

4.6.1 Um breve histórico sobre o serviço de atendimento médico de urgência no Brasil

Thomas Green Morton Gonçalves dos Santos

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Thomas Green Morton Gonçalves dos Santos

A maioria dos leitores com mais de 20 anos já deve ter tido a chance de ver algum episódio da série norte-americana “plantão médico” ou “911” e possivelmente deve ter se maravilhado com a eficiência, rapidez e sincronismo do atendimento prestado aos diversos casos de urgência, bem como com todo o aparato disponível para o socorro (ambulâncias equipadas, helicópteros, equipe treinada, central de comunicação etc). Contudo, para

nós brasileiros, pelo menos até cinco anos atrás, a realidade brasileira no assunto atendimento médico de urgência era bem aquém daquela vista no seriado da televisão. Há até pouco tempo, nosso atendimento resumia-se a algumas ambulâncias sem equipamentos de suporte à vida e sem profissionais treinados adequadamente (médicos, para-médicos, enfermeiros etc) que simplesmente transportavam o acidentado às pressas para o hospital de referência mais próximo, o qual por sua vez também não estava, na maioria das vezes, preparado para receber uma pessoa politraumatizada grave e carente de atendimento rápido. Assim, tanto a fase pré-hospitalar quanto a fase intra-hospitalar do atendimento eram inadequadas, custando às vezes o inestimável e

sofrido preço de preciosas vidas.

Felizmente, a situação hoje começa a mudar graças à iniciativa de diferentes agentes. O serviço de atendimento de urgência começou a ser implementado através da iniciativa isolada de algumas prefeituras e também do compromisso de alguns grupos entre os quais ressaltamos o Corpo de Bombeiros. A corporação foi uma das primeiras equipes a fornecer, além do serviço de resgate em incêndio, inundações etc, um serviço de prestação de socorro padronizado e ajustado às normas da PHSVT/PHTLS- Suporte Pré-Hospitalar avançado à Vida no Trauma (conjunto de manobras médicas para atendimentos de traumatizados dividido em 5 etapas) - amenizando significativamente a falta de um corpo médico especializado no local do acidente. Dessa forma o atendimento dos bombeiros começou uma revolução no atendimento, apesar das carências, possibilitando uma atuação na fase pré-hospitalar mais ajustada à fase intra-hospitalar. Em algumas localidades que possuem faculdades de medicina e enfermagem têm surgido parcerias entre o Corpo de Bombeiros e grupos de acadêmicos de medicina e enfermagem denominados *Ligas do Trauma*. Nessa parceria, os acadêmicos têm sido voluntários durante as ocorrências municipais, promovendo uma troca de experiências que promove o enriquecimento de toda a equipe de resgate e tende a beneficiar principalmente o paciente.

Um exemplo dessa experiência bem sucedida é a cidade de Uberaba-MG onde os acadêmicos da Liga do Trauma da UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro ajudam os bombeiros em seu trabalho, fato que já tem rendido muitos elogios por parte da população e tem integrado a fase pré-hospitalar e intra-hospitalar do atendimento. Contudo a conquista da excelência em atendimento médico de urgência, em âmbito nacional, é algo que necessitaria de adequação dos centros médicos, aquisição de ambulâncias apropriadas, construção dos centros de recebimentos, gerenciamento de chamadas e, principalmente, a necessidade de médicos e enfermeiros treinados para atendimento de urgência dentro das unidades de suporte avançado à vida, visto que algumas manobras de natureza invasiva usadas em ressuscitamento só podem ser efetivadas por médicos.

É nesse contexto, num esforço conjunto do governo federal, estadual e municipal, que SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) está sendo implantado em todo território brasileiro, a começar pelas cidades com mais de 100 mil habitantes. As primeiras equipes de SAMU surgiram na França nos anos 60, quando 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 existente. No Brasil, o SAMU teve início por meio de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por 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 para-médicos (profissionais não existentes 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 pesquisa, o Projeto Resgate ou SAMU. O mesmo aconteceu em Ribeirão Preto, onde bombeiros e SAMU passaram a atuar juntos. A partir de setembro de 2003, o Ministério da Saúde lançou o SAMU/192, no âmbito do SUS, que financia e investe nos projetos e sistemas SAMUs já existentes. Cerca de 1.108 ambulâncias foram adquiridas e 139 centrais foram construídas. As ambulâncias são distribuídas na proporção de um veículo de suporte básico à vida ou Unidade de suporte básico-USB

(composto por motorista e enfermeiro) para cada 100.000 a 150.000 habitantes e de um veículo de suporte avançado à vida ou Unidade de Suporte Avançado-USA (com médico, enfermeiro e motorista) para cada 400.000 a 450.000 habitantes.

Estamos caminhando para um serviço de atendimento de urgência de padrão internacional, em que bombeiros e SAMU chegam praticamente juntos ao local do acidente. Os bombeiros inicialmente prestam o resgate e salvamento em situações adversas como retirada de pessoas de ferragens, de incêndios, de soterramentos, de inundações e muitos outros. Logo após entra a ação do SAMU, iniciando o atendimento médico e o encaminhamento ao centro médico adequado, que já está ciente do quadro do paciente.

As cidades com menos de 50 mil habitantes, todavia, - as quais historicamente sempre tiveram deficiência tanto de um serviço de resgate dos bombeiros e do SAMU quanto de pronto-socorros adequados -, continuarão privadas dessa conquista, pelo menos por hora. Tudo isso ao sacrifício de muitas vidas, afinal sabemos que não raras vezes pessoas vítimas de acidentes com carro ou moto, em cidades pequenas, demoram a ser atendidas e quando o são, sendo encaminhadas para o hospital local, têm o seu prognóstico tragicamente traçado para o óbito. Isso devido ao despreparo dos médicos, não treinados para situação de urgência traumática grave, e também devido à inadequação desses hospitais em relação a equipamentos e banco de sangue. Outras vezes, indivíduos traumatizados chegam bem ao hospital local, recebem alta e morrem no dia seguinte devido à hemorragia não detectada no baço. Há ainda aqueles que têm lesões mal tratadas e evoluem para generalizadas muito difíceis de ser cuidadas. Por isso é imprescindível que a sociedade cobre a instalação do serviço de atendimento móvel de urgência, bem como de guarnições dos bombeiros também em cidades de pequeno porte.

Referências:

- LOPES SLB & FERNANDES RJ. *Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar*. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 381-387, out/dez. 1999
- *O que é o SAMU?* www.saude.gov.br Ministério da Saúde
- *Liga do Trauma da UFTM:* www.ligadotrauma.senap.br