



**APEMERG®**

Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

## **MEMORANDO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE EMERGÊNCIA (APEMERG) SOBRE O ESTADO ATUAL DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR**

### **1- Histórico da Emergência Pré-hospitalar em Portugal**

Portugal cresceu significativamente no início do século com o aumento do número de VMER, aumento do número de ambulâncias SIV, o alargamento do número de helicópteros, fortalecendo a cobertura do território nacional com meios diferenciados, aumentando consideravelmente o acesso do cidadão a cuidados de emergência médica qualificados.

Verificou-se desde 2004 a uma melhoria do socorro prestado com a profissionalização das ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) do INEM, contribuindo para que o cidadão tivesse garantia de socorro em tempo útil a cuidados básicos de emergência e reanimação nos meios urbanos.

### **2- Pontos Fortes da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal**

- a) 56 Ambulâncias de Emergência Médica (AEM) do INEM tripuladas por dois Técnicos de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) com formação em TAS e condução de ambulâncias;
- b) Sistema diferenciado baseado em enfermeiros e TEPH nas 40 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) alocados a cada Serviço de Urgência Básica (SUB). Atuam sobre protocolos com capacidade de abordagem a qualquer situação de doença súbita, trauma ou parto;
- c) Sistema mais diferenciado baseado em médicos e enfermeiros operacionais das 44 viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER) alocadas aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos e Serviços de Urgência Polivalentes (ressalvar ainda que a VMER de Albufeira está alocada a um SUB);

- d) Serviço de Helitransporte de Emergência Médica (SHEM), atualmente com 4 helicópteros tripulados por médico e enfermeiro, alocados em Macedo de Cavaleiros, Santa Comba Dão, Évora e Loulé;
- e) 4 Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico com enfermeiro, médico e TEPH;
- f) Os médicos e enfermeiros são profissionais de saúde auto regulados por uma Ordem com um código deontológico próprio.

### **3- Pontos fracos da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal**

Em 2017 verificou-se que as 56 ambulâncias do INEM realizaram 171.899 ocorrências. As Ambulâncias de socorro (PEM) dos bombeiros voluntários e Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) contabilizaram 752.420 ocorrências, as ambulâncias de reserva 176.655 ocorrências e as ambulâncias não INEM registaram 35.475 ocorrências. Verifica-se assim que 85% das situações em emergência pré-hospitalar são asseguradas por cerca de 500 ambulâncias das corporações de bombeiros voluntários e cruz vermelha portuguesa (CVP).

- a) 85% do socorro em Portugal nem sempre cumpre com a portaria 1147/2001 de 28 de setembro que obriga a que estes meios possuam pelo menos um dos elementos da tripulação com o curso de tripulante de ambulância de socorro (TAS). Cerca de 36% dos bombeiros têm apenas o 9º ano de escolaridade e só 28% detêm o 12º ano de escolaridade<sup>1</sup>. Este é um dos graves problemas da estrutura da emergência pré-hospitalar em Portugal;
- b) As corporações de bombeiros não têm viabilidade económica para formar os seus operacionais com o curso de Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS);
- c) Cada operacional bombeiro tem que pagar/investir a sua formação em TAS;
- d) Em 2009 as taxas de cobertura da população pelos meios de socorro pré-hospitalar já são superiores aos padrões definidos a nível internacional, dado que apresentam uma relação de ambulâncias de Suporte Básico de Vida superior a 1/40.000 habitantes e uma relação de equipas com capacidade para administrar cuidados diferenciados (SIV e SAV) superior a 1/200.000 habitantes;<sup>2</sup>
- e) O atual CODU Nacional não tem capacidade de resposta;
- f) Sistema de Triagem muito sensível e pouco específico, com excesso de falsos positivos;
- g) O CODU não tem capacidade de acompanhamento de meios do terreno;
- h) O INEM não tem capacidade de realizar auditorias ao CODU e meios SBV, SIV, VMER, SHEM e TIP;

---

<sup>1</sup> <https://www.publico.pt/2005/01/29/jornal/nivel-cultural-dos-bombeiros-voluntarios-e-muito-baixo-3338>

<sup>2</sup> Auditoria de resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica, relatório nº 47/2010 2ª S Processo nº 10/2010 – AUDIT

- i) O INEM não tem capacidade de realizar atualizações e recertificações de cursos aos operacionais das VMER;
- j) Disparidade de valores pagos aos operacionais das VMER a nível nacional;
- k) Não há planeamento estratégico do INEM para os recursos humanos;
- l) O INEM não dispõe de quadro adequado de médicos. Está dependente de prestações de serviços para assegurar as funções.

#### 4 – Proposta de *upgrade* de formação para os Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

A **APEMERG** concorda com o aumento de competências de todos os agentes envolvidos no socorro em Portugal mas não com a sobreposição das mesmas, sobretudo quando essa sobreposição se faz com elementos já com formação sólida em medicina e enfermagem e, indubitavelmente, com maior capacidade de garantir a segurança dos doentes.

A proposta de formação não garante a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados ao cidadão. É claramente conhecido e discutido em vários estudos, que o serviço de emergência pré-hospitalar pode influenciar de forma concreta e objetiva as taxas de morbilidade e mortalidade por trauma ou doença súbita. Uma assistência não qualificada baseada em possíveis pressupostos económicos e formação deficiente pode provocar um aumento exponencial das referidas taxas.

Debruçando-nos sobre as propostas das linhas orientadoras das competências e formação dos TEPH, verifica-se que permitirá a um técnico ter autonomia para a escolha do protocolo de atuação, usando o seu “espírito aventureiro” para realizar atos e técnicas invasivas e agressivas, que quando executadas não corretamente podem colocar o cidadão numa situação de maior instabilidade que aquela que levou ao auxílio primariamente.

Os atos propostos ultrapassam os riscos mínimos aceitáveis. A intubação supraglótica, injeção intraóssea, administração de fármacos necessitam de uma curva de aprendizagem que não se coaduna com a proposta apresentada. É necessária uma formação específica baseada na evidência, com necessário desenvolvimento técnico e destreza manual que só uma formação superior tem a capacidade de oferecer. Não é plausível tal exigência a técnicos executores, pelo que a população não está protegida com estes protocolos de atuação.

A proposta de formação não permite aos TEPH distinguir, realizar juízo clínico e diagnóstico que permita diferenciar determinadas situações. Por exemplo, a avaliação da Escala de Coma de Glasgow (GCS) requer conhecimento, experiência, treino de habilidades e capacidades para uma correta determinação do grau. O cálculo inadequado da GCS pode comprometer o desenrolar do protocolo.

É necessária formação académica superior, com aulas teóricas, teórico-práticas, ensinos clínicos no contexto da prática clínica que permita uma atuação consentânea e adequada.

A administração de fármacos colide com as competências do enfermeiro. Exige experiência na preparação, administração e controlo dos seus efeitos laterais. A sua administração poderá acrescentar risco acrescido e aumento da morbilidade por não haver conhecimentos e competência para a identificação de complicações agudas e gestão da situação clínica.

Os protocolos instituídos pelos algoritmos analisados exigem conhecimento, experiência e treino, fundamentais na avaliação da vítima, ponderação sobre o risco de agravamento clínico, conhecimento de técnicas invasivas, conhecimentos de farmacologia e outros a partir do que, a qualidade da assistência pré-hospitalar está seriamente comprometida.

A formação que se pretende implementar é limitada, com conhecimentos circunscritos, descontextualizados, possibilitando a execução de atos complexos, sem capacidade diagnóstica, de avaliação e discernimento clínico e vai criar conflitos graves de atuação entre todos os operacionais no terreno.

## 5 – Modelos internacionais de paramédicos

A Suécia, depois de uma análise retrospectiva e detalhada dos problemas que decorreram da atuação dos paramédicos (falta de qualificação dos intervenientes, erros clínicos e farmacológicos, etc.) que afetavam o seu sistema pré-hospitalar, fez aprovar em 1999 um novo quadro legal onde consta a presença obrigatória de enfermeiros em todas as ambulâncias. A presença dos enfermeiros refletiu-se no aumento indubitável de segurança e qualidade assistencial no pré-hospitalar. Tendo em conta a progressiva melhoria registada, em 2005 ficou definido que apenas enfermeiros poderiam administrar fármacos e realizar qualquer tipo de procedimentos invasivos (nos sistemas com enfermeiros, apenas estes podem administrar fármacos, puncionar acessos venosos, estabelecer acessos intra-ósseos e utilização de outras e várias técnicas invasivas, suporte avançado de vida, juntamente com médicos, etc.).

Hoje em dia, a Suécia dispõe de um dos melhores sistemas de emergência pré-hospitalar do mundo, assentando todo o sistema nos enfermeiros, como elemento-chave pivot, com excelentes resultados e indicadores de qualidade, permitindo uma ótima sustentabilidade do sistema, em conformidade com as políticas nórdicas nestas matérias de índole socioeconómica. Em suma: eficaz, eficiente e qualitativamente superior. Tudo isto corroborado por diversos estudos internacionais publicados nas maiores prestigiadas publicações do setor da saúde.

Sublinhe-se que todos os médicos e enfermeiros que exercem no pré-hospitalar possuem uma formação acrescida e complementar, adaptada às exigências deste tipo de assistência.

A Holanda é um *case-study* exemplar do sucesso dos enfermeiros no pré-hospitalar. O seu sucesso tem início nos centros de triagem da emergência (semelhantes aos nossos CODU do INEM – Centros de Orientação de Doentes Urgentes), onde os enfermeiros asseguram todo o processo de avaliação e decisão: fazem toda a triagem da emergência, ativação dos meios e encaminhamento dos mesmos.

"Since 1992, Dutch law has mandated at least one nurse on every ambulance in the country, at all times. The nurses employed on ambulances have all completed the full training required for a Registered Nurse in the Netherlands, and have then completed additional training and certification in Anaesthesia, Cardiac Care, or Operating Room, to apply for an additional year of training to qualify as a Registered Ambulance Nurse".

All "paramedics" in the Netherlands are also nurses. The term 'paramedic' is used in the Dutch system, but is very strictly controlled to refer to a nurse with the appropriate additional training. As a result of this measure, all Dutch ambulances and rapid response vehicles are capable of providing Advanced Life Support (ALS) without online medical control."

Em Espanha, os técnicos básicos de emergência pré-hospitalar denominam-se de Técnicos de Emergências Sanitárias. Têm uma formação com uma carga horária de cerca de 2.000 horas ministrada pelo Ministério da Educação. Apesar desta diferença exponencial de tempos formativos, está vedado aos Técnicos de Emergências Sanitárias qualquer competência invasiva de outra profissão da saúde, conforme está descrito no respetivo enquadramento legal espanhol - o Real Decreto n.º 1397/2007.

O Suporte Avançado de Vida e todos os procedimentos invasivos e farmacológicos continuam adstritos apenas a enfermeiros e médicos. Portanto, competências consentâneas com a formação, ao contrário das pretensões nacionais.

Poucos países existem, em todo o mundo, cujo sistema de assistência pré-hospitalar seja baseado apenas em paramédicos/técnicos de emergência. O recurso a estes profissionais tem origem em dois cenários: escassez de médicos e enfermeiros e motivos económicos. Não existe um único argumento de índole qualitativo que apoie a existência de paramédicos relativamente aos modelos assentes em médicos/enfermeiros.

## **6- Propostas de melhoria para a Emergência Pré-Hospitalar em Portugal**

- a) O INEM e a Escola Nacional de Bombeiros devem garantir e intensificar as ações formativas direcionadas aos operacionais das ambulâncias das corporações de bombeiros voluntários e CVP com a finalidade de os dotar de competências técnicas básicas certificadas, que permitam assegurar ao utente uma resposta com padrões homogéneos de qualidade, qualquer que seja a sua situação clínica e a localização geográfica da ocorrência;
- b) Reestruturar a rede de ambulâncias de SBV e distribuição dos Postos de Emergência Médica (PEM) por densidade populacional e número de ocorrências;
- c) Elevar o nível de escolaridade mínima obrigatória e profissionalizar os elementos das ambulâncias das corporações de bombeiros e CVP;
- d) A base do sistema integrado de emergência deverá ser o CODU. A atividade no CODU deve ser partilhada em espaço e infraestruturas com centros de coordenação de emergência de outros agentes de proteção civil;
- e) Dotar o CODU de um *ratio* adequado de médicos. A atual realidade não permite o correto acompanhamento de meios, atrasando o seu socorro, supervisão e encaminhamento. O excesso de trabalho e o deficit de recursos são evidentes;
- f) Verifica-se atualmente que o modelo de CODU nacional não é funcionante, com aumentos significativos nos tempos de atendimento;
- g) Introduzir médicos reguladores nos CODU com a competência em emergência médica (CEM);
- h) Alocar enfermeiros no CODU com experiência prévia em emergência pré-hospitalar. Devem realizar o atendimento, apoio e controlo das triagens; acompanhamento dos meios de emergência SBV e SIV, apoio na tomada de decisão decorrente do uso de protocolos; acompanhamento e ativação das vias verdes implementadas em Portugal. O enfermeiro no CODU deve realizar aconselhamento ao cidadão a ter em situações de urgência e emergência;
- i) Aumentar o número de ambulâncias SIV na rede articulada de serviços de urgência do SNS. O investimento progressivo na qualificação deste meio irá permitir uma efetiva rentabilização sustentável dos recursos, avaliação clínica precoce de todas as ocorrências, celeridade na referenciação das situações agudas, melhoria nos processos de comunicação e adequada relação com os serviços de urgência;
- j) O INEM deve rentabilizar os médicos e enfermeiros com competências e aptidões na área dos desastres e catástrofes no planeamento de grandes eventos, nas situações de exceção e missões internacionais;
- k) Propõe-se um *follow-up* e monitorização do trabalho realizado pelos profissionais que trabalham na emergência pré-hospitalar;
- l) Reconhecer o *know-how* dos enfermeiros que trabalham nas VMER, SIV e SHEM;

- m) Assumir uma rede de emergência pré-hospitalar assente em profissionais qualificados que garantam a melhor assistência ao cidadão no devido tempo em caso de emergência.

## Conclusão

Entendemos que o futuro do pré-hospitalar em Portugal deverá passar obrigatoriamente e prioritariamente pela consolidação dos recursos já instalados e pela sua otimização, o que está muito longe de ser alcançado.

Um sistema de emergência pré-hospitalar dotado com enfermeiros e médicos é qualitativamente superior pelo facto da assistência ser concretizada por profissionais altamente diferenciados, com formação abrangente (anatomia, fisiologia, farmacologia, patologia) e, simultaneamente, específica para o exercício no pré-hospitalar, com ganhos em saúde. É mais seguro, eficaz e eficiente e capaz de corresponder às exigências e necessidades mais complexas dos cidadãos.

A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir ao cidadão a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local, acompanhamento, vigilância e transporte até à receção de unidade de saúde adequada. Só os médicos e enfermeiros têm capacidade e legitimidade para produzir juízos clínicos nesta área de intervenção.

Na emergência pré-hospitalar ocorrem situações particulares de maior complexidade e constrangimento que só é possível de resolver por quem possui uma formação humana, técnica e científica adequada. A formação superior dos médicos e enfermeiros permite-lhes decidir sobre determinada situação clínica e sobre a qual identificou os dados e diagnosticou.

A **APEMERC** é uma associação sem fins lucrativos, sem conflitos de interesse ou corporativismo e tem como desígnios no que concerne à emergência pré-hospitalar: defender a segurança dos cidadãos; participar como grupo consultivo; organizar eventos científicos e fomentar a investigação clínica. Assim, este memorando tem como finalidade a proteção do cidadão em situação de acidente e ou doença súbita, garantindo que cada pessoa tem o direito de esperar sempre o usufruto das respostas que os avanços científicos, tecnológicos e do conhecimento humano na saúde, investigados, desenvolvidos e em uso, ditam como adequados à data presente.

Lisboa, 12 de Abril de 2018.

Presidente da Direção



Tiago Carvalho