

EMERGÊNCIAS
CREMERJ 2009

**CREMERJ****CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GESTÃO 2008/2013****Diretoria****Out. 2008 a Mar. 2011**

Presidente – Luís Fernando Soares Moraes, **Primeiro Vice-Presidente** – Francisco Manes Albanesi Filho, **Segunda Vice-Presidente** – Vera Lucia Mota da Fonseca, **Secretário-Geral** – Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretor Primeiro Secretário** – Sidnei Ferreira, **Diretor Segundo Secretário** – Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, **Diretora Tesoureira** – Marília de Abreu Silva, **Diretor Primeiro Tesoureiro** – Armindo Fernando Mendes Correia da Costa, **Diretor de Sede e Representações** – Alkamir Issa, **Corregedor** – Sergio Albieri, **Vice-Corregedor** – Aloísio Carlos Tortelly Costa.

CORPO DE CONSELHEIROS

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Tibiriçá Miranda, Aloísio Carlos Tortelly Costa, Armindo Fernando Mendes Correia da Costa, Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Carlindo de Souza Machado e Silva Filho, Carlos Américo Paiva Gonçalves, Celso Corrêa de Barros, Edgard Alves Costa, Erika Monteiro Reis, Felipe Carvalho Victor, Fernando Sergio de Melo Portinho, Francisco Manes Albanesi Filho, Gilberto dos Passos, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jacob Samuel Kierszenbaum, Jorge Wanderley Gabrich, José Marcos Barroso Pillar, José Maria de Azevedo, José Ramon Varela Blanco, Júlio César Meyer, Kássie Regina Neves Cargnin, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Matilde Antunes da Costa e Silva, Nelson Nahon, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldes, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo José de Oliveira e Silva, Rossi Murilo da Silva, Serafim Ferreira Borges, Sergio Albieri, Sérgio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vera Lucia Mota da Fonseca.

RECOMENDAÇÃO CREMERJ EM RELAÇÃO ÀS EMERGÊNCIAS DO RIO DE JANEIRO / 2009 p.05**PESQUISA SOBRE O PERFIL DOS MÉDICOS E DAS EMERGÊNCIAS PÚBLICAS / 2008.... p.09**

Recomendação CREMERJ em relação às Emergências do Rio de Janeiro

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CONSIDERANDO a superlotação, a falta de um sistema adequado de porta de entrada, referenciamento, regulação e porta de saída para as emergências; a necessidade de adequação física, material e de recursos humanos; a necessidade de adequação do sistema de transporte de pacientes, o resultado das discussões em seu Grupo de Trabalho sobre Emergência (GTE) e a exposição de motivos anexa;

1. O indispensável entrosamento entre os níveis institucionais, hoje responsáveis por 3 (três) redes paralelas de emergências no estado do Rio de Janeiro e a efetivação das Coordenações Municipais, Regionais e dos Comitês Gestores de Urgência/Emergência;
2. A racionalização da porta de entrada das emergências com programas específicos. Dimensionamento das UPA's, otimização da rede básica, ampliação do PSF com plena disponibilização de medicamentos de uso contínuo.
3. A facilitação da porta de saída das emergências pré-hospitalares fixas e hospitalares, com garantia de referenciamento para a atenção primária resolutiva e para a atenção especializada. Garantia de leitos de retaguarda, leitos de longa permanência e programas de internação domiciliar;
4. A efetiva implantação dos complexos reguladores com as centrais de marcação de consultas e exames, centrais de regulação de leitos, priorizando a central de urgência/emergência integrando e hierarquizando efetivamente a rede;
5. A adequação dos sistemas de transporte e atendimento de acordo com a Resolução CFM n. 1.671/03, n. 1.672/03 e Portaria n. 2048/02 do Ministério da Saúde;
6. A manutenção do atendimento pré-hospitalar móvel de trauma, em via pública, prioritariamente pelo Grupo de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros. Estruturação das equipes médicas para o atendimento realizado pelo GSE/SAMU;
7. A devida re-estruturação dos recursos materiais e recursos humanos com base na Resolução CREMERJ n. 100/96, Portaria n. 2048/02 do MS em relação à demanda das Unidades. A re-estruturação e valorização das equipes, realização de Concurso Público e elaboração de Plano de Cargos e Salários;
8. O treinamento permanente em emergência dos profissionais ali lotados, com efetivação de rotinas e fluxo de atendimento. Incentivo a inserção curricular de emergência nas escolas médicas, apontando para a formação do médico emergencista;

Cons. Aloísio Tibiriçá Miranda
Coordenador GTE/CREMERJ

Cons. Luís Fernando Soares Moraes
Presidente do CREMERJ

Rio de Janeiro, março de 2009

A Cidade do Rio de Janeiro viu surgir ao longo do tempo a formação de três Complexos Hospitalares de Emergência. O primeiro, herança do antigo INAMPS, é formado pelos hospitais federais. O segundo é formado pelos hospitais estaduais que cobrem desde o bairro da Penha, na Leopoldina, até Santa Cruz, na Zona Oeste. O terceiro são os hospitais municipais que formam a maior parte das unidades de emergência, sendo que o município, como gestor pleno do SUS, seria o responsável pelas ações de coordenação e de funcionamento como rede operacional, de todo o Sistema na cidade, sendo a Secretaria Estadual de Saúde responsável pela coordenação e integração regional com as demais regiões metropolitanas.

Em 1995, foi criado pelo CREMERJ um Grupo de Trabalho para as Emergências. Este grupo, formado pelos Chefes de Emergências dos Hospitais Públicos, recebeu como missão diagnosticar a situação, determinar o nível de complexidade, perfil e hierarquização das Emergências, estabelecendo, assim, os recursos físicos, materiais e humanos pertinentes, sendo consolidados no Documento: “Normatização dos Serviços e Reorganização do Subsistema de Emergência do Estado do Rio de Janeiro” e regulamentado pela Resolução CREMERJ n. 100/96.

Como consequência desta Resolução foi criada, à época pioneiramente, pelo Ministério da Saúde, a Coordenação das Emergências dos então Hospitais Federais do Rio de Janeiro, que recebeu como incumbência a realização de diagnóstico para o aporte de recursos àquelas Unidades, em consonância com a referida Resolução.

Com o avanço dos estudos e pesquisas do Grupo de Trabalho sobre Emergência do CREMERJ (GTE), algumas situações referentes ao perfil do médico e das emergências ficaram evidenciadas, como: as condições de trabalho, salários, carência de recursos humanos, superlotação, o atendimento de pacientes não emergenciais, a falta de treinamento adequado dos componentes de uma Equipe de Emergência, a falta de referenciamento (regulação), porta de saída e, conseqüentemente, as angústias no relacionamento dos médicos com os pacientes, com os colegas de plantão, com o staff do Hospital, no recebimento dos pacientes ou na transferência dos mesmos. Estas questões hoje fazem parte de qualquer debate sobre o tema.

O CREMERJ ao longo desse tempo realizou três pesquisas sobre a situação do médico e das emergências. Essas pesquisas foram apresentadas nos Congressos de Emergência promovidos pelo CREMERJ, através do seu Grupo de Trabalho sobre Emergência – GTE, com ampla repercussão.

Nossos congressos têm sido até o momento um dos poucos e pioneiros espaços de debate técnico-científico e sobre emergências no Rio de Janeiro e contam com grande participação de médicos e acadêmicos dos nossos hospitais, de todo o Estado.

A atual Recomendação CREMERJ em relação às Emergências do Rio de Janeiro foi discutida e atualizada pelo Grupo de Trabalho sobre Emergência, a partir da pesquisa apresentada no VIII Congresso de Hospitais de Emergência do CREMERJ em 2008.

Esta pesquisa enfatizou as necessidades atuais das Emergências bem como ações executadas a partir da Recomendação CREMERJ.

No item 1 foi reforçada a necessidade de articulação entre os setores municipais, estadual e federal. A falta de entrosamento entre os níveis institucionais é uma das principais causas da falta de eficiência e da estruturação do que possa vir a ser uma rede ou sistema de urgência/emergência no Estado. As Regiões Metropolitanas I (Baixada Fluminense) e II (Niterói e Litorânea) apresentam uma parcela expressiva da população, com “redes” de saúde próprias e com necessidades de integração estabelecidas também com a Capital. Sendo assim, o entrosamento institucional entre todos os atores é necessário e urgente para otimizar todo o cuidado e atenção à saúde da população.

É necessária a criação e efetivação de Coordenações de urgência/emergência municipais, trabalhando regionalmente, de forma coordenada, através da coordenação estadual e dos comitês gestores regionais formados pelos atores que trabalham direta ou indiretamente na questão das emergências nos municípios e regiões, como previsto nas Portarias do Ministério da Saúde.

Neste aspecto, para a efetivação das medidas, é urgente a implantação e estruturação de uma Coordenação de Emergência no Rio de Janeiro. A falta dessa Coordenação na cidade, que possui o maior número de Unidades Públicas, é inexplicável. Os problemas a serem enfrentados são muitos, mas deve haver um começo e as responsabilidades devem ficar claramente estabelecidas.

Os itens 2 e 3 englobam as portas de entrada e saída das Emergências Hospitalares e pré-hospitalares. Sabidamente a demanda de pacientes na entrada dos hospitais suplanta a capacidade de saída (referência), gerando além da superlotação e longo tempo de permanência, problemas de toda ordem nestas unidades. Como tentativa de melhorar a grande demanda nas emergências, foram criadas as UPA's, cujo processo de implantação é recente e está em avaliação. Evidencia-se também a necessidade de se garantir o referenciamento às unidades de atenção primária bem como às unidades especializadas nos casos de maior complexidade. Este fato é sustentado pela pesquisa CREMERJ, onde 91% dos entrevistados afirmam não haver referenciamento à atenção primária. Hoje constatamos ser o atendimento clínico, e neste a agudização de doenças crônicas, estatisticamente responsáveis pela maior demanda às Emergências. Ressalta-se, assim, a importância da Rede Básica (postos de saúde e PSF) e a dispensação de medicação de uso contínuo. Há também a necessidade da efetivação de leitos de retaguarda, de longa permanência, para suporte as emergências e a criação de programas de “internação domiciliar” para pacientes com este perfil. Estas conclusões são subsidiadas pela pesquisa com as seguintes informações. Em 2001 37% dos pacientes estabilizados na emergência eram transferidos para casas de apoio, em 2008 somente 17%. Permaneciam nas emergências em 2001 20% dos pacientes já em 2008 permaneciam 44% dos pacientes.

O item 4 refere-se a todo o alicerce de formação e efetivação das “Redes de Saúde”, pois este diz respeito a regulação. A Regulação deve ser efetivada através dos complexos reguladores. Não é por falta de regulamentação através de Portarias do Ministério da Saúde que não são implantados os complexos reguladores das emergências. As Portarias 2048/2002, 1864/2003, 2970/2008 e 1559/2008 tratam da implantação dos Complexos Reguladores com a União, os Estados e Municípios cada um com a sua parcela de responsabilidade para a elaboração e implantação dos Complexos Reguladores em cada nível. A pesquisa CREMERJ revela

que 91% dos entrevistados afirmam que não existe regulação. Há de se ressaltar a otimização da Central de Regulação de Urgência e Emergência (GSE/SAMU), com intuito de melhorar o fluxo de pacientes entre as Unidades de Saúde. Este dado pode ser visto na pesquisa CREMERJ onde em 2008 25% são transferidos das unidades e 13% chegam as mesmas, quando regulados de alguma forma pelo GSE/SAMU. Na pesquisa anterior o dado Central de Regulação nem era mencionado. Constatamos a angústia dos médicos que necessitam referenciar pacientes para outras Unidades de maior complexidade e enfrentam toda forma de dificuldade. Não raro os pacientes saem de ambulância, sem destino definido, em busca de atendimento adequado, gerando conflitos entre as Unidades e possíveis agravos aos pacientes.

A partir da Recomendação CREMERJ define-se claramente como uma responsabilidade institucional a referência nas emergências.

O item 5 sobre transportes é baseado na Portaria MS 2048/02 e a Resolução CFM n. 1671/03 e n. 1672/03 descrevendo as diretrizes para a normatização da questão. Esta normatização visa que todo e qualquer tipo de transporte de pacientes, deva conter equipes e equipamentos pertinentes para cada tipo de caso, bem como veículos equipados para estes fins. Que toda e qualquer transferência de pacientes devam ser reguladas pelas Centrais pertinentes a cada caso específico, então, todos os atores públicos ou privados, que realizam transporte de pacientes deveriam se reportar a cada Central de sua Região.

De acordo com o item 6, é de consenso geral que a manutenção do atendimento pré-hospitalar móvel deva continuar ser realizado pelo GSE/SAMU. É necessária também a lotação de equipes médicas completas para o atendimento domiciliar. Na pesquisa CREMERJ os chefes de equipe de emergência entrevistados responderam que a relação era boa em 62% e 59% com o GSE e SAMU respectivamente.

O item 7 referente aos recursos humanos é atual, visto este ser o “nó crítico” das Unidades de saúde independentemente de serem Federal, Estadual ou Municipal. Este dado é corroborado pela pesquisa, onde a deficiência de profissionais chega a 70% nas equipes e os baixos salários são apontados como uma das principais causas, além das condições de trabalho. É necessário e urgente estabelecer um plano de cargos e salários no sentido de formar equipes médicas estáveis nos plantões. Hoje as equipes estão desestruturadas, o que causa grande dificuldade administrativa e na educação médica continuada. É evidente, também, o prejuízo à assistência da população.

De acordo com o item 8, a educação continuada dos profissionais das Emergências também é necessária. Com a utilização de rotinas, fluxos e protocolos estruturados e reconhecidos pelas Sociedades de Especialidades, sendo estas ferramentas importantes de auxílio aos profissionais. Verificou-se que existem protocolos de assistência nas Emergências, porém são utilizados em 46% das unidades.

As medidas elencadas muitas já previstas em normativas institucionais, são factíveis e necessárias, devendo ser implementadas para que tanto os profissionais como a população usuária possam ter um nível adequado de trabalho e assistência.

PESQUISA SOBRE O PERFIL DOS MÉDICOS E DAS EMERGÊNCIAS PÚBLICAS

**Realizada pelo GTE/CREMERJ em 2008,
com 129 chefes de equipe dos plantões e
apresentada no Congresso de Emergência de 2008.**

PESQUISA COMPROVA PROBLEMAS DAS EMERGÊNCIAS

Os números agora comprovam o que o CREMERJ tem constatado nas visitas constantes realizadas nos hospitais da rede pública: 98% das emergências estão com superlotação de pacientes. Em 77% das equipes de emergência faltam médicos, principalmente clínicos, pediatras, ortopedistas e neurocirurgiões.

Tal situação é agravada pelos baixos salários e tem afastado os médicos do serviço público, além de ocasionar um precário atendimento à população, o que ficou bastante claro, durante a recente epidemia de dengue no Rio de Janeiro.

O CREMERJ vem denunciando essa crise da rede pública às autoridades, em diversas reuniões e pela imprensa. Mas as autoridades continuam omissas...

A pesquisa realizada pelo Grupo de Trabalho sobre Emergência do Conselho, com 129 chefes de equipes do setor de 18 hospitais, e divulgada no seu recente Congresso de Emergência (2008), mostram também que o déficit de médicos tem como razões: salários baixos (apontada por 34% dos entrevistados), sobrecarga de trabalho (24%), falta de condições materiais (20%) e superlotação das emergências (22%).

Os chefes de equipe afirmaram que a forma de solicitação de transferência de pacientes graves tem sido muito difícil. Dentre os entrevistados, 60% tentam com outras unidades por telefone, 25%, pela central de regulação e 15%, via rádio. A forma de chegada dos pacientes graves transferidos de outras unidades é, em 41% dos casos, por contato prévio por telefone; 34% sem contato prévio; 24% por via rádio; e 12% pela central de regulação.

O CREMERJ vem denunciando que a central de regulação está longe de ser eficiente, sendo necessário que seja organizado o mais rápido possível. Caso contrário, pacientes e médicos vão continuar sofrendo com o caos.

Outro dado preocupante da pesquisa: 40% dos pacientes crônicos permanecem mais de 15 dias nas emergências, quando o limite recomendado seria de, no máximo, 12 horas.

O CREMERJ tem denunciado que a rede pública não tem porta de saída nem leitos de retaguarda suficientes para os pacientes. Mas as autoridades continuam omissas...

Mas nós não nos omitimos e continuaremos a lutar pela melhoria das condições de trabalho e de salário para os médicos e por um melhor atendimento à população.

Gênero e Idade

- Masculino – 65%;
- Feminino – 35%;
- Idade entre 46 à 55 anos- 36%;
- Tempo de formado acima de 20 anos – 52%;
- Residência médica – 75%;
- Título de especialista – 50%

Formação Profissional

- Tempo de emergência entre 11 e 20 anos – 36%;
- Tempo como chefe de equipe entre 1 e 5 anos – 65%;
- Vínculo funcional concurso público - 58%;
- Trabalho além da emergência (privado) – 37%

Formação Acadêmica

- Mestrado – 13%;
- Doutorado – 2%;
- Atividade docente em Medicina – 13%

Participação em Congressos

- Na cidade- 80%;
- No estado – 48%;
- Outro país – 11%

Publicações Científicas

- Publicação de artigo científico – 52%;
- Acesso à revista científica – 82%;
- Informação científica na Internet – 93%

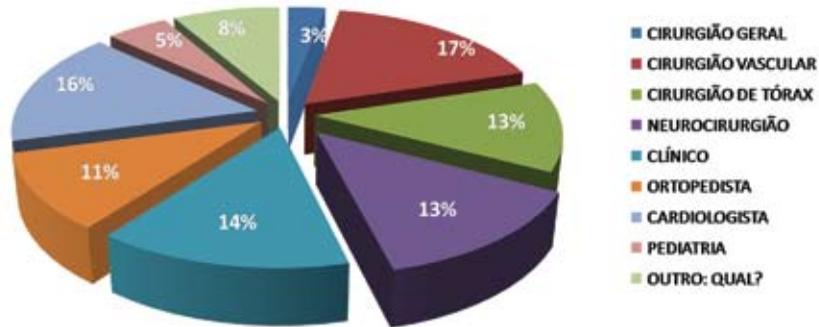
Atualização Profissional

- Atualização na área de atuação – 83%;
- ATLS – 35%;
- Maior dificuldade interpretação de ECG – 24%;
- Especialidade de Emergencista importante – 98%

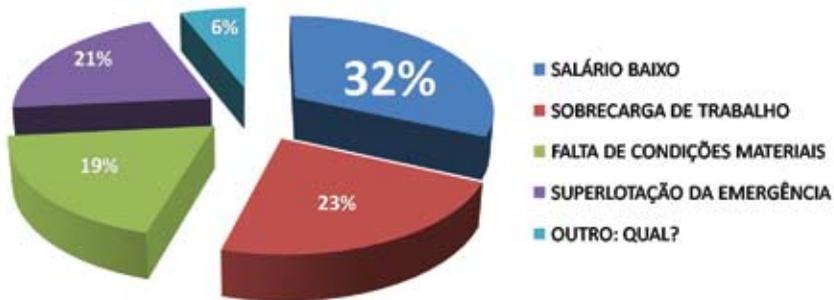
Situação da Emergência

- Existência de protocolos – 52%;
- Utilização dos protocolos – 46%;
- Critério para lotação na emergência necessidade do serviço – 56%;

EQUIPE COMPLETA – 23%



DÉFICIT DE PESSOAL



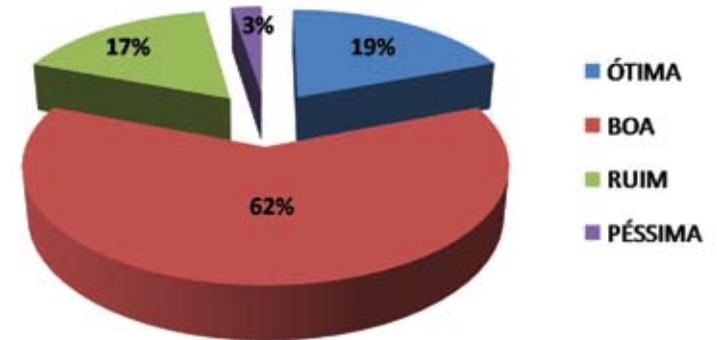
SOBRECARGA DE ATENDIMENTO E/OU SUPERLOTAÇÃO



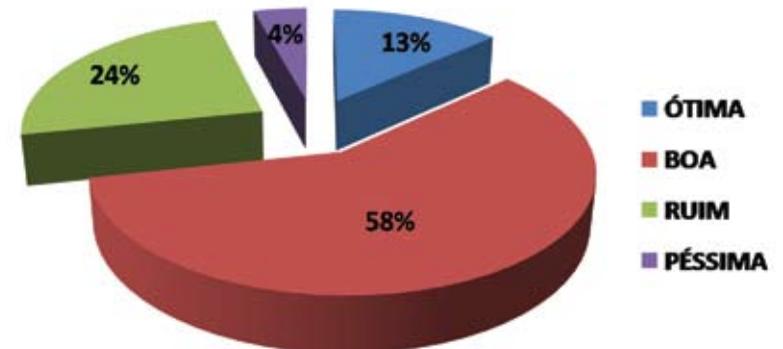
Regulação

- Não – 91%;
- Transferência de pacientes graves por contato telefônico – 60%;
- Chegada de pacientes graves contato prévio via telefone – 41%

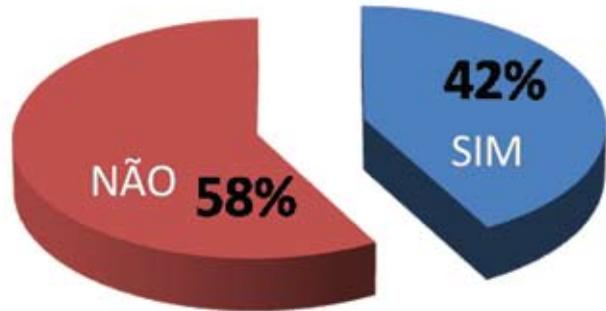
RELAÇÃO COM GSE



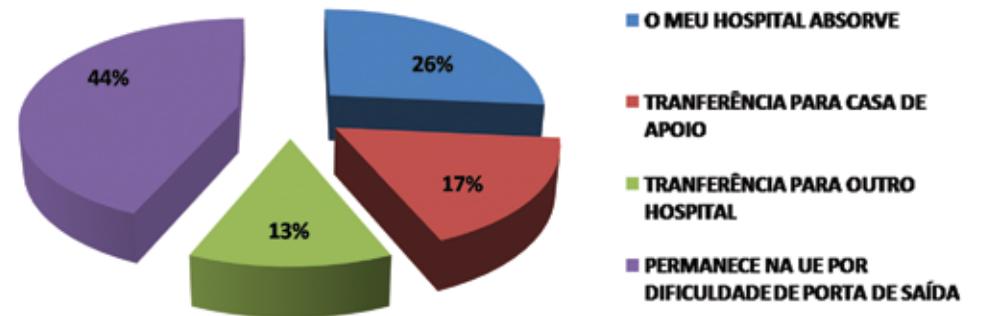
RELAÇÃO COM O SAMU



COORDENAÇÃO DA REDE DE EMERGÊNCIA EM RELAÇÃO À REGULAÇÃO ENTRE AS UNIDADES



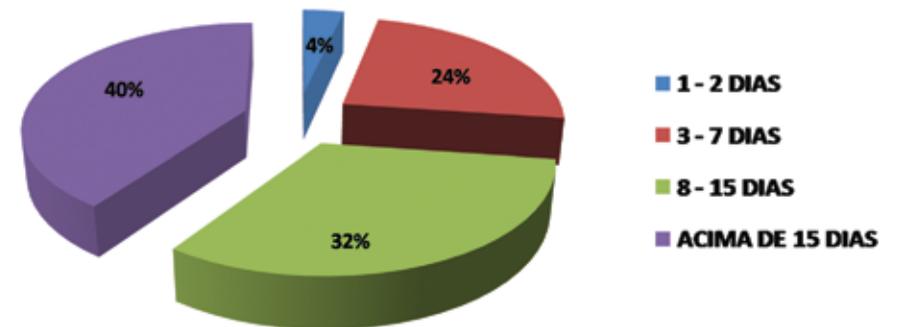
DESTINO DO PACIENTE APÓS A FASE EMERGENCIAL NO PS



REDE BÁSICA DIFERENCIADA



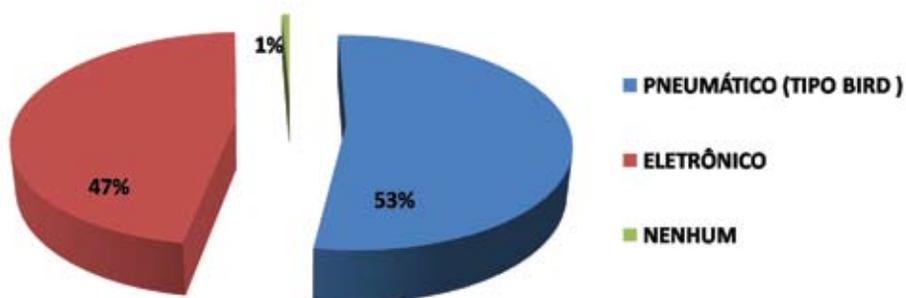
TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS PACIENTES CRÔNICOS NA EMERGÊNCIA



EXAMES COMPLEMENTARES

- Ultrassonografia – 42% ;
- Tomografia computadorizada – 50%;
- Insuficiência de monitores de sinais vitais – 85%;
- Insuficiência de cardioversor/desfibrilador – 58%

EMERGÊNCIA EQUIPADA COM VENTILADOR PNEUMÁTICO (TIPO BIRD) OU ELETRÔNICO?



QUANTIDADE DE VENTILADORES

