

UMA BREVE REVISÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR

A BRIEF REVIEW OF MEDICAL PREHOSPITALAR CARE

Sérgio Luiz Brasileiro Lopes¹ & Rosana Joaquim Fernandes²

¹Coordenador do Programa de Atendimento Médico Emergencial da Secretaria Municipal da Saúde e médico da equipe de suporte avançado do SAMU de Ribeirão Preto.

²Coordenadora do Programa de Serviços Externos da Secretaria Municipal da Saúde e enfermeira da equipe de suporte avançado do SAMU de Ribeirão Preto.

CORRESPONDÊNCIA: Dr. Sérgio Luiz Brasileiro Lopes - Central de Regulação do SAMU - Unidade de Emergência - Rua Bernardino de Campos, 1000 - Higienópolis - CEP 14030-150 - Ribeirão Preto - SP

LOPES SLB & FERNANDES RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, 32: 381-387, out./dez. 1999.

RESUMO: O atendimento médico pré-hospitalar é uma área de atuação médica relativamente recente, tendo sido implantado no Brasil nos últimos dez anos, conforme modelo francês da década de 50. Pela falta de legislação pertinente, vários modelos regionais foram criados em vários municípios do Brasil, sendo que, em Ribeirão Preto, este sistema medicalizado de atendimento pré-hospitalar é realizado desde outubro de 1996, pela equipe local do SAMU.

UNITERMOS: Serviços Médicos de Emergência. Traumatologia.

1. INTRODUÇÃO

Consideramos atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS

Analisando os dados, verificamos que a primeira tentativa de organização moderna de auxílio médico de urgência foi colocada em prática, em 1792, por Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar, que prati-

cava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nas guerras do período napoleônico, no próprio campo de batalha, com o objetivo de prevenir as complicações. As guerras mais recentes também confirmaram os benefícios do atendimento precoce, sendo palco frequente de atendimentos pré-hospitalares⁽¹⁾.

Na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito. Esta demora fez com que as autoridades sanitárias, inicialmente, delegassem as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates, os militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento.

Na França, foram criadas, em 1955, as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas

de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares. A história do SAMU da França inicia-se nos anos 60, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim, foi constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas⁽¹⁾.

Em 1965, criaram oficialmente os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), dispondo agora das Unidades Móveis Hospitalares (UHM). Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987. As equipes das UHM passaram também a intervir nos domicílios dos pacientes, configurando, definitivamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar, relacionados a seguir.

- 1) O auxílio médico urgente é uma atividade sanitária.
- 2) As intervenções sobre o terreno devem ser rápidas, eficazes e com meios adequados.
- 3) A abordagem de cada caso deve ser, simultaneamente, médica, operacional e humana.
- 4) As responsabilidades de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente.
- 5) A qualidade dos resultados dependem, em grande parte, do nível de competência dos profissionais.
- 6) A ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência.

Posteriormente, em Lisboa, no ano de 1989, foram proclamadas as bases éticas da regulação médica, processo este conhecido como “Declaração de Lisboa”.

3. O ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

No Brasil, o SAMU teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente dos

moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (profissional este não existente no Brasil).

Em São Paulo, a preocupação com a melhoria do atendimento pré-hospitalar teve início na década de 80, sendo que, em 1988, foi criado, após longo período de estudos e pesquisas, o Projeto Resgate ou SAMU (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências), chefiado por um capitão médico, baseado no modelo francês, mas com influências do sistema americano, particularmente no que diz respeito à formação dos profissionais, e adaptado à realidade local. Este sistema implantado estava, inicialmente, vinculado ao Corpo de Bombeiros, ficando, no quartel, um médico da Secretaria da Saúde do Estado, que regulava as solicitações de atendimento a vítimas de acidentes em vias públicas, solicitações estas feitas através da linha 193, a qual possuía uma interligação com o sistema 192 da Secretaria da Saúde (Central de Solicitações de Ambulâncias). Este sistema ainda persiste com pequenas modificações⁽²⁾.

Nos últimos dez anos, vem se sentindo a necessidade de melhoria e expansão do sistema de atendimento pré-hospitalar, realidade esta percebida pelos gestores da política de Saúde Pública dos estados. Várias cidades já contam com o SAMU ou estão em fase de implantação do mesmo, incluindo Porto Alegre, Recife, Curitiba, Araraquara, Marília, Fortaleza, Belo Horizonte, Campinas, dentre outras. Cada localidade possui um sistema próprio, o que deixa claro que não há sistemas perfeitos.

4. O SISTEMA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) DE RIBEIRÃO PRETO

Em Ribeirão Preto, o SAMU foi criado a partir de iniciativa de profissionais da Secretaria da Saúde, tendo como princípios o atendimento às urgências no campo pré-hospitalar, reguladas pela sua central de regulação. O SAMU de Ribeirão Preto entrou em operação no dia 08 de outubro de 1996, após um longo período de idealização e adequação, sendo moldado a partir do sistema francês. O serviço foi constituído com uma equipe de suporte avançado, já se prevenindo, para o futuro, mudanças importantes no projeto inicialmente viabilizado. Esta equipe, constituída pelos elementos obrigatórios, - médico, enfermeira e motorista - conquistou o seu lugar no atendimento emergencial pré-hospitalar, em nosso município, atividade até então exclusiva da equipe de resgate do Corpo de

Bombeiros. Neste período, foi dimensionada a real função do SAMU frente à população local e às autoridades competentes, vinculando, de forma definitiva, o atendimento médico emergencial ao paciente crítico, agora em ambiente pré-hospitalar.

No momento inicial, o SAMU, ainda desprovido de protocolos rígidos de despacho de viaturas, atuou mais amplamente do que o realmente devido, prestando atendimento a um amplo número de pessoas, muitas vezes sem necessidade de um atendimento médico ainda no campo pré-hospitalar, o que aconteceu até janeiro de 1997, quando, por ocasião de um acidente, envolvendo a viatura, denominada USA (Unidade de Suporte Avançado), o serviço se viu temporariamente inoperante.

O breve período de inoperação funcional se mostrou oportuno, permitindo a viabilização de novos projetos que garantissem a implantação do sistema em sua totalidade. Para isto, foram adquiridas novas unidades de suporte avançado, foi idealizado o serviço de regulação médica (necessidade esta sentida durante o período de funcionamento isolado da USA) e realizada a hierarquização dos hospitais do Município, formulando-se, assim, um mapeamento das capacidades físicas e funcionais de cada centro hospitalar.

Em agosto de 1997, o serviço retomou suas atividades, agora dispondo de três unidades de suporte avançado, tendo-se em mente a expansão rápida das atividades no campo do atendimento emergencial pré-hospitalar. Em março de 1998, foi concretizada, ainda que experimentalmente, a Central de Regulação Médica. Neste período, a atividade de médico regulador era exercida pelo próprio médico da USA, o que, em muito, facilitou o acesso dos pacientes aos hospitais do Município, respeitando-se a hierarquização anteriormente realizada. Esta regulação médica foi mantida, ainda que funcionando precariamente, até outubro de 1998, quando, definitivamente, foi implantada a Central de Regulação Médica do SAMU, um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A parceria permitiu a implantação da Central nas dependências da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, sendo, então, estruturada uma Central de Regulação Médica, como inicialmente idealizada: conjuntamente com o Sistema 192, o serviço de ambulâncias do Município, responsável por atender e registrar todas as chamadas telefônicas dos solicitantes, sejam estas para simples informações, sejam para envio de unidades móveis de atendimento. O médico

regulador, agora exclusivo nesta função, passou a fazer parte, como membro essencial, do grupo da radio-telefonía, e as radioperadoras e telefonistas passaram a assumir a função de técnicas auxiliares de regulação médica (TARM). A partir deste momento, o médico regulador assumiu as funções de ouvidor e gerenciador da demanda, decidindo sobre o melhor meio de solução para as mesmas, cumprindo papel essencial na busca de soluções imediatas e na otimização dos recursos disponíveis.

Em fevereiro de 1999, o SAMU foi mais uma vez expandido com a inclusão das unidades de suporte básico (USB) no Serviço. Para tanto, os motoristas e auxiliares de enfermagem das viaturas de suporte básico foram capacitados para o atendimento pré-hospitalar, por treinamento teórico e prático, visando a padronização de condutas e a integração no SAMU.

O SAMU, hoje, encontra-se constituído, conforme inicialmente idealizado, englobando a Central de Regulação Médica com suas respectivas equipes e o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar com suas equipes de suporte básico e avançado, além das equipes essenciais de apoio (ver Figura 1).

Contamos, atualmente, com três (03) viaturas de suporte avançado, estando uma em atuação ininterrupta e as outras em esquema de sobreaviso, podendo ser despachadas em situações especiais (catástrofes, calamidades, transferências extramunicipais, etc). Contamos, também, com sete (07) unidades de suporte básico, distribuídas cada uma em uma unidade básica distrital de saúde, ficando uma na garagem para eventuais trocas, frente a defeitos mecânicos quaisquer. Quanto à Central de Regulação Médica, contamos com profissionais tanto em período integral (médicos reguladores, técnicos auxiliares e radioperadores) quanto em período reduzido de atividade (pessoal de apoio). Desta forma, globalmente, o SAMU conglomerava, hoje, cento e trinta e seis (136) indivíduos das diferentes categorias profissionais.

Assim estruturado, o Sistema de Atendimento Médico de Urgência atende aos preceitos básicos dos sistemas móveis de urgência, como os relacionados a seguir:

- Prestar atendimento emergencial no campo pré-hospitalar, atendimento este que responda às necessidades prementes do paciente crítico.
- Determinar a forma de melhor resposta à demanda solicitada, através de uma “regulação” de todos os chamados, obrigatoriamente realizada por um profissional médico.

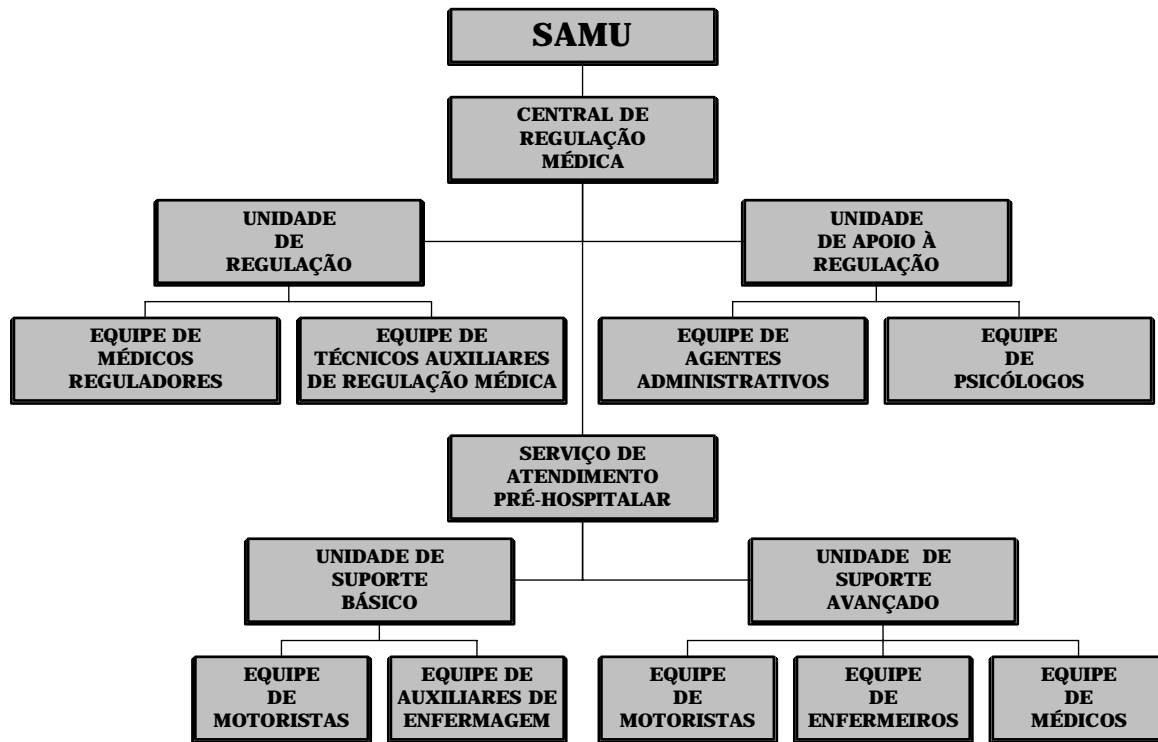


Figura 1: Organização estrutural e funcional do SAMU de Ribeirão Preto.

Para tanto, o SAMU mantém seus dois serviços (a Central de Regulação Médica e o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar) coesos e interligados, organizados e supervisionados pelo coordenador do Programa de Assistência Médica Emergencial, ao qual se insere o SAMU. Subordinados ao coordenador estão o diretor médico e o diretor de enfermagem, sendo este exercido pelo coordenador do Programa de Serviços Externos (rede 192). Estes programas fazem parte do corpo programático da Secretaria Municipal de Saúde, gerenciados diretamente pelo diretor do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas, subordinado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde.

Funcionalmente, o SAMU encontra-se organizado da forma mencionada a seguir.

Equipe de suporte avançado

Cada USA é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a) e um (a) motorista (a), que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento. Esta equipe,

com sua respectiva viatura, fica de prontidão na base operacional do SAMU, aguardando determinação do médico regulador para prestar atendimento médico emergencial.

As unidades de suporte avançado somente são enviadas para atendimento mediante autorização do médico regulador ou do coordenador direto do SAMU, não respondendo a outras solicitações que não tenham sido reguladas pelos profissionais pertinentes. Competirá, portanto, ao médico regulador a **determinação da existência de risco imediato à vida**, pois, somente nesta condição, salvo determinações excepcionais provenientes de órgãos superiores, serão despachadas as USA. Esta determinação deverá ser baseada, exclusivamente, no grau de comprometimento de funções vitais, capazes de comprometer seriamente a qualidade de vida ou a expectativa de vida, como as abaixo relacionadas.

- Comprometimento da via aérea (A),
- Comprometimento da dinâmica respiratória (B),
- Comprometimento da dinâmica circulatória (C),
- Comprometimento da função neurológica (D),
- Comprometimento funcional de extremidades (E).

Compete, portanto, à equipe de suporte avançado:

- atendimentos a pacientes **traumatizados**, quaisquer que sejam as causas, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador **que há risco imediato à vida**;
- atendimentos a pacientes portadores de **patologias clínicas**, quaisquer que sejam as etiologias, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador **que há risco imediato à vida**.

Equipe de suporte básico

Cada USB é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por um (a) auxiliar de enfermagem e um (a) motorista, que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento.

Toda atividade desempenhada pela equipe é realizada em conjunto, sem que haja diferenças hierárquicas entre os dois elementos da equipe. Entretanto, na eventual necessidade de se fazer declarar uma autoridade local, esta deverá ser delegada ao auxiliar de enfermagem que, por questões de treinamento específico na função desempenhada, é reconhecido como hierarquicamente superior ao motorista da viatura.

Esta equipe, com sua respectiva viatura, fica de prontidão nas Unidades Básicas Distritais de Saúde, aguardando determinação do médico regulador para prestar o atendimento determinado. Este atendimento se restringirá à prestação de assistência (suporte) básica de vida, não importando a patologia ou o local do atendimento. Desta forma, as unidades de suporte básico só são liberadas para atendimento mediante autorização do médico regulador ou do coordenador direto do SAMU, não devendo responder a outras solicitações que não tenham sido reguladas pelos profissionais pertinentes. Competirá, portanto, ao médico regulador a **determinação da inexistência de risco imediato à vida**, pois, uma vez determinada a existência de risco imediato à vida, o atendimento competirá às USA. Na ausência de risco imediato à vida, o atendimento competirá às USB. Exceções são feitas nos casos em que as USA não estejam disponíveis para o atendimento emergencial, devendo este ser realizado pela equipe das USB. Neste caso especial, a equipe da USB é orientada a prestar atendimento no local e aguardar a equipe da USA para completar o atendimento já iniciado.

Compete à equipe de suporte básico:

- atendimentos a pacientes **traumatizados**, quaisquer que sejam as causas, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador **que não há risco imediato à vida**;
- atendimentos a pacientes portadores de **patologias clínicas**, quaisquer que sejam as etiologias, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador **que não há risco imediato à vida**.

Equipe de regulação médica

A Central de Regulação Médica assume a função de coordenadora e disponibilizadora do atendimento pré-hospitalar à população local.

A competência da Central de Regulação Médica é assumida, em seu todo, pelo médico regulador e, na ausência deste, pelo seu diretor médico e/ou coordenador. Reforçam-se, neste sistema, as premissas básicas da regulação médica e desempenhadas integralmente pelo médico regulador.

- 1) Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso, comunicado via rádio ou telefone, disponibilizando os recursos a serem enviados e orientando o atendimento a ser realizado.
- 2) Administrar os meios disponíveis para a prestação do atendimento solicitado, evitando desgaste do sistema pelo envio de recursos insuficientes ou, mesmo, superiores à necessidade em questão.

Para tanto, a Central de Regulação Médica do SAMU dispõe de duas (02) linhas privativas (para uso exclusivo pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde) e de quatro (04) linhas externas, pertencentes ao sistema 192 (para uso exclusivo pelos solicitantes externos), além de linhas externas de apoio e de linhas internas do próprio hospital.

Toda a solicitação é atendida pelas técnicas auxiliares e, uma vez anotada e triada, é repassada ao médico regulador para decisão de conduta. Caso a solicitação implique em despacho de viaturas, o regulador repassa a ficha ao radioperador que, em seguida, procede o despacho da mesma. Solicitações internas, provenientes das próprias unidades de saúde, são atendidas pelas técnicas auxiliares que, nestes casos, solicitam a presença do médico que atendeu o paciente, repassando a ligação ao médico regulador, que regula o fluxo conforme seu julgamento. Sempre que há necessidade de transporte do paciente/vítima até o hospital, o médico regulador entra em contato com a equipe médica do hospital que, naquele momento, tem

condições de atendimento e garante o acesso do paciente àquele centro hospitalar. Desta forma, tanto para as USA quanto para as USB, o médico regulador gerencia o fluxo de circulação entre o campo pré-hospitalar e o hospitalar.

Desconsiderando-se os meses de inoperação funcional, em 24 meses de efetiva atuação (de outubro/96 a abril/99), foram atendidos 3985 pacientes/vítimas, distribuídos conforme os dados abaixo.

Natureza dos atendimentos

61% Atendimentos a portadores de patologias traumáticas.

38% Atendimentos a portadores de patologias clínicas.

01% Transportes inter-hospitalares.

Principais patologias traumáticas observadas

38% Acidentes, envolvendo veículos automotores.

22% Ferimentos por arma de fogo.

11% Atropelamentos.

11% Ferimentos por arma branca.

03% Agressões interpessoais.

03% Acidentes, envolvendo bicicletas.

Principais patologias clínicas observadas

16% Paradas cardiopulmonares e cerebrais.

14% Crises convulsivas.

10% Insuficiências respiratórias.

08% Infartos agudos do miocárdio.

06% Emergências hipertensivas.

06% Intoxicações exógenas.

Origem da solicitação

44% Vias públicas.

35% Domicílios.

17% Unidades básicas de saúde.

04% Outros locais.

Óbitos verificados

16% dos portadores de ferimentos por arma de fogo, sendo, na imensa maioria, constatado o óbito antes de se prestar qualquer atendimento.

5% dos acidentados no trânsito, sendo, na maioria, decorrentes de acidentes automobilísticos.

65% dos pacientes atendidos em parada cardiopulmonar e cerebral, sendo o óbito, geralmente, verificado antes do atendimento. A taxa de reversão é baixa, da ordem de 15%, daqueles submetidos a manobras de ressuscitação.

Óbitos por outras causas são infreqüentes.

5. ASPECTOS LEGAIS

No Brasil, não existem, ainda, normas claras e precisas sobre o atendimento pré-hospitalar, seja ele médico ou não. O CFM e o Ministério da Saúde, através de seu núcleo de vigilância sanitária, vêm desenvolvendo ações de forma independente, ou conjunta, no sentido de normatizar o assunto, existindo muitas lacunas que permitem o funcionamento de sistemas inadequados e mal-estruturados. As normas de que dispomos atualmente, longe de esgotarem a matéria, são: o parecer do CRM, de 1993, tratando da Morte fora do ambiente hospitalar, o parecer do CFM, de 1995, que dispõe sobre o atendimento pré-hospitalar, em especial às emergências traumáticas, o parecer do CFM, de 1998, que discorre novamente sobre o atendimento pré-hospitalar, fazendo considerações sobre as diversas áreas envolvidas (organização estrutural, definições e objetivos da atuação médica em nível pré-hospitalar, regulação médica, definições dos profissionais e seus atributos, perfil e competências, treinamentos), a portaria da SVS, discorrendo sobre os veículos de atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar e, por último, a portaria do MS, de julho de 1999, aprovando a atividade médica em nível pré-hospitalar, particularmente a regulação médica^(3,4).

Atualmente, contamos com a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, entidade não oficial, que se destina ao estudo das urgências/emergências no País, e a Rede de Cooperação em Urgências do Mercosul, com a participação da Argentina, Paraguai, Uruguai, Brasil e, por último, o Chile, visando o desenvolvimento da assistência às urgências, determinando um processo de ajuda mútua, que permita uma socialização de conhecimentos capazes de gerar um alto nível operatividade nos serviços envolvidos e impulsionar a criação de serviços de atendimento pré-hospitalar de urgências. Estas entidades atuam como uma congregação de interesses, discutindo amplamente o assunto e auxiliando na elaboração de normas e regras gerais, no sentido de uniformizar os serviços de atendimento médico pré-hospitalar já existentes e auxiliar na implantação de novos centros.

6. CONCLUSÃO

O atendimento médico pré-hospitalar, criado em virtude da necessidade de se reduzirem as seqüelas e óbitos no campo pré-hospitalar, veio evoluindo lentamente, desde o período napoleônico, tendo se firmado

como “ciência” após a experiência bem sucedida da França. Rapidamente vem evoluindo, tendo sido implantado, no Brasil, no final do anos 80 e, particularmente, em Ribeirão Preto, em 1996. A falta de legislação pertinente faz com que várias estruturas sejam

encontradas pelo país afora, resguardando, entretanto, os princípios fundamentais de atendimento rápido, preciso e eficaz, o que vem colaborando para a redução dos danos secundários às maiores causas de trauma, em nosso meio.

LOPES SLB & FERNANDES RJ. A brief review of medical prehospital care. **Medicina, Ribeirão Preto**, 32: 381-387, oct./dec. 1999.

ABSTRACT: The prehospital medical care is a relatively recent area, having been implanted in Brazil in the last 10 years, according to French model that dates since the decade of 50. For the lack of pertinent legislation, several regional models were created in several cities of Brazil, and, specially, in Ribeirão Preto this system of medical prehospital care is accomplished since october 1996 by the local team of SAMU.

UNITERMS: Emergency Medical Services. Traumatology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - FONTANELLA JM & CARLI P. Les matériels et les techniques de réanimation pré-hospitalière – Les Unités Mobiles Hospitalière des Samu. In: SFEM eds. Collection Médecine d’Urgence SAMU, 1992.
- 2 - PARECER 47/95 do Conselho Federal de Medicina, aprovado dia 25/10/95.
- 3 - PARECER 15/98 do Conselho Federal de Medicina, aprovado dia 08/07/98.
- 4 - PORTARIA do GM/MS 824, de 24 de junho de 1999. Diário Oficial da União 2m 25/06/99.

Recebido para publicação em 08/12/1999

Aprovado para publicação em 19/01/2000