

## Trauma e emergência: o SUS é a solução no Brasil?

### *Trauma and emergency: is the unified health system (SUS) the solution in Brazil?*

GUSTAVO PEREIRA FRAGA<sup>1</sup>, MARIO LUIZ QUINTAS<sup>2</sup>, SIMONE DE CAMPOS VIEIRA ABIB<sup>3</sup>

O sistema de saúde no Brasil vive atualmente uma grave crise. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal em 1988, a saúde no país passou a ser um direito de todos e dever do Estado, constituindo-se num dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Atualmente estima-se que o SUS preste assistência a aproximadamente 75% da população, de quase 200 milhões de brasileiros<sup>1</sup>. O subfinanciamento desse sistema público, o custo elevado resultante dos avanços na Medicina, a dificuldade de fixação de profissionais de saúde em municípios menores e mais distantes, o sucateamento dos hospitais e unidades de saúde, muitas vezes devido ao desvio de recursos num país contaminado pela corrupção, fazem com que a atenção à saúde seja um sério problema em nosso meio. E isso fica mais evidente na área de Urgência e Emergência, com pronto socorros superlotados, poucos recursos diagnósticos e terapêuticos, falta de leitos para internação, equipes sem capacitação adequada tanto no pré-hospitalar quanto no intra-hospitalar, entre muitos outros problemas<sup>2</sup>.

Em 2013 a população brasileira foi às ruas protestar contra o aumento do custo do transporte público, pedir melhorias nas áreas de educação e saúde, e questionar a realização da Copa do Mundo no Brasil, um evento privado que estava consumindo muitos investimentos do já carente setor público. A solução mágica apresentada pelo Governo Federal para a Saúde foi o lançamento do "Programa Mais Médicos", em 8 de julho de 2013, com o objetivo de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades<sup>3</sup>. Esse programa está sendo questionado pela grande maioria das entidades médicas e academias, pois permite que médicos estrangeiros exerçam a Medicina no Brasil sem serem avaliados pelo Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida). O objetivo do governo é aumentar o número de médicos no Brasil, que atualmente apresenta uma proporção de 2 médicos / 1.000 habitantes, e para atingir essa meta outra política também adotada foi a abertura de mais faculdades de Medicina. Atualmente o Brasil é o segundo país no mundo com mais escolas de Medicina, totalizando 241, sendo superado apenas pela Índia, cuja população é

de mais de 1,2 bilhão de habitantes<sup>4,5</sup>. Muito nos preocupa a qualidade, e não apenas a quantidade. O amplo debate gerado na formação de médicos no Brasil foi seguido do rápido lançamento de novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que incluem estágio obrigatório no SUS, com atenção básica e atuação em serviço de urgência e emergência ocupando 30% da carga horária do internato médico, que tem mínimo de dois anos de duração<sup>5</sup>. Haverá avaliação do aluno a cada dois anos, de caráter obrigatório e classificatório para os programas de Residência Médica. As escolas de Medicina terão até 2018 para implementarem as mudanças<sup>6</sup>.

Nesse cenário conturbado foi que surgiu a questão que é o título do presente editorial e o tema central do XI Congresso da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) e XVI Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT), que será realizado em Manaus, de 25 a 27 de setembro de 2014. A resposta nos parece óbvia, claro que sim, pois se o Trauma é um problema de saúde pública em nosso país, dependemos do SUS para solucionar as consequências dessa doença. No ano de 2011 foram quase um milhão de doentes internados nos hospitais do SUS por causas externas<sup>7</sup>. Porém, acreditamos que o SUS não pode solucionar sozinho esse problema e a nossa participação como profissionais da Saúde e formadores de recursos humanos é fundamental. Existem várias iniciativas de integração entre ensino e serviço, aproximação entre educação e saúde, e nós cirurgiões temos que participar dessas ações<sup>8</sup>. A formação em Trauma e Emergência começa durante a graduação, sendo que a maioria dos médicos recém formados acaba realizando plantões na área de Urgência e Emergência, e existem dificuldades para o ensino nessa área, como: cenário de prática; hospitais universitários sem pronto socorro; dificuldade de parceria da escola / serviço; estrutura física inadequada para assistir e ensinar; falta de professores preparados e disponíveis; falta de preceptores e de equipes capacitadas; alto custo de laboratório de habilidades e manequins para treinamentos simulados. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) está desenvolvendo o projeto "Situação do ensino de Urgência e Emergência nos

1. TCBC, FACS. Disciplina de Cirurgia do Trauma do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil; 2. TCBC. Disciplina de Cirurgia Geral do Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 3. TCBC, Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP - EPM)

cursos de graduação de Medicina”, e com a participação de docentes e discentes de várias escolas médicas algumas recomendações já foram geradas: necessidade de um eixo longitudinal para o ensino de Urgência e Emergência dentro da matriz curricular da graduação; programa voltado para Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida nos dois primeiros anos do curso; inserção dos alunos em atividades/programas de extensão universitária focando a prevenção de acidentes; no terceiro e/ou quarto ano deve haver uma programação com conteúdo e treinamento de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas, tendo como modelos de programação os cursos de imersão em urgência como o ATLS®; vivência prática no atendimento pré-hospitalar fixo, móvel, na regulação médica e no pronto-atendimento hospitalar; reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica para a formação de médicos residentes e futuros professores nesta área; e estratégia para melhor valorização, capacitação dos preceptores, política salarial e fixação dos profissionais que atuam na Urgência e Emergência<sup>9</sup>. O grande desafio persiste, porém, de não deixar que esses planos fiquem no papel e sejam implementados de fato e com qualidade. O problema no Brasil é que projetos muito bons não são devidamente planejados antes de serem implementados e são utilizados com fins políticos, ou então nem saem do papel.

Outro aspecto importante é a formação de recursos humanos para a área de cirurgia do Trauma e Emergência e obviamente que a melhor maneira de fazê-lo é através de programas de residência médica<sup>10</sup>. Sabemos que a residência em Cirurgia Geral com dois anos de duração não permite uma formação adequada e que com três anos provavelmente esse problema não será resolvido, pois a maioria dos egressos acaba seguindo outra especialidade cirúrgica. Já a área de atuação em Cirurgia do Trauma com um ano de formação também é insuficiente, e a SBAIT aguarda parecer favorável do Colégio Brasileiro de Cirurgias (CBC) para aumentar esse programa reconhecido pelo MEC para dois anos de duração.

A publicação pelo terceiro ano consecutivo do fascículo 4 da Revista do CBC dedicado à cirurgia do Trauma e Emergência é um grande estímulo para que cirurgias publiquem os seus estudos, disseminando o conhecimento e a pesquisa nessa área<sup>9</sup>. Os artigos desse número vão desde a prevenção, a experiência de ensino alternativo através das Ligas do Trauma (uma iniciativa legitimamente brasileira), pré hospitalar, implantação de registro de trauma, novos métodos diagnósticos, cirurgias e trata-

mentos cada vez mais especializados e cirurgia experimental, mostrando os avanços que estão ocorrendo em trauma nos serviços do país. A SBAIT é muito grata ao CBC em manter essa parceria, mas ao mesmo tempo almeja novas iniciativas de trabalho em conjunto para melhorar a atenção ao Trauma e Emergência no Brasil. O SUS, com muitas dificuldades, está tentando fazer a parte dele e nós como entidades médicas representativas de cirurgiões temos também que fazer a nossa parte, a fim de não sermos atropelados por portarias e leis que são criados sem o debate democrático, indo contra os princípios da nossa própria nação.

## REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
2. Tallo FS, Abib SCV, Baitello AL, Lopes RD. An evaluation of the professional, social and demographic profile and quality of life of physicians working at the prehospital emergency medical service (SAMU) in Brazil. *Clinics*. 2014;69(9) - ahead of print.
3. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm) Acesso em 9 de agosto de 2014.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
5. Escolas Médicas do Brasil. Disponível em <http://www.escolasmedicas.com.br/> Acesso em 9 de agosto de 2014.
6. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Publicado no DOU n.º 117, de 23.06.2014, Seção 1, página 08/11. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20279&Itemid=866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20279&Itemid=866) Acesso em 9 de agosto de 2014.
7. Mascarenhas MDM. Perfil epidemiológico e tendências da morbidade hospitalar por causas externas no Brasil, 2002 - 2011. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2014.
8. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. The trajectory of the national policy for the reorientation of professional training in health in the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet*. 2013;18(6):1613-24.
9. Fraga GP, Pereira Jr GA, Fontes CER. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: Lampert JB, Bicudo AM. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.
10. Fraga GP, Collet-Silva FS, de Souza HP. More surgeons, less trauma. *Rev Col Bras Cir*. 2013;40(4):267-8.