

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PERFIL DE FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDE
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA CIDADE DE CASCAVEL – PR**

**CURITIBA
2017**

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE SOARES

**PERFIL DE FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDE
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA CIDADE DE CASCAVEL – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado Acadêmico em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe – FPP como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

Linha Pesquisa: Gestão acadêmica e sistemas de saúde.

Orientador: Professor Dr. Roberto Zonato Esteves

CURITIBA

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE SOARES

PERFIL DE FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA CIDADE DE CASCAVEL – PR

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no
Curso de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades
Pequeno Príncipe, Programa de Mestrado, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

Prof. Dr. Fernando Spencer Netto

Prof. Dr. Juliano Mendes de Souza

Curitiba, 06 de outubro de 2017.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Julieta,

À Elaine, minha esposa, parceira paciente e de todas as horas,

Aos meus filhos, Mauricio e Haydée Beatriz, pacientes, e amorosos como jamais mereci,

À minha ex-aluna e atual colega de Mestrado, Mayara Bolson Salamanca, que me incentiva e ensina,

Aos componentes da banca examinadora que aceitaram o desafio mesmo com pouco tempo, Professor Doutor Fernando Spencer Campelo Netto, sua excelente fama o precede, uma honra ser avaliado pelo Sr, o que certamente contribui para a qualidade do trabalho. Professor Doutor Juliano Mendes de Souza, sua dedicação ao Ensino é notável, um espelho para quem quer aprender e ensinar.

Ao Professor Doutor Roberto Esteves, em quem, além de Orientador, encontrei um mestre e um amigo, capaz de se superar, mesmo por sobre situações pessoais, na ânsia de ensinar, de transmitir ciência. Minha admiração.

“A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil”.

Hipócrates

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Instituição de formação.....	20
Gráfico 2 – Ano de graduação.....	20
Gráfico 3 – Sexo.....	21
Gráfico 4 – Tempo de pronto socorro.....	21
Gráfico 5 – Opinião sobre aprendizado em urgência/emergência durante a graduação.....	22
Gráfico 6 – Teve atividades de simulação em urgência/emergência durante graduação.....	22
Gráfico 7 – Ano de término da residência	23
Gráfico 8 – Residência médica.....	23
Gráfico 9 – Opinião sobre aprendizado em urgência/emergência durante residência	24
Gráfico 10 – Curso certificado em urgência/emergência durante a educação continuada	24
Gráfico 11 – Tempo de trabalho em urgência/emergência	25
Gráfico 12 – Trabalha/trabalhou em serviço de atendimento primário em urgência/emergência	25
Gráfico 13 – Carga horária média mensal em urgência/emergência	26
Gráfico 14 – Como se considera em relação ao trabalho em urgência/emergência ..	27
Gráfico 15 – Principal fonte de insegurança.....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Demografia Medica no Brasil.....	27
---	----

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4	METODOLOGIA.....	14
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	15
4.2	ETAPAS DA METODOLOGIA.....	15
4.3	COLETAS DE INFORMAÇÕES OU DADOS.....	16
5	RESULTADOS	17
6	DISCUSSÃO	29
7	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICES.....	35
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ..	36
	APÊNDICE B – Questionário.....	38
	APÊNDICE C – Permissões dos Diretores dos Pronto Socorros e	
	Hospitais	40

SOARES, A.C.A. **PERFIL DE FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA CIDADE DE CASCAVEL – PR.** 48 p. Dissertação Mestrado no Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe – FPP. Curitiba 2017.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

Resumo

Trata-se de estudo exploratório descritivo em que são levantados através de questionário, o aprendizado e a maneira pela qual o conhecimento foi adquirido, em relação ao atendimento nos pronto socorros de Cascavel, Paraná. Cascavel é a quinta maior Cidade do Paraná, sendo de médio porte, e está localizada distante de grandes centros, o que lhe dá e pede autonomia em relação ao atendimento de pacientes, aqueles pertencentes ao seu entorno. Não é raro o atendimento, pelos convênios do Governo Federal e legislação atual, de estrangeiros e pessoas de outros estados nos hospitais da cidade, e pelo SUS através da contratação de serviços entre as Regionais de Saúde. Encontra-se nas respostas aos questionários uma preocupação do médico que atende emergências no pronto socorro na educação focada no assunto. O levantamento da atual situação educacional do médico que atende emergência tem a intenção de colaborar, em última instância, com a diminuição da morbimortalidade do paciente grave, que procura espontaneamente ou é referenciado pela central de vagas aos serviços de pronto socorro. O incentivo à realização de curso de pós-graduação sensu lato em emergência, como especialidade reconhecida pelo MEC e AMB melhoraria a aderência a uma especialidade necessária para um atendimento mais digno e técnico da população, melhorando o prognóstico de doentes graves.

Palavras Chaves: Formação Profissional; Urgências; Serviços Médicos de Emergência.

SOARES, A.C.A. **PROFILE OF TRAINING OF THE MEDICAL PROFESSIONAL WHO CARES EMERGENCY / EMERGENCY IN THE CITY OF CASCAVEL - PR.** 48 p. Master's Dissertation in Teaching in Health Sciences of Faculdades Pequeno Príncipe - FPP. Curitiba 2017.

Advisor: Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

ABSTRACT

This is a descriptive exploratory study in which the learning and the way in which the knowledge was acquired, through a questionnaire, in relation to the care in the first aid of Cascavel, Paraná, is raised. Cascavel is the fifth largest city in the state of Paraná. It is medium-sized, and is located far from large centers, which gives it and demands autonomy in relation to the care of patients, those belonging to its environment. It is not uncommon to attend, through the agreements of the Federal Government and current legislation, of foreigners and people of other states in the hospitals of the city, through the SUS through the contracting of services among the Health Regionals. The answers to the questionnaires are a concern of the physician in education focused on the subject. The survey of the current educational situation of the physician has the intention of collaborating with the reduction of the morbidity and mortality of the severe illness patient, who seeks or is referenced by the central of vacancies to the emergency services. The incentive to perform post-graduation in emergency, with a specialty recognized by the MEC and AMB improves the adherence to a specialty necessary for a more dignified and technical service to the population, improving the prognosis of serious patients.

Keywords: Vocational Training; Urgencies; Emergency Medical Services.

1 INTRODUÇÃO

“A Medicina de Emergência é uma especialidade médica que objetiva o processo de atendimento ágil e eficaz em situações de agravo agudo à saúde das pessoas, embora ainda não seja considerada como tal no Brasil” (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010, p. 432).

Há poucos Serviços que oferecem Residências Médicas em Medicina de Urgência no Brasil, essa especialidade é considerada uma área de atuação com requisito de um ano de curso preparatório, tendo como pré-requisito o Título de Especialista em Clínica Médica (BRASIL, 2006).

Atualmente a Instituição Representativa da Especialidade de Medicina de Emergência – ABRAMEDE – tem catalogados 12 (doze) programas de residência médica em ME Adulto e 12 (doze) programas de Residência Médica em ME Pediátrica, com acesso direto e duração de três anos (fonte : site da ABRAMEDE - <http://www.abramede.com.br/institucional/residencia-medica.aspx>).

Cascavel é uma cidade de médio porte, com cerca de 900 médicos. Atendendo em serviço de emergência diariamente são 07 plantões de 24 horas (há dois hospitais que somente atendem convênios e outro que atende SUS mas somente Cardiologia e dois que atendem unicamente casos oncológicos) que atendem pacientes em serviços de pronto socorro, sendo uma parcela com regulação pelo sistema SUS (central de leitos e regulação) (Resolução CFM 2079/2014) e uma parcela de procura espontânea.

Atendimento geral, de porta aberta, com regulação, no mais das vezes pela Central de Vagas, é feito em dois Pronto Socorros, sendo que um deles atende SUS e Convênios, e o outro (Hospital Universitário da UNIOESTE) atende somente SUS.

É atendida uma macrorregião, formada pela 10ª Regional de Saúde, compreendendo 25 municípios, cuja referência primária, para encaminhamento a serviço de urgência se dá através dos pronto atendimentos de Cascavel (PAC'S, que não são considerados neste trabalho) e Central de Vagas. Há atualmente referenciamento, para determinadas especialidades médicas como Oncologia, Cardiologia, Neurologia e Neurocirurgia, inclusive de outras regionais de saúde.

Há uma série de especialidades (Neurologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria por exemplo) que somente são encontradas em forma de alta complexidade pelo SUS, na cidade de Cascavel (10ª Regional de

Saúde) e que são referência para a 9ª Regional (Foz do Iguaçu e mais 8 municípios), a 20ª Regional (Toledo e mais 17 municípios) e a 8ª Regional de Saúde (Francisco Beltrão e mais 26 municípios), e em determinadas Especialidades como Oncologia a cidade ainda abarca 7ª Regional (Pato Branco e mais 14 municípios) e 12ª Regional (Umuarama e mais 20 municípios) o que reforça a importância do atendimento nos pronto socorros da cidade, que drena aproximadamente 3 milhões de habitantes para seus serviços médicos, sendo 115 municípios. Há contratualização de várias Especialidades, como por exemplo as já citadas, entre as Regionais de Saúde.

Pelas características geográficas da região, Cascavel cresceu longe de grandes centros, sendo a cidade de médio porte mais perto a de Foz do Iguaçu, depois Toledo o que peculiarmente atraiu médicos especialistas em maior número para o local, do que médicos generalistas.

Hoje, com IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano de 0,782 (quarto melhor do Paraná, segundo o Portal da Cidade em 2010) e dois cursos de graduação médica com cerca de 400 médicos ali formados até o momento e, mais cerca de cem formandos ao ano, a cidade ainda mantém, essas proporções entre Especialistas, e crescimento populacional (1,55 hab/km²/ano) (Fonte: <http://www.cascavel.pr.gov.br>) .

Esse volume de pacientes atendidos e estas referências em relação às especialidades médicas já denota a importância do atendimento do emergencista, e a amplitude do conhecimento que ele deve ter em relação às mais variadas patologias e suas urgências.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar um perfil dos profissionais médicos que atendem nas unidades de pronto atendimento quanto a parâmetros de aprendizado que sejam otimizadores do trabalho e dos resultados de suas ações.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear um quadro inicial do perfil do grau de instrução adquirido na graduação e pós-graduação na área de atendimento urgência/emergência;
- Detectar áreas de necessidades específicas destes profissionais, contribuindo com sua formação profissional e ampliação de seus conhecimentos no sentido de melhor atuar diminuindo morbimortalidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Médico que atua em um primeiro atendimento, fazendo a triagem e frequentemente como atuante decisivo na emergência, fazendo parte de equipe empenhada em salvar a vida do paciente, tem merecido no Brasil, pouca ou nenhuma atenção no que se refere à sua carreira e formação. Interessante ver, que como citam Maria Celeste Gonçalves Campos e Maria Helena Senger (2013, p. 2), no artigo “O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência”, cerca de 42% dos médicos fazem plantão em unidades de pronto atendimento e são formados há menos de cinco anos os mais jovens (predomínio visto na região sudeste).

Da mesma forma, frisam Antonio Pazin Filho e Sandro Scarpelini (2010, p. 432) “em que pese a inexistência de uma especialidade médica regulamentada em Emergência no contexto brasileiro, é inegável sua importância na prática diária da medicina” (PAZIN FILHO, A.; SCARPELIN, S. 2010).

É escassa a literatura em língua portuguesa no que se refere a formação profissional de pronto socorrista (SHAPPELL; AHN, 2017).

Interessante observar, correlacionando a bibliografia norteadora dos principais escritores do tema, é que a demanda por formação especializada, vem de longa data, e já houve tentativas muitas de estabelecer a especialidade com residência médica e reconhecimento pelo conselho federal de medicina, inclusive em 2017 (Resolução em que o CFM reconhece a especialidade de Medicina de Emergência – Resolução CFM 2.162/2017). Em língua inglesa assim como espanhola há mais abundante literatura, com artigos analisando os serviços de residência já estabelecidos, e inclusive discutindo as viabilidades e rotinas para instalação de centros formadores em países em desenvolvimento (SANTOS, 2013).

Jillian McGrath, Michael Barrie, and David P Way, em 2016 fazem um balanço de orientação, propósito, estrutura, conteúdo e métodos de ensino do programa de

ensino em emergências médicas nos Estados Unidos da América (167 programas de ensino), e constata que em relação a 1995 (última avaliação semelhante), hoje se oferecem mais orientação e se aloca mais tempo para ela, sendo as conferencias, o modo principal de ensino. Laboratórios de habilidades, e trabalho clínico também tem seu destaque (http://escholarship.org/uc/uciem_westjem) .

Já para Toranzo e Aramburu (*An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 13-18*) os Serviços de Urgência tem alta qualidade e sobrecarga assistencial por serem estratégicos no funcionamento do Sistema de Saúde.

4 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e corte transversal, a partir da aplicação de um questionário aos profissionais médicos de cada unidade em que haja atendimento de pronto socorro na Cidade de Cascavel, de modo a alcançar o maior número de médicos que fazem plantão de atendimento em unidades de pronto socorro, e que tenham unidades hospitalares específicas para dar suporte. Foram usados como critério de escolha Pronto Socorros de Hospitais cujo paciente têm acesso direto à emergência generalista, que atenda pacientes de todos os convênios e SUS, sendo um deles privado e com convenio e outro próprio do Estado. Não foi levada a efeito a pesquisa em um pronto socorro de um Hospital que só atende pacientes cardiopatas e dois pronto socorros que não atendem SUS em hipótese alguma, assim como não foram pesquisados dados de dois hospitais especializados em oncologia (pela especificidade de atendimentos especializados e pela limitação em convênios que não sejam SUS).

Para efeitos desta Dissertação, os termos pronto atendimento, pronto socorro, sala de emergência serão empregados como sinônimos, significando locais de atendimento hospitalar inicial, que não sejam unidades de tratamento intensivo, em que o paciente é atendido referenciado ou não de outro serviço, podendo ser por procura espontânea. Um pronto socorro tem uma unidade hospitalar que dá suporte a seus atendimentos, caso contrário considera-se um ambulatório, e pode inclusive atender urgências, mas será ambulatório. (Resolução CFM nº 2.077/14).

Em relação ao atendimento inicial, regulamentado pela política nacional de atendimento a urgências, Portaria 1863/2003 (BRASIL, 2003), o atendimento primário, realizado no local da urgência, foi destacado do atendimento em pronto socorro.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pequeno Príncipe com parecer número 2.122.164.

No caso a opção foi por tomar individualmente as respostas do questionário, indo de encontro ao profissional em sua unidade de pronto socorro, de maneira a deixa-lo em contato com o local, no sentido de que as respostas pudessem traduzir vivamente suas impressões, no questionário, perto ou dentro de seu local de trabalho, o pesquisador tomou o cuidado de não fiscalizar as respostas enquanto eram assinaladas, mas somente se colocar a certa distância para, se necessário, dirimir alguma eventual dúvida.

Os critérios de inclusão são que o profissional seja médico e faça plantão de pronto socorro.

Critério de exclusão foi não ter preenchido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não aceitando fazer parte do projeto.

A partir dos dados obtidos foi feita uma classificação e traçado um perfil destes médicos de atendimento primário.

Os dados foram tabulados e analisados.

4.2 ETAPAS DA METODOLOGIA

4.2.1 Coleta dos dados pela aplicação dos questionários

4.2.2 Tabulação dos dados

4.2.3 Confecção de graficos

4.2.4 Análise dos resultados

4.3 COLETAS DE INFORMAÇÕES OU DADOS

A coleta de dados se deu a partir da aplicação de um questionário a profissionais médicos de todas as instituições de saúde que façam plantões presenciais em sala de emergência consideradas abertas (as que atendem pacientes de SUS e de vários convênios), não sendo específicas de determinada especialidade e nem superseletiva nos atendimentos, mantendo um profissional diuturnamente disponível para os atendimentos. Foram localizados e conversaram com o pesquisador pessoalmente, aceitaram e preencheram o questionário todos os que não tiveram impeditivo.

5 RESULTADOS

Amostra: em uma amostra total de 56 médicos que fazem plantão em urgência/emergência sendo que alguns fazem plantão em mais de um local, por vários motivos, tais como indisponibilidade do profissional foram colhidos 28 questionários preenchidos em um período aproximado de 90 dias. Quatro não desejaram explicitamente preencher, e cerca de dez não foram localizados. Alguns trabalham em mais de um Pronto Socorro. As listagens de plantonistas foram obtidas com as telefonistas dos hospitais e, portanto, também estão sujeitas a imperfeições.

Período de coleta dos dados: 15/05/2017 a 15/08/2017

Os dados foram tabulados, analisados por estatística descritiva e transformados em gráficos. As respostas foram individualizadas nos gráficos. Em alguns gráficos as respostas foram aglutinadas, sem perda do parâmetro pretendido a ser analisado.

Verificou-se que muitos profissionais fazem plantão em mais de uma instituição, às vezes com jornadas extensas de trabalho. Alguns, em atendimento pré-hospitalar e também no pronto socorro.

A maior parcela de médicos que atendem nos pronto socorros é oriunda da Faculdade de Medicina da UNIOESTE (20 anos de existência, 30% dos médicos, gráfico 1).

Médicos com mais de sete anos de formado são a maioria, e do sexo masculino (23 da amostragem de 28, gráfico 2).

A maior parcela (22 em 28) trabalha há mais de cinco anos em emergências (gráfico 4).

Mais de 80 % creem que o aprendizado durante a graduação foi minimamente suficiente ou suficiente para o exercício da atividade de pronto socorrista (gráfico 5).

Cerca de 70% dos médicos que atendem em pronto socorro responderam que tiveram atividade simulada durante o período de faculdade, o que pode significar uma procura espontânea pelo conhecimento da matéria (gráfico 6). A minoria dos entrevistados não fez residência médica (gráfico 7).

As residências de cirurgia gastroenterológica, cirurgia do trauma, cirurgia oncológica e cirurgia torácica foram encaradas como continuidade da residência de cirurgia geral, sendo, portanto, uma complementação (gráfico 8). Embora especializada, seu término, assim como a residência em gastroenterologia clínica foi encarada como continuação de clínica geral sem deixar de ser anotada como área de interesse ou subespecialidade (gráfico 8).

Maior parte dos respondentes (mais de 70%) considerou que o aprendizado em urgência no tempo em que fez residência foi minimamente suficiente ou suficiente para o desempenho da função de emergencista (gráfico 9).

Em relação à formação com cursos suplementares para atendimento em pronto socorro, verifica-se que somente três dos pesquisados não fizeram cursos adicionais, sendo que um deles saiu do curso de graduação em dezembro último. Todos os médicos, exceção de um, fizeram cursos, sendo que a maioria fez mais de um. Nesta população pesquisada são cerca de 63 cursos de capacitação suplementar, o que leva a pensar que o próprio emergencista além de buscar se capacitar adicionalmente, reconhece a necessidade de fazer essa capacitação, e a procura por conta própria (gráfico 10).

Somente um dos pesquisados recém-formado, trabalha na área há menos de um ano, e cerca de 75% dos médicos já o faz há mais de 5 anos o que sugere que de um modo geral, haja uma “população” por assim dizer de médicos que desejam a especialidade de emergencistas (gráfico 11).

Cerca de 50 por cento dos respondentes não trabalhou, em nenhum momento, em atendimento primário de urgência/emergência. São tipos de serviços diferentes, lidando com urgências/emergências (gráfico 12). Essa população de médicos que atendem em pronto socorro tem uma predileção bastante definida, em torno do atendimento secundário, permanecendo ainda no atendimento inicial do paciente, mas não em atendimentos externos. Esse dado pode sugerir uma diversidade de especialização.

No caso da pesquisa, cerca de 20 plantonistas trabalham até 40 horas semanais ou menos nesse vínculo (gráfico 13). Emergencistas declararam na média aritmética geral um total de 27 horas semanais trabalhadas somente em emergências (dado de tabulação do trabalho, anexado às fls 44), sem levar em consideração outros vínculos de trabalho. Há inúmeras outras tarefas realizadas por médicos durante o dia segundo Demografia Medica do Brasil, do CFM em 2014,

cerca de 22% dos médicos tinham um vínculo de trabalho, e até 12 % dos médicos tinham mais do que 5 vínculos de trabalho. Vínculo de trabalho aqui conforme conceitua a própria Demografia Médica do CFM, equivale a toda ocupação, vínculo empregatício, posto, cargo, função ou emprego médico remunerado. A conclusão é que a profissão médica se caracteriza pelo acúmulo e simultaneidade de trabalhos, sendo que a maioria dos médicos trabalha para mais de um empregador e tem, ao longo de sua jornada de trabalho, mais de um vínculo, e, portanto, nesse aspecto a pesquisa corrobora o dado da Demografia Médica do CFM.

Todos os pesquisados sentem-se seguros do ponto de vista técnico pessoal em seu trabalho. A alternativa “inseguro” não foi assinalada (gráfico 14).

Há variados motivos para insegurança entre os pronto socorristas, relacionados a estrutura, mas somente um refere-se ao aprendizado (gráfico 15). A maior parte dos pesquisados referiu insegurança no trabalho motivada por equipe ou estrutura. Um mesmo plantonista pode ter mais do que um motivo de insegurança que considere importante.

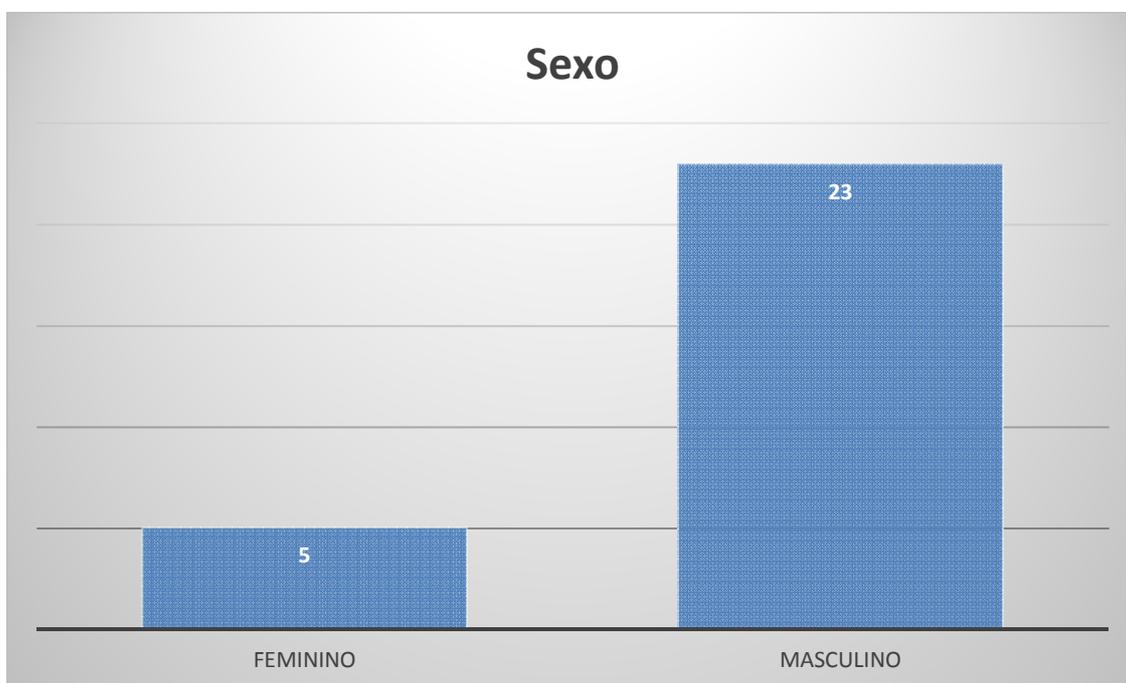
Gráfico 1 – Instituição de formação

Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 2 – Ano de graduação

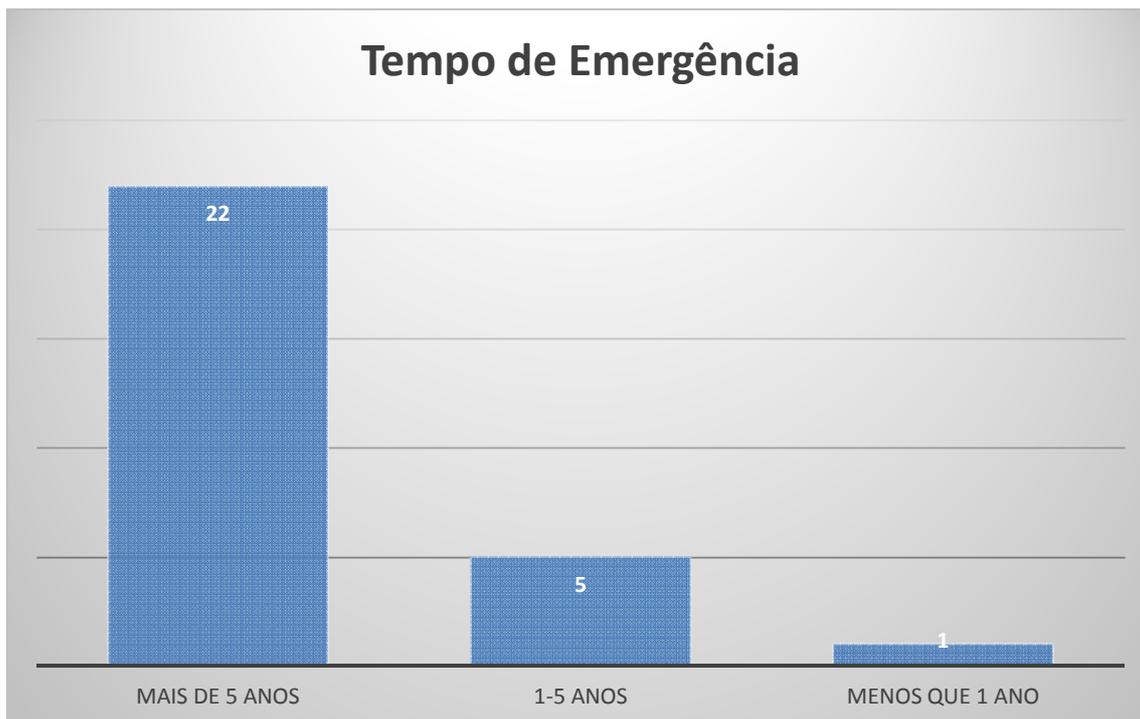
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 3 – Sexo



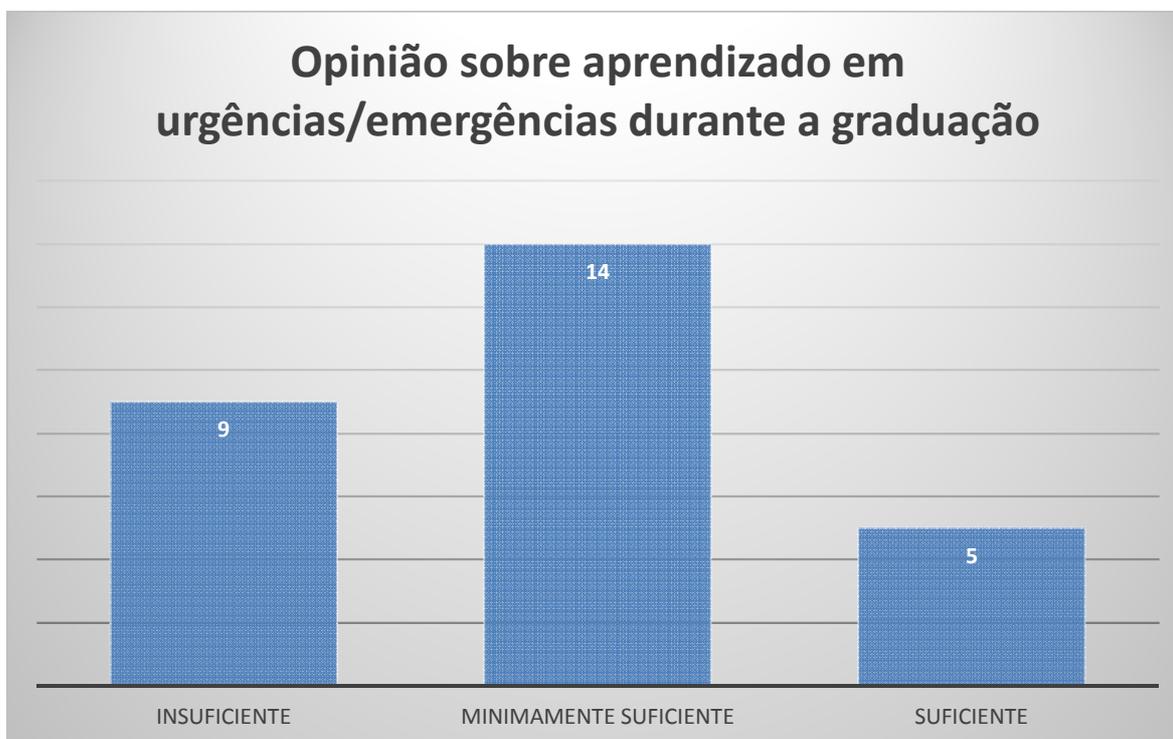
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 4 – Tempo de pronto socorro



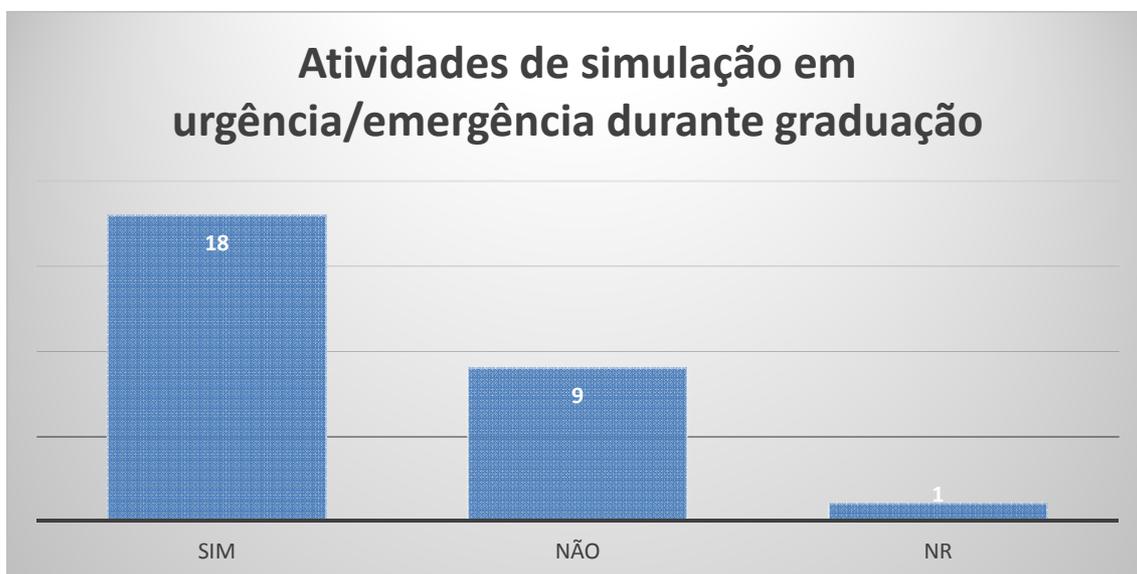
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 5 – Opinião sobre aprendizado em urgência/emergência durante a graduação



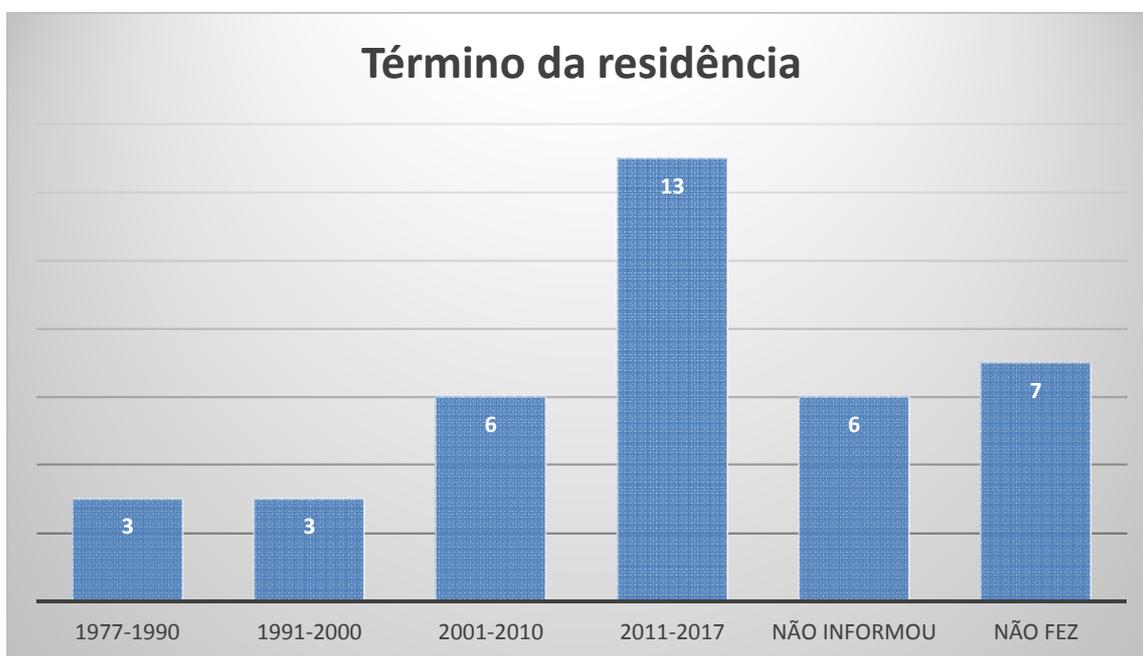
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 6 – Teve atividades de simulação em urgência/emergência durante graduação



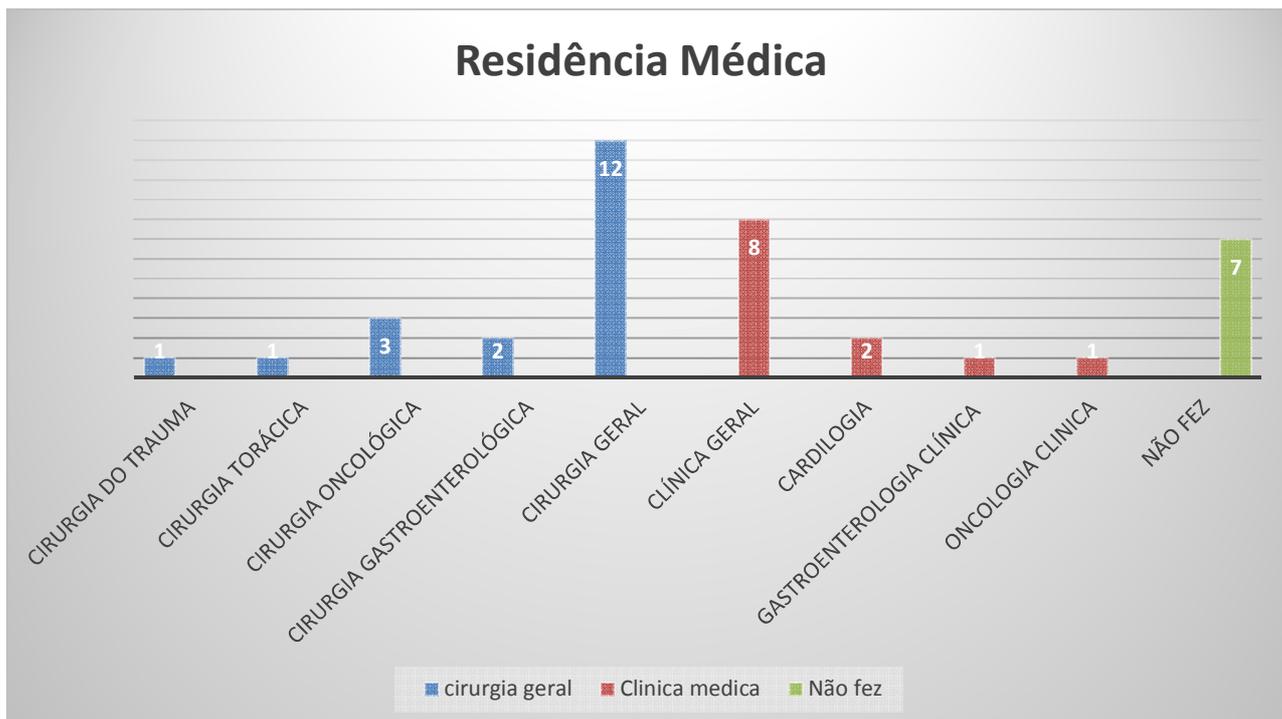
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 7 – Ano de término da residência



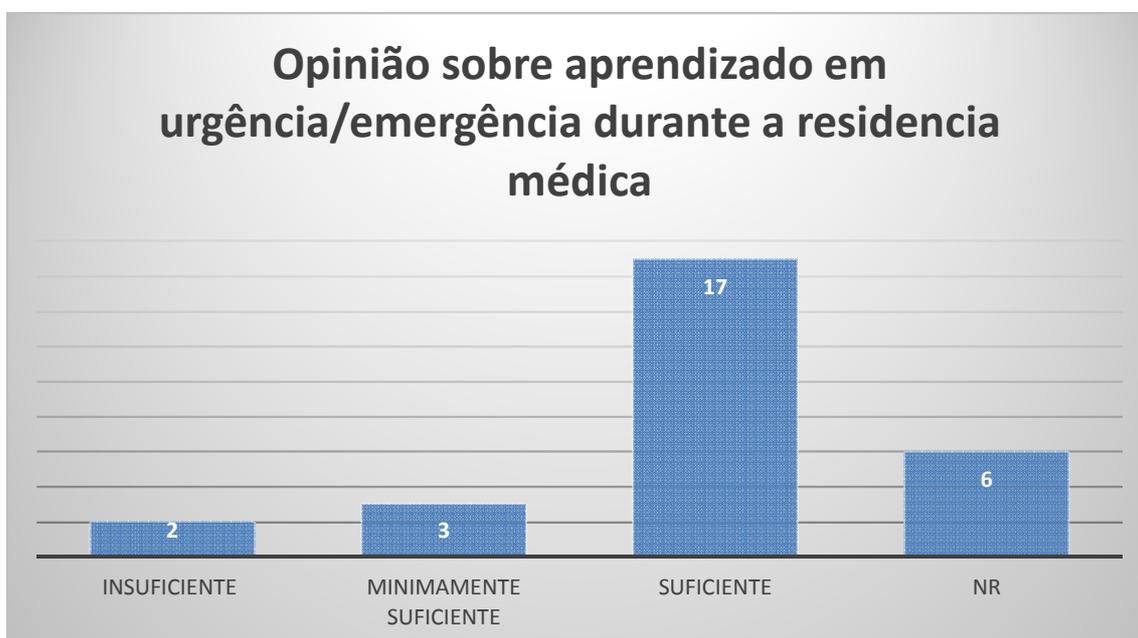
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 8 – Residência médica



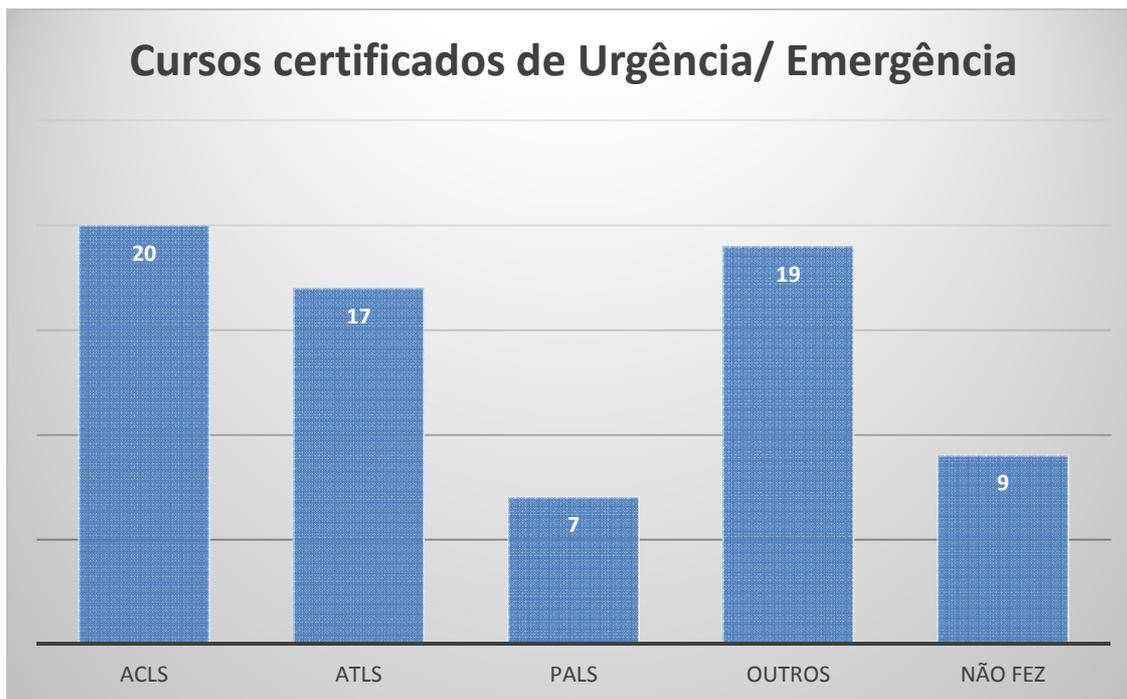
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 9 – Opinião sobre aprendizado em urgência/emergência durante residência



Fonte: Próprio Autor (2017)

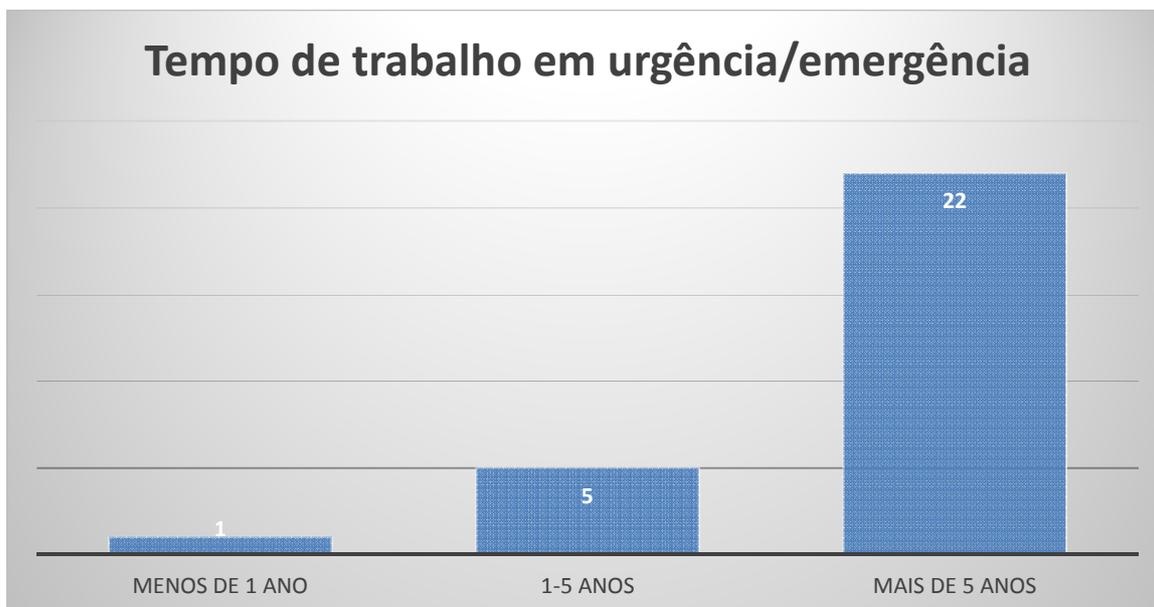
Gráfico 10 – Cursos certificados em urgência/emergência durante a educação continuada



Fonte: Próprio Autor (2017)

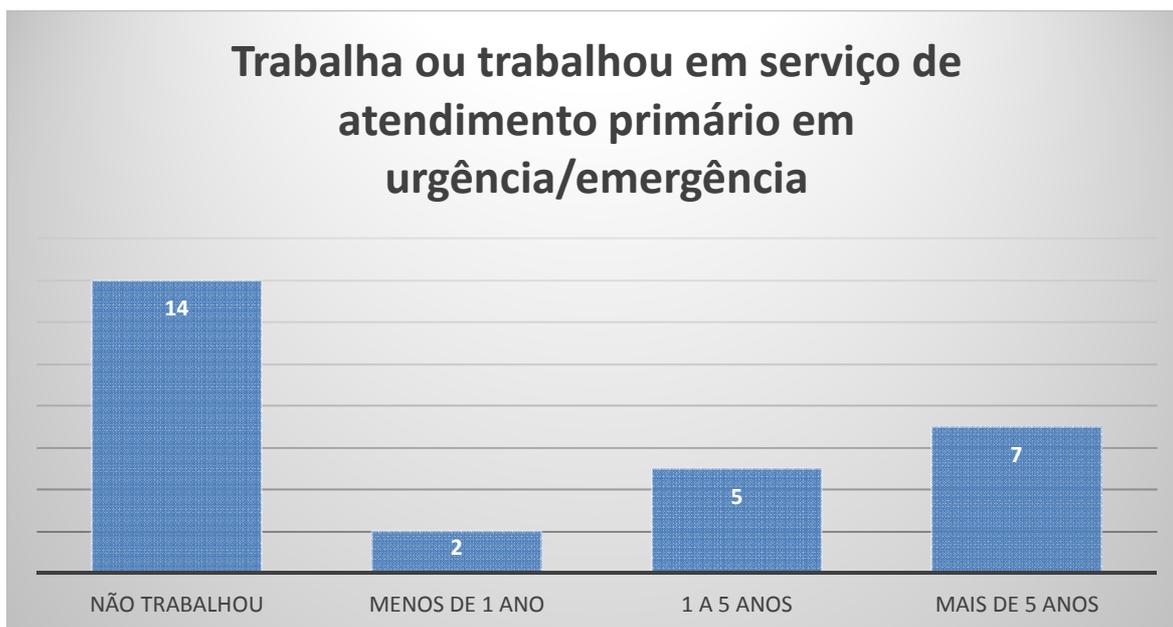
Outros: FCCS, DSTC, USET, PHTLS, Instrutor ATLS, CITIN, FCCS, FAST, E-FAST, Avaliação hemodinâmica, SAMU, Curso de urgência USP, Resgate aeromédico.

Gráfico 11 – Tempo de trabalho em urgência/emergência



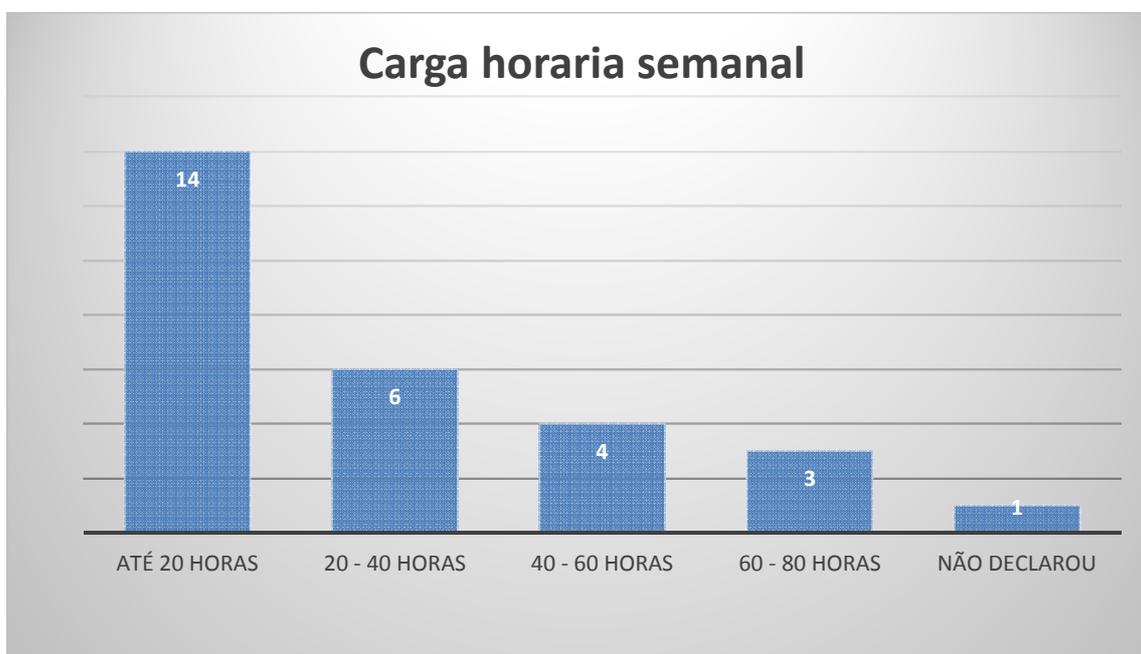
Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 12 – Trabalha/trabalhou em serviço de atendimento primário em urgência/emergência



Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 13 – Carga horária média semanal em urgência/emergência



Fonte: Próprio Autor (2017)

O quadro abaixo, refere-se ao Censo levado a efeito pelo CFM, em 2015, chamado Demografia Médica no Brasil, para efeito comparativo ao que encontramos em termos de carga horária dedicada a trabalho em emergência em nossa pesquisa

e é concordante que o médico exerce múltiplas funções, sendo que até 60 horas semanais dedicadas a emergência encontram-se quase 85 por cento dos entrevistados em Cascavel, e no Censo este valor chega a 70 por cento.

Quadro 1 - Demografia Medica no Brasil

Carga horária semanal em PS	Frequência	%	Intervalo de confiança 95%	
			Inferior	Superior
≤ 20 horas	124	5,2	4,3	6
20 - 40 horas	465	19,4	17,9	20,9
40 - 60 horas	1034	43	41,3	45,1
60 - 80 horas	371	15,5	14,1	16,9
≥ 80 horas	406	16,9	15,5	18,4
Total	2400	100		

Fonte: Demografia medica no Brasil – Censo – 2015

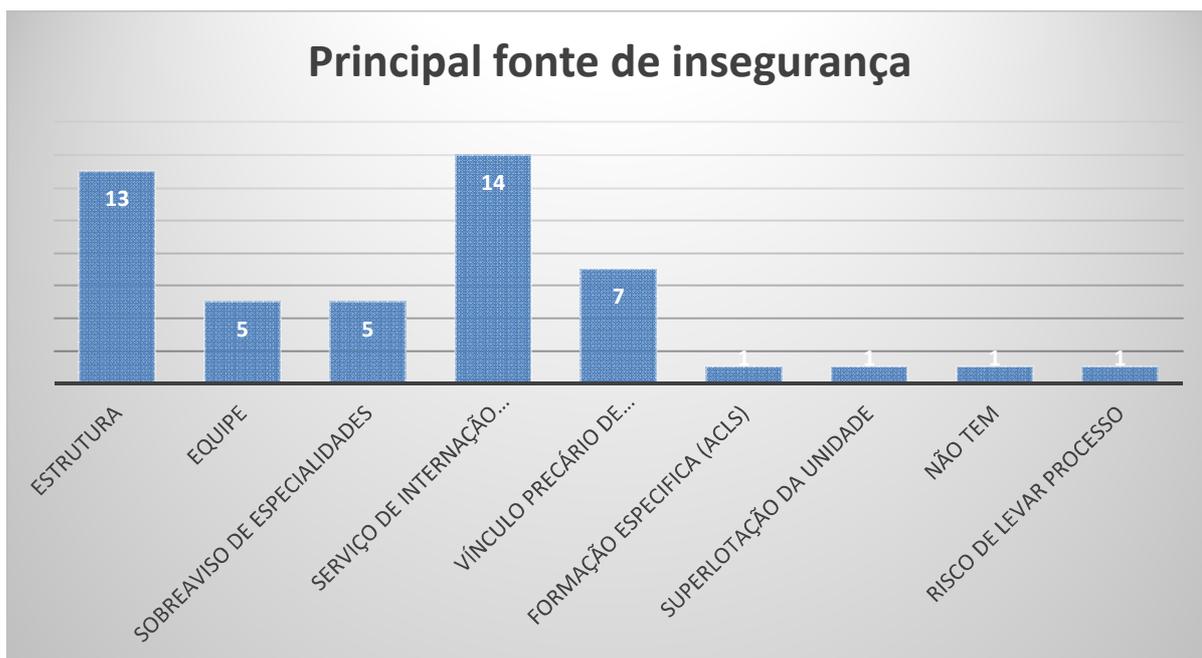
(<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12>)

Gráfico 14 – Como se considera em relação ao trabalho em urgência/emergência



Fonte: Próprio Autor (2017)

Gráfico 15 – Principal fonte de insegurança



Fonte: Próprio Autor (2017)

6 DISCUSSÃO

Uma grande parcela dos médicos recém-formados usa o trabalho em pronto atendimentos como forma de manter-se financeiramente, em fases iniciais da profissão (SWANWICK, 2013). Mesmo aqueles que se dedicam a realizar uma residência médica, realizam plantões em salas de emergência como forma de complementar os ganhos de conhecimento e financeiros. Isso acontece justamente pelo fato de haver uma complementação financeira e de haver horário flexível para serem cumpridas as jornadas sendo possível adequar aos horários do profissional com a rotina diária. Os médicos mais novos cumprem horários em fins de semana e os mais experientes cumprem os assim chamados horários mais nobres, com estatisticamente menor número de sinistros.

A necessidade de formação profissional medica específica e continuada deve orientar a política de educação permanente.

Essa somatória de fatores atrai os médicos mais novos, mais inexperientes e muitos profissionais sem uma clara formação de atendimento em emergências,

exatamente por não haver tal registro de especialidade no Conselho Federal de Medicina (incipiente ensino, em determinados serviços – destacam-se Hospital de Pronto Socorro em Porto Alegre e Hospital Masseurana, Fortaleza, Ceará), portanto não havendo fator limitante para tal prática, estando todavia, mais expostos a armadilhas que o próprio sistema cria, além da própria falta de preparo.

Os plantões em pronto socorro são em uma boa parcela das vezes realizados por recém-formados mas também por médicos experientados, além do fato de que há uma especialidade recém reconhecida pelo conselho federal de medicina e a busca constante pela diminuição da morbimortalidade. Um melhor, mais global atendimento ao paciente deixam vislumbrar duas vertentes de ação; melhorar educação específica na área emergencial ainda na graduação assim como reforçar a necessidade de reconhecimento e melhoria da especialidade, com incentivo à realização de residência médica e cursos de educação continuada, no sentido de estimular, junto aos médicos a dedicação à área.

O estudo foi levado a efeito para traçar um perfil do médico que atende hoje nas emergências em Cascavel, e suas inseguranças/necessidades em função de tentar contribuir diminuindo a morbimortalidade no atendimento do paciente emergencial. É importante o atendimento inicial no pronto socorro, em relação à diminuição da morbimortalidade do paciente grave, há uma responsabilidade vinculada a um início de diagnóstico e/ou encaminhamentos adequados. Na elaboração da educação continuada para os emergencistas poderá ser aplicada metodologia ativa tal como EAD ou simulação, de maneira a atender os requisitos de educação e atualização do conhecimento.

A concretização de um programa de residência médica, em consonância com a COREME e MEC, estimulando-se o reconhecimento da Especialidade, atrairia uma parcela dos médicos, além de já ter um público característico sendo mais uma oportunidade de organizar o ensino com melhor aproveitamento.

O atendimento inicial no pronto socorro reveste-se de especial importância, no que concerne ao atendimento do paciente grave, que exige por vezes em um primeiro atendimento uma atitude que possa salvar a vida. Países desenvolvidos, como Estados Unidos têm programa de residência médica em emergências estruturados, há décadas. Em países como Espanha, há um forte movimento de

estabelecimento de um programa de residência médica em emergências. Há trabalhos revisando essas diferenças entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos (SANTOS, 2013), sugerindo que a estruturação da residência médica em urgências está associada ao status de país desenvolvido. Na Espanha, cerca de dez por cento dos médicos chegam a ter especialidades de emergencista (TORANZO; ARAMBURU, 2010 *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (Supl. 1): 13-18); também referem que os Serviços de Urgência têm alta qualidade e sobrecarga assistencial por serem estratégicos no funcionamento do Sistema de Saúde.

O médico que atende no pronto socorro tem diante de si, frequentemente uma decisão necessariamente rápida, e de cuja vida ali à sua frente depende. Muitas vezes o atendimento inicial no pronto socorro é fundamental para a prevenção de sequelas, ou manutenção da vida. Em cidades de médio e grande porte, o atendimento primário da urgência/emergência já não é mais exercido por esse profissional, e sim pelo profissional do SIATE/SAMU, que no próprio local de atendimento procura estabilizar (nem sempre possível), e transportar o paciente até a segurança do pronto socorro. Uma vez deixado no pronto socorro, fica a cargo e responsabilidade do plantonista. A Portaria 1863, de 2003 do Ministério da Saúde, cria as Centrais reguladoras de vagas em todo o território nacional, e estas por sua vez, amparadas pela lei, passam a regular os leitos, inclusive os chamados de “vaga zero” de modo que nenhum centro de referência possa, na prática, recusar o atendimento de paciente regulado pela central. Juntamente a essas políticas tem havido uma diminuição progressiva dos leitos que servem ao SUS, e quando se vê todo esse conjunto, verifica-se que o volume de trabalho do pronto socorrista tende a aumentar, assim como as responsabilidades e a gravidade dos pacientes, dos quais uma parcela não chegaria ao pronto socorro, mas com atendimento pré-hospitalar estruturado acaba chegando. São doentes particularmente graves, esses últimos, e que precisam sobremaneira que o médico que os atenderá tenha toda qualificação possível (SANTOS, 2013), sendo inclusive e preferencialmente premiado ao se aprimorar, no intuito de motivar o profissional como cita Andreia Zeferino (Cadernos ABEM http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM_Vol03.pdf)

7 CONCLUSÃO

A pesquisa demonstrou que os médicos que atendem pronto socorro na cidade de Cascavel tendem a se manter aperfeiçoados, e buscam conhecimento através dos diversos cursos de capacitação existentes.

Nenhum médico pesquisado fez capacitação em emergência propriamente dita, como área de atuação, nem residência de medicina de emergência, muitos fizeram as mais variadas residências médicas.

O incentivo para a formatação de um curso de residência médica, cuja especialidade seja reconhecida pela Associação Médica Brasileira certamente encontrará um público formado tanto de jovens médicos quanto de colegas mais experimentados, que são uma população que já trabalha ou quer trabalhar na especialidade. Nesse sentido fica claro que os médicos que se dedicam a essa especialidade procuram por si só cursos de aprimoramento, e de atualização, traduzindo a ânsia de saber, dessa população de médicos.

Essa especialização na medicina de emergência ajudará a melhorar o atendimento de pacientes graves, com conseqüente aumento de sobrevida e melhoria do atendimento à população por melhor qualificação.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA MÉDICA. **Mudanças nas residências médicas e titulação de especialistas e área de atuação.** 24 jul. 2017. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/mudancas-nas-residencias-medicas-e-titulacao-de-especialistas-e-area-de-atuacao?_ms=58beb9b38c3fb60932b35286>. Acesso em: 30 jul. 2017.

Andreia Maria Bicudo Zeferino, Silvia Maria Richeto Ronchim Passeri, **Cadernos da ABEM**, <http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEMVol03.pdf> .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 25 jul. 2017.

CAMPOS, M.C.G.; SENGER, M.H. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1-5, out./dez. 2013.

Conselho Federal de Medicina. **Demografia Médica no Brasil 2015.** Disponível <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12>

PAZIN FILHO, A.; SCARPELIN, S. Medicina de emergência na FMRP-USP: você pode fugir, mas não há como se esconder! **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 432-443, 2010.

SANTOS, A.C.S. **Educação permanente em um serviço de, urgência e emergência.** 2013. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SANTOS, J.F.S. Avaliação no ensino a distância. **Revista Iberoamericana de Educación**, v. 38, n. 4, p. 1-8, 10 abr. 2006.

SHAPPELL, E.; AHN, J. A needs assessment for a longitudinal emergency medicine intern curriculum. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 18, n. 1, p. 31-34, 2017.

SWANWICK, T. (Ed.) **Understanding medical education: evidence, theory and practice**. 2. ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2013.

TORANZO, T.; ARAMBURU, F. Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 33, supl. 1, p. 13-18, 2010.

Resolução Conselho Federal de Medicina 2.162/2017. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2162>

Resolução Conselho Federal de Medicina 2077/2014. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2014/2077_2014.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, (nome), _____,
(nacionalidade) _____, (idade) _____, (estado civil) _____,
(profissão) _____, (endereço) _____,
(RG) _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “Perfil de formação do profissional médico que atende nos pronto socorros de cascavel, cujo escopo é identificar o perfil de formação do profissional embasando a necessidade de formação específica além de cursos de formação continuada no sentido de atualizar e treinar esses médicos de atendimento primário podendo inclusive ser lançada mão de treinamento através de simulação. Minha participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário que serve como metodologia investigativa no levantamento de dados fundamentais a pesquisa.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, não posso esperar benefícios.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, estou ciente de que as respostas fornecidas, ainda que se sigam as normas, não será divulgada fonte nominal, fará parte dos dados que pressupõe o resultado da pesquisa.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

O pesquisador envolvido com o referido projeto é Antonio Carlos de Andrade Soares sob orientação do Prof. Dr. Roberto Esteves e com eles poderei manter contato pelos telefones: (45) 99922.5855, e endereço virtual: acarlos111@hotmail.com.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: pelo pesquisador em dinheiro ou mediante depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Cascavel, XX de XXX de 2017.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste Médico para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento e ter ciência das normativas da resolução 466/12.

Antonio

Carlos

de

Andrade

Soares

Apendice B

5.1 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1.1 Questionário aplicado

1. Em que ano se formou?

Em qual instituição?

2. Sexo

() masc () fem

3. Há quanto tempo atende em Pronto Socorro (menos de um ano, um a cinco, mais de cinco anos)?

4. Durante sua graduação você crê que seu aprendizado de urgência/emergência foi:

Insuficiente ()

Minimamente suficiente ()

Suficiente ()

5. Durante sua graduação você teve atividades em ambiente controlado/simulado em urgência/emergência?

6. Fez Residência Médica? ()S ()N

Em que?

Em que ano terminou?

7. Durante seu tempo de residência crê que seu aprendizado de urgência/emergência foi:

Insuficiente ()

Minimamente suficiente ()

Suficiente ()

8. Durante sua educação continuada você fez algum curso certificado em urgência/emergência (atls/acls/outros) () sim () não

Qual?

9. Há quanto tempo trabalha em urgência/emergência ?

menos de um ano (), um a 5 anos (), mais de 5 anos ()

10. Trabalha ou trabalhou em sistema de primeiro atendimento remoto em urgência/emergência (siate/samu/outros) () sim () não
- Quanto tempo?
- () menos de um ano, () de um a 5 anos ou, () mais de 5 anos
11. Qual sua carga horária média mensal atual de trabalho urgência/emergência (horas)
12. Como você se considera em relação ao trabalho em urgência/emergência?
- () Totalmente inseguro
- () Parcialmente inseguro
- () Indiferente (nem seguro, nem inseguro)
- () Parcialmente seguro
- () Totalmente seguro
13. Sua principal fonte de insegurança para o trabalho na urgência emergência é :
- () Estrutura
- () Equipe
- () Sobreaviso de especialidades
- () Serviço de internação (leitos/uti)
- () Vínculo precário de trabalho
- () Outros (citar) _____

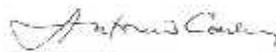
APÊNDICE C – Permissões dos Diretores dos Pronto Socorros e Hospitais

Dr. Luis Carlos Toso

Digno Diretor do Pronto Socorro do Hospital São Lucas de Cascavel

Solicito a permissão de V. S. para que plantonistas da unidade de pronto socorro que o Sr dirige (somente aqueles que concordarem por escrito) respondam a um questionário de treze perguntas no intuito de alimentar Tese de Mestrado do estudo sobre a formação do médico que atende em pronto socorro, em geral, na cidade de Cascavel, Pr. Tal estudo poderá embasar futuras ações no sentido de melhorar o atendimento e a resolutividade

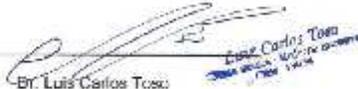
Cascavel, 10 de Maio de 2017.



Antonio Carlos de Andrade Soares

CRM 12.151 Fone 99822.56.55

Autorizo os plantonistas a responderem o questionário



Dr. Luis Carlos Toso

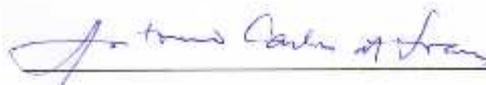
Luis Carlos Toso
CRM 12.151 Fone 99822.56.55

Dr. Sergio Bader

Digno Técnico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Solicito a permissão de V. S. para que alguns plantonistas da unidade de pronto socorro no hospital que o Sr dirige (somente aqueles que concordarem por escrito) respondam a um questionário de treze perguntas no intuito de alimentar Tese de mestrado de estudo coorte sobre a formação do médico que atende em pronto socorro em geral na cidade de Cascavel. Tal estudo poderá embasar futuras ações no sentido de melhorar o atendimento e a resolutividade.

Cascavel, 08 de Maio de 2017.



Antonio Carlos de Andrade Soares

CRM 12.151 Fone 99922.58.55

Autorizo os plantonistas a responderem o questionário



Dr. Sergio Bader

APÊNDICE D – Tabulação dos Dados da Pesquisa

1 - Intituição de Graduação			
UNIOESTE	9		
FURB	1		
FEPAR	2		
UFMS	1		
UNOESTE	1		
UFPR	1		
UCS	1		
UNITEPC	1		
UFPEL	2		
UFSM	1		
PUCPR	1		
UEL	2		
FIMCA	1		
UFRGS	1		
FURG	1		
UPF	1		
Instituto de ciencias medicas de Havana	1		
1 - Ano de Graduação			
1977	1		
1984	1		
1985	2		
1988	1		
1993	1		
1998	1		
1999	1		
2000	1		

2002	1		
2004	2		
2005	2		
2006	1		
2007	1		
2009	2		
2010	3		
2011	1		
2012	2		
2013	1		
2015	1		
2016	2		
2- Sexo			
Masculino	23		
Feminino	5		
3- Tempo de Pronto Socorro			
Mais de 5 anos	22		
1-5 anos	5		
Menos de 1 ano	1		
4 - Opinião sobre aprendizado em urgência/emergência durante a graduação			
Insuficiente	9		
Minimamente suficiente	14		
Suficiente	5		
5 - Teve atividades de simulação em urgência/emergência			
Não	9		
NR	1		

Sim	18		
6 - Ano de formação de residência			
1987	1		
1989	2		
1992	1		
1998	1		
2000	1		
2003	1		
2006	1		
2007	1		
2008	1		
2010	2		
2011	1		
2012	1		
2015	8		
2016	1		
2017	2		
Não fez	7		
6 - Residência	Cirurgia Geral	Clinica Médica	Não fez
Cirurgia do Trauma	1		
Cirurgia Torácica	1		
Cirurgia Oncológica	1		
Cirurgia Gastroenterológica	1		
Cirurgia Geral	12		
Clínica Geral		8	
Cardiologia		2	
Gastroenterologia clínica		1	
Oncologia clínica		1	
Não fez			7

7 - Opinião sobre aprendizado em urgência/emergência durante a residência			
Insuficiente	2		
Minimamente suficiente	3		
Suficiente	17		
NR	6		
8 - Curso certificado em urgência/emergência durante a educação continuada			
Resgate aeromédico	1		
Curso de urgência USP	1		
SAMU	1		
ATLS	17		
ACLS	20		
PALS	7		
FCCS	3		
DSTC	1		
USET	1		
Sim (Não informou qual)	2		
Não fez	3		
PHTLS	4		
Instrutor ATLS	1		
CITIN	1		
FCCS	3		
FAST	3		
E-FAST	1		
Avaliação hemodinâmica	1		
9 - Tempo de trabalho em urgência/emergência			
1-5 anos	5		

Mais de 5 anos	22		
Menos de um ano	1		
10 - Trabalha/trabalhou em serviço de atendimento primário em urgência/emergência			
1-5 anos	5		
Mais que 5 anos	7		
Menos de um ano	2		
Não trabalhou	14		
11 - Carga horária média mensal em urgência/emergência			
Não informou	1		
8h	1		
24-36h	2		
30h	1		
36-48h	1		
40h	2		
58h	1		
60h	4		
72h	1		
80h	1		
96h	1		
120h	3		
126h	1		
130h	1		
180h	1		
200h	1		
240h	2		
250h	1		
300h	2		

12 - Como se considera em relação ao trabalho em urgência/emergência			
Parcialmente seguro	19		
Totalmente seguro	9		
13 - Principal fonte de insegurança			
Equipe	5		
Formação específica - ACLS	1		
Superlotação da unidade	1		
Vínculo precário de trabalho	7		
Não tem	1		
Serviço de internação	14		
Risco de levar processo	1		
Sobreaviso de especialidades	5		
Estrutura	13		