biopsicossocial. A partir dessa perspectiva, perceber, principalmente sob o eixo biológico, um conjunto de sistemas orgânicos integrados sob uma morbidade de manifestação aguda e de morte, compreendendo basicamente o quadro clínico para uma rápida e efetiva série de procedimentos terapêuticos específicos. Essa compreensão visa ao restabelecimento do indivíduo, livrando-o especialmente do risco de morte iminente. Em última análise, a ação do médico clínico generalista devolve esse indivíduo a si mesmo, recuperado dos padecimentos das enfermidades e, portanto, novamente sob o próprio bem-estar, útil e produtivo no seu universo e na sociedade.

Assim, a Medicina de Emergência, legalmente reconhecida como especialidade no Brasil em 2016, pela Associação Médica Brasileira, coloca-se exatamente no ponto crítico entre o momento da recepção do indivíduo com o disparo da sintomatologia e a possibilidade de uma intervenção específica, rápida, efetiva e econômica. Essa intervenção permite, ainda, nessa perspectiva de favorável relação custo-benefício, a possibilidade de economia e garantia

de recursos para todo o sistema e, conseqüentemente, melhor oferta de serviço de saúde para toda a população.

Então, para a compreensão e proposta de um exercício efetivo da Medicina de Emergência, bem como para uma proposta de seu adequado ensino, agora importante especialidade, deve-se compreender essencialmente, sob as variedades epidemiológicas, alguns aspectos fundamentais: a) as principais morbidades e mortalidades da população, sejam crônicas ou agudas, indicando-se quais entre elas, podem compor quadros de emergência; b) a fisiopatologia das principais enfermidades para as melhores estratégias terapêuticas, observando-se, inclusive, os protocolos existentes recomendados pelas entidades especializadas; c) as estratégias da Medicina Preventiva, objetivando-se não só a resolução de quadros agudos dentro da emergência, mas, essencialmente, a promoção de saúde, importantíssimo pilar da Política Nacional de Atenção Básica, visando à integralidade, ao bem-estar biopsicossocial do indivíduo para sua participação efetiva em seu universo e na sociedade.

Oportunamente, interligando a Medicina de Emergência ao importantíssimo campo da Medicina Preventiva, dentro da Atenção Básica em Saúde, relativamente ao eixo de ações estratégicas de prevenção de agravos e promoção de saúde, cabe um trabalho conjunto dessas especialidades direcionado ao público em geral. Esse trabalho conjunto deve visar à divulgação de informações próprias no campo da prevenção de doenças e quadros usuais de emergências com repercussões letais, as quais podem ser evitadas por meio de condutas simples, mas efetivas, como previsto na diretriz da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB³:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Específica e iminentemente, cabe mencionar que as ações compreendidas pela Medicina Preventiva, especialmente na parte de primeiros socorros, acham-se em perfeita consonância com a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil/PNPDC, importantíssima Ciência que deve ser mencionada nessa discussão, por contemplar esses tipos de ações democráticas, muito relevantes para aprimoramento da população nesse campo, como bem descrito no Art. 3º da Lei 12.608, de 10 de abril de 2012⁴:

Art. 3º A PNPDEC abrange as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação voltadas à proteção e defesa civil.

Parágrafo único. A PNPDEC deve integrar-se às políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável.

Relativamente à importância da participação da população em geral, o Art. 4º apresenta claramente essa condição no inciso VI: “Art. 4º São diretrizes da PNPDEC: VI - participação da sociedade civil”.⁴

Especificamente sobre o importante tema de primeiros socorros, o Art. 5º, incisos II e XIV destacam o assunto: Art. 5º São objetivos da PNPDEC: “II - prestar socorro e assistência às populações atingidas por desastres; XIV - orientar as comunidades a adotar comportamentos adequados de prevenção e de resposta em situação de desastre e promover a autoproteção”.⁴

Nessa perspectiva, considerando-se a necessidade de divulgação de temas em Medicina de Emergência, ressalta-se a necessidade de trabalhos em primeiros socorros, como previsto na PNAB e na PNPDC, podendo-se utilizar a estrutura das universidades para trabalhos permanentes nesse eixo, por meio de capacitações destinadas tanto aos próprios graduandos, principalmente os da área da saúde, quanto, à população em geral.

Além disso, este trabalho pode ser muito cabível às Ligas Acadêmicas, já que se ressaltam as ligas de emergência, importante componente dos cursos de graduação. Estes, sob supervisão de preceptores devidamente capacitados, desenvolvem relevantes atividades tanto para os alunos quanto para o público em geral⁵:

A participação em atividades extracurriculares parece ter impacto positivo sobre essas questões, como mostram Tedeschi *et al.*, que avaliaram o efeito de atividades oferecidas por uma liga acadêmica de UE de outra instituição e constataram melhora no desempenho dos estudantes.

Portanto, mediante as estatísticas, observa-se que há enfermidades de alta prevalência e incidência na população, que podem assumir quadros agudos, causando hospitalizações e óbitos. Desse modo, é importante o conhecimento das mesmas para uma abordagem específica visando tanto à recuperação do paciente no setor de urgência e emergência, quanto à promoção de saúde e prevenção de doenças. Urge, portanto, a necessidade de se avaliarem e de se implementarem essas ações de promoção de saúde, utilizando-se, oportunamente, os

recursos das universidades, as quais podem levar democraticamente esse eixo de atenção básica à população em geral, com eficiência científica.

Essa interligação da Medicina de Emergência com a Medicina Preventiva, dentro da Atenção Básica em Saúde, relacionando-se ao eixo de ações estratégicas de prevenção de agravos e promoção de saúde, justifica a importância do presente estudo, que, primeiramente, aborda os aspectos históricos da Medicina de Emergência, nos âmbitos internacionais e nacional, até tornar-se especialidade médica no Brasil, bem como os modelos de assistência de emergência e o panorama estatístico sobre morbimortalidade.

Em seguida, passa-se ao referencial teórico, que prima pelo componente urgência e emergência dentro da saúde pública, exigindo um sistema eficiente e apto a receber as iminentes demandas com resolubilidade. O referencial teórico abarca ainda a importância de se estudarem os costumes e a cultura de uma população, que são determinantes para o perfil epidemiológico e para os padrões de morbimortalidade, mostrando, portanto, o princípio da Medicina Social². Outro aspecto abordado pelo referencial teórico é a tendência mundial ao envelhecimento da população e os consequentes quadros de urgência e emergência decorrentes de doenças crônicas. Por fim, no referido tópico, é abordado um corpus legislativo, que contempla tão importante área. Em seguida, passa-se aos objetivos, ao material e métodos, bem como aos resultados e às discussões e à conclusão.

2 – ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA E ESTATÍSTICOS SOBRE MORBIMORTALIDADE

Dada a importância de se conhecerem os procedimentos formalmente compreendidos hoje como Medicina de Emergência, vale fazer um breve percurso sobre a prática da Medicina de Emergência tanto nos âmbitos internacionais como no âmbito nacional, além de se refletir sobre uma questão inerente à Medicina de Emergência, qual seja o panorama estatístico sobre morbimortalidade.

2.1 HISTÓRICO MUNDIAL DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA

Ao longo da história, os procedimentos hoje compreendidos formalmente na Medicina de Emergência, eram, de alguma forma, praticados em locais distintos sem a padronização, o apoio, a visão ou a identidade que se tem atualmente no rigor científico^{2,6}. Assim, tanto atualmente quanto há 50 anos, a prática da medicina de emergência ainda tem sido feita por médicos sem formação adequada e equipes de especialidades diversificadas, com programas específicos. Deve-se destacar que esse setor geralmente representa o início das atividades profissionais dos médicos recém-formados.

Mais recentemente, a Medicina de Emergência foi focada primeiramente em poupar as vidas de enfermidades ou injúrias críticas, com menor atenção para demais casos. Entretanto, por duas décadas, principalmente a partir de 1970, esse panorama passou por uma mudança de identidade, para acompanhar a realidade das situações de emergência. Passou-se a observar a questão social, refletindo o comportamento das sociedades, de forma que a Medicina de Emergência se tornou um reflexo da própria história da sociedade.

Assim, em 1970, especificamente na Universidade de Cincinnati, nos Estados Unidos, foi estabelecida a primeira Residência em Medicina de Emergência. Em 1971, a University of South California concebeu o primeiro Departamento de Medicina de Emergência. Em 1979, a especialidade foi oficializada pelo American Board of Medical Specialties. Atualmente, nos Estados Unidos, há residência médica com duração de três a quatro anos, com admissão por acesso direto ou como extensão de outras especialidades médicas. Com a integralização do treinamento do programa, há o exame de certificação específica, pelo American Board of Emergency Medicine, o qual habilita o então candidato ao título de emergencista.^{2,6}

Na Nova Zelândia e na Austrália, o treinamento específico compreende sete anos, com certificação pelo Australasian College for Emergency Medicine/ACEM. No Canadá a

formação pode ser por dois meios: por um programa de residência em Medicina de Emergência por acesso direto, com duração de cinco anos e certificação pelo Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; ou por um ano optativo para treinamento específico em Medicina de Emergência para egressos da residência em Medicina de Família, com certificação pelo College of Family Physicians of Canada. Geralmente, médicos que atuam na área de emergência em pronto-atendimentos e hospitais do interior optam por fazer uma segunda formação nessa área. No Reino Unido e na Irlanda, é necessário um treinamento de seis anos para se proceder à certificação de Fellow of the College Of Emergency Medicine/FCEM do College of Emergency. No âmbito da América Latina, especificamente no México, Peru, Colômbia, Venezuela, Chile, Panamá e Argentina, a Medicina de Emergência já é uma especialidade reconhecida, tendo iniciado mais tardiamente, mas com importante desenvolvimento.^{2, 6}

2.2 MODELOS DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA

No modelo anglo-americano (emergência como especialidade), os pacientes são recebidos nas emergências por médicos com capacitação específica na área de emergência, estando, portanto, capacitados para atenderem a uma variedade de serviços peculiares da emergência, em um setor adequadamente preparado. Nesse modelo, a Medicina de Emergência tem o reconhecimento como especialidade, com as respectivas associações representativas, com os programas de capacitação e educação com as residências médicas e cursos de qualificação para médicos, inclusive, de outras especialidades. Exemplos desse modelo são encontrados nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Austrália, na Irlanda, na Finlândia, na Nova Zelândia, em Israel, na Coreia do Sul, em Cingapura, na China, no Peru, no México e na Nicarágua.^{2, 6}

No modelo franco-germânico (a emergência não é uma especialidade), os pacientes são recebidos geralmente por médicos com formação em especialidades diversas – medicina interna, cirurgia geral e anestesiologia – como ocorre atualmente no Brasil. A Itália, que, a princípio, tinha a emergência como uma subárea da medicina interna, em 1996, deu início a uma transição para o modelo anglo-americano, implementando, assim, um programa de residência médica em Medicina de Emergência. Exemplos desse modelo são encontrados na Alemanha, na França e na Rússia.

2.3 HISTÓRICO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA NO BRASIL

A história da estruturação da Atenção às Urgências no Brasil tem início na história do próprio Sistema de Saúde brasileiro, paralelamente à Previdência Social. Desde o descobrimento do País até a instalação do Império, não havia um modelo de atenção à saúde, bem como não havia interesse do governo colonizador em criar um sistema de assistência à saúde para o povo.⁷

Antes da década de 1920, a organização da assistência hospitalar se fazia através da Irmandade da Misericórdia, em São Paulo, e, a partir dessa década, começa a construção das primeiras unidades hospitalares. Então, o Estado inicia o trabalho de organização da assistência hospitalar com a construção do primeiro hospital – Hospital São Francisco de Assis –, no Rio de Janeiro, que data de 1922, instalado em um antigo asilo de mendicidade. Posteriormente, outras unidades foram sendo construídas: o Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, para crianças, localizado em um hotel (1924); o Hospital Pedro II, localizado em uma antiga escola e destinado aos casos de malária; o Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929); o Hospital e Instituto do Câncer (1927-1934); o Hospital de Clínicas Arthur Bernardes, da Faculdade de Medicina (1926-1934).

Em 1949, foi implantado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência/SAMDU, por meio do Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949, o qual tinha a manutenção de responsabilidade dos Institutos de Aposentadorias e Pensões/IAP e as Caixas ainda remanescentes, vinculados ao Ministério do Trabalho. Com a aprovação do Decreto nº 46.349, em 3 de julho de 1959, ocorre a regulamentação da finalidade do SAMDU em prestar assistência médica de urgência em ambulatórios, hospitais, em domicílio ou local de trabalho, sendo esse sistema ainda mantido por todos os institutos e caixas. Nessa época, foram construídos Postos de Urgências/PU junto aos ambulatórios, e a demanda era trabalhada via rádio. Esse sistema SAMDU também foi implantado nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí e Ceará.

Entretanto, a assistência do SAMDU se fazia somente aos beneficiários das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões, excluindo-se, portanto, os trabalhadores informais que não dispunham de carteira de trabalho assinada, trabalhadores considerados “à margem do sistema”. Porém, esses trabalhadores podiam utilizar o SAMDU desde que pagassem uma contribuição fixada em tabela. Uma importante atuação do SAMDU era a assistência aos pacientes (previdenciários ou dependentes) com doenças crônicas (como diabetes, insuficiência

cardíaca e obstrução urinária), com acompanhamento mediante visitas domiciliares regulares.

Em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social/INPS incorpora os Institutos de Aposentadorias e Pensões, o SAMDU e a Superintendência dos Serviço Reabilitação da Previdência Social, propiciando condições para implantação de um modelo de atenção à saúde centrado na assistência médica, com práticas curativas voltadas ao complexo médico-hospitalar, cuja dinâmica seria construir hospitais e contratar serviços hospitalares privados.

Em 1974, relativamente à Previdência Social, houve a desburocratização do atendimento nos casos específicos de emergência, com a aprovação do Plano de Pronta Ação/PPA, iniciando-se, então, a universalização dos atendimentos de urgência. Assim, após a extinção do SAMDU, em 1967, a Previdência Social admitia ineditamente o uso de seus recursos no atendimento universal.

Em 1975, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Saúde/SNS, responsabilizando os municípios na prestação de serviços de urgência e, ainda, estimulando a criação de novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, com recursos financeiros da própria Previdência Social. Nesse período, foi reintroduzido o Atendimento Pré-hospitalar Móvel/APH, e a Previdência Social passou a estimular e financiar novas propostas terapêuticas e novas modalidades de assistência, ocorrendo, inclusive, grande distribuição de ambulâncias por parte da Previdência Social, transformando-se em moeda política. A maioria dos veículos escolhidos, inclusive, era imprópria para o transporte de pacientes, além de não existirem recursos humanos adequados. Destaca-se, nessa época, a implantação do APH móvel, semelhante ao funcionamento do SAMDU, pela Secretaria Municipal de São Paulo (conhecido como “192”) e pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.

Na visão de novas modalidades de assistência e a partir do Desenvolvimento Rodoviário S.A. (DERSA), surgiu o “Sistema de Ajuda ao Usuário”, nas rodovias sob sua jurisdição, no Estado de São Paulo (Sistema Anchieta-Imigrantes, Sistema Anhanguera-Bandeirantes e Sistema dos Trabalhadores), com interligação a órgãos e serviços públicos. A principal característica do sistema era a disposição de uma ambulância tripulada por um motorista e a presença de um atendente de primeiros socorros treinado, sob supervisão de médicos; esse sistema era mantido com a arrecadação dos pedágios e com recursos da Previdência.

Com a experiência do projeto DERSA, muitos profissionais do Corpo de Bombeiros foram treinados em Chicago e Toronto, porque os EUA e Canadá foram pioneiros na prática

de atender vítimas em local de acidente, observando-se ainda que o modelo de APH móvel americano é semelhante ao projeto da DERSA, com atendimento executado por socorristas.

Na década de 1970, em âmbito hospitalar, destacaram-se a criação do plantão médico administrador e os critérios de atendimento de urgência estabelecidos pelo Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas de São Paulo, o que visava à diminuição do congestionamento desse pronto-socorro. Esse sistema propiciou convênios entre vários hospitais da região metropolitana, de forma que o Hospital de Clínicas se portou como a primeira instância reguladora da transferência entre hospitais para cuidados de urgência/emergência no Brasil.

Em 1989, foi realizado um convênio de cooperação técnica para a implantação de centrais de regulação médica nos municípios que dispunham de APH Móvel, baseando-se, ainda, no formato do SAMDU, que funcionavam com o número “192”. Ao mesmo tempo em que o governo federal estimulava novos métodos terapêuticos e modalidades de assistência, também adequava os municípios com equipamentos, ambulâncias com perfil de terapia intensiva e contratos de médicos e enfermeiros treinados.

Ainda na década de 1980, surgiu a proposta de um sistema de referência para o encaminhamento dos acidentados aos locais próximos das ocorrências, estabelecendo, pela primeira vez, uma proposta de territorialização e integração dos serviços de atendimento imediato e de internação. Essa proposta foi elaborada por representantes do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas, da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, do Hospital Heliópolis e da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo.

Finalmente, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde/SUS, estabelecido pela Constituição de 1988, surge a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei previa como atribuições comuns à União, aos Estados e aos Municípios a responsabilidade com as emergências. Assim, pontualmente, os estados brasileiros puderam expandir os serviços de APH móvel por meio dos bombeiros (executados exclusivamente por socorristas ou por profissionais de saúde e socorristas). Além disso, os municípios puderam expandir os serviços no modelo do SAMDU, agora vinculados a uma central de regulação de urgência. Uma característica importante é que esses serviços atendiam às urgências de forma dissociada e isolada; os prontos-socorros e o APH móvel eram a única porta de entrada no sistema de atenção à saúde.

Em 2003, foi aprovada a primeira Política Nacional de Atenção às Urgências/PNAU, implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de

gestão, composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, organizados com o objetivo primordial de garantir universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios).

A PNAU foi instituída por meio de 5 eixos estruturantes: a) estratégias promocionais de qualidade de vida; b) organização de redes loco-regionais; c) instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; d) capacitação e educação continuada das equipes; e) humanização da atenção. Paralelamente à organização da PNAU, foi publicada a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o Componente pré-hospitalar móvel previsto na PNAU por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências/SAMU com as respectivas centrais de regulação de urgências (192) e Núcleos de Educação em Urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da PNAU.⁸

Em 21 de maio de 2012, é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, sendo o componente da rede de atenção às urgências e emergências para ordenar o fluxo assistencial, disponibilizando o atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas de agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas; o atendimento se faz mediante o envio, controlado por central de regulação, de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” (já utilizado pelos APH móvel de 1975, em São Paulo).

A central de regulação médica das urgências, componente do SAMU 192, é uma estrutura física operada por profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores (RO), responsáveis por regularem as chamadas telefônicas 192 que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência; também ordenam o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Atenção à Saúde.

2.4 HISTÓRICO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA NO BRASIL

Em 1985, no Ceará, foi criada a Sociedade Cearense de Medicina de Urgência, primeira sociedade médica destinada a contribuir para o desenvolvimento da Medicina de Emergência, tendo mantido os trabalhos ativos por um pequeno período. Entretanto, em 1998, na persistência do projeto, reativa-se o trabalho, agora, de maneira intensa, inclusive com a

realização de vários fóruns e congressos, tornando-se, assim, um importante período de divulgação da proposta que se consolidava. Desse modo, a equipe da Sociedade Cearense de Medicina de Urgência, que participava desse movimento, solicitou ao Conselho Regional de Medicina do Ceará a criação da câmara técnica de Medicina de Emergência do Ceará. Cabe destacar que a Sociedade Cearense de Medicina de Urgência é atualmente a regional da Associação Brasileira de Medicina de Emergência, continuando vigorosamente o trabalho, desde o início, para a consolidação da Medicina de Emergência.⁹

Em 1992, cria-se a disciplina de Emergências Clínicas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; em 1996, no Rio Grande do Sul, é criada, com esforços, a primeira residência brasileira em Medicina de Emergência, e em 2003, é fundada a Associação de Medicina de Emergência do Rio Grande do Sul. Finalmente, em 2007, no município de Gramado, é realizado o Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, evento histórico em que, pela primeira vez, as equipes envolvidas com a Medicina de Emergência em todo o País puderam reunir-se para ampla discussão sobre o tema. Nessa importante ocasião, vários participantes puderam se conhecer e projetar o futuro da Medicina de Emergência no Brasil.

Em 2008, por iniciativa de Frederico Carlos de Souza Arnaud (Fortaleza – CE) e Luís Alexandre Alegretti Borges (Porto Alegre – RS), é fundada a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), com a intenção de representar oficialmente a especialidade no País, inclusive coordenando as residências em Medicina de Emergência, bem como, ressalta-se, defendendo ações para a modificação do panorama nas Emergências do País. Subsequentemente à fundação da ABRAMEDE, por meio da Secretaria de Saúde do Estado, é criada a segunda Residência de Medicina de Emergência, e, a partir de então, o tema ganha uma dimensão nacional pela luta do reconhecimento.

Em 2009, também em Fortaleza, é realizado, com ampla participação de médicos e enfermeiros, entre outros profissionais, o II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, evento de grande sucesso e repercussão, tendo lançado praticamente em nível nacional os termos Medicina de Emergência e médico emergencista.

Em 2010, o Conselho Federal de Medicina e alguns conselhos regionais iniciam uma discussão mais organizada sobre a questão, ocorrendo o I Fórum de Urgência e Emergência do CFM, com participação ativa dos grupos de Fortaleza e de Porto Alegre.

Em 2011, ocorre, em São Paulo o III Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, inclusive com participação de médicos emergencistas estrangeiros. No mesmo ano, por ocasião

do II Fórum Nacional de Urgência e Emergência do CFM, mediante questionamentos do grupo opositor do projeto sobre Medicina de Emergência como especialidade, acontece maior debate sobre a questão e, mediante as exposições de Frederico Carlos de Souza Arnaud, o CFM publica pela primeira vez nota de apoio ao reconhecimento da Medicina de Emergência, etapa de extrema importância para o reconhecimento da especialidade.

Em 2015, é estabelecido, mediante consenso entre entidades de classe e especialidades, a importância de a Medicina de Emergência ser uma especialidade Médica, assim como já é observado em mais de 80 países. Desse modo, em 2016, o CFM reconhece oficialmente a Medicina de Emergência como a mais nova especialidade Médica do País, e a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), filiada à Associação Médica Brasileira, é a representante legal da especialidade, sendo, portanto, responsável por certificar os Especialistas em Medicina de Emergência Brasileiros.

2.5 PANORAMA ESTATÍSTICO SOBRE MORBIMORTALIDADE

Para melhor compreensão das necessidades tanto de educação médica quanto de trabalho no campo de urgência e emergência, é fundamental que se caracterize o panorama epidemiológico da população, a partir do estudo da morbimortalidade, justamente para se conhecerem as principais injúrias, propondo-se linhas de trabalhos nos principais agravos de saúde, a fim de se atingir maior eficiência na prestação do serviço.

Observando-se os dados do Ministério da Saúde pela plataforma DataSUS Tabnet¹⁰, no Estado do Rio de Janeiro, o maior número de internações segundo a lista de Morbidade CID-10, no período de março de 2020 tem-se:

- a) 13.261 casos de gravidez, parto e puerpério; e destes, 6.259 são casos de parto único espontâneo. Cabe destacar que casos da Ginecologia e Obstetrícia são especialmente recebidos nos serviços dessa Especialidade em hospitais de referência, justamente justificado pelo grande volume de admissões e possíveis complicações.
- b) 6.034 casos por lesões consequentes a causas externas (trauma), e destes, 2.211 são casos de fraturas de outros ossos dos membros.
- c) 5.257 casos de doenças cardiovasculares, e destes, 939 são casos de acidente vascular cerebral/AVCI, AVCH (isquêmico ou hemorrágico); 811 casos de infarto agudo do miocárdio/IAM.
- d) 4.257 casos de neoplasias, e destes, 655 são casos de neoplasia de mama.

Já relativamente à mortalidade, na mesma plataforma DataSUS Tabnet¹¹, no mesmo período houve:

- a) 986 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, e destes, 713 casos de septicemia.
- b) 606 óbitos por doenças cardiovasculares; e destes, 165 casos de acidente vascular encefálico; 126 óbitos por insuficiência cardíaca; e 83 óbitos por infarto agudo do miocárdio.
- c) 578 óbitos por neoplasias, e destes, 78 óbitos por neoplasia maligna da mama.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

O componente urgência e emergência dentro da saúde pública, discutido mais especificamente desde a Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2003, reformulada pela Portaria GM/MS 1.600 de 2011 até a atual Portaria de Consolidação N° 03, de 28 de setembro de 2017, é uma prioridade na gestão do sistema de saúde. A importância do tema deve-se à crescente necessidade de modernizar o atendimento, seja pelo volume da demanda, seja pela inovação dos serviços, acompanhando-se as tendências mundiais nesse setor, como o estabelecimento de protocolos de atendimento de situações específicas, visando à redução de morbimortalidade. Como as injúrias que originam episódios de urgência e emergência sempre estarão iminentes na população, pelo simples ato de se viver, um sistema eficiente deverá estar apto a receber as iminentes demandas com resolubilidade, dada a alta probabilidade de casos de urgência e emergência surgirem justamente a qualquer momento, exigindo, portanto, uma intervenção própria a qualquer momento.

A soma de costumes, cultura, de uma população determina o comportamento da mesma, estabelecendo, ao longo do tempo, o perfil epidemiológico, de modo que os fatores ambientais, de alguma forma, interferem no comportamento da população e, por conseguinte, nos padrões de morbimortalidade. Realmente, no Séc. XIX, Virchow sugere que a Medicina seria uma ciência também social e que as enfermidades se originariam da condição social dos pacientes, mostrando-se, assim, um princípio da Medicina Social².

Assim, no desenvolvimento da história natural das sociedades, ainda se observa uma tendência mundial ao envelhecimento da população com o consequente risco inerente de episódios de quadros de urgência e emergência decorrentes de doenças crônicas, o que sinaliza, agora, a necessidade de atenção para as doenças de prevalência na população idosa, justamente para se conhecer e, então, se preparar rotinas de atendimento adequados nesses casos:¹²

Nos indivíduos idosos, grande parte da morbimortalidade se concentra em doenças crônico-degenerativas, em geral associadas em quadros de comorbidade que demandam assistência de alta complexidade. Dados do Ministério da Saúde, DataSUS, 2012, revelam que a principal causa de morte dos pacientes acima de 60 anos são as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplásicas, estando as causas externas na terceira posição.

Na perspectiva, então, de se adequar a oferta de um sistema de atendimento de urgência e emergência, de acordo com as necessidades epidemiológicas da população, tem-se o advento da Unidade de Pronto Atendimento/UPA, importante componente da Política

Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, constituindo-se um recurso de complexidade intermediária entre a Atenção Primária à Saúde e a rede hospitalar para seguimento e integralidade do serviço em saúde. Esse sistema, então, fornece um suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem a capacidade de resolução pela atenção básica e reduz o afluxo de usuários para as portas de entrada hospitalares, geralmente já sobrecarregadas justamente por ser a possibilidade de acesso à atenção básica.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, inicialmente estabelecida em 2003, foi reformulada em 2011, através da Port. GM/MS 1.600. Ela também implementa a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, com o objetivo de propor inovações e estratégias na gestão e no cuidado, no campo da urgência e emergência no Sistema Único de Saúde SUS, alinhando-se às necessidades epidemiológicas da população. Segundo a Portaria de Consolidação N° 03, de 28 de setembro de 2017,¹³ que, atualmente, rege as Redes do SUS, fundamentada, ainda, na importante Port. GM/MS 1.600/2011, entende-se por rede:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências é estruturada em componentes que, integrados, visam à integralidade da assistência em saúde:¹³

1. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde – com a participação democrática da sociedade, objetiva o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente na vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e doenças crônicas não transmissíveis;
2. Atenção Básica em Saúde – objetiva fundamentalmente a ampliação do acesso e, por conseguinte, primeiro cuidado às urgências e emergências em local adequado, até, se necessário, o encaminhamento a outros níveis de atenção, para a integralidade do serviço;
3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências – objetiva chegar precocemente à vítima, na ocorrência de episódio de agravo à saúde, como os de natureza clínica, cirúrgica,

- traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, para um atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS;
4. Sala de Estabilização – vinculado a uma unidade de saúde articulada à Rede, deve ser um local adequado para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, para a garantia de assistência contínua e posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde, por meio da central de regulação das urgências;
 5. Força Nacional de Saúde do SUS – fundamentado no princípio da equidade, objetiva a integralidade de assistência à saúde mediante situações de risco ou emergências, principalmente para populações com vulnerabilidades específicas, como em regiões de difícil acesso;
 6. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas – é o estabelecimento de saúde de referência em atendimento de urgências e emergências, de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, as quais prestam atendimento resolutivo e qualificado em quadros agudos ou agudizados, de natureza clínica ou, em primeira assistência, de natureza cirúrgica ou de trauma, visando à estabilização dos pacientes e, se necessário, encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
 7. Hospitalar – constituído por Portas Hospitalares de Urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias;
 8. Atenção Domiciliar – nova estratégia de cuidado, é o conjunto de ações integradas e articuladas visando à promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, em nível domiciliar.

A partir de dados estatísticos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), observa-se que atualmente ocorre um expressivo aumento de morbimortalidades nas doenças cardiovasculares, especialmente IAM e AVC, e trauma. Diante disso, a Consolidação das normas sobre as redes do SUS, Portaria Consolidada Nº 03, de 28 de setembro de 2017, estabelece na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS as linhas e os cuidados ao trauma, ao IAM e às síndromes coronarianas agudas.

As linhas de cuidado, fundamentadas em diretrizes clínicas, são ferramentas na gestão dos serviços da Rede, no propósito de reduzir a morbimortalidade em doenças de alta prevalência, através de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde.

4 – OBJETIVOS

4.1 GERAL

Apresentar a Medicina de Emergência, agora especialidade no Brasil, como uma ciência fundamental para qualquer especialidade médica, destacando os principais marcos históricos nacionais e mundiais que propiciaram o desenvolvimento dessa especialidade, mencionando ainda as principais morbimortalidades responsáveis pelas admissões nas emergências dos serviços de saúde, além de destacar a importância do trabalho do tema urgência e emergência, ainda na graduação, fornecendo noções básicas para a atuação nesse importante campo.

4.2 ESPECÍFICOS

Apresentar a Medicina de Emergência como uma ciência transdisciplinar e importante para qualquer área da Medicina;

Analisar as principais causas de morbidades e mortalidades na população brasileira, bem como as principais causas de internação no serviço público, de interesse na área de urgência e emergência;

Pesquisar no sistema DataSUS os dados estatísticos sobre morbidade e mortalidade no Brasil e especificamente no Estado do Rio de Janeiro, apontando-se, assim, prováveis causas de admissão nas emergências;

Apresentar artigos recentes sobre o assunto, destacando a importância e evolução da Medicina de Emergência;

Apresentar uma proposta de inclusão da Medicina de Emergência na graduação em Medicina.

5 – MATERIAIS E MÉTODOS

Para se concluírem os objetivos propostos, ou seja, apresentar um breve histórico da Medicina de Emergência, agora especialidade no Brasil, e assuntos inerentes, como, estatísticas de mortalidade, formação na especialidade e proposta para um trabalho nessa área dentro da graduação em Medicina, atendendo-se, inclusive, tanto à Política Nacional de Atenção Básica, quanto à Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, este trabalho realiza-se por meio de uma revisão bibliográfica não sistemática utilizando-se: a) bibliografia do Ministério da Saúde específica sobre o assunto; b) artigos sobre o assunto em pesquisa em bases de dados; c) uma pesquisa estatística na base de dados do Ministério da Saúde – DataSUS Tabnet, para levantamento das principais morbidades e mortalidades.

A pesquisa de artigos sobre o tema será feita em bases de dados SciELO, PubMed e site da Associação Brasileira de Educação Médica. O período de seleção dos artigos corresponde aos últimos seis anos, ou seja, entre 2015 e 2020.

Na base SciELO a partir do descritor “medicina de emergência” e no período estabelecido, foram encontrados 34 resultados e utilizados 3 artigos relativos à discussão.

Na base Pubmed, a partir dos descritores “history of emergency medicine”, com critérios: “free full text”, “review”, “5 years”, “language: english” foram encontrados 283 resultados e utilizados três artigos relativos à discussão.

No site da Associação Brasileira de Educação Médica, na página da publicação “Cadernos da ABEM”, foi encontrado um artigo específico sobre o assunto.

6 – RESULTADOS

O artigo “Principles of Social Emergency Medicine”² afirma que não é recente a relação da Ciência Médica com questões sociais, justamente pelo fato de a Medicina relacionar-se diretamente com indivíduos e, conseqüentemente, com as situações sociais peculiares dos mesmos. No século XIX, Virchow propôs que a Medicina seria uma ciência social, de modo que as enfermidades seriam oriundas da própria condição social do paciente. Diante disso, propôs que os médicos trabalhassem justamente nas questões de ordem política e social para efetivamente ser possível combater as doenças, em qualquer especialidade.

Evolutivamente, dentro da Medicina de Emergência, a Medicina Social parece estabelecer uma relação peculiar, propondo, automaticamente, determinantes sociais que explicariam justamente a causa do comparecimento dos pacientes à emergência. Como exemplo, menciona-se que Haddon, em 1970, observou que mortes e injúrias acidentais podem ser evitáveis, considerando, para tanto, fatores anteriores e posteriores aos eventos de injúrias e observando basicamente fatores pessoais, vetoriais e ambientais.

Assim, mediante a interpretação de relações entre eventos sociais e enfermidades, pôde-se estabelecer que, entre os pacientes das emergências, havia, em muitos casos, como origem comum de injúria, uma falha do serviço saúde ou problema na promoção do bem-estar social. Essas falhas no sistema de administração da saúde seriam justamente a origem dos problemas de saúde da população. Portanto, sob essa perspectiva, devido aos problemas de administração do sistema de saúde, os médicos que atuam na emergência são os principais provedores de cuidado a, por exemplo, moradores de rua, drogaditos, negligenciados, pacientes mentais, desassistidos de planos de saúde. Dessa forma, atuando onde há falhas para a promoção de saúde e prevenção, a Medicina de Emergência incide justamente onde a Medicina Social é desempenhada de fato, podendo, inclusive, reabilitar indivíduos com trabalhos multidisciplinares subsequentes.

Atualmente, observa-se que pacientes de quaisquer condições socioeconômicas podem estar em um departamento de emergência, devido às mais diversas razões, e até por não saberem como se inserir no sistema de saúde primário, ou por falta de recursos, têm na emergência a certeza da recepção e conduta para a necessidade do momento. Destaca-se que, em vários casos, os pacientes procuram o serviço de emergência como abrigo devido a condições de calor, frio, ou outras necessidades, além de imigrantes que necessitam de atendimento, o que realmente enfatiza a relação da Medicina de Emergência com a Medicina

Social. Assim, certamente, os médicos de emergência desempenham um trabalho essencial na rede de cuidado social, efetivamente praticando mais do que basicamente a Medicina Clínica.

De fato, os médicos da emergência têm a oportunidade peculiar de, por meio da adequada anamnese, conhecer particularidades do paciente, ter visão holística do indivíduo biopsicossocial, de modo a propor intervenções sociais específicas, efetivas, o que confirma a necessidade de se desenvolver uma competência cultural ao atendimento dos vulneráveis. Oportunamente, cabe destacar a importante participação do Serviço Social na Medicina de Emergência, capaz de oferecer possibilidades de intervenções para a tentativa de recuperação holística do paciente, logo, do indivíduo.

Ainda, cabe mencionar que os departamentos de emergência eventualmente recebem volume de vítimas de desastres e, em alguns casos, as vítimas não podem retornar à sua residência, ficando abrigadas no hospital até providência de ordem social para realocá-las em local seguro e adequado. Assim, o departamento de emergência pode, em alguns casos, servir como abrigo temporário, destacando a necessidade de um trabalho articulado, multidisciplinar, com uma rede de cuidados para que, além do cuidado clínico, haja o cuidado com o indivíduo como ser biopsicossocial. Sob essa perspectiva ecológica, pode-se considerar que a saúde é determinada por uma complexa relação entre fatores pessoais, institucionais e sociais.

Nesse sentido, considerando-se a complexidade da saúde, sob a perspectiva ecológica de fatores pessoais, institucionais e sociais, estabelece-se que o sistema de saúde, especialmente o departamento de emergência, necessita ser compreendido para poder atuar na causa dos problemas de saúde de forma efetiva. Também, atenta-se para o fato de que os médicos de emergência, sob o modelo ecológico, necessitam de treinamento específico, considerando-se que atuam simultaneamente como habilitados clínicos, ativistas de causas sociais e líderes comunitários.

Para a efetividade de uma Medicina de Emergência holística, o desempenho do médico de emergência, muitas vezes, será mais por meio de uma rede de contatos, de infraestrutura, do que por prática clínica, justamente pela necessidade do conhecimento de uma rede de cuidados que possa atender especificamente à demanda. Nem sempre o sucesso esperado será possível para todos os casos, mas soluções efetivas serão advindas de parcerias sociais, de modo que médicos de emergência, na proposta de incentivar um cuidado efetivo, necessitarão estabelecer essas parcerias além da prática técnica da Medicina.

Finalmente, a Medicina de Emergência se comporta com uma área de atuação não só pela prática clínica, mas também pela promoção de bem-estar social, justamente por visar à

melhoria da saúde da população. Fundamentalmente, a Medicina de Emergência tem começado a ser exercida como uma missão, considerando-se que, nessa área, é inaceitável tratar um paciente apenas sob as condições clínicas, enquanto as condições de saúde dos mesmos, geralmente, resultam de determinantes sociais bem explícitos.

O artigo “Emergency medicine and global health policy: history and next steps”¹⁴ analisa que tanto a transformação do panorama de saúde mundial quanto o envelhecimento da população e consequente destaque para prevalência de doenças crônicas, além do advento da Medicina de Emergência como especialidade, são fenômenos relativamente recentes. Esses eventos desenvolveram-se, paralela e rapidamente, nos últimos 30 anos, acompanhando a própria história das sociedades. Observando-se as mudanças tanto das políticas e práticas de saúde mundiais, que tendem a se alinhar às necessidades da população, quanto na natureza e no comportamento das doenças, bem como a relação com o cuidado dispensado no setor de emergência, notam-se que houve, globalmente, lapsos históricos no desenvolvimento da Medicina de Emergência. Impera, desse modo, a necessidade de uma compreensão integrada entre os processos de doença, políticas de saúde mundiais e o desenvolvimento da Medicina de Emergência, todos alinhados à realidade da população.

Apesar de a Medicina de Emergência ser uma especialidade médica relativamente recente, quando bem implementada, pode oferecer intervenção rápida e eficiente, especialmente em quadros agudos, visando, portanto, à resolubilidade do mesmo e o restabelecimento do paciente de maneira mais adequada e rápida. Além disso, a Medicina de Emergência, como porta de entrada do sistema de saúde, tem a possibilidade de, a partir da análise dos casos, ajustar o enfoque de trabalho para a resposta não só para situações agudas mas também para necessidades a longo prazo da comunidade, envolvendo, para tanto, um trabalho multidisciplinar, para atender aos diversos níveis de suporte de atenção à saúde.

Áreas atendidas por um serviço de emergência deficiente, ou que ainda não tem a emergência como especialidade, estão em risco de morbidades e mortalidades evitáveis, e o impacto resultante na saúde individual e populacional cria um encargo econômico e social evitável, justamente porque a Medicina de Emergência pode atuar com programas adequados de intervenção na saúde da população.

Destacando alguns eventos no desenvolvimento da política de saúde global, observa-se uma discrepância entre as necessidades do cuidado de saúde global e a alocação de recursos. Embora os esforços atuais, principalmente considerando-se os “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio” (ODM), estabelecidos no ano de 2000, pareçam tentar guiar as

políticas e os recursos, na prática, observa-se um desequilíbrio entre o cuidado e o desenvolvimento. Os ODM diretamente relacionados à medicina de emergência, incluem: erradicação da pobreza e fome; promoção de igualdade de gênero; redução de mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; combate ao HIV, malária e outras doenças; promoção de sustentabilidade ambiental; e, promoção de parceria global para o desenvolvimento. Entretanto, o que se observa é que projetos e recursos não têm sido alocados responsabilmente nas reais necessidades da população.

Como a adequada análise de dados epidemiológicos contribui para uma melhor compreensão dos encargos das doenças, é claro que há uma mudança na natureza das necessidades em saúde. Assim, nota-se que, embora haja uma sobreposição entre necessidades esperadas, a partir da realidade da população, e a atuação da Medicina de Emergência, não têm ocorrido mudanças esperadas no suporte de áreas particulares da Medicina de Emergência, sendo áreas de preocupação em regiões com assistência precária: aumento nos casos de trauma, lesões por violência no trânsito; aumento de doenças crônicas não notificadas, como doença cardíaca isquêmica; doenças maternas e neonatais.

Países onde a Medicina de Emergência é uma especialidade, sendo um setor bem estabelecido, têm a responsabilidade de promover globalmente o desenvolvimento da especialidade. Atualmente, saúde mundial e medicina de emergência se sobrepõem em uma gama de necessidades, que inclui, por exemplo, projetos educacionais com foco em áreas específicas, como trauma e ultrassonografia, desenvolvimento de serviços médicos de emergência e atividades humanitárias relacionadas.

O trabalho das sociedades internacionais de Medicina de Emergência tem feito grande avanço relativamente a melhorias em treinamentos e vigilância nesse campo, de modo que muitos programas educacionais apresentam melhorias concretas com intervenções em educação local. Em alguns casos, apesar de mudanças significativas na política de saúde, como o próprio reconhecimento da especialidade, as mudanças no sistema de saúde têm sido bem mais lentas, inclusive, com a necessidade da adoção de mudanças em escala global.

Enquanto as melhores práticas não são bem estabelecidas, colaboração, política, sensibilização e envolvimento local e nacional são as melhores práticas. A perseverança para que políticas globais contemplem a importância do serviço de emergência é parte essencial do desenvolvimento do serviço de saúde, que deveria ser a prioridade máxima dos que estão trabalhando pelo desenvolvimento da Medicina de Emergência.

O artigo “Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine”¹⁵ destaca que o cuidado médico é alinhado entre a necessidade do paciente e as possibilidades do serviço de saúde, sendo que, em muitas situações, comuns em qualquer parte, surgem inevitáveis questões éticas, muito próprias tanto dos valores pessoais quanto do próprio exercício da Ciência Médica. Em alguns casos, há discordância na análise de alguns valores entre médico e paciente, com o consequente surgimento de questões éticas e, não raramente, de algum tipo de conflito entre as partes. A Medicina de Emergência, parte essencial do cuidado em saúde, destaca-se de outras áreas, justamente pela necessidade de intervenções instantâneas e, consequentemente, de um restrito intervalo de tempo para considerações diversas, inclusive éticas, sobre o quadro crítico no momento e sobre as prioridades e o perfil do paciente.

Situações conflituosas comuns em emergência que exigem decisões de fundamento ético ocorrem em qualquer país, de forma que devem ser tratadas com atenção, dada a importância e, consequentemente, necessidade do tema. Há, basicamente, 4 categorias de origens de conflitos éticos na emergência: 1. Questões antes das intervenções médicas; 2. Questões no tratamento; 3. Questões no final de vida e cuidado paliativo; 4. Questões no uso de ambulância.

As questões antes das intervenções médicas – APH – incluem: justiça (como em desequilíbrio entre a quantidade de chamadas para o serviço de emergência e a quantidade insuficiente de ambulâncias); dificuldades de localização de endereços; ideias estigmatizadas sobre pacientes; intervenções em áreas de riscos; direção segura de viaturas.

As questões no tratamento incluem: princípio da beneficência/não maleficência (o que seria mais adequado para o paciente); triagem (dificuldade de critérios adequados de seleção e evolução); recusa de tratamento; recusa de transporte ao hospital; solicitações indevidas de acompanhantes; pacientes difíceis (como intoxicados, comatosos, agitados); relação com a equipe de saúde e com outros profissionais; consentimento informado; capacidade de decisão do paciente; confidencialidade e privacidade; revelação da verdade.

As questões relativas ao final de vida incluem: pacientes em estágio terminal; tratamentos permanentes; ressuscitação cardiopulmonar/RCP; presença familiar na cena.

Por fim, as questões relativas à utilização de ambulâncias: mau uso do serviço; anúncio de más notícias; anúncio de morte; maus tratos de crianças, jovens e idosos; transporte de pacientes fora de situação de emergência.

O ambiente de socorro pré-hospitalar é mais propenso a conflitos do que em setores institucionais, justamente pela diversidade de situações e peculiaridades de cada caso, com,

consequentemente, diversos questionamentos éticos inerentes, sem haver, portanto, um padrão de resposta de melhor ação e emoção. Desse modo, devido à diversidade de fatores, espera-se que os profissionais tenham adequada base ética para a melhor decisão específica, tornando a Medicina de Emergência pré-hospitalar muito peculiar.

Pelas características peculiares do atendimento de emergência pré-hospitalar, os conflitos éticos assumem maior importância e consequentemente os conflitos tendem a ser maiores, da mesma forma. Finalmente, nas situações pré-hospitalares, quanto mais complexas são as questões éticas, também mais difíceis são as soluções, portanto, é de extrema importância se estabelecer protocolos que de alguma forma direcionem as questões éticas mais desafiadoras.

O artigo “Análise da Percepção de Acadêmicos sobre o Ensino de Urgência e Emergência em Curso Médico”¹⁶ relata que o setor de urgência e emergência, importante componente de formação em Medicina, compreende situações de origem clínica e/ou traumática com elevado risco de morbimortalidade, necessitando de intervenção médica imediata para reversão do quadro. Apesar da evidente importância do ensino da Ciência Médica, há falhas nos currículos da graduação em Medicina, o que causa, inevitavelmente, uma sensação de despreparo técnico e, conseqüente insegurança para a prática nesse campo pelos recém-formados. Destaca-se que, geralmente, é nessa área que os recém-formados atuam no início de carreira, compondo um paradoxo entre capacitação e ação.

Paralelamente aos naturais casos de eventos de emergência de natureza clínica e/ou traumática, a elevação da expectativa de vida, naturalmente, também eleva a ocorrência de episódios de urgências e emergências oriundas das doenças crônicas, já conhecidas, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. O Advento da Lei nº 12.871 de 2013 impõe a fração de, no mínimo, 30% da carga horária do internato destinada a atividades de atenção básica e urgência e emergência no SUS, onde, então, os internos devem exercer treinamento intensivo em Unidades de Pronto Atendimento/UPA.¹⁷

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

A defasagem do ensino de urgência e emergência na graduação em Medicina se deve a vários fatores, como, principalmente, falta de convênios entre as instituições de ensino superior/IES e instituições externas, como prefeituras gerenciadoras das Unidades de Pronto Atendimento, o que, inevitavelmente, causa defasagem de cenários para a prática desse campo na graduação. Além disso, a ausência de setores de urgência e emergência nos hospitais conveniados, o alto custo de materiais de simulação em laboratórios de simulação realística, a falta de pessoal especializado no ensino desse tema e a fragmentação do estudo das áreas de urgência e emergência.

Relativamente ao ensino de urgência e emergência, o modo de ensino desse tema na América do Norte e Europa se faz pelo método de Educação Médica Baseada em Simulação/EMBS, mimetizando situações típicas de urgência e emergência, o que permite a avaliação de habilidades teóricas dos alunos, afastando dos mesmos os altos riscos das situações reais. Observa-se que, quanto maior a capacitação no tema tanto para alunos de graduação em Medicina quanto para a população em geral, mais indivíduos podem ser atendidos de maneira adequada em uma situação de urgência e emergência, reduzindo-se, assim, a morbimortalidade.

O trabalho intitulado “Análise da Percepção de Acadêmicos sobre o Ensino de Urgência e Emergência em Curso Médico”⁵ consiste em um estudo de caráter transversal, quantitativo, com análise descritiva dos dados, por meio de questionário com 34 perguntas objetivas e subjetivas, realizado em instituição privada de ensino de Montes Claros (MG), durante o segundo semestre de 2017. O público-alvo incluiu acadêmicos do oitavo ao 12º período de graduação em Medicina, com total de 185 participantes. Os alunos da pesquisa, que frequentavam o estágio inicial, do oitavo e do nono período, e o estágio avançado, 10º, 11º e 12º períodos, concordaram assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE.

Dos dados apurados, cabe destacar que 66,5% dos participantes optaram por iniciar a carreira em consultório médico, 56,2% em hospital, 51,4% em Saúde da Família, 16,8% em UTI, e 35,1%, a minoria, em urgência e emergência. Sobre a opinião de facilidade de empregabilidade, os principais resultados de menores percentuais.

Sobre a percepção da formação dos participantes do estágio avançado (10º ao 12º período) relativamente ao Suporte Básico de Vida/SBV, 43,2% responderam adequadamente, 46,6 parcialmente adequado, e 10,2%, inadequado. Sobre a percepção da formação relativamente às emergências cardiovasculares e respiratórias, 22,2% responderam

adequadamente, 65% parcialmente adequado, e 12,8 inadequado. Sobre a percepção da formação relativamente ao atendimento ao politraumatizado, 27,1% responderam adequadamente, 48,3% parcialmente adequado e 24,6% inadequado. Sobre a percepção do modelo de ensino de urgência e emergência da graduação, 23,3% responderam que o modelo se mostra adequado, 57,8% parcialmente adequado, e 19% inadequado. A percepção acerca da importância do conhecimento pelo médico generalista das situações de urgência e emergência mostrou que 99,1% avaliam ser importante tal conhecimento, e 0,9 não ser importante. Sobre a realização de atividades extracurriculares em urgência e emergência, 27,1 frequentam ou frequentaram, e 72,9 não frequentaram.

Percebe-se que deve ser proposta a ampliação do ensino de urgência e emergência na graduação em Medicina, a partir de uma discussão mais distribuída, sistemática, ao longo de toda a graduação, ao invés de se concentrar o ensino de alguns poucos assuntos apenas no internato. Cabe, inclusive, o trabalho de temas como urgências toxicológicas, pediátricas e formação em Protocolo de Manchester, assuntos que foram considerados com abordagem inadequada pela pesquisa. Assim, espera-se que o trabalho sistemático de urgência e emergência seja mais efetivo na graduação. Também, atividades extracurriculares certamente têm um impacto muito positivo também na formação em urgência e emergência, destacando-se o importante trabalho das ligas acadêmicas, o que causa melhor aproveitamento e desempenho dos alunos sobre o tema.

O ensino da urgência e emergência pode ser realizado pelo sistema de simulações, para a consolidação entre teoria e prática, isentando os estudantes dos diversos riscos das situações reais, em uma possibilidade de se conferir maior segurança para um atendimento real em urgência e emergência, entretanto, não considerando, ainda, importantes aspectos éticos inerentes nas situações de urgência e emergência, momentos em que se exige, justamente pela natureza das situações, uma atuação rápida, efetiva e prudente, condições esperadas de profissionais experientes.

Mediante os resultados da pesquisa, observa-se que os cursos extracurriculares de Suporte Básico de Vida/BLS e Suporte de Vida Cardiovascular Avançado/ACLS são fundamentais para a consolidação, ampliação e estímulo dos estudantes, gerando, automaticamente, melhor capacitação para uma atuação mais eficiente em cenários reais.

Conclui-se que o ensino de urgência e emergência, com várias deficiências evidenciadas pela pesquisa, deve ser adequado à graduação, justamente pelo fato de o ensino dessa área ter sido percebido pelos alunos como parcialmente adequado, com implicações,

portanto, no conhecimento sobre rede, epidemiologia, avaliação e conduta na urgência e emergência, gerando insegurança dos alunos para a prática nesse campo.

Finalmente, em uma tentativa de reversão desse panorama, considera-se a possibilidade de uma ampliação do ensino e prática sistemáticos da urgência e emergência em momentos mais iniciais da graduação, justamente pelo fato de que os alunos de estágios mais avançados apresentaram, em vários pontos, melhor desempenho na pesquisa.

O artigo “O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos”⁶ relata que, na América do Norte, desde 1975, a Medicina de Emergência tem traçado conteúdos, habilidades e competências para o estabelecimento da especialidade, principalmente através pelo American College of Emergency Physicians/ACEP e pela University Association of Emergency Medical Service/UAEMS. Esse trabalho pode elaborar o primeiro documento sobre o conteúdo do programa de Medicina de Emergência a ser utilizado pela American Board of Emergency Medicine/ABEM para o exame de certificação. Com trabalhos nesse campo, as 6 competências gerais do médico emergencista puderam ser identificadas: 1. Atendimento ao paciente; 2. Conhecimento médico; 3. Comunicações interpessoais; 4. Profissionalismo; 5. Aprendizagem e melhora baseada na prática; 6. Prática baseada em sistemas.

Ainda, na evolução da especialidade, o National Board of Medical Examiners/NBME a partir de uma análise prática da Medicina de Emergência, desenvolveu o Modelo Tridimensional de Prática Clínica de Medicina de Emergência: 1. Acuidade da apresentação clínica do paciente; 2. Tarefas do médico; 3. Conhecimentos médicos, cuidados ao paciente e habilidades psicomotoras em procedimentos.

As três dimensões são momentos integrados da prática da emergência envolvendo coleta de informações para a elucidação do diagnóstico até a proposta da terapia, incluindo tarefas como: atendimento pré-hospitalar, estabilização de emergência, história e exame físico, fatores modificadores, questões profissionais, questões legais, recursos diagnósticos, intervenções terapêuticas, farmacoterapia, observação e reavaliação, prevenção e educação, disposição, consulta, documentação, múltiplos cuidados com o paciente, trabalho em equipe multiprofissional, acidentes com múltiplas vítimas/desastres. Para tanto, destaca-se a importância da habilidade de uma comunicação interpessoal eficiente. O tipo de apresentação clínica, crítica, emergente ou baixa acuidade, determinará a abordagem inicial do médico de emergência, sendo.

Em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN para os cursos de Medicina não reservaram um período importante para o ensino de urgência e emergência durante a graduação, bem como não reservaram uma carga horária adequada para essa área no internato.⁶ Assim, mediante a comum escassez de uma matriz curricular adequada para o ensino de emergências médicas na graduação de Medicina, nota-se que o ensino desse tema não tem merecido destaque há muito tempo.

Paradoxalmente, é nesse setor que o médico recém-formado acha oportunidades no início de carreira, seja através de plantões em Unidades de Pronto Atendimento/UPA ou de Pronto Socorro/PS, seja nas Unidades Básicas de Saúde/UBS e em Programas de Saúde da Família/PSF. E justamente em todos esses cenários, os médicos recém-formados estão expostos ao iminente atendimento de situações de urgência e emergência, geralmente sem o devido preparo técnico e emocional. Então, observa-se que em uma área que deveria concentrar os profissionais com melhor capacitação, ocorre o inverso, inclusive, inevitavelmente, com maior exposição a situações de ordem pessoal, ético-profissional e jurídica.

Ainda, considerando-se a qualidade do serviço, a população fica exposta ao atendimento médico nas situações de urgência e emergência a um profissional mal preparado tanto no âmbito individual, quanto para no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o que compromete a segurança dos pacientes.

A Portaria N° 1.863, de 29 de setembro de 2003, instituiu a Política Nacional de Urgência e Emergência; a Portaria N° 1.864, de 29 de setembro de 2003, instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU 192, iniciando um padrão coerente do modelo de assistência pré-hospitalar e hospitalar, envolvendo, ainda, as Centrais de Regulação de Urgência na organização do fluxo da rede de atendimento.

Essa realidade tem demandado a necessidade de melhor formação e capacitação de recursos humanos devido ao aumento do mercado de trabalho nesse setor, entretanto as escolas médicas e programas de residência médica não têm contemplado e adequado a formação de egressos para esse tipo de atuação.

Então, no atual cenário de expansão do mercado de atendimento pré-hospitalar, bem como na formação de novos médicos, faz-se necessário que o atual egresso da graduação em Medicina possua uma gama de conhecimentos, habilidades e atitudes que o preparem para um atendimento adequado nesse campo.

De acordo com o “Projeto ABEM 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”⁶, com financiamento da Organização Pan

Americana de Saúde (OPAS), aprovado em 2012, priorizou-se o estudo “situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina”, para que se conhecessem as informações e dados do ensino de urgência e emergência dos cursos de medicina, para, conseqüentemente, uma proposta de ensino previsto na matriz curricular das escolas médicas.

Mediante o extenso trabalho do Projeto, pôde-se propor a seguinte matriz curricular básica dentro da graduação em Medicina⁶:

- I. 1º e 2º anos: programação voltada para Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida/SBV (BLS - Basic Life Support da American Heart Association/AHA), objetivando-se o interesse pela área e capacitação para situações hodiernas, bem como conhecimento da rede de atenção às urgências e emergências e legislação. Além disso, estimular a inserção dos alunos em atividades/programas extraclasse, extracurriculares, inclusive no ensino do Suporte Básico de Vida.
- II. 3º e 4º anos: deve-se ter diversificação do conteúdo acerca de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas nos pilares de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, baseando-se o trabalho nos modelos do Pre Hospital Trauma Life Support/PHTLS, Advanced Cardiovascular Life Support/ACLS, Advanced Trauma Life Support/ATLS, Pediatric Advanced Life Support/PALS e Advanced Life Support in Obstetrics/ALSO.
- III. Internato: continuidade das discussões, anteriormente estruturadas, em estágios, agora, práticos e supervisionados de urgência e emergência, nos pilares de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia e Psiquiatria e com a devida discussão dos casos. Nesse momento, é oportuna a integração dos alunos em unidades não hospitalares de pronto atendimento/UPA, objetivando-se, assim, a experiência de um serviço não regulado, ou seja, porta de entrada no sistema de saúde.
- IV. 6º Ano: nesse momento, é oportuna a experiência no pronto socorro hospitalar, considerando-se que o aluno já possui um acervo de conhecimento suficiente para participar de algumas tarefas no serviço, destacando-se a importância do conhecimento das situações de parada cardiorrespiratória/PCR e atendimento ao politraumatizado grave.

As programações devem envolver a assistência direta aos pacientes nas situações de urgência e emergência, assim como o conhecimento e a discussão das políticas públicas de saúde, a prevenção e a reabilitação dos agravos, estimulando atividades que enfoquem a promoção de saúde no sentido de evitar a agudização de doenças crônicas e prevenir os diversos tipos de trauma, temas prioritários de saúde pública em todo o território nacional.⁶

A proposta do ensino de temas de urgência emergência dentro da graduação em Medicina propõe-se à capacitação do aluno para a ação segura em situações de emergência comuns que o mesmo pode presenciar e intervir, prestando solidariedade e eficientemente o Suporte Básico de Vida, inclusive, conhecendo o fluxo do sistema de atendimento às urgências e emergências, acionar o adequado sistema de atendimento da rede.

Tanto nas respostas do questionário do Projeto ABEM sobre ensino de urgência e emergência nas escolas médicas brasileiras, quanto nas discussões com professores e alunos nas oficinas do Projeto, mostrou-se extremamente preocupante o fato de muitas escolas não terem estágio de urgência e emergência tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente pré-hospitalar fixo. E também o fato de outras escolas deixarem os alunos procurar por conta própria este tipo de estágio sem nenhum controle da frequência e da qualidade da supervisão e preceptoria. Como pode isto ocorrer sabendo-se que uma das principais atividades que o mercado de trabalho oferece ao médico recém-formado são os plantões em pronto atendimento e pronto socorro?⁶

Observa-se que os principais agravos à saúde, podendo compor situações de urgência e emergência, relacionam-se com trauma, clínicas agudas e agudização de patologias crônicas, sendo, portanto, válido o trabalho concomitante com projetos de prevenção direcionados à população em geral, como projetos de extensão universitária, levando democraticamente à comunidade treinamento e reconhecimento de situações de emergência, e, conseqüentemente, aumentando a probabilidade de sucesso de recuperação do paciente e redução de danos. Finalmente, a Medicina de Emergência coloca-se também, por meio de projetos de extensão, como promotora da melhoria da responsabilidade social das escolas médicas nas comunidades.

7 – DISCUSSÃO

A Medicina naturalmente não se comporta apenas como ciência biológica, mas como ciência também social, visto que, no tratamento das enfermidades, há necessidade de se investigarem também as questões sociais relevantes dos indivíduos, como propôs Virchow, no século XIX, e Haddon, em 1970, relativamente à influência de fatores ambientais, o que atualmente é bem verificado a partir dos estudos epidemiológicos. Assim, em várias ocasiões, é fundamental e decisivo também tratar as questões de ordem social e ambiental, para que o indivíduo seja plenamente restabelecido dos padecimentos, cumprindo-se, assim, em última análise, a função precípua da Ciência Médica: curar o indivíduo na totalidade.

No campo da emergência, estabelecida em 2016 como especialidade no Brasil, impõe-se claramente a necessidade de se identificarem nos atendimentos, sendo muitas vezes a estratégia de porta de entrada na Atenção Básica, os parâmetros de ordem social e ecológica. Estes podem interferir no desenvolvimento de injúrias, justamente em uma perspectiva de poder se trabalhar efetivamente na causa para se alcançar a integralidade e a resolubilidade dos casos, o que evidencia a função social da Medicina com a atual Medicina de Emergência.

Assim, atualmente, os médicos atuantes no setor de emergência, mediante as morbimortalidades da população, em muitas ocasiões, não só atuam naturalmente nos domínios da Ciência Médica, mas também desenvolvem automaticamente um perfil empreendedor nas causas sociais, agindo doravante também como agentes sociais. Até se empenham para, por meio de redes de contatos de diversas especialidades, poderem agir com especificidade nas necessidades biopsicossociais dos pacientes para a integralidade e a resolubilidade dos casos. Para isso, tratam o indivíduo nas necessidades reais para a sua recuperação holística, exercendo finalmente a função fundamental da Medicina de recuperar o indivíduo plenamente.

Os artigos selecionados tratam justamente da evolução da Medicina de Emergência, fundamentalmente desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1970, abrangendo discussões harmoniosas e pertinentes a esse importante campo de atuação, como questões sociais e éticas, além da defasagem do ensino de urgência e emergência na graduação em Medicina.

Em 2016, após alguns anos de exaustivo e persistente trabalho de proposta da especialidade, principalmente por parte dos integrantes da atual Associação Brasileira de Medicina de Emergência, representante oficial da classe, houve o histórico reconhecimento da

Medicina de Emergência no Brasil como especialidade. Essa conquista, muito oportunamente, trouxe não só novas perspectivas e possibilidades de desenvolvimento da especialidade e melhoria das condições desse setor em nível nacional, mas também oportunidade de discussão sobre propostas de trabalho com esse tema na graduação, além da oportunidade de expansão de programas de residência médica em Medicina de Emergência. Por fim, representou um momento para melhorias no serviço de emergência tanto para os profissionais do setor quanto, finalmente, para os pacientes.

No texto “Principles of Social Emergency”², a interrelação entre a Ciência Médica e a própria Ciência Social está bem descrita já no Século XIX, quando Virchow considerou a Medicina como uma ciência social, de modo que as enfermidades seriam oriundas da própria condição social do paciente. Nesse sentido, sua proposição era que os médicos trabalhassem nas questões de ordem política e social para efetivamente poderem combater as doenças, em qualquer especialidade. Essa condição direciona a Medicina e, consequentemente a Medicina de Emergência, para todas as especialidades, em virtude da real interferência de ordem social em qualquer especialidade, exigindo na prática a observação dos componentes sociais para a elucidação do padecimento.

Haddon, em 1970², observou que mortes e injúrias acidentais podem ser evitadas, considerando-se, para tanto, fatores precedentes e sucessores aos eventos de injúrias, observando-se, basicamente, fatores pessoais, vetoriais e ambientais. Essa condição sugere fortemente a necessidade de trabalho no campo da prevenção, buscando combater a causa de uma gama de enfermidades, o que pode, efetivamente, reduzir a morbimortalidade na população.

De fato, como exemplo da relação entre a realidade da urgência e emergência e as propostas de trabalhos preventivos, observa-se que, com o aumento da morbimortalidade por acidentes e violências de trânsito, na década de 1980, a União, por meio do Ministério da Saúde, em 1990, implantou o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET), cujo objetivo era reduzir a incidência e a morbimortalidade por causas externas. Esse projeto ficou sob a responsabilidade dos bombeiros, que se tornaram executores do APH às emergências e aos traumas no âmbito público. Atualmente, o resgate de vítimas de trânsito ainda fica sob a responsabilidade do Corpo de Bombeiros, o qual assume o resgate das vítimas e procede o encaminhamento para a rede referenciada.⁷

Atualmente, mediante o panorama de aumento de acidentes de causas externas, traumas oriundos de acidentes no trânsito, foi contemplado na Rede Atenção às Urgências e Emergências, pela Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011, o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, para o desenvolvimento permanente de ações educativas de saúde no campo da vigilância e prevenção também das mortes no trânsito. Ainda, como estratégia do componente Atenção Hospitalar, há a Linha de Cuidado do Trauma, programa específico para atendimento a politraumatizados.⁸

O texto “Emergency Medicine and global health policy: history and next steps”¹⁴ afirma que a transformação do panorama de saúde mundial, o envelhecimento da população com consequente destaque para prevalência doenças crônicas, além do advento da Medicina de Emergência como especialidade, são fenômenos relativamente recentes. Esses eventos vêm desenvolvendo-se paralela e rapidamente nos últimos 30 anos, acompanhando a própria história das sociedades. Esse fato do envelhecimento da população e a prevalência de doenças crônicas está em consonância com a observação do artigo “Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos”¹², segundo o qual, grande parte da morbimortalidade em indivíduos idosos está nas doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, seguidas pelas neoplásicas, e, em terceiro lugar, as causas externas. Assim, de fato, a percepção de alinhamento entre as práticas da Medicina com as necessidades da população, é uma necessidade, pois o ajuste do serviço proporcional à demanda, determinará a integralidade e resolubilidade, compondo um sistema de saúde evolutivamente aprimorado.

De fato, corroborando a ideia de transformação do panorama de saúde mundial, como o envelhecimento da população, descrito no texto “Emergency Medicine and global health policy: history and next steps”¹⁴, no texto “Principles of Social Emergency”², Haddon, em 1970, considera que fatores pessoais, vetoriais e ambientais interferem na gênese de injúrias, de modo que, ao se tratar as causas, fatores pessoais, vetoriais e ambientais, podem-se evitar injúrias, reduzindo-se, com efeito, as morbimortalidades típicas para cada população. Então, realmente a observação de fatores biopsicossociais são determinantes na transformação do panorama da saúde da população, de forma que intervenções nesse eixo são efetivas, na medida em que, se a população apresenta aumento da expectativa de vida, há redução de fatores de morbimortalidade. Isso que pode permitir, de fato, melhora na qualidade de vida da população, transformando o panorama de saúde mundial.

Relativamente à emergência como especialidade de abordagem social, o texto “Principles of Social Emergency”² observa que pacientes de quaisquer condições

socioeconômicas podem estar em um departamento de emergência, devido às mais diversas razões. Como destacou Haddon, em 1970, fatores pessoais, ambientais e vetoriais, e até por não saberem como se inserir no sistema de saúde primário, ou por falta de recursos, os pacientes têm na emergência a certeza da recepção e conduta para a necessidade do momento. Destaca-se que, em vários casos, eles procuram o serviço de emergência como abrigo devido a condições de calor, frio, ou outras necessidades, além de imigrantes que necessitam de atendimento, o que realmente enfatiza a relação da Medicina de Emergência com a Medicina Social. Assim, certamente, os médicos de emergência desempenham um trabalho essencial na rede de cuidado social, praticando efetivamente mais do que basicamente a Medicina Clínica.

Relativamente a questões éticas na Ciência Médica, justamente em virtude de o exercício da Ciência Médica envolver questões de ordem também social, como observado nos vários artigos, destacando, inclusive, as propostas de Virchow e Haddon, o artigo “Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine”¹⁵ afirma que o ambiente de socorro pré-hospitalar e o setor de emergência em geral são mais propensos a conflitos do que setores institucionais, justamente pela diversidade de situações e peculiaridades de cada caso. Aspectos biopsicossociais, com, conseqüentemente, diversos questionamentos éticos inerentes, não têm, portanto, um padrão de resposta de melhor ação e emoção. Desse modo, devido à diversidade de fatores, espera-se que os profissionais tenham adequada base ética para a melhor decisão específica, tornando a Medicina de Emergência uma especialidade muito peculiar.

O artigo “Emergency medicine and global health policy: history and next steps”^{AA} observa que a Medicina de Emergência, como, em muitos casos, sendo porta de entrada do sistema de saúde, tem a possibilidade de, pela análise dos casos, ajustar o enfoque de trabalho para a resposta a situações agudas, como as necessidades a longo prazo da comunidade. Para tanto, envolve um trabalho multidisciplinar, para atender aos diversos níveis de suporte de atenção à saúde. Fica claro que a análise dos casos e a necessidade de trabalho multidisciplinar envolvem, inevitavelmente, a apreciação de aspectos éticos.

O artigo “O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos”⁶ publicado pela Associação Brasileira de Educação Médica, verifica a escassez de uma matriz curricular adequada para o ensino de emergências médicas na graduação de Medicina, concluindo, portanto, que esse tema não tem merecido destaque há muito tempo. Esse assunto pode também ser bem constatado no artigo “Análise da percepção de acadêmicos sobre o ensino de urgência e emergência em curso

médico”⁵, que evidenciou por meio de extenso trabalho, a deficiência no ensino da urgência e emergência na graduação em Medicina, confirmando-se, assim, a necessidade iminente de trabalhos nessa área.

Paradoxalmente, é no setor de emergência que o médico recém-formado acha oportunidades de início de carreira, seja através de plantões em Unidades de Pronto Atendimento/UPA, seja de Pronto Socorro/PS, além das Unidades Básicas de Saúde/UBS e em Programas de Saúde da Família/PSF. Em todos esses cenários, os médicos recém-formados estão expostos a situações de urgência e emergência, geralmente sem o devido preparo técnico e emocional, sendo que, justamente na emergência, concentram-se situações de todas as qualidades, como bem tratado nos artigos “Principles of Social Emergency”² e “Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine”¹⁵. Observa-se, então, que em uma área que deveria concentrar os profissionais com melhor capacitação, ocorre justamente o inverso, inclusive, inevitavelmente, com maior exposição a situações de ordem pessoal, ético-profissional e jurídica.

Assim, mediante o extenso trabalho do “Projeto ABEM 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”⁶, foi proposta a seguinte matriz curricular básica dentro da graduação em Medicina:

- I. 1º e 2º anos: programação voltada para Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida/SBV (BLS - Basic Life Support da American Heart Association/AHA).
- II. 3º e 4º anos: diversificação do conteúdo acerca de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas nos pilares de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, baseando-se o trabalho nos modelos do Pre Hospital Trauma Life Support/PHTLS, Advanced Cardiovascular Life Support/ACLS, Advanced Trauma Life Support/ATLS, Pediatric Advanced Life Support/PALS e Advanced Life Support in Obstetrics/ALSO.
- III. Internato: continuidade das discussões, anteriormente estruturadas, em estágios, agora, práticos e supervisionados de urgência e emergência, principalmente nas UPA, porta de entrada no sistema de saúde, nos pilares de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia e Psiquiatria e com a devida discussão dos casos.

Sobre o ensino de urgência e emergência na graduação, o artigo “Análise da percepção de acadêmicos sobre o ensino de urgência e emergência em curso médico”⁵ destaca que a participação em atividades extracurriculares parece ter impacto positivo sobre essas questões.

Igualmente Tedeschi *et al.*¹⁶ avaliaram o efeito de atividades oferecidas por uma liga acadêmica de UE de outra instituição e constataram melhora no desempenho dos estudantes. Salienta-se, portanto, a importância do incentivo aos trabalhos das ligas acadêmicas, as quais podem atuar tanto em nível interno, no treinamento dos acadêmicos, quanto em trabalhos junto à sociedade em geral, desempenhando a função de Medicina Social, como bem descrito no artigo “Principles of Social Emergency”², segundo o qual, certamente, os médicos de emergência desempenham essencial trabalho na rede de cuidado social, praticando efetivamente mais do que a Medicina Clínica.

Mediante a análise dos artigos considerados, percebe-se que há entre os mesmos alinhamento de informações acerca da necessidade de se estabelecer a Medicina de Emergência, agora reconhecida como uma importante especialidade no Brasil, atuando, não raro, como porta de entrada no sistema de saúde, com abordagem não só técnica, mas também social, exigindo, portanto, em consonância com as mudanças epidemiológicas da população, um trabalho complexo e multidisciplinar voltado à integralidade e à resolubilidade dos casos.

Destaca-se, ainda, a importância do ensino do tema urgência e emergência na graduação de Medicina, justamente para capacitarem-se não só os alunos da graduação em Medicina, mas também democraticamente o público em geral, atuando de maneira também social e visando à melhoria da qualidade dos serviços de prevenção de agravos e de promoção de saúde, senão ainda do próprio serviço de urgência e emergência.

A Portaria GM/MS Nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, considerando que a área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde, e mediante o crescimento da demanda por serviços nessa área, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, o qual, inclusive, no Capítulo VII, trata especificamente do Núcleo de Educação em Urgências:¹⁸

1.1 - Definição: Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

Aproveitando-se do oportuno momento de expansão da Medicina de Emergência, pode-se estabelecer um trabalho específico sobre esse tema nos cursos de graduação com o valioso apoio das seguintes instituições: Conselho Regional de Medicina, junto com a Câmara Técnica de Urgência e Emergência; Associação Brasileira de Educação Médica, por meio do programa de Ensino de Urgência e Emergência; Associação Brasileira de Medicina de Emergência, com o apoio às ligas de emergência; Secretaria Estadual de Saúde, como trata a própria Portaria 2.048/2002. No cenário prático, deve-se ampliar a participação dos alunos nas Unidades de Pronto Atendimento/UPA, por meio de convênios regulares com os administradores dessas unidades.

Finalmente, mediante a participação democrática de instituições, na proposta do ensino do tema urgência e emergência, como bem exposto na Portaria 2.048/2002, não só na graduação de Medicina, mas também em outros cursos de graduação em saúde e para o público em geral, espera-se que haja o franco desenvolvimento da Medicina de Emergência, agora especialidade, para o progresso não só da profissão, como também do sistema de saúde e, conseqüentemente, do País.

8 – CONCLUSÃO

A Medicina de Emergência foi originalmente desenvolvida na América do Norte, em 1970, com a primeira residência médica em emergência na Universidade de Cincinnati. No Brasil, muitas normas foram desenvolvidas até se obter a Portaria de Consolidação N° 03, de 28 de setembro de 2017, que rege atualmente as Redes do SUS, inclusive a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, fundamentada ainda na Port. GM/MS 1.600/2011.

Em 2016, o CFM reconheceu oficialmente a Medicina de Emergência como a mais nova especialidade Médica do País, e a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), filiada à Associação Médica Brasileira, representante legal da especialidade, sendo, portanto, responsável por certificar os Especialistas em Medicina de Emergência Brasileiros.

A Medicina de Emergência tem a importante missão de atuar, em muitas ocasiões, como porta de entrada nas unidades de saúde e, mediante a diversidade de situações recepcionadas tipicamente pelo setor, impõe-se a necessidade de se alinhar também um trabalho social. Neste, em várias ocasiões, uma rede de contatos multidisciplinar pode ser efetiva para a recuperação holística do indivíduo no eixo biopsicossocial, tornando o médico da emergência também um agente de transformação social, dada a oportunidade de exercer a finalidade precípua da Ciência Médica: recuperar holisticamente o indivíduo.

Assim, o médico atuante na emergência deverá ter capacitação adequada desde a graduação, considerando-se que, comumente, é no setor de emergência que o médico inicia sua carreira profissional, devendo, para tanto, estar capacitado a assumir esse setor. Diante dessas considerações e desses dados, a proposta de um ensino sistemático desse tema na graduação, estabelecendo-se parcerias com instituições atuantes nesse setor, pode desenvolver consideravelmente a Medicina de Emergência, oportunamente no momento em que a especialidade surge no Brasil com a missão de transformar a realidade das emergências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Resolução 1.451 de 1995. Conselho Federal de Medicina. Define por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>. Acesso em: 26/08/2020.
- 2 Fahimi J, Goldfrank L. Principles of Social Emergency. National Library of Medicine. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31655680/>. Acesso em 10/09/2020.
- 3 Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 08/09/2020.
- 4 Brasil. Lei 12.608. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC (...). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/L12608.htm. Acesso em 08/09/2020.
- 5 Boa Sorte EMS, Silva JNF, Santos CG, Nascimento JE, Reis C. Análise da percepção de acadêmicos sobre o ensino de urgência e emergência em curso médico. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n3/1981-5271-rbem-44-03-e075.pdf>. Acesso em 28/10/2020.
- 6 Pereira Jr GA, Fraga G, Arnaud F, Gula EA. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. Vol11.pdf., Vol11.pdf ISSN 1806-5031. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM>. Acesso em 18/10/2020.
- 7 <https://ava-unasus.sabertecnologias.com.br/course/view.php?id=6>. Acesso em 29/07/2020.
- 8 Brasil. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,das%20tr%C3%AAs%20esferas%20de%20gest%C3%A3o. Acesso em 28/10/2020.
- 9 <http://abramede.com.br/a-medicina-de-emergencia-no-brasil>. Acesso em 16/10/2020.

10 Brasil. Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niRJ.def>. Acesso em 20/10/2020.

11 Brasil. Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niRJ.def>. Acesso em 20/10/2020.

12 Gonsaga, AT et al. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Print version ISSN 1809-9823. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232015000100019&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 02/11/2020.

13 Brasil. Portaria de Consolidação N° 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 28/10/2020.

14 Stephen C. Morris. “Emergency medicine and global health policy: history and next steps”. Journal of Global Health 6, n° 2 (dezembro de 2016): 316. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803013/>
Acesso em 07/10/2020.

15 Hasan ERBAY. “Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine”. Turkish Journal of Emergency Medicine 14, n° 4 ([s.d.]): 193–98.
<https://doi.org/10.5505/1304.7361.2014.32656>.

16 Érica Manuela da Silva Boa Sorte; Jéssica Novais Fonseca da Silva; Carlos Gabriel dos Santos; Paula Dandara Correia de Pinho; Jairo Evangelista Nascimento; Claudiojanes Reis. “Análise da percepção de acadêmicos sobre o ensino de urgência e emergência em curso médico”. Revista Brasileira de Educação Médica 44, n° 3 (3 de junho de 2020): 1–8.
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190193>.

17 Brasil. Lei n° 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n° 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n° 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 28/10/2020.

18 Brasil. Portaria GM/MS N° 2.048, de 05 de novembro de 2002. Institui o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em 28/10/2020.

APÊNDICE

Proposta ilustrativa de trabalho do tema urgência e emergência na graduação em Medicina.

1. PARTE TEÓRICA:

- 1.1. Histórico da Medicina de Emergência.
- 1.2. Legislação.
- 1.3. Deontologia.
- 1.4. Temas polêmicos na Medicina e na urgência/emergência.

2. PARTE PRÁTICA:

- 2.1. Semiologia na emergência.
- 2.2. Radiologia.
- 2.3. Eletrocardiograma.
- 2.4. Laboratório.
- 2.5. Materiais e equipamentos.
- 2.6. Procedimentos.

3. CAPACITAÇÃO:

- 3.1. Primeiros Socorros, Suporte Básico de Vida/BLS/AHA.
- 3.2. PHTLS.
- 3.3. Introdução ao ACLS, ATLS.
- 3.4. Estágios em UPA.
- 3.5. Estágio em atendimento de PCR e politraumatizado.

4. INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS - APOIO:

- 4.1. Conselho Regional de Medicina: Câmara Técnica de Urgência e Emergência.
- 4.2. Associação Brasileira de Medicina de Emergência.
- 4.3. Associação Brasileira de Educação Médica: Projeto Ensino de Urgência e Emergência
- 4.4. Unidades de Pronto Atendimento - administradores.

I. Incêndio do Edifício Joelma, São Paulo - SP, 02 de fevereiro de 1974.

[illegible]

Fonte: <https://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,joelma-e-andraus-fogo-e-tragedia-em-sp,70002290695,0.htm>. Acesso em 25/10/2020.

Sobre a histórica tragédia do incêndio ocorrida no então Edifício Joelma, uma das maiores no Brasil, atualmente Edifício Praça da Bandeira, em 02 de fevereiro de 1974 em São Paulo - SP, cabe a reflexão acerca do preparo do sistema de saúde, especialmente o serviço de urgência e emergência, para agir em casos de grande repercussão, quando também, a intervenção da Defesa Civil deverá estar alinhada aos trabalhos iniciais de resgate, primeiros socorros e encaminhamento das vítimas às unidades de referência, podendo determinar o sucesso da recuperação das vítimas, na ocasião de um serviço qualificado e rápido.

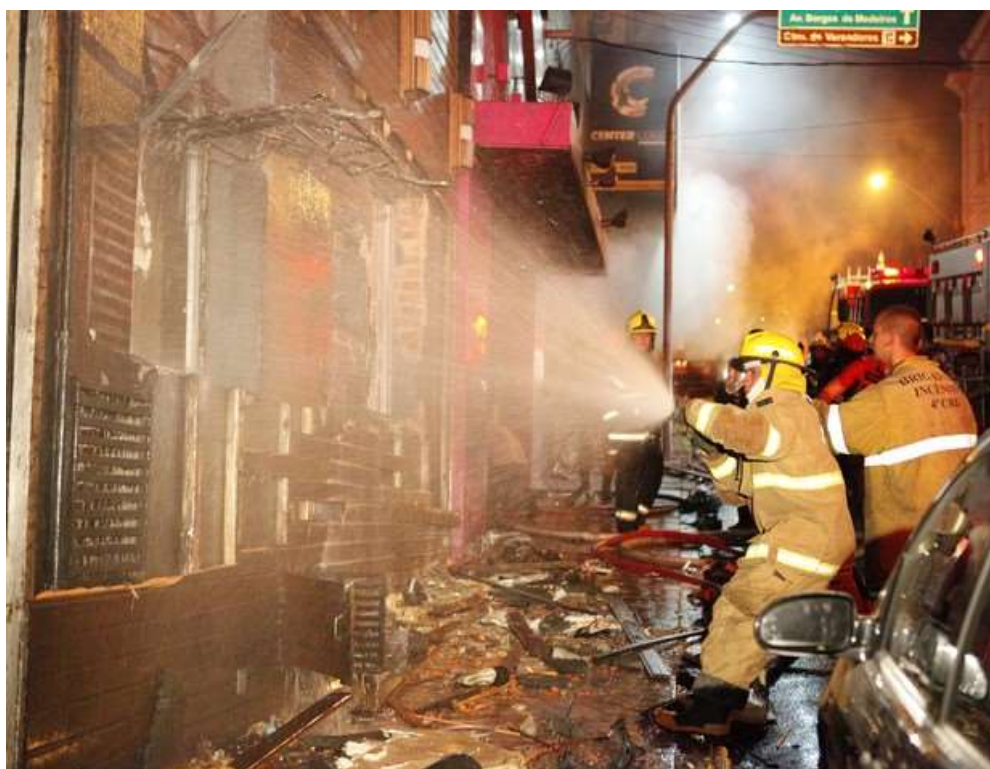
Ainda, atualmente, a Medicina de Emergência, também como ciência social, deve estar sempre preparada para acompanhar os casos não só na recepção no setor de urgência e emergência, para os devidos procedimentos técnicos orgânicos, mas também nas necessidades dos procedimentos pós hospitalares, para um trabalho de integralidade e resolubilidade na assistência do serviço de saúde, podendo, assim, oferecer a possibilidade de um tratamento holístico para a recuperação plena do indivíduo.

Então, mediante casos de grande repercussão, avalia-se, inevitavelmente, o preparo do serviço de saúde e, também, da Defesa Civil, na assistência às vítimas, servindo de oportunidades reais de avaliação e planejamento do próprio serviço de saúde, o qual deverá estar capacitado para atender a população nas necessidades atuais, alinhando-se às transformações da própria história da população.

Atualmente, o serviço de saúde e Defesa Civil se encontra, certamente, muito mais preparado para atender vítimas oriundas de desastres de grande magnitude, mas sempre haverá necessidade de aprimoramento do serviço, pois as eventualidades sempre surpreendem e, assim, quanto maior a capacitação, menor poderá ser o dano.

Em tempo, oportunamente, expressa-se a devida homenagem às vítimas do então Edifício Joelma, as quais, durante a própria história do desenvolvimento da atual Medicina de Emergência e da atual Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, por várias razões, durante a tragédia, não tiveram a oportunidade de receber um atendimento e sobreviver a esse nefasto. As vidas tragicamente sucumbiram, mas deixaram reflexões para a construção da própria Medicina de Emergência e da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil.

II. Incêndio da Boate Kiss, Santa Maria - RS, 27 de janeiro de 2013.



<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2013/01/numero-de-mortes-em-incendio-de-boate-ja-chega-245-diz-policia.html>. Acesso em 25/10/2020.

Apesar dos avanços no sistema de saúde e na política de Proteção e Defesa Civil, especialmente no atendimento de urgência e emergência, as tragédias, por algum mecanismo, sempre surpreendem e deixam reflexões para melhoria na oferta dos serviços.

A tragédia do incêndio na Boate Kiss apontou a necessidade de contingência, a ser devidamente estruturada em políticas próprias, nesses casos e de procedimentos rápidos e efetivos na ocasião do primeiro atendimento a ser realizado tanto pelas equipes de saúde e de Defesa Civil, quanto pela população em geral, a qual, através de procedimentos adequados, poderá intervir de maneira positiva na redução de danos, auxiliando tanto os serviços de saúde e Defesa Civil quanto a população na contingência de uma tragédia.

Sobre a adequação do sistema de saúde para a recepção de casos de urgência e emergência, de acordo com a reportagem do Portal G1 do Globo, à ocasião, foi esclarecido:

Soeli Guerra, gerente de Atenção à Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria, aponta a experiência do Ciava como um reflexo positivo da tragédia: "Sua implantação consolidou a organização do atendimento por níveis de complexidade, a importância do trabalho em equipe, a atenção integral, a organização dos processos de trabalho, os fluxos

de acesso. Em resumo, foi a prova de que o SUS dá certo quando livre de interferências e ou interesses que não os da população".

Ao menos seis casas de saúde da região receberam vítimas do incêndio, e voluntários estão auxiliando o trabalho na cidade. "Estamos mobilizando todo o estado. Temos hospitais de diversas regiões se disponibilizando para ajudar", disse Ciro Simoni, Secretário Estadual da Saúde, em entrevista à Rádio Gaúcha. "Os trabalhos são intensos e é preciso uma mobilização muito grande". O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, que tem unidade especializada em queimaduras, também deve receber feridos.