

Atendimento Pré-Hospitalar (APH): responsabilidade médica.

Marcelo Talasso Salim

Médico

Especialista em medicina de trânsito pela ABRAMET (Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego)

Há hoje no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU-RESGATE), ou resgate do bombeiro como é conhecido pela população leiga, perigosa inversão de valores onde o bombeiro com formação básica em primeiros socorros, coloca-se a frente de casos que, na maioria das vezes, são de resolução médica, levando a própria população a crer que o bombeiro é o profissional indicado para solucionar problemas de saúde, além da própria imprensa que, como de costume, joga a população contra a classe médica em suas reportagens sensacionalistas e, inclusive em reportagens sobre acidentes automobilísticos e traumas em geral nas quais citam condutas tomadas por bombeiros referentes até a medicação feita no local do acidente dando a impressão que este profissional é habilitado para, além de partos, também aplicar drogas que só podem ser prescritas por médicos.

Em momento algum este artigo pretende denegrir a imagem do bombeiro, o que seria absurdo além de grande calúnia, visto que este profissional guarda grande carinho e respeito por toda a sociedade pelo herói que sempre foi desde a criação desta gloriosa instituição: o Corpo de Bombeiros.

Contudo, na área de atendimento pré-hospitalar, é aviltante a situação na qual são colocados os médicos do SAMU-RESGATE, serviço este criado por um médico. É bastante comum em situações de emergência, na qual temos vidas humanas em risco, o bombeiro contestar a conduta do médico bem como discutir casos clínicos com este no local da ocorrência ou no COBOM (Central de Operações do Bombeiro) onde se tem um médico regulador habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar e responsável pelo encaminhamento dos pacientes para hospitais de referência que estejam em melhores condições de atendimento quer sejam vítimas de acidentes, ou que possuam alguma doença clínica agudizada, para que seja estabelecido tratamento definitivo.

Segundo parecer nº 47 de 1995 do Conselho Federal de Medicina, por definição “o APH é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada unicamente por médico”. O referido parecer já é uma resolução.

O serviço está “sucateado”, o que significa que a regulação não está sendo feita por médico regulador, pois mesmo para casos em que não é preciso transporte especializado, o bombeiro envia unidade de socorro básico (unidade de resgate UR) composta de bombeiros com formação básica em socorro e às vezes até mesmo com o médico na chamada unidade de suporte avançado (USA), não respeitando a autoridade do médico regulador. Esta situação

acontece por exemplo, toda vez que a ocorrência é gerada pelo COPOM (Central de Operações da Polícia Militar); ignorando totalmente a triagem médica, o bombeiro envia uma viatura simplesmente pelo fato de ter sido solicitado pela polícia; o bombeiro envia unidade de suporte avançado com médico às vezes para simples transferência de policial (ou parente deste) que foi internado por problema de saúde qualquer, medicado e/ou operado e passa bem. Por razões administrativas (convênio), o policial deverá ser transferido para o Hospital da Polícia Militar (HPM) ou Cruz Azul que é devidamente conveniado não necessitando para tanto de viatura cuja função é resgatar vítimas na cidade de São Paulo, nas mais variadas situações de emergência. Há empresas especializadas em remoções, inclusive com médico acompanhando, se for o caso. Estas são situações perigosas pois, caso o policial tenha apenas pequenas lesões, a viatura estará empenhada numa remoção deixando determinada região da cidade desguarnecida no caso de um acidente sério acontecer e gerando gastos desnecessários para o Estado visto que haverá gasto de combustível, pneus, peças das viaturas e, o que é pior, colocar-se-á em risco a vida da guarnição que sai sempre em alta velocidade como é característico de serviços dessa natureza. Já as empresas de remoções são idealizadas para essa função além do fato de serem particulares podendo, portanto, arcar com as despesas supra citadas. A população está habituada a chamar o bombeiro para todos os problemas que se possa imaginar, desde pacientes com doenças crônicas entrevistados no leito de suas residências, que deveriam estar internados, agudizam e precisam, na verdade de um serviço de remoção, até resgate de gatos em árvores e cães boiando em colchões nas enchentes da cidade. O serviço de atendimento pré-hospitalar que consiste no atendimento às vítimas de traumas e doenças agudas (parada cardíaca, AVC, crise de mal asmático ou descompensação diabética por exemplo), está totalmente descaracterizado.

A regulação médica das emergências é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar realizando a ligação com o nível hospitalar e abarcando duas dimensões de competências: a decisão técnica sobre os pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis²

A competência técnica do profissional médico inclui: julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado e enviar os recursos necessários ao atendimento (dentre eles está a figura do bombeiro socorrista pois reza o citado parecer que o atendimento deve ter a admissão deste); monitorar e orientar no local e à distância o atendimento prestado pelo socorrista e pelo profissional de saúde (médico); definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento¹.

Nos casos em que julgue não ser preciso enviar meios móveis de atenção (viatura terrestre ou helicóptero), o médico deve explicar sua decisão e orientar o solicitante do socorro quanto a outras medidas que julgar conveniente, através de orientação ou conselho médico, permitindo ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido pelo médico¹. Isto é triagem médica de casos e é assim que deve ser feito. Não como o bombeiro faz muitas vezes quando envia grandes recursos para o solicitante que teve o tornozelo torcido e pode locomover-se para o hospital mais próximo por meios próprios, ou chamando um táxi ou ainda com ajuda de quem estiver mais perto. Há casos de pessoas que solicitam o serviço resgate para remover mendigos ou arruaceiros embriagados ou falso trabalho de parto... e o COBOM envia sem triagem, pois não cobra as informações necessárias do local aceitando muitas vezes uma mentira do informante que, aos gritos, cobra uma posição do serviço.

Matéria publicada no jornal do Conselho Regional de Medicina em novembro de 98 sugere que o sistema de

atendimento em vias públicas é orientado por médico e que o bombeiro só realiza manobras básicas, retirando vítimas de ferragens, contendo hemorragias, ou imobilizando fraturas³. A realidade não é esta. Não é isso que acontece. É comum os bombeiros encaminharem vítimas gravemente feridas a hospitais sem que os mesmos tenham sido avisados, por ordem de seus superiores hierárquicos e sem que o próprio médico do COBOM tenha dado autorização. Muitas vezes estes hospitais não dispõem de especialistas de plantão, aparelho de tomografia ou sequer de raio x causando, desse modo, situação constrangedora entre o médico da “regulação” e o do hospital, sem falar do prejuízo no atendimento ao doente. Não se deve colocar a hierarquia militar acima e à frente de procedimentos médicos.

Resumidamente o APH se faz da seguinte forma:

- 1)** Solicitação do serviço: neste momento o médico cobrará do solicitante dados do local.
- 2)** Análise do tipo de caso: acidente? (avaliar o mecanismo do trauma: atropelamento?, colisão de veículos?, capotamento de veículo?, incêndio do veículo?, qual o tipo de veículo envolvido, moto, caminhão, ônibus, carro de passeio?, explosão ambiental?, queda de altura?, não importando se por acidente de trabalho, tentativa de suicídio ou tentativa de homicídio, bem como o número de pessoas envolvidas em qualquer caso); caso clínico sem traumatismos? Qual a doença?, há quanto tempo é doente?, se toma algum medicamento e o nome e dose do mesmo. Após esta triagem que é feita pelo médico, **3)** Decisão quanto ao socorro mais adequado para o caso e acionamento do mesmo. **4)** Retirada da vítima do local do acidente, encaminhamento para o hospital mais próximo e em melhores condições de atendimento sempre sob orientação do médico. **5)** Passagem do caso para o médico do hospital e regresso para base.

Um problema comum no atendimento do resgate, é o fato da vítima ser atendida primeiro pelo bombeiro pois o número de viaturas de suporte avançado (USA) é ínfimo: apenas duas (quando uma delas não está empenhada em alguma remoção ou atendendo “vítima” com tornozelo torcido ou bêbado) além do helicóptero Águia totalizando, então, três médicos apenas para o APH de toda a capital sem contar o médico da “regulação”. Após “avaliação” superficial feita pelo bombeiro, o mesmo solicitará a presença da viatura USA, que conduz médico (a), enfermeiro (a) e o motorista da referida guarnição que possui formação em socorro básico, muitas vezes sem o menor critério de triagem, que deveria ter sido feita pelo médico regulador como em qualquer serviço pré-hospitalar do mundo... e o COBOM envia. A autoridade do médico é contestada a cada situação de emergência que acontece na grande São Paulo; há casos absurdos de médicos que presenciam acidentes, param para ajudar e são agredidos, até fisicamente por bombeiros, na ocasião de sua chegada. Segundo informes, serão instaladas mais 3 (três) novas viaturas de suporte avançado na capital, não obstante, em se levando em conta os números alarmantes de acidentes e o número de médicos trabalhando no sistema, ainda será pouco. A solução para os problemas em questão: fazer regulamentação do serviço pré-hospitalar, delegando ao médico a regulação do resgate, renovando o convênio entre as Secretarias de Estado de Saúde e Segurança Pública, oficializar a existência do SAMU -Sistema de Atendimento Médico de Urgência como instituição, órgão que deverá estar vinculado e subordinado à Secretaria de Estado da Saúde, o qual deverá ser gerenciado única e exclusivamente por médicos, da mesma maneira que é feito em países desenvolvidos (SAMU de Paris), aumento do número de quartéis de bombeiro com viaturas de suporte de vida avançado com médico (a) e enfermeiro (a), o que aumentaria o número de empregos para médicos e enfermeiros e regionalizaria o atendimento⁶, visto que o tempo que

decorre entre a solicitação, a chegada do bombeiro no local, a “avaliação do caso” por este, a passagem das condições do paciente para a central (COBOM), a solicitação do médico e a chegada do mesmo, pode custar uma vida. O tempo-resposta é muito grande. Uma vítima que for atendida em poucos minutos primeiramente pelo médico, dentro da chamada “hora de ouro do trauma” terá, se necessário, procedimentos médicos realizados no local, ditos invasivos^{4,5} (drenagem de tórax, cricotireoidostomia de emergência ou intubação orotraqueal para acesso às vias aéreas, infusão de soro endovenoso quando constatado choque hipovolêmico, aplicação de drogas, cardioversão - choque elétrico - no caso de parada cardíaca, etc), possibilitando a ocorrência de menores seqüelas com conseqüente tempo de internação reduzido o que poderá proporcionar menores gastos ao Estado e disponibilidade mais precoce do leito hospitalar; é o médico socorrista quem dá o primeiro atendimento e executa as medidas iniciais, que podem evitar a morte, como drenagem pleural, intubação traqueal, cricotireoidostomia e também não é demonstração de eficiência chegar ao local da ocorrência em poucos minutos se, do ponto de vista técnico, não haverá atendimento adequado para a(s) vítima(s). As mesmas são abordadas, nem sempre da forma preconizada pelos protocolos mundiais de atendimento ao politraumatizado (há relatos de não colocação de colar cervical em vítima de trauma ou imobilização inadequada em prancha longa: (Figura) podendo morrer dentro da viatura, visto que os oficiais do Corpo de Bombeiros tem suas instruções com os médicos da Secretaria de Estado da Saúde e, daí por diante, os mesmos aplicarão as aulas para seus subordinados (de capitães e tenentes, para sargentos, de sargentos para cabos e destes finalmente para os soldados)



onde, desta maneira, a devastadora maioria dos bombeiros na base da pirâmide na hierarquia militar, terá suas aulas de como lidar com a vida numa situação de doença, com informações distorcidas e não com especialistas no assunto, mas com profissionais que não estudaram quase uma vida inteira para dominar o tema e sim estudaram para ser bombeiros, o que também não é das mais fáceis profissões, pelo fato de existirem até especialidades dentro da corporação, como bombeiro químico entre outros, sem falar dos enormes perigos a que são submetidos diariamente. São estes mesmos bombeiros que algumas vezes são convidados a dar entrevistas em emissoras de TV para falar sobre assuntos

médicos, como queimaduras por exemplo, onde estaria indicado um cirurgião plástico ou em escolas para dar instruções de primeiros socorros. É justo que a população cobre também esta atividade social do bombeiro, cobrança esta aliada a uma atitude omissa e cômoda por parte dos médicos? Outra forma de solução desse problema seria a transformação do atendimento pré-hospitalar em especialidade médica como em países do primeiro mundo. Sabe-se que existem empresas particulares que resolvem montar um serviço de resgate sem que se tenha médicos no comando técnico e operacional; embora os empresários envolvidos tenham boas intenções, um serviço dessa natureza não se faz apenas com um médico, quer seja na regulação do sistema, ou de plantão no posto da viatura UTI, enquanto nas demais bases terão apenas o emprego dos chamados socorristas que, como já se sabe, na maioria das vezes, não tem o preparo técnico adequado e na regulação, profissionais não médicos. Isso acontece devido ao alto custo operacional que o médico tem. Devemos observar ainda que os socorristas, em alguns serviços particulares, não tem ligação alguma com profissões da área da saúde sendo muitos deles ex-motoristas ex-policiais, ex-donos de pequenas empresas, entre outros. O *ato médico genérico* é aquele realizado por um agente de saúde que tenha como proposta de ação a saúde individual ou coletiva. Assim, as atividades profissionais do enfermeiro, do dentista ou do fonoaudiólogo, não deixam de ser um ato médico *latu sensu*; já o *ato médico específico* conceitua-se como a utilização de meios e recursos para prevenir a doença, recuperar e manter a saúde do ser humano ou da coletividade, inseridos nas normas técnicas dos conhecimentos adquiridos nos cursos de medicina e aceitos pelos órgãos competentes, estando quem o executa, supervisiona ou solicita, profissional e legalmente habilitado. Esse é o ato médico *stricto sensu*⁸. Em certas ocasiões, a colaboração de pessoal auxiliar é importante mas, se o auxiliar subalterno exerce um ato sob ordens ou instruções na qual a presença do médico é indispensável, aplica-se aqui o princípio da negligência do superior responsável. Quando este auxiliar efetua uma tarefa em que a assistência do médico é indispensável, e disso vem a resultar dano à vida ou à saúde do paciente, responde penal e civilmente este auxiliar ou o próprio profissional de saúde por indenização⁸. Em sendo o atendimento pré-hospitalar serviço médico, como sugestão final, fica a idéia de criação de especialidade em APH com residência reconhecida pelo MEC.

Feitas estas notas, vale lembrar que o Conselho Federal de Medicina debateu durante o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, o assunto “Atendimento pré-hospitalar na área de urgência/emergência”; desse debate foi feito o parecer que, alias, já é uma resolução do CFM nº 1.529 de 28/08/98 como já foi citado neste artigo. Na resolução são citadas as condições para o funcionamento do atendimento pré-hospitalar.

Referências Bibliográficas:

1- Jornal do CRM - “A regulação e o papel do médico no atendimento pré-hospitalar” ano 13 nº 97 - set/98.

2 - Portaria CVS-9 de 16.03.94 . Dispõe sobre as condições ideais de transporte e atendimento de doentes em ambulâncias.

3 - Jornal do Cremesp “Os desafios para atendimento de urgência com rapidez e qualidade em uma megacetrópolis” - págs. 10-11 - ano 18-nº 135- 1998.

4 - PHTLS - Pre-hospital trauma life support - basic and advanced - 1994.

5 - ATLS - Advanced trauma life support — 1993.

6 - Revista Realidade Hospitalar - “ACES: Sigla ganha relevância” - ano 3 - nº 8 - abril/98.

7 - Junior, Alberto Frisoli et al. Trauma Torácico.In:_. Emergências: Manual de Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Editora Sarvier, 1995. Pág. 504- 508.

8 - Franca, Genival Veloso. Responsabilidade Médica / Liberalismo Médico. In: . Direito Médico. 6. Ed. São Paulo: Editora BKY, out. 1994. Pág. 245 e 80.