
ARTIGO ORIGINAL

Os serviços de emergências hospitalares do estado de santa catarina: um estudo exploratório¹

Monique Viana de Sousa², Armando José d'Acampora³, Marta Rinaldi Muller⁴, Rachel Duarte Moritz⁵, Anastácio Kotzias Neto⁶

Resumo

Introdução: O sucesso da assistência prestada nos Serviços de Emergência (SE) depende da interação entre recursos humanos e tecnológicos, aliados à estrutura organizacional.

Objetivo: Avaliar as Emergências Hospitalares de SC cadastradas no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC), entre maio de 2005 a outubro de 2006.

Métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo. Avaliaram-se 161 SE Hospitalares dos 334 estabelecimentos cadastrados como emergência e/ou pronto-atendimento. Aspectos físicos, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e recursos humanos foram analisados. Os SE foram classificados em ordem decrescente de complexidade, segundo critérios formulados pelo CREMESC, em tipos 1, 2, 3 e 4.

Resultados: Observou-se um predomínio dos SE tipo 4 (44%), onde 22,5% encontravam-se na região

Oeste. As unidades tipo 1 contabilizaram 11%, concentradas nas regiões Norte (33,5%) e Leste (16,5%). Cerca de 85% das unidades tipo 3 e 4 localizavam-se em municípios de pequeno porte. Dos 1474 médicos lotados nos SE, 78% eram homens e 79% formados há mais de 15 anos. Dentre os especialistas, evidenciaram-se os médicos internistas (22%), seguidos dos pediatras (16%), ginecologistas e obstetras (8,5%), cirurgiões gerais (6,5%), ortopedistas (5%), anestesistas (3%) e médicos do trabalho (3%). Profissionais sem especialidade perfizeram 12% da amostra.

Conclusões: Mais da metade (73,5%) dos SE hospitalares do Estado atuam aquém do idealizado para um atendimento satisfatório. Apenas 11% das Emergências Hospitalares de SC contemplaram os pré-requisitos estabelecidos pelo CREMESC. Municípios de maior densidade populacional tendem a comportar os SE de maior nível de complexidade. Somente 20% dos médicos são recém-formados.

Descritores: 1. Serviço Hospitalar de Emergência; 2. Serviços Médicos de Emergência; 3. Emergências.

Abstract

Background: The success of care provided at the Emergency Services (ES) depends on the interaction between the human and technological resources, combined with organizational structure. **Objective:** This study aims to evaluate Hospital's Emergencies in Santa Catarina (SC) registered in CREMESC, from May 2005

¹ Trabalho realizado no Grupo de Pesquisa TOCE/UFSC e no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC)

² Aluna do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

³ Cirurgião Geral do Hospital Florianópolis. Professor de Técnica Operatória da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

⁴ Médica especialista em Hematologia, Médica do CEPON, Conselheira do CREMESC.

⁵ Professora de Medicina de Urgência (UFSC), Mestre em Ciências Médicas (UFSC), Doutora em Engenharia (UFSC).

⁶ Médico especialista em Ortopedia e Traumatologia, Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Professor (UNISUL), Mestre e Doutor em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

to October 2006.

Methods: It is an observational, transversal and descriptive study. It was evaluated 161 Hospital ES from 334 institutions registered as emergency medical service in the CREMESC's files. Physical aspects, diagnostic and therapeutic services and human resources were analyzed. ES were ranked in descending order of complexity, according to the criteria formulated by CREMESC in types 1, 2, 3 and 4.

Results: There was a predominance of type 4 ES (44%), of which 22,5% were in the western region. The type 1 ES accounted for 11%, concentrated in the North (33,5%) and East (16,5%) regions. About 85% of such 3 and 4 units were located in small cities. Among 1474 emergency physicians, 78% were men and 79% were graduated at least 15 years ago. Physicians specializing in internal medical care totaled 22%, followed by pediatricians (16%), gynecologists and obstetricians (8,5%), general surgeons (6,5%), orthopedists (5%), anesthesiologists (3%) and work doctors (3%). General physicians totaled 12%.

Conclusions: More than half (73,5%) of Hospital ES in SC works in unsatisfactory conditions. Only 11% of Hospital's Emergencies in SC filled prerequisites set by CREMESC. Cities with higher population density tend to have the ES with higher level of complexity. Only 20% of doctors are newly graduated.

Keywords:

1. *Emergency Service;*
2. *Hospital;*
3. *Emergency Medical Service;*
4. *Emergencies.*

Introdução

A situação dos Serviços de Emergência (SE) é, hoje, motivo de preocupação para a comunidade médica e a população em geral, haja vista que a utilização desses serviços tem tido um importante crescimento nas últimas décadas.^{1,2}

Estudos conduzidos nos Estados Unidos mostram que, entre 1992 e 2002, houve um crescimento de 23% nas consultas realizadas nos SE.³ Na Espanha, Núñez Diaz relata um aumento de 6,9% de 2001 a 2003.⁴

Segundo Ocaña, a causa da superlotação nas unidades de emergência é multifatorial. A saturação nos

postos de assistência básica, o acesso fácil ao profissional médico, a expectativa dos pacientes em receber atendimento especializado e recorrer a recursos tecnológicos nesses serviços mostram-se como importantes determinantes da preferência pelas portas de emergência.⁵

Na atenção básica, a forma como estão organizados os serviços, nos quais a prioridade é o paciente agendado, faz com que usuários sejam encaminhados informalmente aos serviços de pronto-atendimento/emergências quando há excesso de demanda ou quando a expectativa do usuário pelo que é ofertado no serviço não é correspondida.³

Dessa forma, os SE acabam por funcionar como portas desvirtuadas de entrada no sistema de saúde, acolhendo pacientes de real urgência, pacientes com quadros percebidos como urgência, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais.^{2,3,5,6,7}

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1451/95, define como Urgência "a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já Emergência seria a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato".⁸ Esse é o conceito que será utilizado para definir emergência neste trabalho.

O CREMESC a fim de manter seus registros atualizados e notificar quaisquer irregularidades encontradas para que sejam tomadas as devidas providências, tem como função institucional, fiscalizar as unidades de saúde.

A atuação efetiva do CREMESC dá-se à organização do sistema por rede hierarquizada, cuja base constitui-se nas Delegacias Regionais. Há, no Estado, um total de 18 Delegacias Regionais: Aranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Curitiba, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Lages, Mafra, Porto União, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Tubarão e Xanxerê.

Nesse contexto, surgiu a proposta deste trabalho, elaborada pela Fiscalização do CREMESC, no intuito de fiscalizar as Emergências Catarinenses, atualizar registros e obter um diagnóstico global da situação atual desse tipo de serviço em Santa Catarina.

Objetivo

Avaliar as Emergências Hospitalares do Estado de

Santa Catarina cadastradas no CREMESC, no período de maio de 2005 a outubro de 2006.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa.

A amostra foi identificada após consulta nos arquivos do CREMESC dos Estabelecimentos de Saúde registrados como Emergência e Pronto Atendimento no Estado de Santa Catarina.

Entre maio de 2005 a outubro de 2006, foram visitados 334 Estabelecimentos de Saúde cadastrados como Emergência ou Pronto Atendimento, dos quais 127 não foram caracterizadas como emergências hospitalares. As restantes 207 foram submetidas aos critérios de inclusão e exclusão de acordo com o padrão exigido pelo estudo.

Foram incluídos no estudo os Estabelecimentos de Saúde classificados como Emergências Hospitalares, tanto de Hospitais Gerais quanto de Hospitais Especializados, efetivamente vistoriados e que prestassem atendimento de urgência e/ou emergência.

Compuseram a amostra, dessa forma, 161 Emergências Hospitalares.

Excluíram-se da amostra todas as Emergências não Hospitalares, assim como as Emergências Hospitalares que não foram vistoriadas e, ainda, as que, apesar de estarem registradas como Emergências, não prestavam atendimento de urgência e/ou emergência à população.

Nesse contexto, foram excluídas 25 unidades que não se caracterizavam por Emergência e 21 estabelecimentos que não foram vistoriados, além das 127 Emergências não Hospitalares, caracterizando 173 estabelecimentos excluídos por não preencherem os requisitos necessários.

Fiscalização

Após delimitação dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados como Emergências, os mesmos foram distribuídos segundo a abrangência das Delegacias Regionais. A vistoria de cada unidade selecionada ocorreu por meio de técnicos dessas Delegacias, previamente treinados, por meio de preenchimento de questionário estruturado aplicado ao Diretor Clínico do Hospital e verificação *in loco* dos serviços de emergência.

A Fiscalização contou com a participação dos

médicos fiscais do CREMESC, através da realização de vistoria particularmente em Florianópolis e auxílio nas regiões que apresentaram dificuldades na captação dos dados.

Os pesquisadores responsáveis pela fiscalização elaboraram protocolo para fiscalização de cada serviço de emergência, com questões fechadas, contendo os seguintes itens:

a) Identificação da pessoa jurídica: Número de inscrição; nome do estabelecimento; endereço; Cidade e Delegacia; Diretor Clínico e Técnico; Classificação; e Natureza Jurídica.

b) Aspectos físicos da emergência: área (resolução do CFM 1451/95). Diversas variáveis aqui foram levantadas, a saber: sala de reanimação; sala de cirurgia séptica e asséptica; salas de triagem; isolamento; gesso; posto de enfermagem; facilidade de acesso externo; condições de ventilação e iluminação; condições dos banheiros e fluxo de pacientes na recepção.

c) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da pessoa jurídica: também estruturado sobre as normas da resolução supracitada. Contempla as seguintes variáveis, segundo os seguintes critérios: 12h; 24h; próprio; externo; não existe; e não funciona. São elas: laboratório; hematologia; radiologia; Centro Cirúrgico; Unidade Coronariana; UTI; Eletrocardiógrafo; Radiologia; Ultrassonografia; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Farmácia; Sala de Emergência; Carrinho de Emergência; Desfibrilador; Oxímetro; Torpedo de oxigênio e de ar comprimido; Raios-X portátil; monitor cardíaco; ambu; laringoscópio; ventilador mecânico; caixa de traqueostomia; aspirador de secreções; gerador de energia.

d) Recursos Humanos da Emergência: as variáveis foram aqui distribuídas segundo os seguintes critérios: turno, plantão e sobreaviso nas seguintes áreas: Clínica médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Cardiologia; Ginecologia e Obstetrícia; Ortopedia e Traumatologia; Anestesiologia.

e) Conclusão: observações complementares quanto à classificação ou não como SE.

Classificação das Emergências

O CREMESC embasado na Resolução do CFM 1451/95, elaborou classificação própria dos SE, considerando dados de infra-estrutura, equipamentos, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, além de corpo clínico, como tripés para um adequado funcionamento desse tipo de

estabelecimento.

Decorrente disso houve quatro categorias de classificação estruturadas de forma decrescente em complexidade, sendo a primeira o melhor nível de prestador e a última, o mais prejudicado nesse aspecto:

a) Tipo 1: (Emergência/Hospital com todos os critérios avaliados) : sala de reanimação na Emergência; sala de cirurgia séptica; sala de cirurgia asséptica; sala de gesso no Hospital; eletrocardiograma; hematologia; radiologia; farmácia; laboratório de análises clínicas; centro cirúrgico; unidade de terapia intensiva; oxímetro na emergência; desfibrilador; monitor cardíaco; laringoscópio; ambu; torpedo de oxigênio; ar comprimido; traqueostomia; médico clínico 24h; médico cirurgião 24h; médico Anestesiologista 24h.

b) Tipo 2: (Emergência/Hospital com os critérios básicos avaliados): sala de reanimação na Emergência; hematologia; radiologia; centro cirúrgico; oxímetro na Emergência; desfibrilador; monitor cardíaco; eletrocardiograma; laringoscópio; ambu; torpedo de oxigênio; ar comprimido; médico 24h.

c) Tipo 3: (Emergência/Hospital com os critérios mínimos avaliados): eletrocardiograma; desfibrilador; laringoscópio; ambu; torpedo de oxigênio; médico 24h.

d) Tipo 4: (Emergência/Hospital sem um dos critérios mínimos avaliados): eletrocardiograma; desfibrilador; laringoscópio; ambu; torpedo de oxigênio; médico 24h.

Os municípios contidos neste estudo foram classificados segundo a população recenseada e estimada para cada cidade de Santa Catarina em 2007, consoante o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em cidades de pequeno, médio e grande porte. Cidades de pequeno porte: municípios com densidade populacional de até 50 mil; cidades de médio porte: cidades com 50 mil a 100 mil residentes; cidades de grande porte: municípios com taxa populacional superior a 100 mil.

O presente estudo foi aprovado pela Diretoria do CREMESC, em plenário.

Resultados

Foram avaliadas 161 unidades de Emergências Hospitalares. A classificação dos SE segundo os critérios estabelecidos pelo CREMESC pode ser observada na figura 1.

A distribuição dos SE segundo o porte municipal demonstrou o predomínio das unidades Tipo 3 e 4 em municípios com até 50.000 habitantes, conforme

demonstrado na figura 2.

Dos SE estudados, verifica-se que hospitais de grande porte comportavam 61% (n=11) dos SE Tipo 1 (todos os critérios avaliados), 32% (n=8) das unidades Tipo 2 (critérios básicos avaliados), 2% dos SE Tipo 3 (critérios mínimos avaliados) e 1,4% do Tipo 4 (sem um dos critérios mínimos avaliados). Em contrapartida, hospitais de pequeno porte caracterizaram-se pela prevalência dos SE Tipo 3 e 4, com 68% (n=32) e 63% (n=45), respectivamente. Nesses hospitais, 7% de seus SE eram do Tipo 2 e nenhuma unidade Tipo 1 pôde ser encontrada.

Ao avaliar-se o corpo clínico, constatou-se um total de 1474 médicos lotados nos SE catarinenses, dentre os quais 78,16% (n=1152) do sexo masculino contra 21,84% (n=322) do sexo feminino. Entre os profissionais, 90% (n=1327) estavam lotados em apenas um SE Hospitalar, 9,5% (n=140) em dois serviços e apenas 0,5% (n=7) em três unidades de Emergência. Quanto ao local de formatura, 83,37% (n=1229) dos médicos estudados concluíram o Curso de Graduação em Medicina na Região Sul, 12,6% (n=186) na Região Sudeste, 1,28% (n=19) na Região Nordeste e 1,27% (n=19) nas demais regiões. Do Exterior, procederam 1,08% da amostra (n=16).

Aproximadamente a metade dos médicos (46%) tem mais estão formados há mais de 15 anos, conforme ilustrado na figura 3.

As especialidades médicas atuantes nos SE catarinenses estão listadas na tabela 1, com destaque para os médicos internistas com 22% (n=322) e os pediatras com 16% (n=236). A alocação das especialidades segundo a classificação dos SE pode ser contemplada na figura 4.

Discussão

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde.

A mudança no perfil de morbi-mortalidade da população tem apontado para um aumento expressivo nos agravos e nas doenças cuja demanda de atenção imediata os coloca como situação de urgência e/ou emergência. A necessidade crescente de manter uma estrutura humana e tecnológica permanentemente a postos para essas situações apresenta-se como um

desafio tanto para o setor público quanto para o setor privado.

De outra maneira, o aumento substancial e súbito das populações dos centros metropolitanos, fruto da migração na busca por melhores condições de trabalho, educação e saúde, faz com que essas metrópoles não tenham tempo hábil para montar uma estrutura para o adequado atendimento à educação e à saúde básica da população.

A decisão em se realizar uma pesquisa sobre o perfil do médico e das emergências do Estado de Santa Catarina é motivo de preocupação constante por parte do CREMESC em avaliar e apresentar aos gestores em saúde a atual conjuntura desses serviços ofertados à população, devido ao crescimento e ao desenvolvimento desordenado nos SE observado nos últimos anos.

A tríade mais conhecida para avaliação dos serviços de saúde foi descrita por Donabedian, em 1960, considerando três aspectos: 1. a estrutura; 2. o processo e 3. o resultado assistencial.^{9,10}

Enfoca-se no estudo em tela a estrutura dos SE, o qual considera além da infra-estrutura, a área de corpo clínico e o arsenal tecnológico.

Nessa amostra, foram avaliadas 161 unidades de Emergências Hospitalares. Consoante os critérios de classificação dos SE estabelecidos pelo CREMESC, observa-se um predomínio das unidades Tipo 4 (44%), que dispõem de poucos recursos e *déficit* em sua infra-estrutura, ora por carência de material, ora por falha no atendimento integral, devido à inexistência ou lacuna em plantões médicos. Outra grande parcela da amostra, os SE tipo 3 (29,5%), revelou apresentar condições mínimas para assistência. Conseqüentemente, 73,5% das unidades de emergências hospitalares do Estado atuam aquém do idealizado para um atendimento satisfatório à população. A essa realidade, questiona-se o suposto descaso do Estado com as Emergências em sua maioria, a falta de investimentos e de uma fiscalização efetiva, porém, não menos importante, pressupõem-se os vieses do estudo, os erros de resposta nos questionários e as falhas na coleta de dados

Em contrapartida, as unidades Tipo 1, consideradas como modelo padrão de SE nesse estudo, contabilizam apenas 11%. Esses resultados são diferentes dos apresentados por O'Dwyer que, ao avaliar 30 serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio de Janeiro, demonstrou que 60% dos hospitais apresentavam suficiência em termos de recursos tecnológicos para suas atividades.¹¹

O estudo exemplifica, de uma forma geral, a situação

débil das Emergências Hospitalares em âmbito nacional, e enfatiza a condição de marginalidade de atenção às urgências no sistema de saúde no país, reflexo de questões culturais, educativas e econômicas e, sobretudo, da posição política acerca do tema. Uma melhor visão poderá ser contemplada por meio da avaliação das Emergências nas demais regiões brasileiras, o que, infelizmente, mostra-se escasso na literatura.

Quando distribuídas segundo a área das Delegacias Regionais, nota-se uma maior prevalência de SE dos Tipos 3 e 4 na região Oeste, com 34,4% e 47,9% respectivamente, onde a Delegacia Regional de Joaçaba apresenta 18,3% das emergências Tipo 4, índice mais alto de todo o Estado.

Por sua vez, as regiões Norte e Leste, comportam os SE de melhor estrutura física e assistencial. Na região Norte, encontraram-se 33,3% das Unidades Tipo 1, com destaque para as Delegacias de Joinville (16,6%) e Blumenau (16,6%). Florianópolis mantém igualmente a taxa de SE Tipo 1, com 16,6%.

O'Dwyer, em sua análise das emergências do RJ, dividiu o Estado em 10 regiões, das quais apenas quatro apresentavam unidades consideradas insuficientes no quesito de infra-estrutura. O *déficit* de recursos humanos mostrou-se mais importante do que o de recursos tecnológicos em 80% dos casos.¹¹

Regiões historicamente marcadas pelo desenvolvimento agrícola e industrial, como o Oeste e o Planalto, abrangem SE em condições aquém do preconizado pelo CREMESC como essenciais para o bom atendimento. Assim, Joaçaba e Chapecó, ambos denominados municípios em 1917, pólos da indústria regional e da agroindústria, observaram um aumento substancial de suas populações nos últimos anos, reflexo da colonização e da migração, com ênfase no desenvolvimento econômico, em detrimento do desenvolvimento qualificado dos serviços de saúde.¹²

A disposição dos modelos de emergência, sob o olhar do CREMESC, pode ser também analisada quando de sua frequência segundo o caráter populacional dos municípios catarinenses. Assim sendo, cidades com mais de cem mil habitantes, encerram a maioria das unidades emergenciais de maior complexidade, tipo 1 e 2, com 39,5% do total, seguidas de municípios com taxa populacional entre cinquenta e cem mil, os quais abrigam 28% dos SE referidos.

Em contrapartida, pequenos e médios municípios dispõem dos SE menos estruturados, sendo tal situação mais evidente quanto menor o município. A maior taxa

de SE dos Tipos 3 e 4 está distribuída entre os municípios com até cinquenta mil habitantes (84,7%), onde 47,5% está localizada nos municípios com população inferior a dez mil residentes.

Infere-se, dessa forma, a associação do porte municipal com o nível de complexidade dos SE. Uma explicação plausível seria a maior representatividade dos municípios de grande porte nas gestões públicas e participações nos orçamentos da União. O financiamento e a disponibilidade de recursos advindos do Governo, aliados à atenção da iniciativa privada possibilitam investimentos nos serviços de saúde nessas regiões.

Deve-se ressaltar que tais municípios absorvem grande parte da demanda de suas cidades de menor porte, funcionando como serviços de referência e atendimento especializado, os quais atraem investidores, incentivos ao estudo e pesquisa e médicos das mais diversas especialidades.

Portanto, municípios com maior densidade populacional dispõem de melhores condições nas emergências no Estado, exemplificado por Florianópolis, Joinville e Blumenau. Tal fato é resultado dos investimentos nos serviços de saúde em decorrência da elevada demanda observada e, também, da necessidade de maior complexidade no atendimento, embora ainda insuficiente.

Por fim, a alocação dos tipos de emergência segundo a classificação hospitalar respeita o estado de complexidade deste. Hospitais gerais de grande porte comportam 61% das melhores emergências, apresentando apenas 1,4% das unidades tipo 4.

Nesse íterim, o encontro de 63,4% dos SE tipo 4 e nenhum do tipo 1 em hospitais gerais de pequeno porte não se contradiz. Aqui, o raciocínio mostra-se semelhante ao observado no item anterior, que associa o tamanho do município com o tipo de emergência. Hospitais gerais de grande porte atuam, em sua maioria, como serviços de referência com grandes áreas de abrangência, dispondo, portanto, de recursos aumentados. É o caso das cidades de Criciúma, Blumenau, Joinville e Florianópolis.

A deficiência estrutural da rede assistencial se reflete, também, no setor de recursos humanos. A informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho criam uma porta de entrada no mercado, atraindo profissionais com habilitação inadequada para a atuação nas urgências.²

Nesse estudo, um total de 1474 médicos lotados nos SE puderam ser avaliados, advindos de 93% das

emergências hospitalares estudadas.

Quanto ao gênero, destaca-se a predominância do sexo masculino (78%), em contraste com 22% de profissionais do gênero feminino.

Estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) em 2001 revelou taxas semelhantes: 64% e 36%, para o sexo masculino e feminino, respectivamente.

O mesmo estudo infere a predileção das mulheres por parte do cargo de chefia dessas unidades, com ocupação de 62% desses postos.¹³ O ambiente masculino encontrado nos SE é reflexo, de certa forma, das condições insalubres de trabalho, do excesso de carga horária e do meio hostil de muitas unidades, incompatíveis com o desejo de maternidade, disposição para o lar e os filhos, influenciando na qualidade de vida de muitas mulheres.

No que concerne ao tempo de formatura, verifica-se que 33% dos médicos lotados nas emergências catarinenses têm até 15 anos de formados. Médicos graduados há duas décadas compõem 24% da amostra, taxa discretamente elevada se comparada a de profissionais formados há mais trinta anos, que corresponde a 22%. Encontrou-se um total de 46% de profissionais médicos com mais de 15 anos de formação, prestando assistência nos SE.

Ao se relacionar tempo de serviço com tempo de formatura, pode-se inferir que essa casuística vai ao encontro do observado em outras emergências, como no Estado do RJ, conforme o CREMERJ que em 2000, apontou que até 31% dos médicos que atuavam nas emergências municipais estava há mais de 20 anos nesses setores, o que não avalia com segurança a qualidade de assistência prestada.¹⁴

Em outra ponta, todavia, têm-se aqueles recém-formados, graduados em até seis anos, os quais perfazem 20% do total.

A idéia de que os Serviços de emergência são conduzidos essencialmente por médicos inexperientes, do ponto de vista de tempo de atuação, não se confirma em nosso Estado, situação diversa do observado por outros autores.^{2,15}

A análise do local de graduação dos profissionais atuantes nos SE, permite sugerir a procedência dos mesmos. Consoante o esperado, 83,5% desses profissionais, realizaram seu Curso de Graduação em Medicina na região Sul do Brasil, dos quais 38% formaram-se em universidades gaúchas, 31% em universidades catarinenses e 14,5% em faculdades médicas do Estado do Paraná.

Outra região que merece destaque é a Sudeste, com 12,5%, composta em sua maioria por médicos advindos de Escolas Médicas fluminenses (6,5%). Somente 1 % procede de faculdades estrangeiras.

Isso reflete o fato de que Santa Catarina era o único Estado do Sul e Sudeste a apresentar, até poucos anos, uma única Escola Médica, mostrando que o número de médicos formados pela Universidade Federal de Santa Catarina era insuficiente para cobrir as necessidades do Estado.

O tipo de vínculo empregatício foi outro ponto abordado neste estudo. A obtenção deste dado foi contemplada em 60,5% da amostra. Desses, 31% dos médicos lotados em SE não possuem vínculo empregatício algum, 16% dependem do vínculo público e 13,5% do privado.

A inexistência de vínculo empregatício, observada em mais da metade dos contratos, além dos vínculos temporários, dificulta a fixação do profissional e aumenta a necessidade de investimento na qualificação dos mesmos. Como referido anteriormente, a informalidade na contratação e as admissões emergenciais corroboram o resultado acima descrito.

Tal realidade enfraquece a relação de trabalho e não resolve a carência quantitativa de recursos humanos além de diminuir o padrão qualitativo da equipe. É importante ressaltar, ainda, a dificuldade de integração criada com esse tipo de contratação, entre o corpo clínico da emergência e o hospital.¹¹

Essa dicotomia, entre SE e corpo clínico hospitalar, leva a alguns desentendimentos não previstos no regimento interno desses hospitais, haja vista que os médicos da emergência, por terem contrato exclusivo de trabalho em tal localização, não são considerados como médicos do corpo clínico. Daí, a necessidade de integração entre esses dois serviços, SE e corpo clínico hospitalar, para melhorar não só o atendimento à população nos serviços intra-hospitalares como no SE.

Entretanto, apesar das lacunas visibilizadas no que concerne ao vínculo, a atuação do profissional na área de urgência se limita em 90% das vezes a apenas um único SE. (Tabela 2) Cerca de 10% dos médicos exercem atividade em mais de um SE, característica que não exclui a existência de outros empregos.

No RJ, em 2000, 66,6% dos médicos de emergência tinham até três empregos, e 19,8% possuíam mais de três empregos.¹⁴

Quando avaliados por especialidade registrada no CREMESC, ressalta-se que 12% dos profissionais não

possuem especialidade. Explica-se tal fato tanto por profissionais recém-formados quanto por aqueles que exercitam a clínica médica há longa data, sem título de especialização.

Dentre os especialistas, evidenciam-se os médicos internistas (22%), pediatras (16%), ginecologistas e obstetras (8,5%), cirurgiões gerais (6,5%), ortopedistas (5%), anestesistas (3%) e médicos do trabalho (3%). Nas subespecialidades, percebem-se a cardiologia (3,5%), a cirurgia do aparelho digestivo e a urologia, ambas com 2%.

Ainda no âmbito das especialidades, revela-se que metade dos médicos sem especialidade encontram-se lotados nas unidades Tipo 4 e aproximadamente 60% deles atuando em cidades com até 50 mil habitantes.

A especialidade de clínica médica e suas ramificações distribuem-se equitativamente entre os pequenos, médios e grandes municípios, destes, 19% residem em municípios de até 50 mil habitantes e 16,5% em cidades maiores. Por outro lado, lotam 20,5% das emergências tipo 3 e 4 e 15,5% do tipo 1 e 2. Já a especialidade de clínica cirúrgica e suas subespecialidades prevalecem em sua maior parte (13,5%) nos SE de nível mais elevado de complexidade, localizadas em cidades com porte populacional acima de cinquenta mil (15%), característica também observada na pediatria. A especialidade de ginecologia e obstetrícia, por sua vez, é verificada em maior frequência nos SE tipo 3 e 4 (6,5%) em cidades menores (5,5%).

A grande variedade de especialidades estabelecidas nos SE catarinenses reflete a tendência nacional de se utilizar tal departamento como porta de entrada no mercado de trabalho, tanto para o médico sem especialidade quanto para o especialista.

Dessa forma, ora são observados profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência, ora profissionais de idade mais avançada, que encontram nos prontos-socorros umas das poucas opções de complementação salarial.

Igualmente, profissionais altamente especializados em um pequeno espectro da área médica aventuram-se em realizar tratamentos de pacientes em situações de urgência sem dispor de treinamento suficiente para tal, atuando fora da sua área de competência. Esses utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas nos locais escolhidos para desenvolver sua atividade médica.

A medicina de urgência no Brasil é incipiente, não

sendo reconhecida como especialidade. Assim, um médico emergencista pode ser qualquer médico com licença para exercer a medicina.^{16,17}

No espaço acadêmico e corporativo, há poucos profissionais com cursos de especialização em urgência e verifica-se um escasso reconhecimento dessa área.¹⁸ Tal fato sustenta a inexperiência e falta de capacitação dos profissionais lotados nos SE, oriunda de insuficiências da formação oferecida pelas instituições.

No Brasil, a atenção e a formação em urgência são de domínio multidisciplinar, diferentemente do que ocorre nos países anglo-americanos.¹⁹

No ensino, em hospitais universitários, há uma tendência à “especialização” dos Pronto-Socorros (PS): PS de Clínica Médica, de Cirurgia, de Ortopedia, de Neurologia, de Pediatria, de Obstetrícia, de Oftalmologia e outros mais. Por conseguinte, o aluno passa por eles em estágios distintos, fragmentando o ensino ao invés de integrar, contrariando a tendência mundial de formação de médico emergencista.²⁰

Enquanto não há a criação da especialidade, o Ministério da Saúde, por meio dos Núcleos de Educação em Urgência, instituídos na Portaria 2048 de 5 de novembro de 2002, almeja capacitar os profissionais atuantes nesses serviços, a fim de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e periódica para o exercício profissional adequado na intervenção às urgências.²

Conclusões

1. Parcela significativa (73,5%) das unidades de emergências hospitalares do Estado atua aquém do idealizado para um atendimento satisfatório.

2. Um pequeno percentual (11%) das Emergências Hospitalares de Santa Catarina contemplaram os requisitos categorizados pelo CREMESC como suficientes para classificá-las como SE modelo no período estudado.

3. Municípios de maior densidade populacional, assim como hospitais gerais de grande porte, tendem a comportar os SE de maior nível de complexidade.

4. Somente 20% dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares do Estado são recém-formados.

5. Metade dos médicos não especialistas atua em geral nas Emergências Hospitalares de menor nível de complexidade, e em cidades de pequeno porte.

6. Importante ressaltar a possível existência de vieses, decorrente da forma como foram preenchidos os

questionários, da falta de dados, como também de falhas nas fiscalizações de algumas unidades, por dificuldade de acesso, contato, ou mesmo indisponibilidade e/ou pouca cooperação por parte do diretor clínico ou responsável pelo SE.

7. No estudo, apenas as Emergências Hospitalares foram consideradas, o que não permite, portanto, alocar os resultados obtidos para as unidades de Emergência/Pronto-Atendimento do Estado não anexas a Hospitais.

8. Sugere-se a realização de novos estudos nos SE, tanto do Estado, quanto de outras unidades federativas, a fim de se conhecer esses serviços e chamá-los à atenção das autoridades e instituições, para que mudanças sejam propostas e concretizadas.

Referências Bibliográficas:

1. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Cat Med* 2007; 36(4): 18-27.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Diário Oficial da União; 2002a.
3. Marques GQ, Lima MADS. User's demand to an emergency service and their welcoming in the health system. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico online] 2007 Jan-Fev [capturado em 2008 Mar 5]; 15 (1): [7 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a03.pdf>
4. Núñez Diaz S, Burillo PG. Urgencias, la medicina basada en la paciencia [editorial]. *Emergências* 2004; 16: 109-10.
5. Ocaña JR. Problemas que enfrenta el medico de urgencias. *Trauma* 2001; 4(3): 85-6.
6. Clancy CM, Eisenberg JM. Emergency medicine in population-based systems of care. *Ann Emerg Med* 1997; 30(6): 800-3.
7. Smith J, Haile-Mariam T. Priorities in global emergency medicine development. *Emerg Med Clin N Am* 2005; 23: 11-29.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Brasília: Diário Oficial da União; 1995.
9. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação – Algumas

concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A odontologia e a estratégia saúde da família. 21ª ed. Tubarão: Ed. Unisul; 2006. p.115-136.

10. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115-9.
11. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva 2008; 13(5): 1637-48.
12. Piazza WF. Santa Catarina: sua história. Florianópolis: Ed. Lunardelli, 1983.
13. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. [capturado em 2008 Set 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>.
14. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. O perfil dos médicos e das emergências do Estado do Rio de Janeiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: Navegantes Editora Gráfica LTDA; 2004.
15. MacFarlene C, van Loggerenberg C, Kloeck W. International SEM systems: South Africa – past, present and future. Resuscitation 2005; 64: 145-8.
16. Fleischmann T, Fulde G. Emergency medicine in modern Europe. Emerg Med Australasia 2007; 19: 300-2.
17. Tannebaum RD, Arnold JL, Filho AN, Spadoni VS. Emergency medicine in southern Brazil. Ann Emerg Med 2001; 37: 223-8.
18. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora ME, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina, Ribeirão Preto 2003; 36: 498-515.
19. Dykstra EH. International models for the practice of emergence care. Am J Emerg Med 1997; 15: 208-9.
20. Williams AL, Blomkalns AL, Gibler WB. Residency training in emergency medicine: the challenges of 21st century. Keio J Med 2004; 53(4): 2003-9.

Tabela 1 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina conforme sua especialidade.

Especialidade	N	%
Anestesiologia	43	3,0
Cancerologia	12	1,0
Cardiologia	50	3,5
Cirurgia do aparelho digestivo	27	2,0
Cirurgia geral	94	6,5
Cirurgia pediátrica	13	1,0
Cirurgia vascular	22	1,5
Clínica médica	322	22,0
Gastroenterologia	16	1,0
Geriatria	12	1,0
Ginecologia e obstetrícia	127	8,5
Medicina do trabalho	43	3,0
Nefrologia	13	1,0
Oftalmologia	24	1,5
Ortopedia e traumatologia	73	5,0
Pediatria	236	16,0
Proctologia	10	0,5
Psiquiatria	10	0,5
Radiologia	16	1,0
Urologia	28	2,0
Outras	266	18,0
Total	1474	100

Figura 1 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo os critérios de classificação do CREMESC

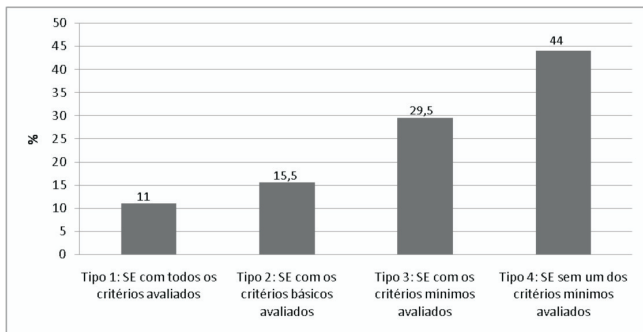


Figura 4 – Distribuição percentual das especialidades médicas entre as Emergências Hospitalares de Santa Catarina.

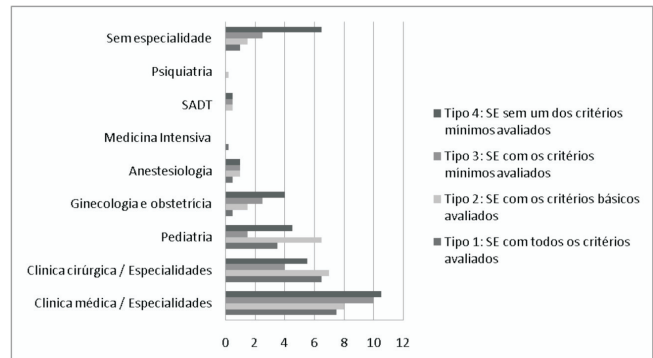


Figura 2 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre os municípios conforme densidade populacional.

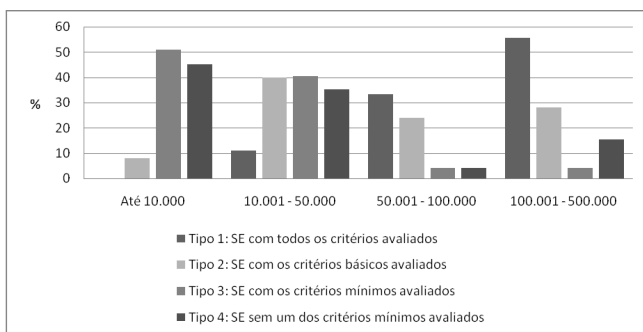
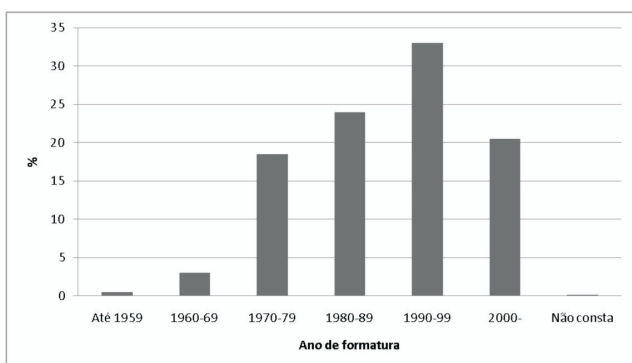


Figura 3 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o ano de formatura.



Endereço para correspondência:
 Spyros Cardoso Dimatos
 Rua Borges Lagoa 980 - Vila Clementino
 São Paulo - SP
 CEP: 04038-002
 E-mail: scdimatos@yahoo.com.br