

**PARECER CREMEB Nº 09/11**
(Aprovado em Sessão da 2º Câmara de 03/06/2011)**Expediente consulta nº. 181.526/10****Assunto:** Tempo de resposta em atendimento pré-hospitalar**Relator:** Cons. Augusto Manoel de Carvalho Farias

Em projetos que reúnam uma população de risco, deve ser disponibilizado um suporte de emergência pré-hospitalar no local. Na atuação do serviço pré-hospitalar externo, o médico regulador, caracteriza o porte do chamado e define o tempo necessário para a chegada da equipe. O tempo de resposta para deslocamento de um serviço móvel em situações definidas como urgência / emergência, deve ser de aproximadamente 10 (dez) minutos.

DA CONSULTA

A consultante solicita orientação em relação ao tempo de resposta para atendimento pré-hospitalar privado (“serviço móvel para suporte básico de vida”). Informa que está em projeto um programa de promoção à saúde e qualidade de vida. A população alvo do atendimento é referida como de aposentados (maiores de 50 anos). O referido programa inclui práticas físicas, culturais e lúdicas. Pretende-se desenvolver atividades em musculação, ginástica aeróbica, ginástica localizada, alongamento etc. A atividade será, segundo relatado, supervisionada por profissionais habilitados e especializados e precedida por avaliação médica.

Devido às características próprias do grupo em questão e as atividades programadas, ocorreu uma justificada preocupação quanto ao risco aumentado de intercorrências relacionadas à saúde, sendo proposta a contratação de um serviço de ambulância. Porém, na contratação surgiram dúvidas quanto ao tempo para atendimento, sendo definido pelas empresas como “estando sujeito à gravidade do motivo do chamado, bem como às intercorrências do trânsito”, dando origem à consulta.

DA FUNDAMENTAÇÃO

De forma a enriquecer a discussão foi solicitada consulta a Câmara Técnica de Medicina Intensiva (CTMI) a qual fundamentou este parecer.



Inicialmente cabe discorrer sobre a dificuldade de se estabelecer um tempo adequado de resposta, com escassas referências na literatura médica, embora seja consenso de que um tempo mais alargado em uma situação de urgência ou emergência piora o prognóstico.

Conforme citado no referido parecer “O critério que define a gravidade está fundamentado no conceito de urgência e emergência, que é caracterizado na resolução do CFM nº. 1451/1995: “Artigo 1º (...) Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso exigindo, portanto tratamento médico imediato.”

O atendimento imediato, portanto seria a nossa meta. Entretanto, a menos que se esteja ao lado da vítima ou paciente esta disposição não será atendida. Teremos então que considerar que tempo seria razoável diante das várias situações impostas pela vida real com o auxílio da literatura e de pareceres e resoluções emitidas pelo sistema conselhal.

Como bem chamou a atenção a CTMI, a situação proposta considera uma população de risco (aposentados, idade superior a 50 anos, presença potencial de co-morbidades), a ser submetida a treinamento físico, o que impõe uma situação de risco cardiovascular aumentado.

E considera acertadamente, citando a Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos Práticos e Responsabilidades da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006):

“Na capacitação dos recursos humanos, deve ser considerada a necessidade de conhecimentos básicos sobre fisiologia do exercício, que permitam a interpretação das modificações fisiológicas decorrentes do treinamento. É importante que os membros da equipe consigam, previamente ao início, e no curso das sessões de exercício, identificar sintomas e sinais de alerta, correspondentes a situações que impliquem risco para os pacientes, como, por exemplo, hiper e hipoglicemias, broncoespasmo, queda da saturação de oxigênio, episódios de isquemia miocárdica, arritmias cardíacas graves, hipertensão arterial descontrolada etc. Para todos os profissionais exige-se



formação que permita o adequado atendimento de emergências, o que inclui treinamento básico em reanimação cardiorrespiratória."

Desta forma, a primeira linha de atendimento terá que estar no próprio local de treinamento onde uma equipe treinada em assegurar adequada reanimação cardiorrespiratória cerebral deverá estar posicionada. Recomenda-se a disponibilização de um DEA - Desfibrilador Elétrico Automático, além de capacitação da equipe para usá-lo.

O padrão de atendimento pré-hospitalar tem suas normas e rotinas definidas em resoluções do Conselho Federal de Medicina, especialmente a resolução do CFM nº. 1671/2003. Nesta, a regulação médica é o elemento ordenador e orientador como se depreende do texto abaixo:

"A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento". Dessa forma, será por um critério da gravidade do quadro clínico a definição do tempo necessário para o atendimento.

E esclarece ainda o parecer da CTMI:

A definição de tempo de resposta não se encontra especificado na resolução do CFM nº. 1671/2003.

A distância influí no tempo de resposta.

A localização (urbana/suburbana) e o tempo de resposta interferem na mortalidade nos atendimentos pré-hospitalares, com mortalidade proporcionalmente mais elevada em relação a um maior tempo de resposta.

Os tempos colacionados na literatura variaram de 31 min. a 6,02 min. para área urbana e 43 min. a 8,56 min para zona rural ou suburbana.

Em trauma, a mortalidade triplica a cada 30 minutos de espera pelo atendimento.

Na parada cardiorrespiratória os danos podem ser irreversíveis e relacionados ao tempo para atendimento (manobras de reanimação). Enfatiza-se a



estimativa de que a cada minuto de parada cárdio-respiratória sem assistência, implique em cerca de 10% de dano cerebral potencialmente irreversível.

Por fim, a resolução CRM-PR nº. 54/1995 estabelece que os serviços de emergência se estruturem "...devendo procurar atingir o objetivo de chegar a qualquer ponto da área de abrangência em um prazo máximo de 10 (dez) minutos".

DA CONCLUSÃO

Considerando o que foi anteriormente disposto e as necessidades especiais da população-alvo do projeto em apreço, deve ser disponibilizado um suporte de emergência pré-hospitalar imediato.

Isto apenas será possível havendo nas instalações, onde se darão as atividades de propostas, "material humano e aparelhagem mínima necessária para o suporte básico de vida em caso de uma parada cárdio-respiratória-cerebral, evento mórbido de maior gravidade". Portanto, um serviço interno.

Quanto ao **serviço de apoio ao suporte básico (externo)**, a ser contratado, o julgamento do motivo da solicitação de atendimento feito pelo médico regulador, caracteriza o porte do chamado e define o tempo necessário para a chegada da equipe.

O tempo de resposta para deslocamento de um serviço móvel em situações definidas como urgência / emergência, conforme definição do CRM-PR nº. 54/1995 foi arrazoado em, no máximo, 10 (dez) minutos.

Para atender a esta demanda e diante das várias situações impostas pela vida real, deve considerada inicialmente a localização das bases de partida para o atendimento pré-hospitalar. Estas devem estar próximas o suficiente para atender a estas premissas.

Outros fatores como a facilidade das vias de acesso, condições do trânsito, disponibilidade de ambulâncias e pessoal para atendimento, facilidade para contactar a base pelo cliente e as ambulâncias pela base, podem modular o tempo de resposta e devem ser considerados pela empresa prestadora na adequação do seu tempo de atendimento.

Havendo equipe de saúde no local, apta para o atendimento imediato, como recomendado no caso em apreço, poderá ser negociado entre as equipes um tempo de resposta um pouco mais dilatado. A capacidade desta equipe local



em manter o atendimento, sem prejuízo para o paciente, deverá modular o limite de espera pelo auxílio externo. Neste caso, o tempo de resposta deverá ser claramente reconhecido e pactuado entre as partes.

Anexo parecer da CMTI, na íntegra, com as referências citadas.

Salvador, 27 de fevereiro de 2011.

Cons. Augusto Manoel de Carvalho Farias

Relator