

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

INTEGRAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS –
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ALEX GUEDES

SALVADOR/BAHIA

2020

ALEX GUEDES

**INTEGRAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS –
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização de Preceptoría em
Saúde, como requisito final para obtenção do
título de Especialista em Preceptoría em Saúde.
Orientadora: Prof.^a Livia dos Santos Brito

SALVADOR/BAHIA

2020

RESUMO

Introdução: A cogestão permite que práticas profissionais sejam compreendidas como processo solidário de ação-reflexão-ação, indagação e experimentação, facilitando a aprendizagem. **Objetivo:** Integrar o Programa de Residência Médica (PRM) em Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade Federal da Bahia (COM-HUPES/EBSERH/UFBA) à equipe multiprofissional da Unidade do Sistema Neuro Musculoesquelético (USNME), mediante introdução do conceito de cogestão. **Metodologia:** Projeto de intervenção - plano de preceptoria onde a cogestão será implementada na assistência aos pacientes internados na USNME. **Considerações finais:** A introdução do conceito de cogestão no atendimento dos pacientes fortalece o conceito da interdisciplinaridade e o compartilhamento do conhecimento.

Palavras-chave: Preceptoria, Equipe de Assistência ao Paciente, Administração em Saúde.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1. INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a atuação multiprofissional sofre restrições por conta da dificuldade associada às funções médicas; falta compartilhamento de competências, dificultando decisões e ações coletivas. Atribuições e tarefas tornam-se individualizadas, impossibilitando a colaboração participativa. É importante reforçar o espírito de equipe, possibilitando a sua viabilidade administrativa (MOTTA, 2001; PEDUZZI, 2001; CAMPOS, 2013).

A proposta do trabalho em equipe constitui estratégia de enfrentamento ante ao intenso processo de especialização na área da saúde, que verticaliza o conhecimento e a intervenção individualizada, sem contemplar a articulação das ações e saberes (MOTTA, 2001; CAMPOS, 2013). A situação problema ilustra muito bem o que ocorre no Programa de Residência Médica (PRM) em Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade Federal da Bahia (COM-HUPES/EBSERH/UFBA). Percebemos, nitidamente, a lacuna no exercício de cooperação entre médicos preceptores e residentes para com os demais integrantes da equipe multiprofissional, e desta para com os médicos. Inexistem “reuniões com de equipe multiprofissional” nas unidades, ou pelo menos elas acontecem sem a participação dos preceptores e residentes de nosso PRM.

É lógico que lidamos aqui com algo novo e impactante, diante de nossa realidade. Mas isso não deve servir de justificativa ou obstáculo para alcançar os nossos objetivos. Rememorando FREIRE (1996):

“É próprio do pensar certo a disponibilidade ao risco, a aceitação do novo que não pode ser negado ou acolhido só porque é novo, assim como o critério de recusa ao velho não é apenas o cronológico. O velho que preserva sua validade ou que encarna uma tradição ou marca uma presença no tempo continua novo”.

As práticas de saúde são atos produtivos - modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram trabalho, porque buscam a produção de efeitos, atendendo a necessidades pré-estabelecidas. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são constituídas a partir de sua finalidade social (MOTTA, 2001; GUIZARD e CAVALCANTI, 2010).

No contexto da educação permanente, é clara a importância da integração ensino/serviço na consolidação da política e concretização das formas de fazer saúde. O ambiente de trabalho é o espaço ideal para o diálogo e a construção conjunta entre docência e assistência, formando profissional crítico-reflexivo que traz, como competências, o potencial para resolutividade dos problemas de saúde vigentes e a capacidade de trabalho em equipe (CAMPOS, 2013; COSTA e AZEVEDO, 2016).

É fundamental que haja relação dialógica, não hierarquizada, entre os entes que compõem a integração ensino-serviço para que os discursos problematizem a organização e os processos de trabalho, sem responsabilizar apenas um ou outro setor. Estes são os princípios que norteiam a cogestão, e que definimos para a nossa proposta de intervenção (COSTA e AZEVEDO, 2016).

Para promover a cogestão e gestão participativa, ou seja, uma gestão inclusiva e compartilhada, com maior democratização nos processos de decisão, vários dispositivos/arranjos estão sendo implementados nos diversos espaços de gestão do SUS, com resultados exitosos (ELIAS et al., 2008; CUNHA, 2010; CAMPOS, 2013; OUVENEY e NORONHA, 2013). Esta experiência pode e deve ser colocada em prática também por nós, criando modelo que permita a integração de nosso PRM com a equipe multiprofissional que integra a Unidade do Sistema Neuro Musculoesquelético (USNME), ampliando o aspecto cooperativo, definido por um olhar global e individualizado para com os pacientes.

A aproximação entre as instituições formadoras e o mundo do trabalho é necessária. Ela fortalece a integração ensino-serviço, por meio da compreensão acerca do processo de trabalho e da realidade social, promovendo inovação pedagógica no ensino. O trabalho passa a ser a condição natural da aprendizagem, provocando ruptura com a acomodação e a alienação, possibilitando experiências contextualizadas com o mundo do trabalho e estimulando o exercício da interdisciplinaridade (REIBNITZ et al., 2012).

As práticas profissionais dos docentes e profissionais do serviço passam a ser compreendidas como processo solidário de ação-reflexão-ação, indagação e experimentação - todos ensinam e aprendem, intervindo para facilitar a aprendizagem e não para impor nem substituir a compreensão (REIBNITZ et al., 2012).

Apesar da receptividade e do clima propício à interação entre equipes multiprofissionais, preceptores e residentes da USNME do COM-HUPES/EBSERH/UFBA, não há, paralelamente, aproveitamento conexo em prol do treinamento em serviço e da cogestão de leitos/pacientes, o que constitui desvantagem para todos. Este trabalho traz proposta de integração entre o PRM

em Ortopedia e Traumatologia e a equipe multiprofissional que incorpora a referida unidade, promovendo o ensino-aprendizado na referida unidade.

2. OBJETIVO

Desenvolver a integração do Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade Federal da Bahia (COM-HUPES/EBSERH/UFBA) e a equipe multiprofissional que compõe a Unidade do Sistema Neuro Musculoesquelético (USNME) mediante introdução do conceito de cogestão.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Projeto de intervenção - plano de preceptoria.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O estudo será realizado na USNME do COM-HUPES/EBSERH/UFBA, nosocômio situado em Salvador, na Bahia, que possui estrutura de 150 consultórios e 259 leitos hospitalares e 35 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, caracterizado como hospital universitário de grande porte.

O público-alvo será integrado pela equipe multiprofissional que compõe a USNME (Serviço Social, Serviço de Enfermagem, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Nutrição), e os residentes e preceptores do PRM em Ortopedia e Traumatologia da Instituição.

A equipe executora será formada pelo Supervisor do PRM em Ortopedia e Traumatologia e pelo Chefe da USNME.

3.3 ELEMENTOS DO PP

O modelo de cogestão será implementado mediante acordo prévio entre todos os envolvidos na assistência aos pacientes internados na USNME - Diretoria Médica, Chefe da Unidade, equipe multiprofissional, Supervisor, preceptores e residentes do PRM em Ortopedia e Traumatologia da Instituição. O acordo definirá novo modelo assistencial, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, garantindo o compartilhamento do poder decisório, por meio de análises construídas coletivamente.

Após cada visita à Unidade (duas por semana), definir-se-ão prioridades e esclarecimentos técnicos sobre as particularidades de cada caso apresentado - os pacientes serão avaliados de forma global, considerando contexto patológico individualizado e demandas no âmbito assistencial – todos os profissionais, coletivamente, atuarão para atender as pendências, buscando a melhora na qualidade e resolutividade do atendimento, promovendo, simultaneamente, o desenvolvimento de saberes e competências.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Fragilidades:

- Os preceptores não possuem treinamento/formação específicos para o exercício da função de preceptoria;
- Desconhecimento, entre os entes envolvidos, do modelo de cogestão e da integração entre equipes para alcançar melhores resultados.

Oportunidades:

- O Supervisor do PRM em Ortopedia e Traumatologia do COM-HUPES/UFBA está finalizando o Curso de Especialização de Preceptoria em Saúde através do convênio entre a EBSEH e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN);
- Ambiente propício ao desenvolvimento do programa de preceptoria na Unidade;
- Ambiente favorável à atuação conjunta entre a equipe multiprofissional na USNME;
- Ambiente receptivo entre preceptores e residentes do PRM de Ortopedia e Traumatologia do COM-HUPES/EBSEH/UFBA.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

No processo de avaliação, as seguintes variáveis serão ponderadas:

1. Qualidade da assistência, de acordo com o desempenho dos *players*, considerando **dados objetivos** (tempo de resposta às intercorrências/pedidos de consulta, número de complicações relacionadas ao cuidado, tempo de internação etc.), tendo como parâmetros dados assistenciais relativos à assistência no último semestre; e, dados subjetivos, mediante pesquisa de satisfação implementada junto a pacientes e seus familiares;
2. Mensuração do tempo (curto, médio ou longo prazo) em que as decisões compartilhadas de gestão foram implementadas;
3. Clarificação da atuação dos participantes da cogestão, relacionando-os às soluções dos problemas;
4. Definição sobre como e em qual extensão os relacionamentos entre os participantes da cogestão se conectam com os níveis de decisão central e local;
5. Avaliação da capacidade de construção de necessidades - qual o esforço necessário para implementar as capacidades dos profissionais envolvidos em todos os níveis?
6. Avaliação a aprendizagem dos residentes através de todo o processo (prova objetiva, *portfolio etc.*);
7. Definição compartilhada de soluções para tudo o que possa ser aperfeiçoado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Introdução do conceito de cogestão no atendimento dos pacientes ortopédicos internados na USNME do COM-HUPES/EBSERH/UFBA, promovendo cooperação, desenvolvimento de competências e compartilhamento de saberes entre a equipe multiprofissional que compõe a unidade, preceptores e residentes do PRM de Ortopedia e Traumatologia, melhorará a qualidade e resolutividade na atenção à saúde dos pacientes ortopédicos internados nas unidades que integram a nossa Instituição – a atuação dos entes envolvidos fortalece o conceito da interdisciplinaridade e o compartilhamento do conhecimento.

5. REFERÊNCIAS

MOTTA, Paulo Roberto. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 144 p.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2013. 240 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 54 p.

GUIZARD, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

COSTA A. C. S.; AZEVEDO C. C. A. Integração ensino-serviço e a residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência numa unidade básica de saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.10, n. 4, p. 265-282, 2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS G. W. S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista Org & Demo**, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

ELIAS, L.; DALMAU, M. B. L.; BERNARDIN, I. S. A importância da gestão de conflitos nas relações de trabalho: um estudo de caso na Secretaria de Saúde de Biguaçu/SC. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, Florianópolis, v. 8, p. 125-145. 2008.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

REIBNITZ, K. S.; DAUSSY, M. F. S.; SILVA, C. A. J.; REIBNITZ, M.T.; KLOH, D. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 68-75, 2012. Supl. 2.