

# O que vem após o acesso a Medicina de Emergência? Cenário atual e perspectivas no Brasil

Fernando Henrique de Paula Uzuelli

Pesquisador Associado do Laboratório de Valor em Saúde da Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**To cite this article:** Uzuelli FHP. O que após o acesso a Medicina de Emergência? Cenário atual e perspectivas no Brasil. Brazilian Journal of Emergency Medicine 2021; 1: 19-23.

## RESUMO

O avanço do acesso a Medicina de Emergência no Brasil acompanhou a mesma expansão que outros lugares do globo nesses dois últimos anos. A maturidade de processos e necessidade de monitoramento de desfechos são ações que dentro do cenário atual possuem desafios de governança e estruturação que envolvem desde ambiência até uma cultura de gestão para entrega baseada em valor de saúde, passando por questões regulatórias e formação profissionais. As perspectivas que se desenham no horizonte são construídas a partir de iniciativas pontuais, mas com entregas consistentes na ampliação do legado de estrutura, da formação profissional e de transformação de serviços por implementação de processos maduros capazes de monitorar os desfechos em escala necessária a uma especialidade do tamanho que possui o mesmo tamanho do Brasil.

**Descritores:** Medicina de Emergência, Gestão em Saúde, Desfechos, Saúde Baseada em Valor.

## INTRODUÇÃO

Em setembro de 2021 faz 6 anos que a Medicina de Emergência foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil como especialidade médica<sup>1</sup>. Tal reconhecimento tornou-se um marco, quer seja por determinar a necessidade da estruturação dos processos na garantia do bom exercício da medicina, quer no desafio da formação de obra qualificada e no monitoramento de resultados, assim como deve ser feito por qualquer outra especialidade médica.

Tal reconhecimento faz com que essa área da medicina que antes era tratada de forma fragmentada e muitas vezes sem permitir a necessária coordenação do cuidado aos pacientes com condições de saúde agudas e críticas, uma protagonista na oferta de serviços de saúde mais responsiva, digna, autônoma, confidencial e com atenção

mais dedicadas dentro do que é considerado por mais de mil especialistas em cerca de 125 países como sendo os indicadores de qualidade de um sistema de saúde<sup>25</sup>.

A expansão dos centros de formação profissional passaram a partir de 2015, a ganhar projeção no território nacional, sendo hoje mais de 40 centros formadores ao passo que a disciplina passou a ser incorporada em boa parte das unidades de ensino médico no país<sup>2</sup>.

No entanto, a despeito dos avanços na formação profissional, as normativas sobre o bom exercício da medicina, que envolvem os processos de trabalho, no ponto de cuidado da especialidade receberam um tratamento de resoluções que apontavam para processos de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento e Serviços pré-hospitalares sem, no entanto, construir normativas robustas para os Serviços Hospitalares de

Correspondence to: Fernando Henrique de Paula Uzuelli  
E-mail: fernandouzuelli@hotmail.com

Emergência - SHE<sup>3,4</sup>, sendo necessário em alguns casos a regulamentação por normativas estaduais que ocorreram em casos isolados<sup>5,30</sup>.

Por outro lado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil, ANVISA, tem um papel fundamental enquanto autoridade legal na construção de normas mínimas para garantir o adequado funcionamento de estabelecimentos de saúde, no período dos últimos 6 anos não publicou nenhuma norma (Resoluções de Decisão Colegiada – RDC) que pudesse garantir as condições mínimas para o exercício de atividades de saúde nos SHE.

O cenário nacional hoje reflete assim um conjunto de esforços que tem sido feito na estruturação do capital humano bem como o do capital estrutural nas emergências brasileiras. O avanço do acesso provocado pela pandemia de COVID-19, contudo precisa ser acompanhado pelo progresso tanto da maturidade de processos quanto do monitoramento de desfechos de maneira que se caracterize a intencionalidade dessas intervenções para melhoria da especialidade. Com esse objetivo o presente artigo traz uma lupa sobre esses três pilares fundamentais na construção de valor em saúde, acesso, processo e desfecho.

## Acesso

Nos últimos 2 anos passamos pela maior emergência em saúde pública dos últimos 100 anos, que trouxe um impacto econômico no primeiro ano da ordem de 16 trilhões de dólares<sup>6</sup>, e que provocou uma ampliação sem precedentes de acesso aos serviços de saúde em todo o mundo, mas que não foi acompanhado em mesma intensidade pela implantação e monitoramento dos processos e desfechos dos serviços em saúde prestados nesses serviços.

A expansão de leitos de UTI tão necessários a retaguarda dos pacientes com COVID-19, tinham como porta de entrada Unidades de Emergência que precisaram ter sua capacidade de atendimento ampliada. Foram criados cerca de 25mil e oitocentos leitos de terapia intensiva no período da emergência respiratória no Brasil<sup>7</sup>.

Diante desse cenário, não há dúvida sobre a perspectiva de legado que persistirá de capacidade instalada nas diversas unidades da federação após esse grande evento, as dúvidas e o desafios, no entanto persistem sobre a qualificação desse acesso.

Outra ferramenta que ampliou de maneira singular o acesso aos serviços de emergência no Brasil durante os dois últimos anos foi a telemedicina. Recurso reconhecido internacionalmente como excelente ferramenta para ampliar alcance em emergências em saúde pública e desastres naturais<sup>20</sup>.

Todavia, os caminhos normativos possuem peculiaridades no Brasil. A resolução que normatizava o exercício da medicina com tais recursos era de 2002<sup>21</sup>. Dezessete anos depois foi publicada uma nova normativa com um esforço multilateral entre o Conselho Federal de Medicina e demais órgãos para atualizar os critérios necessários a esse salto tecnológico, de forma a garantir o bom exercício da medicina. No entanto após intensa mobilização de órgãos de classe a mesma resolução foi revogada deixando o país no atraso sem nenhuma nova medida até a pandemia de COVID-19. Com a necessidade do distanciamento social imposta pela condição de emergência em saúde pública a única forma de garantir o acesso aos serviços médicos de maneira maciça e ao mesmo tempo segura mantendo o isolamento respiratório foi a liberação de recursos para a realização de tele consulta de maneira emergencial<sup>22</sup>.

A despeito de toda essa expansão de acesso aos serviços de emergência no Brasil, o cenário atual ainda é marcado por um déficit ao acesso especializado, ou seja o que é feito por profissionais treinados. No cenário atual tempos apenas 52 profissionais identificados oficialmente como especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina com o Registro de Qualificação de Especialistas – RQE<sup>8</sup>.

Na grande maioria dos serviços, hoje, não é exigido o RQE em Medicina de Emergência, que assim, em 2021 são conduzidos na sua maioria por profissionais com uma formação que depende muito mais da dedicação individual do que se pode aferir em um critério de qualificação.

Contudo a procura bem como, a oferta de vagas nos programas de residência médica em medicina de emergência tem apresentado um crescimento superior a 110% na última década<sup>8</sup>, o que a construção de uma perspectiva diferente para o futuro.

Processos Nos últimos 5 anos no Brasil se construiu um esforço importante na qualificação dos processos de gestão de fluxo das emergências com a liderança de programas apoiados pelo Ministério da Saúde e a Associação Beneficentes de Senhoras Sírio-libanês<sup>11</sup>. Iniciativas que trouxeram mudanças incrementais importantes em diversas instituições brasileiras, usando métodos com a teoria lean e métodos como six sigma, garantiram através da gestão de fluxos SHE mais disponíveis e reduzindo substancialmente a superlotação, um dos fatores de maior mortalidade nas emergências<sup>31</sup>.

Tão importante quanto a gestão de fluxos, é gestão da clínica que passa entre outros desafios pela gestão de protocolos clínicos como os de sepse, dor torácica e AVC, por exemplo.

Os diversos SHE no Brasil, tanto públicos quanto privados fazem avançar esse cenário de melhoria de processos

assistenciais no Brasil, em graus diferentes de governança e intensidade.

Consideramos aqui que a implementação efetiva de protocolos clínicos passa por etapas conforme a maturidade institucional. Temos SHE em estágios que vão desde a sua publicação, onde um grupo de profissionais produz um material teórico e fluxos baseados em literatura e boas práticas, passando pela implementação onde se controla o registro regular de informações colhidas dos casos definidos como sentinela para os agravos do protocolo, até o ponto de entrega de fato, em que o protocolo é gerenciado, ou seja além do material teórico, há coleta regular de informações e essas informações passam por um processo de análise regular e orientam as tomadas de decisão da instituição com foco na melhoria.

Os estímulos no setor de saúde em especial nas unidades de emergência é que determinaram as perspectivas no avanço dessa cultura de processos. Hoje ainda predominam os modelos de pagamento com foco quantitativo e não qualitativos que prioritariamente estão atrelados a modelos de saúde baseado em valor. Ao passo que o desafio de financiamento no primeiro modelo torna-se cada dia menos sustentável, os incentivos para o segundo cenário ainda não são robustos o suficiente para uma mudança de paradigma nas emergências brasileiras.

Quanto as perspectivas para uma gestão por processos nos SHE a certeza que existe hoje é da urgência de novos modelos e da incapacidade do modelo atual construir uma saída sustentável dentro do paradigma atual, assim sendo as mudanças não são mais uma questão de “se” mas de quando.

## Desfechos

Após o acesso, a estruturação de processos é o grande passo para a entrega de cuidado nas Unidades de assistenciais de Emergência com qualidade e eficiência. Para que isso seja feito, contudo é essencial monitorar o produto dessas entregas, ou seja o desfecho o que de fato demonstra que o conjunto de ações fruto da intencionalidade e realizadas de maneira coordenada mudaram o curso da saúde da população.

Nosso maior desafio enquanto sociedade global para o controle de eventos de emergência até 2019 era o Influenza, e ainda sim tínhamos uma imensa assimetria de informações entre os países e divergência no tratamento com a terapia antiviral disponível<sup>13</sup>. Esse cenário mudou muito desde então, trazendo várias camadas de custo que precisam como nunca de um monitoramento, caso contrário podem comprometer a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O monitoramento dos desfechos permite a análise dos custos<sup>27</sup> e com isso a avaliação das seis dimensões da qualidade em saúde, segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade<sup>32</sup>.

Para tanto é fundamental a presença de dados de qualidade para que o monitoramento corresponda as correlações mínimas que precisam ser feitas, a informação oportuna e de fontes seguras são fundamentais para garantir as análises de desfecho.

O cenário presente está marcado pela avalanche de informação das mídias sociais. A urgência por evidências durante os dois últimos anos atropelou o método científico em uma corrida por respostas que por muitas vezes trouxeram mais incertezas do que verdades. O fato novo aqui é que nunca na história se produziu tanto dado em saúde sobre um único tema em tão curto espaço de tempo na história<sup>14</sup>.

Porém, no Brasil a quantidade de publicações que documentam desfechos através do gerenciamento ainda é muito pequena para uma área que tem metas bem definidas em linhas de cuidado muito prevalentes como parada cardiorrespiratória, sepse, dor torácica e acidente vascular encefálico<sup>17</sup>.

O cenário nacional carece de uma organização em rede de atenção à saúde que permita o acompanhamento de escores como o de performance cerebral ou de performance global pós parada cardíaca, por exemplo.

O escore por categoria de performance cerebral é conhecido como principal desfecho no atendimento a parada cardiorrespiratória desde a década de 70<sup>18</sup>, e [e acompanhado em países nos quais a Medicina de Emergência é praticada em alto nível<sup>19</sup>.

Infelizmente com o atual ambiente de governança entre os entes federados falta governança para esse avanço simples de monitoramento de um desfecho tão importante e já conhecido. A cooperação e financiamento que envolve os diferentes atores em diferentes níveis na gestão da saúde brasileira, capaz de ser implementar o ciclo de melhoria, é um horizonte distante quando tratamentos de cobertura universal.

## Conclusão

O atendimento em medicina de emergência na imensa maioria das vezes exige uma atuação em rede e sincronizada entre diversos atores, que começam na atenção primária e vão até os serviços de reabilitação, passando por serviços pré hospitalares, salas de emergência, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico e leitos de retaguarda. Assim não

é suficiente discutir essa área da medicina e suas linhas de cuidado simplesmente sob a óptica do acesso.

A corrida tecnológica vai incorporando tecnologia e custo aos processos de trabalho, com ampliação na capacidade de resultados como a aplicação de ECMO no pré-hospitalar<sup>24</sup>, o que traz urgência a discussão sobre o monitoramento dos processos e desfechos para garantir que o incremento de custo seja acompanhado diretamente de um incremento de melhores entregas, caso contrário o orçamento será distorcido e na ausência de pertinência pode fazer desses avanços uma redução ainda maior no acesso de qualidade.

Os processos necessários para sustentar essa linha assistencial precisam contar com profissionais com formação adequada e um ambiente com um mínimo de segurança e estrutura.

A medicina do século 21 precisa de habilidades a serem desenvolvidas como trabalho em equipe, importância da gestão de dados, respeito ao conjunto de valores e a experiência como algo fundamental na entrega de valor no cuidado ao paciente na emergência. O desafio de cenário aqui se impõe inclusive na formação de uma força de trabalho transgeracional de médicos em que o consenso sobre a relevância desses valores precisa ser construído em um contexto de sociedade onde os limites não são mais estabelecidos por fronteiras geográficas<sup>12</sup>.

O médico emergência é um especialista multifocal em agravos agudos, quer sejam eles clínicos, cirúrgicos, e em qualquer faixa etária ou gênero<sup>9</sup>. Para que tal profissional ocupe o espaço que lhe é reservado com a segurança que é devida, duas ações são essenciais a defesa profissional feita por processos seletivos que priorizem as habilidades desse profissional com treinamento específico e bem como uma ambiência mínima.

Emergência não é uma área médica que pode ser exercida por qualquer profissional em quaisquer condições, essa percepção heroica e guarda um equívoco sem dimensões dentro dela e que contribui em última instância para piores desfechos<sup>10</sup>. São necessários processos de trabalho bem estabelecidos executados por profissionais dedicados e bem treinados.

A ambiência nos SHE, bem como nas demais unidades de emergência só cumprirá com suas obrigações mínimas quando tivermos um marco legal que o defina e cuja exigência seja garantida para o funcionamento do serviço, o que passa obrigatoriamente pela regulamentação da ANVISA através de uma RDC específica. Tal regulamentação traz não só garantia para os profissionais que atual na Medicina de Emergência como para o provedor que precisa regras para um segurança mínima ao investimento.

Temos hoje sofisticados modelos matemáticos que podem apoiar o planejamento, a análise e o ajuste<sup>15,16</sup> mas a execução precisa de um ambiente de governança onde a entrega do desfecho é o valor principal a ser remunerado e reconhecido como resultado do cuidado em saúde na emergência.

Melhorar o acesso, processos e desfechos das linhas de cuidado da urgência e emergência traz impacto a todo o sistema de saúde, uma vez que essas linhas assistenciais envolvem os mais diversos níveis de atenção à saúde. Construir esse conjunto de ações com foco no valor em saúde nos permite construir perspectivas muito melhores para a Medicina de Emergência no Brasil.

A entrega de valor nos cuidados ao paciente agudo precisa de intencionalidade na sua execução, para isso deve ser acompanhada pelo gerenciamento dos desfechos, envolvendo processos de melhoria contínua, ao mesmo tempo em que garante o acesso qualificado através do conhecido ciclo de melhoria do planejar, fazer, estudar e ajustar.

A visão sobre esse painel e o grau de maturidade das instituições devem ser tema frequente de estudos futuros para garantir que a Medicina de Emergência alcance a excelência em qualidades necessárias na construção da saúde brasileira.

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina do Brasil, Resolução nº 2.149/2016, Diário Oficial da União de 03 de agosto de 2016, Seção I, p. 99
2. ABRAMEDE. Breve Resumo da História da Especialidade de Medicina de Emergência no Brasil [online] 2021 Set [cited 2021 Set 8];1(1):[1 screen]. Available from: URL: <https://abramede.com.br/a-medicina-de-emergencia-no-brasil/>
3. Conselho Federal de Medicina do Brasil, Resolução nº 2.079/14, Diário Oficial da União de 16 de setembro de 2014
4. Conselho Federal de Medicina do Brasil, Resolução nº 1.671/03, Diário Oficial da União, de 29 julho 2003, Seção I, pg. 75-78
5. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal, PORTARIA Nº 386, DE 27 DE JULHO 2017, Diário Oficial do Distrito Federal de 03 de agosto de 2017, nº 148, seção 1, 2 e 3

6. David M. Cutler, PhD; Lawrence H. Summers, PhD, The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus; *JAMA*. 2020;324(15):1495-1496.
7. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde libera R\$ 1,2 bilhão para leitos de UTI Covid-19 em todo o país. [online] 2021 Set [cited 2021 Set 8];1(1):[1 screen]. Available from: URL: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-libera-r-1-2-bilhao-para-leitos-de-uti-covid-19-em-todo-o-pais>
8. SCHEFFER, M. et al., *Demografia Médica no Brasil* 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.
9. Fernando Henrique de Paula Uzuelli 1, Ana Carolina Dígues da Costa 1, Bruno Guedes 2, Consuelo Ferreira Sabiá 1, Sandro Rogério Rodrigues Batista 3, Remodeling hospital care - an account of experiences in the Federal District of Brazil; *Cien Saude Colet*. 2019 Jun 27;24(6):2147-2154
10. C James Holliman 1, Terrence M Mulligan, Robert E Suter, Peter Cameron, Lee Wallis, Philip D Anderson, Kathleen Clem. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review; *Int J Emerg Med* . 2011 Jul 22;4:44.
11. Ministério da Saúde, Projeto Lean nas Emergências: redução das superlotações hospitalares, [online] 2020 Nov [cited 2021 Set 8];1(1):[1 screen]. Available from: URL:<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/projeto-lean-nas-emergencias>
12. Preet K. Sahota, Yanjun Chen, Mayuri Patel, Tanawat Tarapan, Deena Bengiamin, Krongkarn Sutham, Intanon Imsuwan, Ar-aishah Dadeh, Tanyaporn Nakornchai, and Khuansiri Narajeenron; Physician professionalism: definition from a generation perspective; *Int J Med Educ*. 2018; 9: 246–252.
13. Dejan Radovanovic, Giovanni Sotgiu, Mateja Jankovic, Padukudru Anand Mahesh; An international perspective on hospitalized patients with viral community-acquired pneumonia; *Eur J Intern Med*. 2019 Feb;60:54-70.
14. . Artigo sobre quantidade de dados
15. Ellen Kuhl; Data-driven modeling of COVID-19—Lessons learned; *Extreme Mechanics Letters*; Volume 40, October 2020, 100921.
16. Jonathon Stewart, Peter Sprivulis, Girish Dwivedi; Artificial intelligence and machine learning in emergency medicine; *Emerg Med Australas*. 2018 Dec;30(6):870-874.
17. Vancini-Campanharo CR, Vancini RL, Lira CA, Lopes MC, Okuno MF, Batista RE, Atallah AN, Góis AF; One-year follow-up of neurological status of patients after cardiac arrest seen at the emergency room of a teaching hospital; *Einstein*. 2015;13(2):183-8
18. Jennett & Bond. 1975. Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet*. March 1. 480-483
19. Nicole Mckenzie , Stephen Ball , Paul Bailey , Lyndall Finn, Glenn Arendts , Antonio Celenza, Daniel Fatovich, Ian Jenkins, Ashes Mukherjee, Ben Smedley, Nicole Ghedina, Janet Bray, Kwok M Ho, Geoffrey Dobb, Judith Finn; Neurological outcome in adult out-of-hospital cardiac arrest - not all doom and gloom!; *Resuscitation*. 2021 Sep 1
20. V Garshnek 1, F M Burkle Jr; Applications of telemedicine and telecommunications to disaster medicine: historical and future perspectives; *J Am Med Inform Assoc*. Jan-Feb 1999;6(1):26-37
21. Conselho Federal de Medicina do Brasil, Resolução nº 1.643/02, Diário Oficial da União, de 26 agosto de 2002.
22. Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos, LEI Nº 13.989, DE 15 DE ABRIL DE 2020, Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), Diário Oficial da União de 16 de abril de 2020.
23. Alexis Valenzuela Espinoza, MSc, Stefanie Devos, PhD, [...], and Koen Putman, PhD; Time Gain Needed for In-Ambulance Telemedicine: Cost-Utility Model; *JMIR Mhealth Uhealth*. 2017 Nov; 5(11): e175
24. Jason A. Bartos, MD, PhD, Brian Grunau, MD, MHSc, [...], and Demetris Yannopoulos, MD; Improved Survival With Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation Despite Progressive Metabolic Derangement Associated With Prolonged Resuscitation; *Circulation*. 2020 Mar 17;141(11):877-886.
25. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000
26. William Bond, MD, MS, Joshua Hui, MD, MS, and Rosemarie Fernandez, MD; The 2017 Academic Emergency Medicine Consensus Conference: Catalyzing System Change through Healthcare Simulation: Systems, Competency, and Outcomes; *Acad Emerg Med* 2018 feb; 25(2): 109-115.
27. Habibollah Arefian 1, Steffen Heublein 2, André Scherag 3, Frank Martin Brunkhorst 4, Mustafa Z Younis 5, Onnen Moerer 6, Dagmar Fischer 7, Michael Hartmann 2; Hospital-related cost of sepsis: A systematic review; *J Infect*. 2017 Feb;74(2):107-117. doi: 10.1016/j.jinf.2016.11.006. Epub 2016 Nov 21.

28. Una Stenberg 1, Andre Vågan 2, Maria Flink 3, Vibeke Lynggaard 4, Kari Fredriksen 5, Karl Fredrik Westermann 6, Frode Gallefoss 7; Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature; Patient Educ Couns. 2018 Jun;101(6):1006-1035. doi: 10.1016/j.pec.2018.01.006. Epub 2018 Jan 12.

29. LESLIE FRIDAY; Earthquake Aftermath Emergency care, integrated health system keys to response in Haiti; Partners In Health August 25, 2021 Care Delivery

30. Conselho Federal de Medicina do Brasil, Resolução nº 2.077/14, Diário Oficial da União, de 16 setembro 2014.

31. Daniel M. Lindberg, MD, reviewing Berg LM et al, ED Crowding Is Associated with Increased Mortality, Even in Discharged Patients;. Ann Emerg Med 2019 Jun 19, July 1, 2019.

32. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.