



Emergências Médicas em Cuidados de Saúde Primários

Marta Marquês,* Marta Fragoeiro,* Marlene Sousa**

Quando pensamos no impacto do médico de família na qualidade de vida e na prevenção da morbilidade e mortalidade do seu paciente raramente pensamos nesta interacção em situações de emergência médica.

Este cenário é normalmente reservado para os cuidados de saúde hospitalares. No entanto, a abordagem de situações de emergência médica, embora pouco frequente, é parte integrante da realidade do médico de família e tem um impacto importante na redução da morbilidade e mortalidade.¹ Muitos pacientes, sobretudo em comunidades rurais, mas não só, continuam a procurar o seu médico de família em situações médicas potencialmente emergentes.

O Dossier apresentado neste número da RPCG pretende abordar este tema, quer do ponto de vista clínico, quer do ponto de vista formativo e de planificação, tentando fomentar a sua discussão alargada, revendo conceitos e fornecendo visões diferentes da realidade da emergência pré-hospitalar em Portugal.

Na realidade dos cuidados de saúde primários (CSP), é importante adequar os recursos disponíveis às situações de emergência mais prevalentes de cada unidade de saúde. No apoio à reflexão das equipas das unidades de saúde sobre este tema podem ser utilizados questionários de auto-avaliação a ser aplicados em cada unidade, de forma a fornecer um ponto de partida para a optimização dos recursos nesta área e a elaboração de um plano de actuação em emergência próprio.² Estes questionários permitem reflectir sobre: o contexto da unidade no sistema integrado de emergência médica da região em que se insere; se existe acesso à viatura de emergência médica (VMER); se existe resposta rápida através do 112; o tipo de emergências registadas previamente na unidade; quais e quantos elementos da equipa de saúde estão disponíveis para a situação de emergência. Torna-se necessário, ainda, averiguar qual o treino em emergência dos diferentes profes-

sionais da equipa criando-se papéis específicos para cada elemento num cenário de emergência.

Assim, na elaboração do plano de actuação em emergência de cada unidade, é importante conhecer os algoritmos pré-existentes de Suporte Básico de Vida (SBV)³ e de Suporte Avançado de Vida (SAV)⁴ mas também adaptá-los à realidade local, assunto abordado no artigo de Ângela Cerqueira sobre a aplicabilidade em CSP dos protocolos de SAV.⁵

Outro artigo deste Dossier debruça-se sobre a importância fundamental da equipa dispor do material necessário à abordagem destas situações, de preferência num local reservado para este efeito - a mala ou carro de emergência.⁶

Os médicos e enfermeiros dos CSP deverão ter formação e treino actualizados em SBV e, idealmente, também em SAV.⁷ É igualmente importante treinar os administrativos das unidades de saúde para o reconhecimento eficaz de situações potencialmente emergentes e a chamada correcta de ajuda.² Seria também desejável que estes profissionais tivessem treino em SBV. A formação de toda a equipa da unidade de saúde deve ser promovida de forma regular (de preferência através de cursos credenciados pelo Conselho Português de Ressuscitação ou, por exemplo, em parceria com a VMER local) e considerada uma prioridade formativa.

Um exemplo de como esta formação pode ser levada aos profissionais de saúde de uma subregião é também relatado no artigo de Miguel Oliveira.⁸

No entanto, o conhecimento e a aptidão em SBV e SAV dos elementos da equipa da unidade de saúde não são o único factor importante no prognóstico. É fundamental também uma equipa eficaz desenvolvida através de exercícios regulares de simulação de situações de emergência para ajudar cada membro da equipa a saber qual o seu papel e também através da discussão de ocorrências anteriores.

Para além dos protocolos de SBV e SAV, é importante que o médico de família saiba actuar nas situações chamadas «de peri-paragem», de forma a prevenir a paragem

* Médica de Família na Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade, ACES Almada.

**Médica Interna de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Senhora da Hora, Unidade Local de Saúde de Matosinhos.



cardio-respiratória sempre que possível. Uma destas situações, a das disritmias, em que uma actuação correcta e atempada pode prevenir desfechos de pior prognóstico para o paciente, é revista no artigo de Sofia Almeida.⁹

Outro aspecto a salientar é a importância da documentação durante uma situação de emergência. Os níveis elevados de *stress* nestas circunstâncias e a disponibilidade insuficiente de elementos para a assegurar, tornam a sua elaboração difícil. No entanto, esta é particularmente relevante na altura da transferência do paciente e para a prestação de cuidados posteriores. Deve incluir a data e hora da terapêutica, dados biométricos se conhecidos, parâmetros vitais, fármacos administrados e respectiva dose e resposta, volumes de fluidos administrados, informações prestadas à família e o estado clínico do paciente ao deixar a unidade. A documentação é também relevante para possíveis questões legais e para a formação contínua da equipa, permitindo a discussão mais objectiva da ocorrência. Deverá, portanto, ser treinada em cada simulação, devendo ser designado um profissional específico para o registo escrito da ocorrência que deve ser discutido no final. Este registo poderá servir, por exemplo, para criar um *portfolio* de «lições aprendidas» em cada ocorrência ou simulação.²

Os profissionais dos CSP devem advogar por uma educação para a saúde efectiva da população no âmbito da emergência. Esta permite, no caso dos cuidadores de crianças ou adultos doentes, prevenir emergências ou dirigi-las antecipadamente, e quando apropriado, para o serviço de emergência hospitalar.²

Num estudo de *Stiell et al*,¹⁰ concluiu-se que a inclusão no sistema de emergência médica do acesso a SAV pré-hospitalar não melhorou a sobrevivência das vítimas após alta hospitalar. O estudo decorreu num serviço de emergência médica já previamente otimizado com acesso a desfibrilhação rápida. Concluiu-se que a prioridade para a planificação dos recursos em emergência médica, de forma a salvar mais vidas, deverá ser o SBV por leigos e o acesso a desfibrilhação rápida.

É, assim, fundamental fomentar o treino da comunidade em SBV e primeiros socorros para melhorar o primeiro elo da cadeia de sobrevivência e ensinar a prevenir acidentes, a reconhecer sinais de emergência e a responder adequadamente nestas situações, por exemplo sabendo pedir ajuda – quando e como ligar para o 112, o Centro de Informação Antivenenos ou a Saúde 24, fornecendo SBV ou transportando a vítima para o local mais ade-

quado, e sabendo reconhecer também o que não deve ser feito.

Várias instituições em Portugal, entre as quais a Associação Nacional dos Alistados em Formações Sanitárias (ANAFS), cuja experiência formativa a crianças do 1.º ciclo do ensino básico é relatada neste Dossier,¹¹ ministram cursos que se destinam ao público em geral.

O médico de família pode ser um elemento catalisador na dinamização e organização na sua unidade de saúde e na comunidade em que se insere de um plano de prestação de primeiros socorros e de cuidados de emergência pré-hospitalar, que podem, reconhecidamente, melhorar o prognóstico dos pacientes, no que toca à sobrevivência e à qualidade da vida após o episódio de emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation* 2006 Aug; 70 (2): 229-37.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Preparation for emergencies in the offices of pediatricians and pediatric primary care providers. *Pediatrics* 2007 Jul; 120 (1): 200-12.
3. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 2: Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 2005 Dec; 67 Suppl 1: S7-23.
4. Nolan JP, Deakin CD, Soar J, Böttiger BW, Smith G; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 4: Adult advanced life support. *Resuscitation* 2005 Dec; 67 Suppl 1: S39-86.
5. Cerqueira A. Abordagem da paragem cardio-respiratória: protocolo e aplicabilidade do suporte avançado de vida nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral* 2010 Mai-Jun; 26 (3): 284-9.
6. Cerqueira A, Gomes R, Marquês M, Fragoeiro M. Equipamento e fármacos de emergência nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral* 2010 Mai-Jun; 26 (3): 292-4.
7. Baskett PJ, Nolan JP, Handley A, Soar J, Biarent D, Richmond S; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 9: Principles of training in resuscitation. *Resuscitation* 2005 Dec; 67 Suppl 1: S181-9.
8. Oliveira M. Formação em suporte avançado de vida. A experiência de uma Subregião de Saúde. *Rev Port Clin Geral* 2010 Mai-Jun; 26 (3): 308-12.
9. Almeida S, Brandão L. Disritmias Peri-Paragem. Abordagem e Tratamento. *Rev Port Clin Geral* 2010 Mai-Jun; 26 (3): 295-302.
10. Stiell IG, Wells GA, Field B, Spaite DW, Nesbitt LP, De Maio VJ, et al. Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004 Aug 12; 351 (7): 647-56.
11. Valério A. Os Cinco Gestos de Socorro. Educar para a saúde, um relato de experiência, uma reflexão. *Rev Port Clin Geral* 2010 Mai-Jun; 26 (3): 304-7.