

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

PLANO DE PRECEPTORIA DE RESIDENTES EM GESTÃO DE LEITOS EM
SALVADOR

ANA MARGARETHA MARIA GROETELAARS

SALVADOR/BAHIA

2020

ANA MARGARETHA MARIA GROETELAARS

**PLANO DE PRECEPTORIA DE RESIDENTES EM GESTÃO DE LEITOS EM
SALVADOR**

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.

Orientador(a): Prof (a). Livia dos Santos Brito

SALVADOR/BAHIA

2020

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção tipo Plano de Preceptorial, num Hospital Público na cidade do Salvador, Bahia – Brasil. Analisando o número de paciente com longa permanência do hospital, com suas particularidades e necessidades de cuidados e a necessidade de aperfeiçoar a gestão de leitos foi feito plano de sensibilização e treinamento das equipes assistenciais para diminuir o número de pacientes de longa permanência. A intervenção será com treinamento dos residentes sobre as modalidades de assistência, o tipo de assistência disponível e necessária para os pacientes seja melhorada. Assim tendo uma redução dos pacientes de longa permanência.

Palavras-Chave: Gestão Hospitalar; Hospital Público; Preceptorial.

PLANO DE PRECEPTORIA

1 INTRODUÇÃO

Sabendo da deficiência de leitos no mundo como um todo, tanto na rede privada como na rede pública, e da necessidade da utilização dos recursos da forma mais efetiva possível, é importante a gestão adequada dos leitos para proporcionar o uso dos recursos de forma equilibrada diminuindo gastos desnecessários, priorizando o bem-estar dos pacientes e reduzindo custos.

De acordo com Silva et al. (2013), “existe uma preocupação crescente nas instituições de saúde, sejam privadas ou públicas, por melhores resultados na assistência à saúde, refletindo um sistema competitivo, em que se considera o aumento do volume de atendimentos, a redução do tempo de permanência hospitalar, a redução dos custos assistenciais e bons resultados sejam garantias de sobrevivência no mercado de saúde.

Segundo Blanski (2015) “..., tornam-se relevantes os estudos relacionados aos problemas do financiamento do SUS não apenas para apontar a falta de recursos para um sistema de saúde com princípios tão abrangentes, como a integralidade, a universalidade e a gratuidade, mas como forma de contribuir com soluções para o seu gerenciamento e eficiência, bem como para a garantia de maior **rentabilidade** social, uma vez que a sociedade será a maior beneficiada. ”

Segundo os dados da Opas Brasil (2019) “. Atualmente, o Gasto Total em Saúde no Brasil é de cerca de 8% do PIB; 4,4% do PIB é de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total). Os dados são do Relatório “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil”, publicado pelo Banco Mundial no final de 2018. O documento destaca que mesmo o país tendo um sistema de saúde público universal, o gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público, diferentemente do padrão de países desenvolvidos como sistemas parecidos, como o Reino Unido e a Suécia. ” Desta forma percebe-se um déficit do financeiro no setor público de saúde, sendo assim, todas as atividades que possam ser diminuir o custo do setor público serão importantes para reduzir o tamanho desta deficiência

Analisando a lista grande de paciente aguardando para internamento sempre variando em torno de trinta pacientes e além de pacientes que são compartilhados pela Central Estadual de Regulação com o Hospital Universitário Professor Edgar Santos para transferência mantendo sempre número maior que duzentos e cinquenta relatórios percebemos a necessidade de

aumentar a disponibilidade de leitos no nosso serviço. Durante a discussão de casos com os residentes pudemos perceber que temos um numero maior que quarenta de pacientes de longa permanência e que muitos destes as demandas de assistência em hospital de nível terciário ou de investigação clínica já foram concluídas.

Pretendo através da implantação deste plano de preceptoría conseguir mudanças e melhorar a gestão de leitos no Hospital Universitário Professor Edgar Santos. Como diz Freire (2013) que “A educação não transforma o mundo. A educação transforma as pessoas. Pessoas transformam o mundo.”

2 OBJETIVOS

Conseguir que o maior número possível dos pacientes de longa permanência possam ter alta para casa ou transferência com segurança.

Treinar através do plano de preceptoria os residentes, para que passem a ter a visão da rede de assistência como um todo entendendo como parte integrante da rede e compreendendo o papel de cada um para equilíbrio entre disponibilidade de leito, custo e nível de assistência necessária para cada paciente.

Permitir através das atividades de preceptoria que os residentes melhorem sua forma de atuar junto aos pacientes tendo uma visão mais abrangente sobre as necessidades dos pacientes e a partir destas possam procurar soluções.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Projeto de intervenção tipo Plano de Preceptorial

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O projeto de intervenção será realizado no Hospital Universitário Professor Edgar Santos – Salvador-Bahia, que tem 354 leitos, tendo como público os médicos residentes, a equipe executora será a equipe da Unidade de Gestão e Regulação de Leitos (UGRL) como executores principais a equipe médica e de enfermagem. O Hospital Universitário Professor Edgar Santos é um hospital escola dispendo de salas e material para aulas expositivas. A Unidade de Gestão e Regulação de Leitos tem uma equipe composta por médicos e enfermeiros além de auxiliares administrativos e técnicos de enfermagem.

3.3 ELEMENTOS DO PP

Projeto de intervenção do tipo plano de preceptorial com treinamento em grupo, nas unidades de assistência, cobrindo todas as unidades assistenciais do hospital, com aulas expositivas com discussão de casos e com discussão de casos reais de cada unidade. O plano será de treinar todas as unidades, treinamento das enfermarias de clínica médica e pediatria e as outras especialidades que não dispõem de enfermaria fixa faremos o treinamento por especialidade.

Será utilizado o método de metodologias ativas. “As metodologias ativas têm o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem elementos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor.” (BERBEL, 2011). “As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas .” (MITRI ET AL., 2008)

Assim utilizaremos casos reais de cada especialidade, estimulando a discussão dos casos para que todos de forma dinâmica fizerem conjecturas sobre o caso, utilizando das experiências prévias dos presentes e dos outros casos já vivenciados para enriquecer o resultado. Serão disponibilizadas sugestões de literatura para que as equipes possam a repensar a assistência à saúde e os objetivos do tratamento.

As equipes deverão ser ter este primeiro treinamento sempre depois de um período mínimo de dois meses após do ingresso dos residentes, pois assim já estarão adaptados ao serviço. Em seis meses, todo o hospital estará treinado. Neste momento já teremos iniciado as reuniões mensais em grupos menores de forma rotineira, podendo ser aumentada a periodicidade se houver necessidade da equipe assistencial ou por demanda da própria gestão de leitos desta forma permitindo preceptoría individualizada baseada em necessidades específicas de cada paciente ou nos casos de dúvidas pontuais. O intuito é educar para não só para uma profissão e sim para a vida. Como diz (CURY, 2013) “Este hábito dos professores fascinantes contribui para desenvolver: solidariedade, superação de conflitos psíquicos e sociais, espírito empreendedor, capacidade de perdoar, de filtrar estímulos estressantes, de escolher, de questionar, de estabelecer metas.” Sendo um “*educador formador*” que “permite uma prática educacional viva, alegre, afetiva, extremosa, com todo rigor científico e o domínio técnico necessários, mas sempre em busca da transformação.”(FREIRE, 1999)

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Fragilidades:

Resistência da equipe que presta assistência para alta ou transferência. Os pacientes crônicos já sendo conhecidos da equipe implicam muitas vezes em um cuidado mais simples e mantido, diminuindo as dificuldades geradas por paciente novos e agudos que acabam precisando uma atuação mais ativa da equipe assistencial pela maior complexidade.

Pacientes de longa permanência acabam se adaptando ao cuidado do ambiente hospitalar e tem demandas novas de cuidado (que não existiam antes do internamento) o que gera medo e insegurança para alta ou transferência.

Trabalhando em um hospital público temos paciente de nível socioeconômico baixo que dificulta a aquisição de materiais ou adaptações na residência que sejam necessárias para o retorno do paciente para casa.

Oportunidades:

Sendo em Hospital terciário dispomos de uma equipe multidisciplinar diferenciada. Contando, também, com uma equipe de cuidados paliativos, o que facilitaria o ajuste das mais várias demandas dos pacientes.

Como hospital escola, temos a presença de residentes que com a sede de aprender e a juventude dos mesmos que auxiliam mudanças.

A presença na Rede de Saúde do Estado da Bahia de hospitais para internamento de pacientes de baixa complexidade e crônicos além e serviço de atenção domiciliar em expansão poderiam colaborar com o manejo de uma alta segura ou transferência.

A formação de parte de equipe do Hospital Professor Edgar Santos em preceptoria permite que a qualidade da formação dos residentes e internos seja majorada e assim os resultados do plano de intervenção deverão ser multiplicados.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada de forma somativa: escrita, verbal e através de análise dos efeitos da formação na dinâmica do hospital e da assistência. Utilizaremos questionários escritos de autoavaliação dos alunos sobre o aprendizado das reuniões e sobre a qualidade dos assuntos abordados para avaliação da qualidade da preceptoria, além de trocas presenciais sobre o interesse sobre o assunto tratado, o que pode ser acrescentado para melhorar o ensino e se houve utilidade na sua dinâmica do trabalho. Serão avaliados, mensalmente, também os dados objetivos número de solicitações de transferência para cuidados domiciliares, número de solicitação de transferência para hospital de crônicos ou de menor complexidade, giro de leitos, média de permanência hospitalar, número de paciente internados com tempo de permanência maior que trinta dias, de trinta a cem dias e maior que cem dias

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução deste projeto possibilitará um aprendizado diferenciado para os residentes já que a visão de gestão de leitos e eficiência em administração ainda está deficitária no serviço público, já tão carente de recursos. Será um projeto que terá influencia para o serviço do hospital, como um todo, e atenderá a comunidade que se beneficiará, caso tenhamos como planejado, o resultado de diminuição da taxa de permanência dos pacientes. Nos hospitais privados, as cobranças em relação a gestão de leitos são mais agressivas, pois há a questão do retorno financeiro presente, além da presença das equipes de auditoria dos planos de saúde. Desta forma no nosso residente, já tendo passado por esta vivência, já estará mais habituado as questões de gestão de leito, facilitando sua adaptação ao mercado privado.

No serviço publico os desafios são enormes, tanto quanto a escassez de recursos quanto a resistência dos profissionais mais antigos. Sendo um hospital escola, o aprendizado do residente será mantido e levado a outros serviços, multiplicando o que foi aprendido. No nosso caso, como temos também internos, este projeto propiciará também o crescimento dos estudantes de medicina.

REFERÊNCIAS

- BLANSKI, M. B. S.; Silva, C.L; Oliveira, A.G. - **Sistemas de custeio na gestão hospitalar**. - Curitiba: Ed. UTFPR, 2015. 158 p..
- SAGAZ, S.M; et AL. - **Dimensão Social Da Sustentabilidade E Saúde Pública: Um Levantamento Bibliométrico**.- Rev. Gest. Sist. Saúde, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 73-91, maio/agosto, 2018.
- FREIRE, P. - **Pedagogia do Oprimido** – 1 ed. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013. Recurso digital.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
- BERBEL, N A. N. **As Metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.
- CURY, A. – **Pais brilhantes Professores Fascinantes** – Rio de Janeiro: Sextante, 2003
- KÜBLER-ROSS, E. - **Sobre a morte e o morrer**. 9.º ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008. 296 p..
- GAWANDE, A. – **Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final**. -1. Ed – Rio de Janeiro: Objetiva, 2015. 225p..
- RENEN, R. N. – **Historias que curam. Conversas sábias ao pé do fogão**. - São Paulo. Editora Ágora -1998. 277p..
- HALVORSON, H. G. et al. - **Harvard Business Review. A arte de dar feedback**. - Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 187p..
- MITRI, S. M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 2133-2144, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS BRASIL). **Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso**. Brasília, 20 fev. 2019.