

# TODA ATENÇÃO COM A EME

Adenilde Bringel

**E**m 2016, depois de anos de discussão, o Brasil finalmente reconheceu a Medicina de Emergência como especialidade médica. Desde então, a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede) vem trabalhando, juntamente com associações estaduais e regionais, para formar o maior número possível de emergencistas capacitados a atuar nos hospitais de emergência em todo o País. O médico Frederico

Arnaud, que é presidente da Abramede, coordenador do curso de Medicina de Emergência do Ceará e professor de Emergência na Universidade de Fortaleza (Unifor), enfatiza que é fundamental que os hospitais de emergência tenham emergencistas capacitados a enfrentar a grande complexidade desses atendimentos, que demandam raciocínio aguçado e atitude rápida para um objetivo central: salvar vidas.

## A Medicina de Emergência só foi aprovada como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 2016. Por que o Brasil demorou tanto para reconhecer a especialidade?

O caminho foi realmente longo para o Brasil reconhecer a especialização, embora a Medicina de Emergência seja uma especialidade, há algum tempo, em mais de 100 países. Nos Estados Unidos, por exemplo, é reconhecida desde 1979. E, em todos os países em que se tornou especialidade houve, comprovadamente, benefícios importantes para o sistema de saúde, para o médico e, principalmente, para os pacientes, porque o médico é treinado e preparado, por três, cinco e até sete anos, para fazer realmente atendimento de emergência. No Brasil, quem trabalha na emergência ainda são médicos recém-formados, aqueles de outras especialidades que estão procurando um campo de atuação ou profissionais mais experientes que estão voltando a dar plantão para melhorar a renda mensal.

## E como foi esse caminho até chegar ao reconhecimento da especialidade?

Tudo começou em 1985 com o doutor Henrique Mota, diretor do Hospital de Traumas José Frota, do Ceará, que fundou a Sociedade Cearense de Medicina de Urgência (Socemu), fez alguns eventos e parou. Em 1996, eu entrei por concurso público nesse mesmo hospital como anestesista e comecei a me interessar pela área de Emergência. Depois de um tempo, juntamente com um grupo de médicos, retomamos a Socemu. Começamos o trabalho no Ceará, com treinamentos, cursos, palestras e jornadas em todos os

hospitais e instituições médicas, inclusive no interior, para treinar os médicos em Medicina de Emergência. A primeira disciplina de Emergência foi criada em 1992, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Em 1996, no Rio Grande do Sul, um grupo liderado pelo doutor Luís Alexandre Alegretti Borges fundou a primeira residência brasileira em Medicina de Emergência, que não era reconhecida oficialmente. Em 2007, realizamos o 1º Congresso de Medicina de Emergência, em Gramado, que foi a partida, realmente, para a especialidade. Já existiam grupos no Ceará, Rio Grande do Sul, em São Paulo e no Rio de Janeiro, mas não havia nada organizado em termos de País. Realizamos outros fóruns e congressos e ficamos debatendo com outras especialidades, até fundarmos a Abramede, em 2008. Em 2009, organizamos o segundo congresso e foi criada a segunda residência do Brasil e a primeira do nordeste, no Estado do Ceará. Essas iniciativas começaram a chegar aos ouvidos das entidades médicas, como Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (ABM), que nos chamaram para ouvir a proposta. O Brasil demorou a oficializar a especialização porque havia grupos de médicos que eram contra por considerarem que a Medicina de Emergência não se caracterizava e não tinha consistência para ser uma especialidade.

## Então havia uma resistência da própria classe médica?

Sim, mas saímos vencedores, porque o

CFM montou uma nota dizendo que, a partir do 2º Fórum Nacional de Urgência e Emergência, apoiava o reconhecimento da Medicina de Emergência. Mesmo assim, ainda realizamos o terceiro fórum nacional para debater a questão. O CFM discutiu muito o assunto e, em 2015, foi anunciado que a Medicina de Emergência havia se tornado uma especialidade. Mas foi somente em 2016 que saiu a resolução. A história da criação da especialidade em Medicina de Emergência foi muito parecida em todos os lugares onde se consumou, porque sempre havia alguma resistência, alguma sociedade médica que contestava, porque era algo novo...

## O que é considerado atendimento de emergência?

Existem algumas emergências que são claras, como um acidente automobilístico envolvendo vítimas, um tiro no peito ou uma dor intensa que pode ser infarto, por exemplo, que são eventos agudos e graves que colocam o indivíduo em risco de morte. No caso do infarto, 50% das pessoas morrem antes de chegar ao hospital, portanto, isso é uma emergência! Um indivíduo que esteja sofrendo um AVC, se chegar até quatro horas e meia ao Serviço de Emergência e receber tratamento adequado, poderá evitar sequelas. Um paciente com sepse, quando diagnosticado rapidamente, tem mais chances de sobreviver. E todos esses casos passam, muitas vezes, sem diagnóstico nas emergências. Por isso, complicam e podem levar o paciente a óbito. Existem outras várias situações de intoxicação, de problemas gravíssimos de depressão, de

# EMERGÊNCIA

tentativa de suicídio, enfim, uma gama de assuntos emergenciais. Agora, uma dor de barriga porque o indivíduo comeu algo estragado não necessariamente é considerada uma emergência. E, até hoje, temos médicos inexperientes, que acabaram de sair da faculdade, com todas as dúvidas que a universidade deixou, atendendo os pacientes mais graves nas emergências, o que é uma total incoerência! Quando se tem um familiar ou amigo na emergência, queremos que tenha um médico que saiba o que está fazendo, que tenha conhecimento, que tenha capacidade e que esteja treinado para aquele atendimento. Se você tiver de ser operado, vai escolher um cirurgião que fez mil cirurgias ou alguém que fez 10? Claro que sempre vamos optar pelo médico mais experiente! E por que na emergência temos de ter o médico mais despreparado? Essa era a nossa luta! Queríamos um atendimento como existe em mais de 100 países no mundo, nos grandes países, em que tivéssemos um médico treinado em Emergência.

## De quanto tempo é a residência médica em Emergência no Brasil?

A nossa residência é de três anos, mas acredito que, no futuro, se prolongue até quatro. Nos Estados Unidos, varia entre três e cinco anos; na Nova Zelândia são sete anos. Já estamos com mais de 20 residências no Brasil todo e, neste ano, devemos ter mais 30 para fortalecer cada vez mais a área. Agora, temos um trabalho intenso como Abramede para coordenar e consolidar as residências em Medicina de Emergência pelo Brasil.

## Quais são os profissionais que mais procuram a residência?

É muito variado. Tem o pessoal que já trabalhava no setor de Emergência, que não fez residência nenhuma e agora vê uma oportunidade de se especializar; tem o recém-formado, porque durante a graduação estamos trabalhando muito com os alunos; há os médicos que fizeram ou-



Suelena Moreira

tras especialidades, mas não assumiram, e o pessoal que já trabalha no SAMU.

## O estudante de Medicina tem contato com a especialidade na graduação?

Ainda não, porque as residências estão nascendo agora. Aqui no Ceará, que a residência já tem 10 anos e é muito conceituada, os internatos são ligados e os estudantes passam pela área, mas isso não ocorre de forma geral ainda. A tendência é o estudante sempre passar nos serviços médicos acompanhado de um residente, e agora teremos isso também na área de Emergência.

## Não existe uma disciplina de Medicina de Emergência nas faculdades?

Temos faculdades que não têm nada de Emergência, outras têm algumas discipli-

**“Temos faculdades que não têm nada de Emergência, outras têm algumas disciplinas...”**

nas divididas dentro de departamentos primários. Aqui no Ceará, temos a disciplina de Emergência dentro do setor de Cirurgia, Anestesia e da Clínica Médica. Mas, infelizmente, em geral, a maioria das faculdades não tem nada mesmo. Só que isso terá de mudar também, porque as novas diretrizes curriculares preveem que, do primeiro até o último ano, o estudante tenha contato com todas as especialidades. Entretanto, isso ainda vai demorar para ser implantado.



Suelena Moreira

“O objetivo desse médico é dar o primeiro atendimento, manter as funções vitais do paciente, mantê-lo vivo e, em um segundo momento, passar o paciente para os cuidados de um especialista.”

### Todo profissional que trabalha em pronto-socorro deveria ser formado em Medicina de Emergência?

Sem dúvida! E vamos mudar o modelo de atendimento também. Hoje, tem o clínico, o cardiologista, o neurologista e outros, e a tendência – que deve levar uns 30 anos – é que todos os médicos sejam emergencistas, treinados para atender o infarto, o AVC, a facada, a tentativa de suicídio. O objetivo desse médico é dar o primeiro atendimento, manter as funções vitais do paciente, mantê-lo vivo e, em um segundo momento, passar o paciente para os cuidados de um especialista. O emergencista não quer nada mais do que os 15 minutos iniciais do atendimento. Quem chega às emergências nos Estados Unidos já encontra só emergencistas, porque lá eles têm um reconhecimento muito grande, é uma especialidade forte, bem conceituada e bem remunerada. Muito diferente daqui, onde o profissional que atua na emergência é mal remunerado, trabalha em condições insalubres, não tem logística, não tem protocolo, não tem nada! Estamos nascendo agora, mas daqui a 20 ou 30 anos, quando tivermos um emergencista em cada hospital, acreditamos que essa realidade vá mudar para melhor.

### Quais são as competências necessárias para ser um bom emergencista?

As competências repassadas nos três anos da residência incluem doenças respiratórias, cardiológicas, pneumológicas e neurológicas, entre outras. O emergencista

precisa ter conhecimento teórico e prático, e habilidades para fazer atendimentos que salvam vidas, como intubação, drenagem torácica, passar um marca-passo e tantos outros procedimentos necessários para não deixar o paciente morrer por falta de intervenção. Na residência, o treinamento vai incluir habilidades, mas também orientações de que não pode gritar, não pode discutir com o acompanhante, não pode ser grosseiro com o paciente. Para mim, o perfil ideal do emergencista é aquele médico calmo, porque o que gera mais estresse é não saber ou não ter consciência e habilidade para lidar com situações de emergência, e isso é o que também estressa muito os pacientes, familiares e acompanhantes. Também o ideal é que o emergencista esteja em boa forma física, porque precisa ter agilidade. Um emergencista, repetidamente, intuba várias pessoas – eu mesmo tenho mais de mil intubações e isso já não é mais um estresse. Claro que sempre tem um imprevisto, algo inesperado, mas o médico se adapta a esse processo se estiver bem preparado, e a residência é o padrão ouro desse aprendizado.

**O médico Joe Lex afirma, em um artigo, que um emergencista toma cerca de 10 mil decisões, conscientes ou não, em um dia de atendimento. Como preparar os médicos para atuarem desta forma no dia a dia?**

No hospital em que atuo, temos uma equipe de psicólogos fazendo um trabalho de acompanhamento na emergência

para diminuir o estresse diário. Precisamos do psicológico e da ajuda dos preceptores, porque precisamos ter habilidades físicas, mas, principalmente, um estado mental bem resolvido em todas as esferas para atuar na emergência, ver a necessidade de ajuda daquelas pessoas, diminuir o sofrimento e salvar vidas. O emergencista tem de assumir que é a salvação daquela pessoa que veio buscar ajuda no momento mais difícil, e essa é a nossa maior recompensa, porque vamos trazer o indivíduo de volta para o convívio da família. Diminuir uma crise asmática forte, tratar um trauma, enfim, tem várias situações em que é muito prazeroso atuar na emergência. Mas não é fácil. É uma especialidade que se precisa gostar, tem de ter realmente aquela vontade de trabalhar em emergência. Quem gosta, gosta muito! Se tem médicos que gostam do jeito que está hoje, esse caos terrível, imagina quando conseguirmos controlar, colocar protocolos, fluxos, melhorar a remuneração e a valorização da especialidade, especialmente quando a especialidade estiver mais estabelecida.

### O treinamento de mindset pode ajudar a tornar essas rotinas hospitalares mais ágeis e efetivas?

A atualização é uma premissa que vale para os médicos em geral e, para os emergencistas, é mais importante ainda, porque têm de estar o tempo todo estudando, atualizando, e têm de lembrar que a Medicina é feita de verdades transeuntes. O que antes era verdade, hoje não se confirma mais, e vice-versa. Os emergencistas precisam realmente estar totalmente atualizados. Neste contexto, o *mindset* pode ajudar. No currículo das residências tem uma aula sobre isso. Existe um diferencial no trabalho do emergencista, que deve estar preocupado em saber o que fazer para salvar a vida daquela pessoa o que é, muitas vezes, diferente do médico clínico da emergência, que está mais preocupado em descobrir qual é a doença que atinge o paciente. Emergencistas têm de saber o que o paciente precisa naquele momento para não morrer, e isso é uma mudança de pensamento. O emergencista, primeiro, tem de pensar em manter o indivíduo vivo, em realizar todas as

intervenções necessárias para mantê-lo vivo. E isso muda um pouco a abordagem do atendimento em relação ao clínico da área de Emergência, e vai ter de ser compreendido pelos residentes de Emergência e pelos outros médicos que também atuam em hospitais de emergência.

**A realidade dos hospitais no Brasil é complexa. Quanto a falta de estrutura prejudica o emergencista?**

Essa situação, de forma geral, prejudica em todos os aspectos, tanto pacientes como médicos, que se veem obrigados a trabalhar em uma emergência superlotada, sucateada e, em muitos casos, com profissionais que não foram capacitados para estar ali. O que temos de fazer é levar profissionais mais capacitados para dentro desse ambiente, para tentar reorganizar os setores de Emergência. Esse profissional está consciente da dificuldade da saúde no Brasil, de que realmente é um ambiente muito complexo, difícil, de que essa desorganização atrapalha. Uma coisa é estar em uma enfermaria, passando de paciente por paciente, calmamente; outra é estar naquela rotina da emergência em que há várias prioridades ao mesmo tempo e temos de saber avaliar cada uma delas. Os desafios são imensos, mas essa história já foi contada, não tem volta, não tem fracasso, não tem não deu certo! A história foi assim nos Estados Unidos, na Nova Zelândia, na Austrália, na Argentina, em Porto Rico. Com a residência reconhecida, vamos criando os especialistas, vai havendo substituição de profissionais, os mais novos vão chegando mais preparados e treinados. Em Porto Alegre, por exemplo, já há hospitais em que todos os plantonistas são emergencistas. Aqui em Fortaleza, já temos vários setores coordenados por emergencistas, e assim vamos caminhando, mesmo com toda dificuldade, com toda desorganização, vamos vencendo os desafios.

**A procura por atendimento para questões mais simples de saúde nos prontos-socorros prejudica a assistência de casos graves?**

Se analisarmos a maioria das procuras em hospitais de urgência vamos perceber que, realmente, são situações que

**O que temos de fazer é levar profissionais mais capacitados para dentro desse ambiente, para tentar reorganizar os setores de Emergência. Esse profissional está consciente da dificuldade da saúde no Brasil...**

poderiam ser resolvidas em outro local, e 80% são pacientes que poderiam ser atendidos em postos de saúde ou unidades de pronto-atendimento. Mas há duas situações que levam as pessoas a procurar um pronto-socorro: primeiro, dependendo do local, a dificuldade do atendimento; e a outra é a educação da população em entender que, quando vai a um hospital de emergência e não tem, efetivamente, uma urgência, pode estar tirando a possibilidade de emergências graves serem atendidas. Às vezes, um paciente está sendo atendido por causa de uma diarreia e tem alguém infartando lá fora. Por isso, o primeiro ponto é melhorar a triagem, a prioridade! Em muitos lugares, a população não entende que a prioridade é a gravidade e não quem chegou primeiro, e que o emergencista tem de atender por gravidade. Se um indivíduo chegou infartando, o médico tem de parar tudo e atender o infartado; se chegou alguém com um tiro no peito, temos de parar o que estivermos fazendo e atender essa pessoa para não deixá-la morrer. E, para que a população entenda isso, precisamos ensiná-la por meio da distribuição de material educativo ou de campanhas publicitárias. Tem uma propaganda muito interessante que diz 'Emergência é aquela situação em que, mesmo chovendo, você vai para o hospital'. Mas sabemos que existe uma falha no sistema de saúde pública, e esse problema ocorre até nos países de primeiro mundo porque, no hospital de emergência, pro-

vavelmente, o indivíduo receberá o atendimento mais rápido. E essa facilidade de acesso rápido chama a atenção no Brasil por outra questão: a resolutividade. Hospitais de emergência são os que têm maior resolutividade, e as pessoas sabem que, ao chegar ali, poderão até esperar muitas horas (e esperam mesmo), mas vão resolver o problema que as aflige. É comum ouvirmos que o paciente passou no posto de saúde e não resolveu, passou no hospital de referência e não resolveu. Assim, vai ao hospital terciário, porque lá é o fim da linha e alguém vai resolver o seu problema – e, na maioria das vezes, resolve. O que precisa ser feito é melhorar a triagem de pacientes que não estão no perfil do hospital de urgência e encaminhá-los para outro atendimento.

**No Brasil, quantos médicos atuam como emergencistas atualmente?**

Temos um número estimado de 40 mil médicos atuando. Uma das propostas que levamos ao Ministério da Saúde é fazer o primeiro censo nacional para saber quantos são e onde estão os médicos que atuam como emergencistas, mas já sabemos que o número é inferior ao necessário. Em geral, a realidade em São Paulo é diferente, por exemplo, da realidade do interior da Bahia, do interior do Ceará. Precisamos classificar e estratificar quantos profissionais atuam com emergência para levar algumas propostas ao Ministério da Saúde para melhorar o atendimento.

**Depois de todos os desafios, qual é a sua expectativa para o setor?**

Vejo os próximos anos com muito otimismo, com muita alegria. Vejo um crescimento imenso no número de emergencistas e de professores – que talvez seja a maior dificuldade inicial, porque precisamos do emergencista ensinando o emergencista. Mas acredito que teremos, nos próximos anos, muito para fazer em relação ao sistema pré-hospitalar, SAMU, UPA, enfim, todos esses setores tão carentes de profissionais bem treinados para atender emergências. Acredito que, nos próximos 30 anos, teremos muito a fazer para dar uma condição mais digna de trabalho para esses profissionais. ♦